

**PERBEDAAN RESPON STRES ANTARA PASIEN STEMI DENGAN
NONSTEMI SELAMA MASA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

TATI LASMARITO RAJAGUKGUK

NIM: B21832413301

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

2020

**PERBEDAAN RESPON STRES ANTARA PASIEN STEMI DENGAN
NONSTEMI SELAMA MASA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

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



Disusun oleh:

TATI LASMARITO RAJAGUKGUK

NIM: B21832413301

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA**

SAMARINDA

2020

HALAMAN PENGESAHAN
PERBEDAAN RESPON STRES ANTARA PASIEN *STEMI* DENGAN
NONSTEMI SELAMA MASA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

SKRIPSI

Disusun Oleh:

TATI LASMARITO RAJAGUKGUK
B21832413301

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada tanggal 15 Agustus 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm. Kes**
NIDN. 8810490019
2. **Ns. Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep**
NIDN. 1106088901
3. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep**
NIDN. 1124118301
4. **Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**
NIDN. 1117078602



Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah S. M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tati Lasmarito Rajagukguk
Nim : B21832413301
Program studi : S-1 Keperawatan
Judul laporan tugas akhir : Perbedaan Respon Stress Antara Pasien STEMI dengan NON STEMI Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit.

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

Samarinda, Agustus 2020

Yang membuat pernyataan,



ITKES WHS

Tati Lasmarito Rajagukguk

NIM: B21832413301

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian dengan judul “Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Non Stemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

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

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. DR. Eka Ananta Sidharta, SE., MM., AK.,CA.,CSRS.,CSRA.,CFrA selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Dr. Martina Yulianti, Sp.PD, FINASIM selaku Direktur RSUD. AM Parikesit Tenggarong.
4. Kepala Ruangan dan Staf ruang ICU-ICCU RSUD. AM. Parikesit Terima kasih atas kesediaannya untuk menjadi tempat penelitian.
5. Ns. Kiki Hardiasyah Safitri, S.Kep, M.Kep. Sp.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
6. Ns. Chrisylen Damanik, S. Kep, M. Kep selaku pembimbing satu ITKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
7. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing dua ITKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
8. Terima kasih kepada dosen dan tenaga kependidikan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

9. Pihak RSUD. AM. Parikesit yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
- 10 Terima kasih kepada kedua orang tua yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anaknya.
- 11 Terima kasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan Program Studi S-1 Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

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

Samarinda, 15 Agustus 2020

Penulis



ITKES WHS

Tati Lasmarito Rajagukguk

NIM: B21832413301

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tati Lasmarito Rajagukguk
NIM : B21832413301
Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah yang berjudul : **Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi Dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Di Rumah Sakit.** Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/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 bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, Oktober 2020

Yang membuat pernyataan,

Tati Lasmarito Rajagukguk

NIM B21832313201

PERBEDAAN RESPON STRES ANTARA PASIEN STEMI DENGAN NONSTEMI SELAMA MASA PERAWATAN DIRUMAH SAKIT

Tati Lasmarito¹, Chrisylen Damanik², Rusdi³

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

ABSTRAK

Latar Belakang: : Sindrom Koroner Akut merupakan penyebab utama terjadinya kematian mendadak pada seseorang, stres psikologis yang dihasilkan mempengaruhi kesehatan jantung dan pemulihan. **Tujuan:** Untuk mengetahui perbedaan respon stres antara pasien SteMI dengan Non steMI Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan pendekatan crosssectional, dengan desain studi komparatif dilaksanakan di ruang intensif di salah satu rumah sakit Kecamatan Tenggarong , Melibatkan 24 pasien dengan teknik *Non Probability Sampling* dengan jenis *purposive sampling* yang telah memenuhi kriteria inklusi, pengumpulan data menggunakan kuesioner PSS (*Perceived stress scale*) dengan uji hipotesis *Independent T Test* **Hasil:** Skor respon stres pada pasien steMI berada pada mean 28,42 dengan standar deviasi 3.34 dan nonsteMI pada mean 25,08 dengan standar deviasi 1.37, dengan beda mean 3.33 sehingga pasien dalam kategori stres. **Kesimpulan:** Terdapat Perbedaan Respon Stres Antara Pasien SteMI dengan NonsteMI Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit **Rekomendasi:** Diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam studi eksperimen untuk meneliti bagaimana cara mengurangi respon stres berat pada pasien steMI dengan nonsteMI selama masa perawatan di rumah sakit.

Kata kunci : *Respon Stres, SteMI, NonsteMI.*

DIFFERENCES IN STRESS RESPONSE BETWEEN STEMI AND NONSTEMI PATIENTS DURING HOSPITAL CARE

Tati Lasmarito¹, Chrisylen Damanik², Rusdi³

1 Student of Nursing Science Program ITKES Wiyata Husada Samarinda

2 ITKES Wiyata Husada Samarinda Nursing Study Program Lecturer

3 ITKES Wiyata Husada Samarinda Nursing Study Program lecturer

ABSTRACT

Background: Acute Coronary Syndrome is the main cause of sudden death in a person, the resulting psychological stress affects heart health and recovery. **Objective:** To determine the difference in stress response between Stemi and non stemi patients during their hospital stay. **Methods:** This type of research is a quantitative study, with a cross-sectional approach, with a comparative study design carried out in an intensive room in one of the Tenggarong District hospitals, involving 24 patients using the Non Probability Sampling technique with purposive sampling type that has met the inclusion criteria, data collection using a questionnaire PSS (Perceived stress scale) with the Independent T Test hypothesis test. **Results:** The stress response score in stemi patients is at mean 28.42 with a standard deviation of 3.34 and non-system at a mean of 25.08 with a standard deviation of 1.37, with a mean difference of 3.33 so that the patient is in the category stress. **Conclusion:** There is a Difference in Stress Response Between Stemi and Non-Stemi Patients During Hospitalization. **Recommendation:** It is hoped that it can be used as a reference in experimental studies to examine how to reduce the severe stress response in stemi and nonstemi patients during hospitalization.

Key words: Stress response, Stemi, Nonstemi.

DAFTAR ISI

HAL

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	2
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Penelitian Terkait	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sindrom Koroner Akut	10
1. Pengertian	10
2. Etiologi	10
3. Tanda dan Gejala	13
4. Patofisiologi	14
5. Pemeriksaan Diagnostik	15
6. Penatalaksanaan	18
B. Konsep Stres Pada Pasien SKA	20
1. Pengertian Stres	24
2. Respon Stres Pasien Jantung	26
3. Tingkat stres	27
4. Aspek stres	28
5. Faktor-Faktor Stres	29
6. Tahapan Stres	29
7. Strategi Menghadapi Stres	32
C. Kerangka Teori Penelitian	35
D. Hipotesis Penelitian	36

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	37
B. Kerangka Konsep Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38

D. Teknik Pengambilan Sampel.....	39
E. Variabel Penelitian	39
F. Definisi Operasional.....	40
G. Tempat dan Waktu Penelitian	41
H. Alat Pengumpulan Data	42
I. Prosedur pengumpulan data	43
J. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	45
K. Etika Penelitian	46

BAB IV HASIL PENELITIAN & PEMBAHASAN

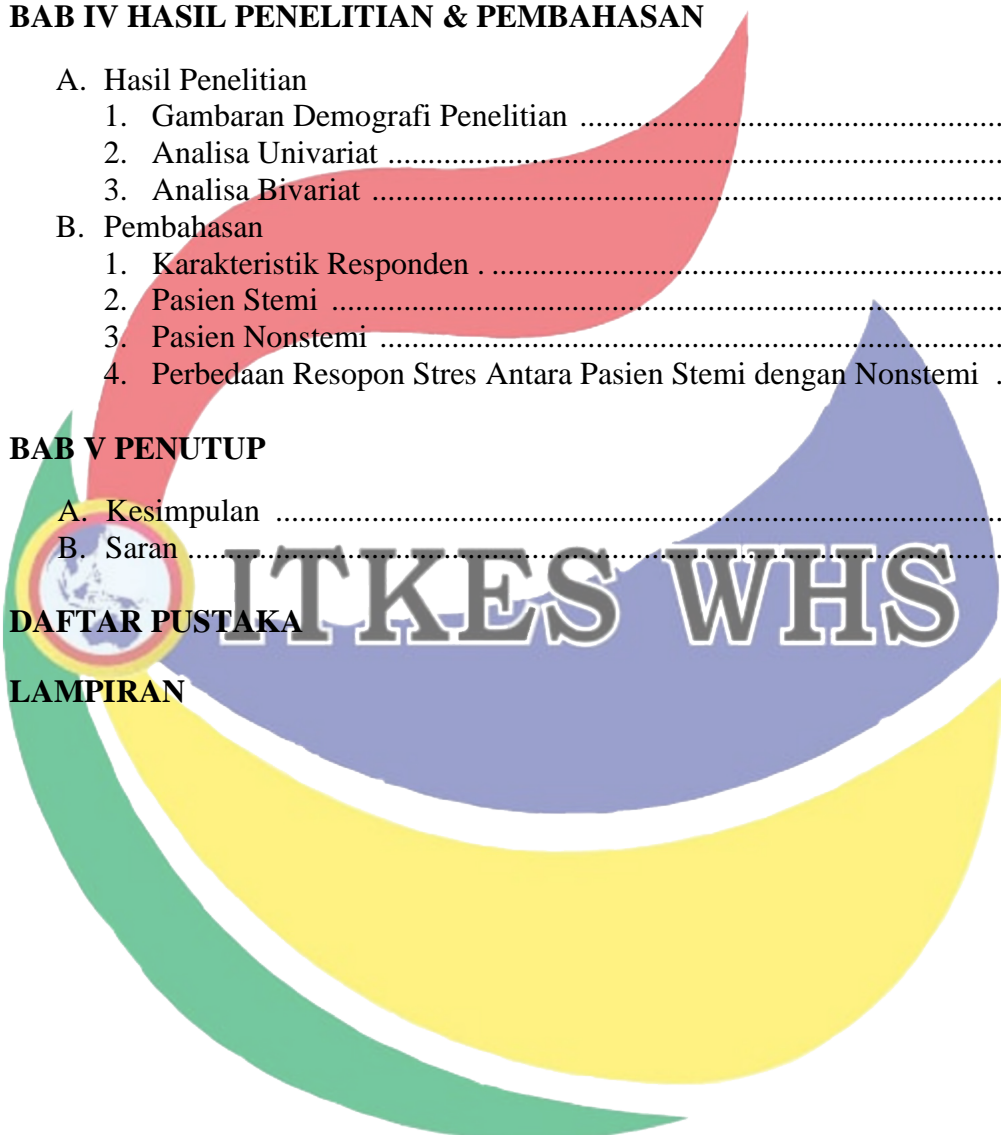
A. Hasil Penelitian	
1. Gambaran Demografi Penelitian	56
2. Analisa Univariat	59
3. Analisa Bivariat	60
B. Pembahasan	
1. Karakteristik Responden	61
2. Pasien Stemi	62
3. Pasien Nonstemi	63
4. Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi	65

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	66
B. Saran	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.2 Definisi operasional dan cara pengukuran	38
Tabel 3.3 Kisi-Kisi Kuesioner	39
Tabel 3.4 Uji Normalitas Data	52
Tabel 3.5 Uji Homogenitas	53
Tabel 4.1 Karakteristik responden	57
Tabel 4.2 Gambaran Respon Stres Pasien Stemi dengan Nonstemi	58
Tabel 4.3 Perbedaan Respon Stres Pasien Stemi dengan Nonstemi	59



DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian	34
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	36
Bagan 3.4 Alur Penelitian	45



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 : Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Penjelasan Tentang penelitian
- Lampiran 5 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Penilaian Respon Stres *PSS (perceived stress scale)*
- Lampiran 7 : Hasil *SPSS*
- Lampiran 8 : Data Excel



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan keadaan darurat jantung dengan manifestasi klinis rasa tidak enak didada atau gejala lain sebagai akibat *iskemia miokardium* (Syafii, S Aprianti, 2016). Sebagian besar SKA adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik pemeriksaan elektrokardiogram, dan pemeriksaan marka jantung Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi: *Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: ST segment elevation myocardial infarction)*, *Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: non ST segment elevation myocardial infarction)*, *Angina Pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris)*.

ST Elevasi Miokardial Infark (STEMI) merupakan suatu kondisi yang mengakibatkan kematian sel miosit jantung karena iskemia yang berkepanjangan akibat oklusi koroner akut. STEMI terjadi akibat stenosis total pembuluh darah koroner sehingga menyebabkan nekrosis sel jantung yang bersifat *irreversible*. STEMI umumnya juga terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak aterosklerosis yang sudah ada sebelumnya. STEMI disebabkan oleh adanya aterosklerotik pada arteri koroner sehingga menyebabkan terjadinya nekrosis miokard yang bersifat *irreversible*. Menghilangkan nyeri dada merupakan prioritas utama pada pasien dengan STEMI, dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi dokter dengan perawat (Darliana, 2010).

Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) dapat disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan atau peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner. NSTEMI terjadi karena trombosis akut atau proses vasokonstriksi koroner. Pada NSTEMI, nyeri dada dengan lokasi khas substernal atau kadangkala di epigastrium dengan ciri seperti diperas, perasaan seperti diikat, perasaan terbakar, nyeri tumpul, rasa penuh,

berat atau tertekan menjadi gejala yang sering ditemukan. Walaupun gejala khas rasa tidak enak di dada iskemia pada NSTEMI telah diketahui dengan baik, gejala tidak khas seperti dispneu, mual, diaforesis, syncope atau nyeri di lengan, epigastrium, bahu atas, atau leher (Amarendra, Makmun, Antono, & Dewiasty, 2017).

Sindrom Koroner Akut merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia, *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 melaporkan penyakit kardiovaskuler menyebabkan 17,5 juta kematian atau sekitar 31% dari keseluruhan kematian secara global dan yang diakibatkan sindrom koroner akut sebesar 7,4 juta. Penyakit ini diperkirakan akan mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Muhibbah, Wahid, Agustiana, & Illiandri, 2019). Di Indonesia sendiri berdasarkan dari pusat data dan informasi 2 kementerian kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit sindrom koroner akut sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 dengan ditempati estimasi jumlah provinsi terbanyak yaitu Jawa Barat sebagai urutan pertama dan Kalimantan Timur sendiri berada di urutan dua puluh tiga dengan estimasi 3767 orang (Kemenkes RI, 2014), hal ini meningkat pada tahun 2018 dengan nilai prevalensi 2,2% di urutan pertama ditempati oleh provinsi Kalimantan Utara dan untuk Kalimantan Timur sendiri berada di urutan nomor enam (Kemenkes, 2018).

Penyebab utama terjadinya SKA adalah adanya trombus, ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial, terjadi gangguan aliran darah ini akan menyebabkan iskemia miokardium dan apabila berlangsung lebih dari 20 menit akan terjadi nekrosis miokardium (Infark). Keluhan utama yang sering dirasakan pada pasien dengan SKA biasanya dapat ditinjau dari dua aspek yaitu melalui aspek fisiologis dan psikologis. Dilihat dari aspek Fisiologis biasanya adanya nyeri dada yang tipikal (*angina tipikal*) atau atipikal (*angina ekuivalen*). Keluhan angina tipikal berupa rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area *interskapular*, bahu, atau epigastrium. Keluhan ini dapat berlangsung *intermiten*/beberapa menit atau persisten (>20 menit). Keluhan angina tipikal sering disertai keluhan penyerta seperti *diaphoresis*,

mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan *sinkop* (Irmalita et al., 2015). Pada SKA, suplai darah ke jantung tiba tiba berkurang bahkan terhenti akibat penumpukan kolestrol dan formasi dari gumpalan darah di dalam arteri jantung. Menyebabkan berkurangnya suplai oksigen ke jantung sehingga memicu *angina pectoris* serta *infak miokard*, di mana terjadi kerusakan pada jantung (Tumade, Jim, & Joseph, 2016)

Penanganan awal pasien SKA Suplemen oksigen harus diberikan segera bagi mereka dengan saturasi O₂ arteri <95% atau yang mengalami distress respirasi, Aspirin 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap aspirin. Aspirin tidak bersalut lebih terpilih mengingat absorpsi sublingual (di bawah lidah) yang lebih cepat. Penghambat reseptor ADP (*adenosine diphosphate*) Dosis awal ticagrelor yang dianjurkan adalah 180 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2 x 90 mg/hari kecuali pada pasien STEMI yang direncanakan untuk reperfusi menggunakan agen fibrinolitik, Dosis awal *clopidogrel* adalah 300 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 75 mg/hari (pada pasien yang direncanakan untuk terapi reperfusi menggunakan agen fibrinolitik, penghambat reseptor ADP yang dianjurkan adalah *clopidogrel*) (Irmalita et al., 2015).

Dampak dari penyakit Stemi dan Nonstemi disebabkan oleh aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang berdampak pada intima dari arteri, yang mengakibatkan terbentuknya trombus sehingga membuat lumen menyempit, yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah sehingga kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Jika trombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal, maka terjadilah infark pada miokardium sehingga jantung tidak bisa menjalankan tugasnya dengan baik. Untuk bisa bekerja dengan baik, jantung membutuhkan aliran darah dalam jumlah yang cukup. Jika aliran darah ke jantung, terutama yang mengalir ke otot jantung terhenti, maka serangan jantung berpotensi akan muncul (Muhibbah et al., 2019). Kondisi yang tidak stabil membutuhkan penanganan segera serta perhatian penuh dari tim medis serta perawat yang terlatih yang di dukung dengan peralatan dan teknologi canggih untuk menjaga kestabilan kondisi pasien dan menjaga keselamatan pasien sehingga tidak jatuh pada

kondisi terburuk. Adapun ruang perawatan khusus yang dimaksud ialah ICCU.

Intensive Coronary care unit (ICCU) adalah salah satu unit di rumah sakit yang berfungsi untuk perawatan pasien kritis. Unit ini diperuntukan sebagai perawatan intensif untuk penyakit jantung, terutama penyakit jantung coroner, serangan jantung, gangguan irama jantung yang berat, gagal jantung. Unit ini berbeda dengan unit lainnya karena semua pasien yang dirawat di ruang ini dirawat oleh petugas atau tim medis yang terlatih serta kegiatan dilakukan selama 24 jam dan menggunakan alat-alat canggih yang asing untuk keluarga atau pasien. Selain itu peraturan di ICCU sangat ketat yang menyebabkan keluarga tidak boleh menunggu secara terus menerus sehingga hal ini menimbulkan kecemasan tersendiri bagi keluarga, bahkan trauma bagi keluarganya yang dirawat di ICCU. Pasien kritis merupakan pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa. Pasien kritis dirawat di ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) memiliki nilai kematian dan nilai kesakitan yang tinggi. Pasien kritis sangat erat kaitannya dengan perawatan secara intensif serta monitoring penilaian terhadap setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien dan membutuhkan pencatatan medis secara kontinyu dan berkesinambungan. Pasien yang dirawat di ICCU tentunya akan mengalami masalah psikis, masalah psikis dapat terjadi berupa gangguan cemas, depresi hingga psikosis. Cemas dapat melemahkan kondisi pasien jika tidak ditangani akan menyebabkan keadaan pasien semakin buruk seperti mengalami irama jantung yang tidak beraturan, nadi cepat, sesak nafas dan sakit kepala (Rosida & Wahyudi, 2019).

Berdasarkan hasil wawancara dengan 6 orang pasien sindrom koroner akut dan observasi secara langsung dengan pasien yang dirawat di ruang ICCU dari bulan Januari-Maret 2020 didapatkan adanya keluhan peningkatan respon stres pada pasien sindrom koroner akut diantaranya pasien mengatakan stres karena takut akan kematian, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, gelisah, cemas, lemas, sesak nafas, jantung berdebar bahkan sampai dengan tekanan darah tinggi. Dari data rekam medis yang diperoleh peneliti bulan Januari-Maret 2020 di RSUD AM Parikesit Tenggarong terdapat 45

orang pasien dengan Sindrom Koroner Akut. Dalam hal ini, perawat berupaya untuk mengelola stres pasien dengan baik dengan cara melakukan edukasi, menanyakan hobi dan mengajak pasien bercerita untuk membuat tubuh terasa lebih rileks dan terhindar dari stres berkepanjangan. Selama ini di rumah sakit hanya dilakukan edukasi dan menganjurkan pasien tetap rileks selama masa perawatan dan pengobatan di ruang ICCU salah satunya dengan menggunakan teknik distraksi misalnya mendengarkan musik instrumen atau berdzikir.

Masalah psikologis pada pasien SKA tidak hanya cemas, tetapi juga marah, stress, pesimis dan putus asa. Hal ini didukung oleh penelitian Susana (2014) tentang dukungan psikologis pasien pasca operasi bedah jantung di dapatkan 42 responden mengalami peningkatan dalam masalah psikoemosional. Penelitian Lutfiyaningtyas di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2016 tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien SKA menjelaskan adanya dukungan keluarga yang tinggi sebesar 64,3% dan tingkat kecemasan yang ringan sebesar 40%, dengan sasaran pada pasien rawat jalan, IGD dan rawat inap. Dengan jumlah sampel 70 responden. Stress fisik yang berlebihan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi menyebabkan penyakit semakin memburuk karena dapat menyebabkan meningkatnya denyut jantung, peningkatan tekanan darah, serta pelepasan hormon stress yang akan menghasilkan beban kerja jantung meningkat sehingga dapat mengakibatkan serangan jantung, kematian jantung mendadak, gagal jantung, atau aritmia (Cahyo, 2019).

Pada dasarnya semua penyakit fisik akan mempengaruhi kondisi psikologik seseorang. Demikian juga penderita SKA pada umumnya akan mengalami kondisi psikologik antara lain gangguan penyesuaian, kecemasan, stres bahkan depresi. Salah satu masalah yang terkait dengan penyakit jantung adalah masalah stres. Pasien yang mengalami stres merasa penyakit yang dideritanya memerlukan proses penyembuhan yang lama bahkan takut akan ancaman kematian. Dengan adanya hal ini, pasien yang sering mengalami stres dapat memperberat kondisi penyakitnya. Stres termasuk label yang digunakan untuk gejala psikologis yang mendahului penyakit, reaksi kecemasan, ketidaknyamanan, dan banyak kondisi lain (Safetyka, 2019)

Peneliti ingin melihat perbedaan Stemi (oklusi total) dan Non stemi (oklusi parsial) agar peneliti mengetahui apakah pasien stemi diakibatkan oleh stres yang lebih berat atau pasien nonstemi yang stresnya lebih berat sehingga saat pasien dalam perawatan perawat dapat menjalankan pelayanan kesehatan secara kuratif untuk mencegah stres sebagai pemicu dalam pengendalian penderitaan akibat penyakit.

Teori adaptasi roy memandang bahwa individu secara holistik yang merupakan satu kesatuan yang hidup secara konstan dan berinteraksi dengan lingkungannya. Proses adaptasi akan terus menerus terjadi perubahan fisik baik internal maupun eksternal yang dapat menjadi stresor atau kecemasan dan individu harus memelihara integritas dirinya serta selalu beradaptasi dengan perubahan tersebut (Safitri, 2018). Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

B. Rumusan Masalah

Pasien yang telah terdiagnosis sindrom koroner akut (SKA) memiliki resiko tinggi untuk mengalami kekambuhan penyakit dan perawatan ulang. Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam kehidupan. Sindrom koroner akut merupakan penyebab utama terjadinya kematian mendadak pada seseorang, bahkan pada individu dengan penyakit kardiovaskular. Stres psikologis yang dihasilkan berpotensi terhadap kesejahteraan emosional pasien, tetapi juga mempengaruhi kesehatan jantung dan pemulihan. Oleh karena itu, memahami bagaimana perubahan stres yang dirasakan dari waktu ke waktu ketika pasien pulih dari peristiwa tersebut dapat membantu memandu perawatan klinis untuk lebih memenuhi kebutuhan pasien. Stres fisik yang berlebihan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi menyebabkan penyakit semakin memburuk karena dapat menyebabkan meningkatnya denyut jantung, peningkatan tekanan darah, serta pelepasan hormon stress yang akan menghasilkan beban kerja jantung meningkat sehingga dapat mengakibatkan serangan jantung, kematian jantung

mendadak, gagal jantung, atau aritmia. Berdasarkan fenomena diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat perbedaan respon stres antara pasien stemi dengan non stemi selama masa perawatan dirumah sakit?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Diketahui perbedaan respon stres antara pasien stemi dan non stemi selama masa perawatan di Rumah Sakit.

b. Tujuan Khusus

- 1) Teridentifikasi Karakteristik responden meliputi: usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan lama hari rawat
- 2) Teridentifikasi skor rata-rata respon stres pasien STEMI selama masa perawatan di Rumah Sakit.
- 3) Teridentifikasi skor rata-rata respon stres pasien Non STEMI selama masa perawatan di Rumah Sakit.
- 4) Teranalisa perbedaan skor rata-rata respon stres antara pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan di Rumah Sakit.

D. Manfaat Penelitian

Adanya penelitian ini, diharapkan dapat memberikan manfaat. Adapun beberapa manfaat penelitian ini meliputi:

1. Manfaat Praktis

a. Pusat Pelayanan Kesehatan

Dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan intervensi asuhan keperawatan standar, sehingga diharapkan menghasilkan *outcome* yang memadai.

b. Manfaat bagi pasien

Pasien telah mampu melakukan pengontrolan stress dan mencegah kekambuhan dan komplikasi dari SKA.

2. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya tentang penanganan respon stres antara pasien stemi dengan non stemi selama perawatan di Rumah Sakit.

E. Penelitian Terkait

Penelitian terkait tentang Perbedaan Respon Stres Pada Pasien Stemi dan Non Stemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit.

1. Douglas de Sá Dias, Mariane Vanessa Resende, Gisele do Carmo Leite Machado Diniz (2015) "Patient stress in intensive care comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit". Metode: Penelitian cross-sectional dan deskriptif ini dilakukan di unit perawatan intensif koroner dan unit perawatan intensif umum pasca operasi di rumah sakit swasta. Secara total, 60 pasien berpartisipasi dalam penelitian ini, 30 di setiap unit perawatan intensif. Skala stresor digunakan di unit perawatan intensif untuk mengidentifikasi stresor. Skor rata-rata setiap item skala dihitung diikuti oleh skor total stres. Perbedaan antara kelompok dianggap signifikan ketika $p < 0,05$. Hasil: Usia rata-rata pasien adalah $55,63 \pm 13,58$ tahun di unit perawatan intensif koroner dan $53,60 \pm 17,47$ tahun di unit perawatan intensif umum pasca operasi.
2. Aan Nuraeni, Ristina Mirwant(2017) Hubungan cemas dan depresi pada pasien dengan penyakit jantung koroner(PJK). Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional cross sectional. Penelitian dilakukan di poli jantung pada 100 orang responden yang diambil dengan teknik simple random sampling. Kecemasan diukur menggunakan Zung self-Rating Anxiety Scale (SAS), sedangkan depresi diukur menggunakan instrumen Beck Depression Inventory II (BDI-II) versi bahasa Indonesia. Hubungan antar variabel yaitu cemas dan depresi dilakukan dengan analisis data non-parametrik yaitu dengan uji Rank Spearman. Hasil dan Simpulan: Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara cemas dan depresi ($r=0,371$, $p=0,000$). Semakin tinggi kecemasan maka semakin tinggi pula tingkat depresi pada pasien PJK.

3. Dewi (2019) "*Description of the Grieving and Depression in Patient with CAD in Intensive Care Unit*". Metode penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif menggunakan teknik Consecutive Sampling (n = 34). Pengumpulan data menggunakan kuesioner Inventaris Penilaian Kesedihan / Depresi yang telah diuji validitasnya dengan validitas wajah dan validitas konten. Data dianalisis menggunakan metode deskriptif analitik dengan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 34 responden, sebagian besar (94,1%) memiliki kesedihan yang rumit sementara beberapa dari mereka (5,9%) memiliki kesedihan yang tidak rumit. Respons tertinggi terhadap duka dan depresi adalah dalam bidang berperilaku, berpikir, merasa, dan kehilangan. Kesimpulan: Sebagian besar pasien dengan CAD mengalami kesedihan yang rumit. Karena itu penting bagi perawat untuk mengantisipasi kesedihan yang rumit di antara pasien dan memberikan perawatan yang mendukung situasi pasien, berkonsultasi dengan dokter keluarga, terapis, atau pemimpin agama.
4. Devi Listiana, H.S. Effendi, Nasrul (2019) Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tingkat Kecemasan Pre Kateterisasi Jantung Pada Pasien SKA. Penelitian ini menggunakan desain Cross Sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien SKA yang akan menjalani tindakan kateterisasi jantung di ruang Cath-Lab RSUD dr. M. Yunus Bengkulu pada bulan Juni tahun 2018. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien dengan diagnosa SKA yang akan dilakukan tindakan kateterisasi jantung di ruang Cath-Lab RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Sampel di ambil secara tidak acak dengan tehnik accidental sampling dimana subyek dipilih pada waktu penelitian dilakukan. Hasil penelitian didapatkan: 1) Tidak Ada hubungan bermakna antara umur dengan dengan tingkat kecemasan prekateterisasi pada pasien dengan SKA; (3) Ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan dengan tingkat kecemasan prekateterisasi pada pasien dengan SKA dengan kategori hubungan lemah; (4) Ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan dengan tingkat kecemasan prekateterisasi pada pasien dengan SKA dengan kategori hubungan lemah.

5. Made Widiyanti(2017) Hubungan antara depresi, cemas dan sindrom koroner akut Satu penelitian *cross sectional* yang memakai struktur diagnosis wawancara menemukan bahwa 36% pasien memenuhi kriteria gangguan cemas saat evaluasi dan 45% memiliki riwayat gangguan cemas selama hidupnya. Gangguan cemas general terjadi pada lebih dari 24% pasien dengan penyakit jantung dan gangguan panik juga secara bermakna meningkat pada pasien dengan penyakit kardiovaskuler, dimana 50% pasien jantung mengalami gangguan panik aktif. Sama dengan depresi, cemas pada pasien pasca sindrom koroner akut sering tidak diketahui dan diterapi oleh dokter lini depan di unit perawatan jantung.
6. Cahyo (2019) Gambaran stress fisik penderita gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptive untuk mengetahui gambaran stress fisik penderita gagal jantung di RSUD Dr.Moewardi Surakarta. Responden dalam penelitian ini berjumlah 60 orang yang diperoleh dengan pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Stress Indicator Questionnaire* (NBANH) yang dianalisis dengan *analisis univariat* dan didapatkan hasil bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menjalani rawat inap di RSUD Dr.Moewardi Surakarta mengalami stress fisik dalam kategori kategori sedang 34 (56,7%) diakibatkan karena aktivitas fisik yang berlebihan dan kelelahan, stress fisik apabila tidak diatasi dapat menimbulkan masalah kesehatan lain seperti aritmia, detak jantung meningkat, nyeri, mudah lelah, peningkatan tekanan darah hingga komplikasi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Sindrom Koroner Akut (SKA)

a. Pengertian

Sindrom Koroner Akut merupakan sekumpulan gejala yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah pembuluh darah koroner secara akut. Umumnya disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah koroner akibat kerak aterosklerosis yang lalu mengalami perobekan dan hal ini memicu terjadinya gumpalan-gumpalan darah atau thrombosis (Erik, 2005).

Infark miokard akut dengan elevasi ST (STEMI) terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak akibat oklusi trombus pada plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya. Trombus arteri koroner terjadi secara cepat pada lokasi injuri vaskuler, dimana injuri ini dicetuskan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi, dan akumulasi lipid (Sudoyo, 2010).

Berdasarkan spektrum SKA, NSTEMI didefinisikan sebagai gambaran EKG depresi segmen ST atau inversi gelombang T prominen dengan biomarker nekrosis yang positif (mis. troponin) dengan tidak dijumpainya elevasi segmen ST pada gambaran EKG dan sesuai dengan gambaran klinis (rasa tidak nyaman pada dada atau sesuai dengan angina) (Hararap, 2014).

b. Etiologi

Penyebab terjadinya SKA antara lain :

1. Plak tidak stabil

Adanya ruptur plak yang kaya lipid dengan cangkang yang tipis. Umumnya plak yang mengalami ruptur secara hemodinamik tidak signifikan besar lesinya. Adanya komponen sel inflamasi yang berada di bawah subendotel merupakan titik lemah dan merupakan predisposisi terjadinya ruptur plak.

Kecepatan aliran darah, turbulensi, dan anatomi pembuluh darah juga memberikan kontribusi terhadap hal tersebut.

2. Ruptur plak

Setelah plak ruptur, sel-sel trombosit akan menutupi atau menempel pada plak yang ruptur. Ruptur akan merangsang dan mengaktifkan agregasi platelet. Fibrinogen akan menyelimuti platelet yang kemudian akan merangsang pembentukan thrombin.

3. Angina tidak stabil

Sumbatan thrombus yang parsial akan menimbulkan gejala iskemia yang progresif (lebih lama atau pada aktivitas yang lebih ringan dari biasanya), gejala iskemia yang baru pertama terjadi, atau terjadi saat istirahat. Pada fase ini thrombus kaya akan trombosit sehingga aspirin, antagonis reseptor ADP, dan GPIIb/IIIa inhibitor paling efektif. Pemberian fibrinolysis pada fase ini tidak efektif dan malah sebaliknya dapat mengakselerasi oklusi dengan melepaskan bekuan yang berikatan dengan thrombin yang dapat memicu terjadi koagulasi. Oklusi thrombus yang bersifat intermiten dapat menyebabkan nekrosis miokard sehingga menimbulkan NSTEMI.

4. Mikroemboli

Mikroemboli berasal dari thrombus yang terlepas ke distal pembuluh darah coroner dan bersarang di dalam mikrovaskular coroner yang menyebabkan troponin jantung meningkat (penanda adanya nekrosis di jantung). Kondisi ini merupakan risiko tinggi terjadinya infark miokard yang lebih luas.

5. Trombus oklusif

Jika thrombus menyumbat total pembuluh darah coroner epikardial dalam jangka waktu yang lama, maka menyebabkan STEMI. Bekuan ini kaya akan fibrin, oleh karena itu,

pemberian fibrinolysis yang cepat tepat atau langsung dilakukan IKP primer dapat membatasi perluasan infark miokard.

Terdapat dua faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit arteri koroner yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (*nonmodifiable*). Faktor risiko *modifiable* dapat dikontrol dengan mengubah gaya hidup dan kebiasaan pribadi, sedangkan faktor risiko yang *nonmodifiable* merupakan konsekuensi genetic yang tidak dapat dikontrol (smeltzer, 2002).

Menurut Muttaqin (2009) Ada lima faktor risiko yang dapat diubah (*modifiable*) yaitu merokok, tekanan darah tinggi, hiperglikemia, kolesterol darah tinggi, dan pola tingkah laku.

1) Merokok

Merokok dapat memperparah dari penyakit koroner diantaranya karbondioksida yang terdapat pada asap rokok akan lebih mudah mengikat hemoglobin dari pada oksigen, sehingga oksigen yang disuplai ke jantung menjadi berkurang. Asam nikotinat pada tembakau memicu pelepasan katekolamin yang menyebabkan konstiksi arteri dan membuat aliran darah dan oksigen jaringan menjadi terganggu. Merokok dapat meningkatkan adhesi trombosit yang akan dapat mengakibatkan kemungkinan peningkatan pembentukan thrombus.

2) Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi merupakan juga faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit arteri koroner. Tekanan darah yang tinggi akan dapat meningkatkan gradien tekanan yang harus dilawan oleh ventrikel kiri saat memompa darah. Tekanan tinggi yang terus

menerus menyebabkan suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat.

3) Kolesterol darah tinggi

Tingginya kolesterol dengan kejadian penyakit arteri koroner memiliki hubungan yang erat. Lemak yang tidak larut dalam air terikat dengan lipoprotein yang larut dengan air yang memungkinkannya dapat diangkut dalam system peredaran darah. Tiga komponen metabolisme lemak, kolesterol total, lipoprotein densitas rendah (*low density lipoprotein*) dan lipoprotein densitas tinggi (*high density lipoprotein*). Peningkatan kolestreol *low density lipoprotein* (LDL) dihubungkan dengan meningkatnya risiko koronaria dan mempercepat proses arterosklerosis. Sedangkan kadar kolesterol *high density lipoprotein* (HDL) yang tinggi berperan sebagai faktor pelindung terhadap penyakit arteri koronaria dengan cara mengangkut LDL ke hati, mengalami biodegradasi dan kemudian diekskresi (Price, 1995).

4) Hiperglikemia

Pada penderita diabetes mellitus cenderung memiliki prevalensi aterosklerosis yang lebih tinggi, hiperglikemia menyebabkan peningkatan agregasi trombosit yang dapat menyebabkan pembentukan thrombus.

c. Tanda dan Gejala

Definitif Sindrom Koroner Akut adalah dengan gejala dan tanda: angina tipikal, EKG dengan kemungkinan elevasi yang diagnostic untuk STEMI, depresi ST atau inversi T yang diagnostik sebagai keadaan iskemia miokard, atau LBBB baru / persangkaan baru dan peningkatan marker jantung. Nyeri dada angina adalah

syndrome klinis dengan gejala ditandai rasa tidak nyaman di dada, rahang bahu, punggung atau lengan, diperberat oleh aktivitas atau stress emosional dan lega dengan nitrigliserin. Angina ini biasa terjadi pada pasien Coroner Artery Deasses (CAD) melibatkan satu atau lebih arteri epikardil besar. Namun angina juga dapat terjadi pada individu dengan penyakit katub jantung, hipertropi cardiomyopathy dan hipertensi yang tidak terkontrol. Hal ini terdapat pada pasien jantung coroner dan iskemia miokard berhubungan dengan kejang atau disfungsi endotel (Benyamin,2014). Angina sering muncul saat olahraga dan aktivitas. Ketika tubuh memerlukan jantung untuk memompa lebih banyak darah, otot jantung bekerja lebih banyak untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen dalam darah, sehingga muncul nyeri didada dan ketika tubuh beristirahat angina mulai mereda. (Benyamin,2014).

d. Patofisiologi

Sebagian besar sindrom koroner akut adalah manifestasi akut dari plak atheroma pembuluh darah yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrosis yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah thrombus yang kaya trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah coroner, baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh darah coroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah coroner. Berkurangnya aliran darah coroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard).

Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah coroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia selain nekrosis adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses hibernating dan stunning (setelah iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien syndrome coroner akut tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan diatas.

Sindrom coroner akut karena obstruksi dinamis akibat spasme local dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spame maupun thrombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa factor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya Sindrom koroner akut pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis (Irmalita, 2015).

Angina sering muncul pada saat olahraga dan aktivitas, ketika tubuh memerlukan jantung untuk memompa lebih banyak darah, otot jantung bekerja lebih banyak untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen dalam darah, sehingga muncul nyeri didada dan ketika tubuh beristirahat angina mulai mereda (Benyamin, 2014).

e. Pemeriksaan Diagnostic

1. Pemeriksaan Fisik

Tujuan dilakukan pemeriksaan fisik adalah untuk menegakkan diagnosis banding dan mengidentifikasi pencetus,. Selain itu, pemeriksaan fisik jika digabungkan dengan keluhan angina (anamnesis), dapat menunjukkan tingkat kemungkinan keluhan nyeri dada sebagai akibat representasi syndrome coroner akut.

2. Elektrokardiogram (EKG)

Elektrokardiogram (EKG) harus dilakukan dalam 10 menit sejak kontak medis pertama. Bila bisa didapatkan, perbandingan dengan hasil EKG sebelumnya sangat membantu diagnosis. Setelah perekaman EKG awal dan penatalaksanaan, perlu dilakukn perekaman EKG serial atau pemantauan terus menerus. EKG yang mungkin dijumpai pada pasien NSTEMI dan UAP antara lain: depresi segmen ST atau inversi gelombang T dapat disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten, nondiagnostik dan hasil EKG 12 sadapan yang normal tidak menyingkirkan kemungkinan diagnosis sindrom coroner akut tanpa elevasi ST.

Jika pemeriksaan EKG awal menunjukkan kelainan nondiagnostik, sementara angina masih berlangsung pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian (rekam juga V7-V9). Pada keadaan dimana EKG ulang tetap menunjukkan kelainan yang nondiagnostik dan marka jantung negative sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam untuk dilakukan EKG ulang tiap ^ jam dan setiap terjadi angina berulang. Bila daalm masa pemantauan terjadi perubahan EKG, misalnya depresi segmen ST dan atau inversi gelombang T signifikan, maka diagnosis UAP atau NSTEMI dapat dipastikan.

3. Marker jantung

Pemeriksaan troponin I/T adalah standart baku emas dalam diagnosis NSTEMI, dimana peningkatan kadar marka jantung tersebut akan terjadi dalam waktu 2 hingga 4 jam. Penggunaan troponin I/T untuk diagnosis NSTEMI harus digabungkan dengan kriteria lain yaitu keluhan angina dan perubahan EKG. Diagnosis NSTEMI ditegakkan jika marka jantung meningkat sedikit melampaui nilai normal atas atau upper limit of normal

(ULN). Kadar troponin pada pasien infark miokard akut meningkat di dalam darah peifer 3 – 4 jam setelah awitan infark dan menetap sampai 2 minggu.

Peningkatan ringan kadar troponin biasanya menghilang dalam waktu 2 hingga 3 hari, namun bila terjadi nekrosis luas, peningkatan ini dapat menetap hingga 2 minggu. Mengingat troponin I/T tidak terdeteksi pada orang sehat, nilai ambang peningkatan marka jantung ini ditetapkan sedikit di atas nilai normal yang ditetapkan oleh laboratorium setempat. Perlu diingat bahwa selain akibat STEMI dan NSTEMI, peningkatan kadar troponin juga bisa terjadi akibat : takiaritmia atau bradiaritmia berat, miokarditis, dissecting aneurysm, emboli paru, gangguan ginjal akut atau kronik, stroke atau perdarahan subarachnoid, penyakit kritis, terutama pada sepsis apabila pemeriksaan troponin tidak tersedia, pemeriksaan CKMB dapat digunakan. CKMB akan meningkat dalam waktu 4 hingga 6 jam, mencapai puncaknya saat 12 jm dan menetap sampai 2 hari.

4. Pemeriksaan Non Invasif

Pemeriksaan ekokardiografi transtokoral saat istirahat dapat memberikan gambaran fungsi ventrikel kiri secara umum dan berguna untuk menentukan diagnosis banding. Jika memungkinkan, pemeriksaan ekokardiografi transtorakal saat istirahat harus tersedia di ruang gawat darurat dan dilakuakn secara rutin dan sesegera mungkin bagi pasien tersanga sindrom coroner akut. Stress test seperti exercise EKG yang telah dibahas sebelumnya dapat membantu menyingkirkan diagnosis lain.

5. Pemeriksaan Invasif

Angiografi koroner memberikan informasi mengenai keberadaan dan tingkat keparahan PJK, sehingga dianjurkan segera dilakukan untuk tujuan diagnostik pada pasien dengan

risiko tinggi dan diagnosis banding yang tidak jelas. Penemuan oklusi trombotik akut, misalnya pada arteri sirkumfleksa, sangat penting pada pasien yang sedang mengalami gejala atau peningkatan troponin namun tidak ditemukan perubahan EKG diagnostik. Pada pasien dengan penyakit pembuluh multipel dan mereka dengan stenosis arteri utama kiri yang memiliki risiko tinggi untuk kejadian kardiovaskular yang serius, angiografi koroner disertai perekaman EKG dan abnormalitas gerakan dinding regional seringkali memungkinkan identifikasi lesi yang menjadi penyebab. Penemuan angiografi yang khas antara lain eksentrisitas, batas yang ireguler, ulserasi, penampakan yang kabur, dan filling defect yang mengesankan adanya trombus intrakoroner.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*) terdiri dari terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi ada tiga kelas obat-obatan yang biasa digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen: vasodilator, antikoagulan, dan trombolitik. Analgetik dapat diberikan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri dada, nyeri dikaitkan dengan aktivasi simpatis yang menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan beban jantung. *Antikoagulan* (heparin) digunakan untuk membantu mempertahankan integritas jantung. Heparin memperpanjang waktu pembekuan darah, sehingga dapat menurunkan kemungkinan pembentukan trombus. Tujuan penatalaksanaan pada sindroma koroner akut adalah mencegah nekrosis sel-sel miokardium dan mengupayakan terjadinya reperfusi ke jaringan miokardium. Perbedaan *ST elevation myocardial infarction* (STEMI) dengan sindroma koroner lainnya adalah STEMI memerlukan penanganan segera berupa reperfusi baik

dengan fibrinolisis maupun intervensi dengan PCI (*percutaneous coronary intervention*) primer.

1. Oksigenasi

Oksigen bersifat vasoaktif sehingga hanya diberikan apabila ada indikasi. Pemberian oksigen bila terjadi penurunan saturasi oksigen arteri dan dipertahankan pada kadar saturasi 93-96%. Pemberian oksigen yang berlebihan dapat menyebabkan hiperoksemia sehingga dapat terjadi vasokonstriksi.

2. Analgesik

Nyeri pada sindroma koroner akut harus ditangani agar nyeri tidak menginduksi pelepasan katekolamin yang memperberat beban jantung. Analgesik yang dapat diberikan adalah:

a. Nitrat

Nitroglicerin Nitrat, misalnya isosorbit dinitrat, dapat diberikan secara sublingual apabila tidak ada hipotensi. Obat ini dapat diberikan dengan dosis 0,3-0,4 mg, sebanyak 3 kali dengan interval 3-5 menit. Pemberian nitrat secara intravena diberikan bolus inisial 12,5-25 mikrogram dan rumatan 5-10 mikrogram per menit. Dosis rumatan dapat dinaikkan 10 mikrogram per menit sesuai kondisi pasien dan tekanan darah. Kontraindikasi pemberian nitrat pada pasien yang menggunakan sildenafil dalam 24 jam sebelumnya.

b. Morfin

Morfin NSTEMI diberikan 1-5 mg melalui intravena. Pemberian dapat diulang 5-30 menit sesuai dengan kondisi nyeri pasien, namun hati-hati terhadap overdosis yang dapat menyebabkan depresi pernapasan dan hipotensi. Naloxon 0,4-2,0 mg intravena diberikan apabila terjadi overdosis

morfin. Pemberian morfin pada STEMI diberikan 2-4 mg secara intravena.

c. Antiplatelet

Antiplatelet seperti aspirin dan clopidogrel dapat digunakan sebagai tata laksana sindrom koroner akut.

d. Aspirin

Aspirin diberikan 160-320 mg, dikunyah untuk dosis awal. Selanjutnya diberikan dosis rumatan sebesar 80 mg tiap per hari.

e. Clopidogrel

Pemberian clopidogrel sebagai penatalaksanaan sindrom koroner akut dimulai dengan dosis awal 300-600 mg, lalu dilanjutkan dengan dosis rumatan 75 mg per hari.

f. Fibrinolisis dapat dilakukan dengan pemberian

Streptokinase 1,5 juta unit yang dilarutkan dengan 100 ml Dekstrosa 5% atau normal salin, diberikan selama 30-60 menit. Alteplase 15 mg melalui intravena dan dilanjutkan 0,75 mg/kgBB untuk 30 menit berikutnya dan 0,6 mg/kgBB untuk 60 menit berikutnya.

2. Konsep Stres Pada Pasien SKA

a. Pengertian Stres

Ada beberapa istilah psikologis populer yang sering dikaburkan sebagai “stres”. Pada hakikatnya, tentunya kata ini merujuk pada sebuah kondisi seseorang yang mengalami tuntutan emosi berlebihan dan atau waktu yang membuatnya sulit memfungsikan secara efektif semua wilayah kehidupan. Keadaan ini dapat mengakibatkan munculnya cukup banyak gejala, seperti depresi, kelelahan kronis, mudah marah, gelisah, impotensi, dan kualitas kerja yang rendah (Richards, 2010). Hawari (dalam Yusuf, 2004) berpendapat bahwa istilah stres tidak dapat dipisahkan dari *distress* dan depresi, karena satu sama lainnya saling terkait. Stres

merupakan reaksi fisik terhadap permasalahan kehidupan yang dialaminya dan apabila fungsi organ tubuh sampai terganggu dinamakan *distress*. Sedangkan depresi merupakan reaksi kejiwaan terhadap stressor yang dialaminya. Dalam banyak hal manusia akan cukup cepat untuk pulih kembali dari pengaruh-pengaruh pengalaman stres. Manusia mempunyai suplai yang baik dan energi penyesuaian diri untuk dipakai dan diisi kembali bilamana perlu.

Stres merupakan masalah umum yang terjadi dalam kehidupan umat manusia. Kupriyanov dan Zhdanov (2014) menyatakan bahwa stres yang ada saat ini adalah sebuah atribut kehidupan modern. Hal ini dikarenakan stres sudah menjadi bagian hidup yang tidak bisa terelakkan. Baik di lingkungan sekolah, kerja, keluarga, atau dimanapun, stres bisa dialami oleh seseorang. Stres juga bisa menimpa siapapun termasuk anak-anak, remaja, dewasa, atau yang sudah lanjut usia. Dengan kata lain, stres pasti terjadi pada siapapun dan dimanapun. Yang menjadi masalah adalah apabila jumlah stres itu begitu banyak dialami seseorang (Agustina, 2013).

Dampaknya adalah stres itu membahayakan kondisi fisik dan gangguan tidur (Waqas, Khan, Sharif, Khalid & Ali, 2014). Dengan keberadaan stres yang tidak bisa terelakkan oleh setiap orang, maka pemahaman mendalam tentang stres sangatlah diperlukan. Oleh karena itu, tulisan ini bermaksud untuk menghadirkan penjelasan tentang teori stres dan dampak yang ditimbulkan oleh stres (Agustina, 2013).

Ketika stres masih berlangsung terus menerus, maka selanjutnya stres berada pada pada tahap terakhir. Berdasarkan *General Adaptation Syndrome*, di tahap ketiga ini tubuh sudah merasakan *exhaustion* (kelelahan) (Lyon, 2012). Kondisi ini dikarenakan tubuh benar-benar tidak sanggup lagi mengadakan perlawanan terhadap sumber stres. Atau dengan kata lain, tubuh

sudah menyerah karena kehabisan kemampuan untuk menghadapi serangan yang mengancam. Oleh karena itu, pada tahap ketiga ini, menurut Lyon (2012) dan Rice (2011) organ-organ tubuh bisa berhenti berfungsi atau bisa mengakibatkan kematian pada seseorang (Agustina, 2013).

Stres merupakan istilah yang digunakan dalam ilmu fisiologi dan neuroendokrinologi untuk merujuk faktor-faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan pada organisme sehingga mengancam homeostasis tubuh. Stresor bisa saja merupakan akibat dari trauma fisik, gangguan mekanis, perubahan kimia, atau faktor emosional. Respon tubuh terhadap faktor-faktor tersebut akan bergantung pada besarnya stresor, durasi kejadian, dan status nutrisi pasien. Barash (2001) menyebutkan bahwa respon stres normal ditandai dengan respon neuro hormonal simpatis akibat stimulasi dari sistem simpatoadrenal dan kontribusi kelenjar pituitary dan dapat mengakibatkan peningkatan kadar norepinefrin, epinefrin, kortisol, dan glukagon.

Sistem sensoris kompleks memicu refleksi sistem saraf bereaksi terhadap stresor yang akan menyiapkan sistem saraf pusat terhadap gangguan. Di dalam sistem saraf pusat, neuron nukleus paraventricular dari hipotalamus menguraikan *corticotropin-releasing hormone* (CRH) dan mengaktifasi *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA). Di samping itu, area lain dari otak akan memberi sinyal kepada sistem saraf otonom perifer. Kedua sistem ini akan menimbulkan respon terintegrasi, yang disebut respon stres, yang mengontrol secara utama fungsi tubuh seperti *arousal* (keadaan terjaga atau reaktif terhadap stimulus, baik secara fisik maupun psikologis), tonus kardiovaskular, respirasi, dan metabolisme tingkat lanjut. Fungsi lainnya, seperti perilaku seksual dan makan ditekan, sementara fungsi kognitif dan emosional akan diaktifkan. Disamping itu, aktivitas gastrointestinal dan imunitas/respon inflamasi akan berubah.

Pada keadaan normal ketika terjadi stres baik akibat trauma fisik atau sepsis maka respon stres yang terjadi adalah perubahan pada sistem metabolik dan hormonal, meliputi respon endokrin, imunologi, dan inflamasi yang bertujuan untuk mempertahankan homeostasis sehingga pasien dapat bertahan hidup. Namun pada pasien dalam kondisi kritis dimana fungsi organ-organ tubuh dapat dengan mudah mengalami perubahan akibat stresor maka sulit untuk melakukan mekanisme pertahanan, sehingga individu dapat dengan mudah mengalami ketidakseimbangan yang dapat mengancam homeostasis tubuh. Pada pasien kritis respon terhadap terapi baik medikal ataupun peralatan sulit diduga dan berbeda-beda pada setiap individu, tergantung pada penyakit dan kemampuan dalam berespon terhadap ketidakseimbangan yang terjadi akibat penyakit (Fitri, 2014).

b. Tingkat Stres

Klasifikasi stres dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu stres ringan, sedang dan berat.

1. Stres Ringan

Pada tingkat stres ringan adalah stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang. Stres ringan umumnya dirasakan oleh setiap orang misalnya lupa, ketiduran, dikritik, dan kemacetan. Stres ringan sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi dapat membantu individu menjadi waspada. Situasi ini tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus.

2. Stres Sedang

Stres sedang terjadi lebih lama, dari beberapa jam hingga beberapa hari. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pada lambung dan usus misalnya maag, buang air besar tidak teratur, ketegangan pada otot, gangguan pola tidur, perubahan siklus menstruasi, daya konsentrasi dan daya ingat menurun.

Contoh dari stresor yang menimbulkan stres sedang adalah kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan, mengharapkan pekerjaan baru, dan anggota keluarga yang pergi dalam waktu yang lama.

3. Stres Berat

Stres berat adalah stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pencernaan berat, debar jantung semakin meningkat, sesak napas, tremor, perasaan cemas dan takut meningkat, mudah bingung dan panik. Contoh dari stresor yang dapat menimbulkan stres berat adalah hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial, dan penyakit fisik yang lama.

c. Aspek Stres

Pada saat seseorang mengalami stres ada dua aspek utama dari dampak yang ditimbulkan akibat stres yang terjadi, yaitu aspek fisik dan aspek psikologis (Sarafino, 1998) yaitu :

1. Aspek fisik

Berdampak pada menurunnya kondisi seseorang pada saat stres sehingga orang tersebut mengalami sakit pada organ tubuhnya, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan.

2. Aspek psikologis

Terdiri dari gejala kognisi, gejala emosi, dan gejala tingkah laku. Masing-masing gejala tersebut mempengaruhi kondisi psikologis seseorang dan membuat kondisi psikologisnya menjadi negatif, seperti menurunnya daya ingat, merasa sedih dan menunda pekerjaan.

d. Faktor-Faktor Stres

Setiap teori yang berbeda memiliki konsepsi atau sudut pandang yang berbeda dalam melihat penyebab dari berbagai gangguan fisik yang berkaitan dengan stres. Di bawah ini akan dijelaskan beberapa sudut pandang tersebut.

1. Sudut pandang psikodinamik

Sudut pandang psikodinamik mendasarkan diri mereka pada asumsi bahwa gangguan tersebut muncul sebagai akibat dari emosi yang direpres. Hal-hal yang direpres akan menentukan organ tubuh mana yang terkena penyakit. Sebagai contoh, apabila seseorang merepres kemarahan, maka berdasarkan pandangan ini kondisi tersebut dapat memunculkan *essential hypertension*.

2. Sudut pandang biologis

Salah satu sudut pandang biologis adalah *somatic weakness model*. Model ini memiliki asumsi bahwa hubungan antara stres dan gangguan psikofisiologis terkait dengan lemahnya organ tubuh individu. Faktor biologis seperti misalnya genetik ataupun penyakit yang sebelumnya pernah diderita membuat suatu organ tertentu menjadi lebih lemah dari pada organ lainnya, hingga akhirnya rentan dan mudah mengalami kerusakan ketika individu tersebut dalam kondisi tertekan dan tidak fit.

3. Sudut pandang kognitif dan perilaku

Sudut pandang kognitif menekankan pada bagaimana individu mempersepsi dan bereaksi terhadap ancaman dari luar. Seluruh persepsi individu dapat menstimulasi aktivitas sistem simpatetik dan pengeluaran hormon stres. Munculnya emosi yang negatif seperti perasaan cemas, kecewa dan sebagainya dapat membuat sistem ini tidak berjalan dengan berjalan lancar dan pada suatu titik tertentu akhirnya memunculkan penyakit. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa bagaimana seseorang

mengatasi kemarahannya ternyata berhubungan dengan penyakit tekanan darah tinggi (Fausiah dan Widury, 2005).

e. Tahapan Stres

Martaniah dkk, 1991(dalam Rumiani, 2006) menyebutkan bahwa stresterjadi melalui tahapan :

Tahap 1 : Stres pada tahap ini justru dapat membuat seseorang lebihbersemangat, penglihatan lebih tajam, peningkatan energi, rasa puas dan senang, muncul rasa gugup tapi mudah diatasi.

Tahap 2 : Menunjukkan keletihan, otot tegang, gangguan pencernaan.

Tahap 3 : Menunjukkan gejala seperti tegang, sulit tidur, badan terasa lesu dan lemas.

Tahap 4&5 : Pada tahap ini seseorang akan tidak mampu menanggapi situasi dan konsentrasi menurun dan mengalami insomnia.

Tahap 6 : Gejala yang muncul detak jantung meningkat, gemetar sehingga dapat pula mengakibatkan pingsan. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan tahapan stres terbagi menjadi 6 tahapan yang tingkatan gejalanya berbeda-beda di setiap tahapan.

f. Strategi Menghadapi Stres

Menurut Ardani (2013) ada dua strategi yang bisa digunakan untuk menghadapi stres, yaitu:

- 1) Strategi menghadapi stres dalam perilaku.
 - a) Memecahkan persoalan secara tenang Yaitu mengevaluasi kekecewaan atau stres dengan cermat kemudian menentukan langkah yang tepat untuk diambil, setelah itu

mereka mempersiapkan segala upaya dan daya serta menurunkan kemungkinan bahaya.

b) Agresi.

Stres sering berpuncak pada kemarahan atau agresi. Sebenarnya agresi jarang terjadi namun apabila hal itu hanyalah berupa respon penyesuaian diri. Contohnya adalah mencari kambing hitam, menyalahkan pihak lain dan kemudian melampiaskan agresinya kepada sasaran itu.

c) Regresi

Yaitu kondisi ketika seseorang yang menghadapi stres kembali lagi kepada perilaku yang mundur atau kembali ke masa yang lebih muda (memberikan respons seperti orang dengan usia yang lebih muda).

d) Menarik diri

Merupakan respon yang paling umum dalam mengambil sikap. Bila seseorang menarik diri maka dia memilih untuk tidak mengambil tindakan apapun. Respon ini biasanya disertai dengan depresi dan sikap apatis.

e) Mengelak.

Seorang yang mengalami stres terlalu lama, kuat dan terus menerus maka ia akan cenderung mengelak. Contoh mengelak adalah mereka melakukan perilaku tertentu secara berulang-ulang. Hal ini sebagai pengelakkan diri dari masalah demi mengalihkan perhatian. Dalam usaha mengelakkan diri, orang Amerika biasanya menggunakan alkohol, obat penenang, heroin dan obat-obatan dari bahan kimia lainnya.

2) Strategi menghadapi stres secara kognitif

a) Represi

Adalah upaya untuk menyingkirkan frustrasi, stres dan semua yang menimbulkan kecemasan.

b) Menyangkal kenyataan

Menyangkal kenyataan mengandung unsur penipuan diri. Bila seseorang menyangkal kenyataan maka ia menganggap tidak adanya pengalaman yang tidak menyenangkan dengan maksud untuk melindungi dirinya sendiri.

c) Fantasi

Dengan berfantasi orang sering merasa dirinya mencapai tujuan dan dapat menghindarkan dari frustrasi dan stres. Orang yang sering melamun kadang kadang menemukan bahwa kreasi lamunannya itu lebih menarik dari pada kenyataan yang sesungguhnya. Bila fantasi dilakukan secara sedang-sedang dan dalam pengendalian kesadaran yang baik, maka frustrasi menjadi cara yang sehat untuk mengatasi stres.

d) Rasionalisasi

Rasionalisasi ini dimaksudkan segala usaha seseorang untuk mencari alasan yang dapat diterima secara sosial untuk membenarkan atau menyembunyikan perilakunya yang buruk. Rasionalisasi juga bisa muncul ketika seseorang menipu dirinya sendiri dengan pura-pura menganggapnya buruk adalah baik atau sebaliknya.

e) Intelektualisasi

Seseorang yang menggunakan taktik ini maka yang menjadi masalah akan dipelajari atau mencari tahu tujuan sebenarnya supaya tidak terlalu terlibat dengan persoalan secara emosional. Dengan intelektualisasi seseorang setidaknya dapat sedikit mengurangi hal-hal yang pengaruhnya tidak menyenangkan bagi dirinya dan memberikan kesempatan pada dirinya untuk meninjau permasalahan secara subjektif.

f) Pembentukan reaksi

Seseorang dikatakan berhasil menggunakan metode ini bila dia berusaha menyembunyikan motif dan perasaan sesungguhnya baik represi atau supresi dan menampilkan wajah yang berlawanan dengan kenyataan yang dihadapi.

g) Proyeksi

Seseorang yang menggunakan teknik ini biasanya sangat cepat dalam memperlihatkan ciri pribadi orang lain yang tidak ia sukai dengan sesuatu yang dia perhatikan itu akan diperbesar-perbesarnya lagi. Teknik ini mungkin dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan karena dia harus menghadapi kenyataan akan keburukan dirinya.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan ada dua strategi menghadapi stres, yaitu strategi menghadapi stres dalam perilaku yang terdiri dari memecahkan persoalan secara tenang, agresi, regresi, menarik diri dan mengelak. Sedangkan strategi yang kedua adalah strategi menghadapi stres secara kognitif yang terdiri dari represi, menyangkal kenyataan, fantasi, rasionalisasi, intelektual, pembentukan reaksi dan proyeksi.

g. Respon Stres Pasien Jantung

Salah satu masalah yang terkait dengan penyakit jantung adalah masalah stres. Pasien yang mengalami stres merasa penyakit yang dideritanya memerlukan proses penyembuhan yang lama bahkan takut akan ancaman kematian. Dengan adanya hal ini, pasien yang sering mengalami stres dapat memperberat kondisi penyakitnya. Stres termasuk label yang digunakan untuk gejala psikologis yang mendahului penyakit, reaksi kecemasan, ketidaknyamanan, dan banyak kondisi lain. Stres dapat meningkatkan tekanan darah, menekan sistem kekebalan, dan meningkatkan resiko serangan jantung. Stres jangka panjang

bahkan dapat mengganggu otak sehingga seseorang lebih rentan terhadap kecemasan dan depresi. Kecemasan dapat menghasilkan peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik yang menyebabkan peningkatan beban kerja jantung (Purnawinadi, 2019).

Reaksi psikologis yang dapat muncul dari pasien dengan akut miokard infark sejak pasien menerima informasi tentang keadaan penyakitnya respon pertama awalnya akan merasa tidak percaya, *shock*, depresi, stress dan marah serta mengalami perubahan kondisi psikologi seperti kecemasan, setelah seseorang diberitahukan tentang penyakitnya yang tidak dapat disembuhkan dan bahwa proses penyakitnya semakin parah, pasien langsung jatuh ke fase depresi. Fase ini dapat berlangsung lama atau cepat tergantung dari faktor usia, pendidikan, agama, lingkungan sosial budaya, faktor ekonomi dan sebagainya. Perubahan kondisi psikologis lain diantaranya: pasien selalu merasa bingung, merasa tidak aman, ketergantungan dan menjadi individu yang pasif. Perubahan kondisi psikologis pada pasien tersebut perlu diperhatikan karena nantinya akan mengancam identitas diri, menyebabkan perubahan peran diri, mengubah citra tubuh dan mengganggu gaya hidup (Emaliyawati, Sutini, Ibrahim, Trisyani, & Prawesti, 2017).

Stres sebagai pengalaman emosional fisiologis terdiri dari 3 tahapan. Pertama adalah tahap *alarm* di mana terjadi proses melawan atau lari dalam waktu jangka pendek dan total respon sistem saraf simpatik ketika secara sadar orang merasakan adanya stres dan merasa tak berdaya. Kedua adalah tahap perlawanan yang merupakan cara tubuh beradaptasi melalui tanggapan terhadap adrenocortical disequilibrium. Ketika zat kimia seperti sekresi glukokortikoid kembali normal dengan aktivitas dan norepinephrin simpatik, tanggapan akhirnya kembali normal bila tekanan berkurang atau ketika orang telah menemukan mekanisme adaptif yang memenuhi kebutuhan emosional dan fisik. Paparan

stres kronis yang berkepanjangan terhadap sistem saraf simpatik dapat meningkatkan resiko gejala umum yang terkait, tekanan darah tinggi, serangan jantung, penghambatan sistem kekebalan, atau penurunan antibodi yang telah dimanifestasikan oleh tahap perlawanan. Ketiga adalah tahap kelelahan yang merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Timbul gejala penyesuaian diri terhadap lingkungan seperti sakit kepala, gangguan mental, dan penyakit arteri koroner. Bila usaha melawan tidak dapat lagi diusahakan, maka kelelahan dapat mengakibatkan kematian. (Purnawinadi, 2019). Serangan jantung merupakan kondisi kegawatdaruratan paling mendesak yang membutuhkan diagnosis dan penanganan tepat dan cepat untuk menyelamatkan jantung dari kerusakan yang lebih parah. Prioritas utama dalam penatalaksanaan medis dan keperawatan adalah aspek fisik dengan menyelamatkan kehidupan pasien. Kondisi kegawatdaruratan fisik yang telah teratasi harus dilanjutkan dengan pelayanan keperawatan yang bersifat holistik karena pasien dengan serangan jantung pertama kali mengalami kondisi kritis yang penuh stres dan gangguan emosional sehingga membutuhkan dukungan keluarga dan profesional kesehatan (Laberge, 2012; Jeff, Christopher, & James, 2010; Thomas & Alexander, 2010). Boersma, Maes, dan Joeke (2005) mengungkapkan bahwa partisipan dengan serangan jantung pertama kali mengalami stres yang tinggi. Pasien yang mengalami serangan jantung pertama kali akan menghadapi tahapan peristiwa mulai dari saat serangan, proses perawatan dan pengobatan. Selama tahapan peristiwa tersebut pasien mengalami situasi kritis dan penuh stres yang mengancam kehidupannya sehingga sangat berpengaruh terhadap kondisi fisik maupun psikososial pasien (Kurniawan, Ibrahim, & Prawesti, 2015).

h. Alat ukur Stres

Skala persepsi terhadap stres untuk mengukur tingkat persepsi terhadap stres individu menggunakan *Perceived Stress Scale (PSS)* yang dikemukakan oleh Cohen pada tahun 1994. *Perceived Stress Scale* merupakan ukuran sejauh mana situasi dalam kehidupan individu dapat dinilai sebagai persepsi terhadap stres. *Perceived Stress Scale* juga mencakup sejumlah pertanyaan langsung tentang tingkat persepsi terhadap stres yang dialami saat ini. Pertanyaannya bersifat umum dan menanyakan tentang perasaan serta pikiran. Sebelumnya *Perceived Stress Scale* diterjemahkan terlebih dahulu ke dalam bahasa Indonesia. (Oliver, 2019).

Perceived Stress Scale merupakan kuesioner yang telah terstandar dan memiliki tingkat validitas dan reliabilitas yang tinggi. *Perceived Stress Scale* dapat memberikan informasi mengenai kondisi penyebab stres yang dapat mempengaruhi kondisi fisik atau patologi dan dapat digunakan untuk menilai tingkat stres. *Perceived Stress Scale* terdiri dari sepuluh pertanyaan, terdapat enam pertanyaan negatif dan empat pertanyaan positif. Setiap pertanyaan diberikan skor dari 0 hingga 4. Skor 0 untuk jawaban tidak pernah, skor 1 untuk jawaban hampir tidak pernah, skor 2 untuk jawaban kadang-kadang, skor 3 untuk jawaban sering dan skor 4 untuk jawaban sangat sering. Nilai skor ini dibalik untuk menjawab pertanyaan positif, sehingga skor 0 = 4, skor 1 = 3, skor 2 = 2 dan seterusnya. Pertanyaan positif pada kuesioner ini terdapat pada pertanyaan nomor 4, 5, 7 dan 8. Tingkat stress diketahui setelah menjumlahkan semua skor dari sepuluh pertanyaan yang terdapat pada kuesioner PSS. Total skor 13 menunjukkan nilai rata-rata atau masih dikatakan dalam batas normal. Skor stres sekitar 20 atau lebih menunjukkan terdapat stres yang berat. Jika hal tersebut terjadi disarankan untuk belajar untuk mengurangi stress dengan berolahraga tiga kali dalam seminggu (Indira, 2014).

B. Kerangka Teori Penelitian

1. Model Keperawatan

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).

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok,

masyarakat yang dipandang sebagai “Holistic adaptif system” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. System adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari:

a. Input

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

- 1) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi.
- 2) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- 3) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang.

b. Proses Kontrol.

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

1) Subsistem regulator

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

perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2) Subsistem kognator

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses *imitasi*, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses *internal* yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang. Dalam memelihara integritas seseorang, regulator dan kognator subsistem diperkirakan sering bekerja sama. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk subsistem kognator, Roy tidak membatasi konsep proses kontrol, sehingga sangat terbuka untuk melakukan riset tentang proses kontrol dari subsistem kognator sebagai pengembangan dari konsep adaptasi Roy.

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

a. Model fungsi fisiologis.

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

b. Model konsep diri.

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

c. Model fungsi peran.

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

d. Model Interdependensi.

Model interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian

dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

2. Paradigma Keperawatan

Ada 4 faktor penting dari Roy adalah manusia, sehat-sakit, lingkungan dan keperawatan yang saling terkait, yaitu:

a. Manusia

Sistem adaptasi dengan proses coping Menggambarkan secara keseluruhan bagian – bagian Terdiri dari individu atau dalam kelompok (keluarga, organisasi, masyarakat, bangsa dan masyarakat secara keseluruhan) Sistem adaptasi dengan cognator dan regulator, subsistem bertindak untuk memelihara adaptasi dalam 4 model adaptasi : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan saling ketergantungan.

b. Lingkungan

Semua kondisi, keadaan dan pengaruh lingkungan sekitar, pengaruh perkembangan dan tingkah laku individu dalam kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Tiga jenis stimulasi : fokal stimulasi, kontekstual stimulasi, dan residual stimulasi. Stimulasi bermakna dalam adaptasi semua manusia termasuk perkembangan keluarga dan budaya.

c. Sehat-Sakit

Kesehatan merupakan pernyataan dan proses keutuhan dan keseluruhan refleks individu dan lingkungan yang saling menguntungkan. Adaptasi : proses dan hasil dimana dengan berfikir dan merasakan seperti individu dan kelompok, menggunakan kesadaran dengan memilih untuk membuat

kesatuan individu dan lingkungan. Respon adaptif : respon yang meningkatkan integritas dalam masa antara tujuan dan sistem individu, yang bertahan, tumbuh, reproduksi, penguasaan, personal dan perubahan lingkungan. Inefektif respon : respon tidak berkontribusi untuk keutuhan pencapaian tujuan. Tujuan adaptasi menunjukkan kondisi proses kehidupan yang menggambarkan tiga perbedaan level yaitu: integrasi, kompensasi dan kompromi.

d. Keperawatan

Keperawatan adalah ilmu dan praktek yang memperluas kemampuan adaptasi dan mempertinggi perubahan individu dan lingkungan. Tujuan adalah meningkatkan adaptasi untuk individu dan kelompok dalam empat adaptasi model yang berkontribusi untuk kesehatan, kualitas hidup dan kematian dengan bermartabat. Ini adalah pekerjaan pengkajian tingkah laku dan faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi dan intervensi untuk mempertinggi kemampuan dan memperluas interaksi lingkungan.

3. Proses Keperawatan

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

a. Pengkajian

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

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat dari stres yaitu:

a) Stres Berlebih

Domain 9 koping/toleransi stres, Kelas 2 stres berlebih, faktor yang berhubungan dengan ancaman kematian. Tujuan dari diagnosa ini yaitu bagaimana perasaan yang tidak nyaman dan gelisah yang ditimbulkan oleh persepsi ancaman kematian dan eksistensi diri dapat diatasi dengan dukungan keluarga dan peran serta perawat dalam hal ini berperan sebagai fasilitator yang mengefektifkan potensi pada diri klien.

b) Ketidakefektifan Koping

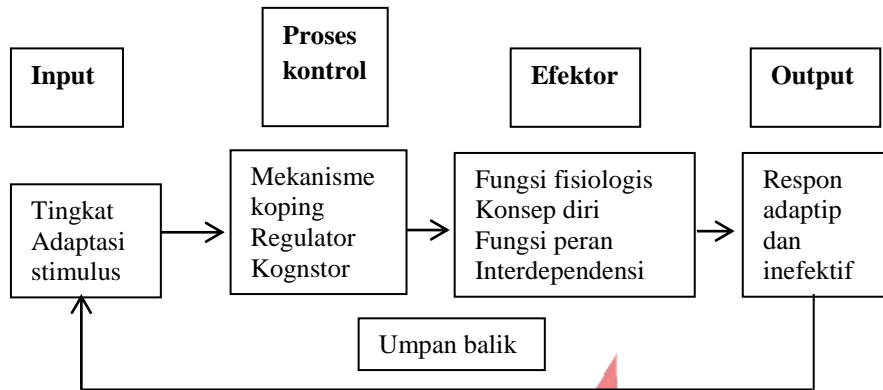
Domain 9 koping/ toleransi stres, Kelas 2 koping, Faktor yang berhubungan dengan sumber yang tersedia tidak adekuat. Tujuan dari diagnosa ini yaitu penyesuaian diri terhadap persepsi diri dan perubahan peran.

c. Intervensi

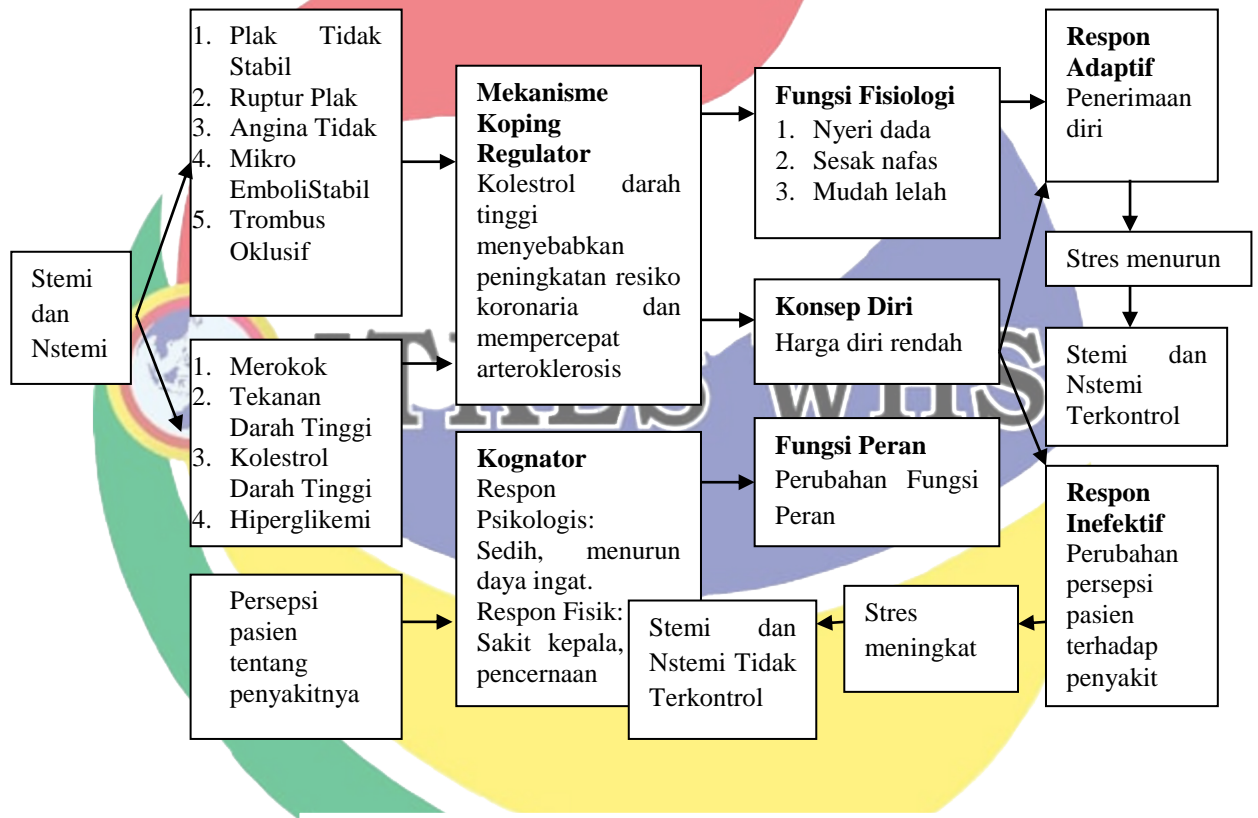
- 1) Stres yaitu dengan memberikan pengurangan stres relokasi.
- 2) Ketidakefektifan koping yaitu dengan memberikan pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya.

d. Evaluasi

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



2.1 Skema adaptasi Calista Roy



Skema 2.2 Kerangka Teori (Calista Roy dalam Aida Safitri 2018, Alligood 2006, Roy 1999, Mutarobin 2019)

C. Hipotesis Penelitian

Hasil dari suatu penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian ini maka dalam perencanaan penelitian perlu rumusan jawaban sementara dari hasil penelitian. Jawaban sementara dari suatu penelitian ini disebut hipotesis (Notoatmodjo,2010). Pada penelitian ini di dapatkan Hipotesis Alternatif (H_a) yaitu terdapat perbedaan respon stres antara pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan dirumah sakit. Dimana dalam penelitian ini data berdistribusi normal maka uji yang digunakan adalah uji T Tes Tidak Berpasangan.



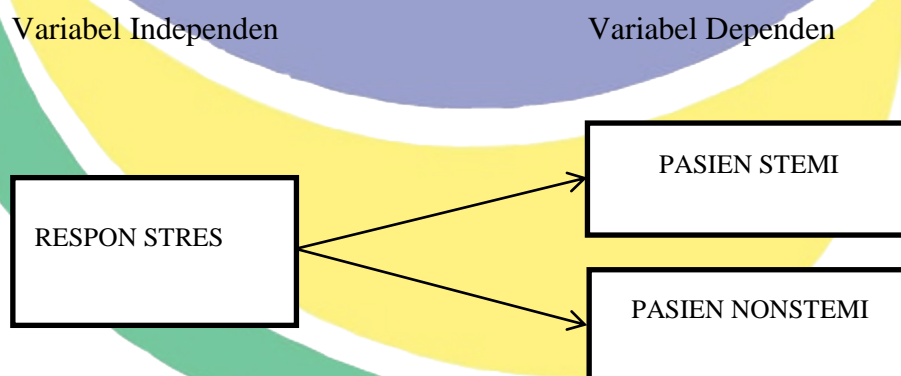
BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan pendekatan crosssectional, dengan desain studi komparatif yaitu penelitian yang bersifat membandingkan. Penelitian yang membandingkan keberadaan satu variabel atau lebih pada dua sampel yang berbeda, atau pada waktu yang berbeda (Sugiyono,2017). Penelitian ini disusun dengan menunjukkan Perbedaan respon stres antara pasien stemi dengan non stemi selama masa perawatan 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 :



Keterangan :
[] : Variabel yang diteliti
→ : Arah Perbedaan

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di ruang ICCU RSUD A.M. Parikesit Tenggarong Seberang, jumlah populasi tiga bulan terakhir dari bulan Januari 2020 – Maret 2020 sebanyak 64 pasien.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Penentuan pemikiran jumlah sampel yang digunakan yaitu menggunakan rumus penelitian analitis numerik tidak berpasangan : (Dahlan, 2012)

$$n1 = n2 = 2 \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{x1 - x2} \right)^2$$

$$n1 = n2 = 2 \left(\frac{(1,64 + 1,28)20}{24} \right)^2$$

$$n1 = n2 = 2 \left(\frac{58,4}{24} \right)^2$$

$$n1 = n2 = 2 (2,433)^2$$

$$n1 = n2 = 2 (5,921)$$

$$n1 = n2 = 11,84$$

$$n1 = n2 = 12$$

Keterangan:

$n1 = n2$: Jumlah sampel minimal

$Z\alpha$: Derivat baku α , dihitung dari kesalahan tipe I. Pada perhitungan ini, kesalahan tipe I ditetapkan 5%, hipotesis satu arah, sehingga $Z\alpha = 1,64$

$Z\beta$: Derivat baku β , dihitung dari kesalahan tipe II. Pada penilaian ini, kesalahan tipe II ditetapkan 10%, maka $Z\beta = 1,28$

S : Standar deviasi (diasumsikan standar deviasi 20 merupakan standar deviasi gabungan respon stres pasien stemi dan nonstemi)

X1-X2 : Selisi minimal yang dianggap bermakna sama dengan 24.
Dengan demikian, besar sampel masing-masing kelompok adalah 12 sampel.

3. Teknik Pengambilan Sampel / Pemilihan Subjek Penelitian

Teknik Pengambilan sampel dengan *Non Probability sampling* dengan jenis *purposive sampling*, dimana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam proses pengambilan sampel ditengan pandemi Covid 19, peneliti tidak menemukan kesulitan dikarenakan sample yang diperlukan peneliti tercukupi, dan memenuhi kriteria penelitian.

4. Kriteria Pemilihan Subjek Penelitian

Teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria pemilihan yang telah ditetapkan, kriteria pemilihan subjek tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2011).

Kriteria inklusi:

- a) Pasien yang mendapat diagnosa Stemi dan Nonstemi yang mendapatkan perawatan minimal 3 hari perawatan di ruang intensive
- b) Pasien yang mendapat diagnosa Stemi dan Nonstemi yang mengalami serangan jantung pertama dan kedua.
- c) Hemodinamik stabil selama proses penelitian
- d) Tidak mengalami masalah fungsi kongnitif
- e) Kooperatif selama penelitian berlangsung

Kriteria Eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subyek penelitian tidak dapat diambil/diikutsertakan dalam penelitian karena mengganggu pengukuran dan interpretasi, serta mengganggu kemampuan dalam pelaksanaan, hambatan - hambatan etis kesehatan dan subjek menolak berpartisipasi (Sugiyono, 2014).

Kriteria eksklusi:

- a) Mengalami perburukan dan penurunan tingkat kesadaran selama proses penelitian
- b) Gangguan mental

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Adapun variable dalam penelitian ini adalah:

- a. Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2014). Adapun variabel independent dalam penelitian ini adalah Respon Stres.
- b. Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah pasien Stemi dan Nonstemi.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (diukur) merupakan kunci dari definisi operasional. Pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variable (Nursalam, 2016).

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Respon Stres STEMI	Respon kecemasan yang dialami oleh pasien STEMI selama masa perawatan di ruang intensif	Kuesioner PSS (<i>perceived stress scale</i>). Skala Likert	Skor respon stress 0-40	Rasio
2	Respon Stres NSTEMI	Respon kecemasan yang dialami oleh pasien NSTEMI selama masa perawatan di ruang intensif	Kuesioner PSS (<i>perceived stress scale</i>). Skala Likert	Skor respon stress 0-40	Rasio
3	Karakteristik Jenis Kelamin	Status seks antara laki-laki dan perempuan yang dimiliki secara biologis yang dibawa sejak responden lahir	Lembar isi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
	Usia	Responden yang dihitung sejak waktu dilahirkan sampai sekarang pengambilan data	Lembar isi	1. <48 Tahun 2. >48 Tahun	Ordinal
	Pendidikan	Terakhir yang responden tempuh	Lembar isi	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. SARJANA	Ordinal
	Pekerjaan	Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh responden sehingga memperoleh penghasilan	Lembar isi	1. Pns 2. Honor 3. Wiraswasta 4. Tidak bekerja 5. Pensiun	Nominal
	Lama hari rawat	Lama hari pasien dirawat dalam satu periode perawatan	Lembar isi	Kategori Hari 1. 3 hari 2. 4 hari	Ordinal

F. Tempat dan waktu penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit A.M. Parikesit Tenggarong Seberang tepatnya di Ruang ICCU Jl. Ratu Agung No 1 Tenggarong Seberang pada bulan Juli – Agustus 2020.

G. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Sumber data pada penelitian terdiri dari data primer dan data sekunder.

- a. Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan kepada pengumpul data atau peneliti melalui wawancara, angket, observasi atau gabungan ketiganya (Sugiyono, 2014). Data primer pada penelitian ini peneliti mendapatkan dari wawancara dan kuesioner.
- b. Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti misalnya lewat orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2014). Data yang diperoleh peneliti langsung dari rekam medis Rumah Sakit A.M. Parikesit Tenggarong dengan persetujuan pihak rumah sakit.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen digunakan dalam penelitian adalah wawancara dan kuesioner. Kuesioner adalah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden (Arikunto, 2016), meliputi:

a. Alat tulis

Adalah alat yang digunakan untuk mencatat, melaporkan hasil penelitian. Alat tersebut adalah pulpen, kertas, pensil dan komputer/laptop.

b. Identitas Responden

Berisi tentang karakteristik responden, yang terdiri dari beberapa pertanyaan antara lain seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan responden, lama hari dirawat.

c. Kuesioner Variabel Penelitian

Kuesioner respon stress *PSS* (*perceived stress scale*) terdiri dari 10 pertanyaan.

Tabel 3.3 Kisi-Kisi Kuesioner

Variabel	No Item Pertanyaan		Total
	<i>Unfavorable</i>	<i>Favorable</i>	
Respon Stres	1,2,3,6,9,10	4,5,7,8	10

Sumaiyah Rafi,2015

H. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Menurut Arikunto (2010) suatu tes dikatakan valid apabila tes tersebut dapat mengukur apa yang hendak diukur. Pada penelitian respon stres ini memakai kuesioner *PSS* (*perceived stress scale*) yang telah baku.

2. Uji Reabilitas

Reabilitas dilakukan untuk melihat apakah alat ukur yang digunakan (kuesioner) menunjukkan konsistensi dalam mengukur gejala yang sama ukurannya (Sugiyono, 2015). Kuesioner ini dibuat oleh Sheldon Cohen pada tahun 1988 dan telah dinyatakan *valid* dan *reliabel* dengan nilai koefisien cronbach alpha sebesar 0,85 (Cohen et al.,1983), sedangkan berdasarkan penelitian yang sebelumnya memiliki koefisien alpha cronbach sebesar 0.78 (Martha Sdewi,2010)

I. Prosedur Pengumpulan data

1. Teknik Pengumpulan Data

a. Persiapan

Tahap persiapan meliputi :

- 1) Penyelesaian administrasi dan perizinan penelitian
- 2) Observasi awal Rumah Sakit tempat penelitian dan penelusuran populasi dengan melakukan survei pendahuluan RSUD.AM Perikesit Tenggara.


b. Pelaksanaan

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuesioner. Pengambilan data primer berupa identitas responden, dan pengisian kuesioner yang mencakup Respon Stres. Penelitian direncanakan akan dilaksanakan di RSUD.AM.Parikesit Tenggarong, bulan Mei 2020 s.d Juli 2020 yang ditunjuk sebagai sampel. Adapun proses meliputi :

- 1) Permohonan izin mengambil data di RSUD.AM.Parikesit Tenggarong.
- 2) Membayar administrasi pengambilan data.
- 3) Data dan surat balasan di kirim via email.
- 4) Permohonan izin penelitian kepada RSUD.AM.Parikesit Tenggarong .
- 5) Komunikasi dengan diklat menggunakan chat whatsapp.
- 6) Mengirim kuesioner dan surat izin penelitian via email.
- 7) Menentukan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi peneliti.
- 8) Penjelasan mengenai maksud dan tujuan peneliti kepada responden.
- 9) Penjelasan pengisian *Informed concen* (Seluruh responden setuju untuk dilakukan pengambilan data penelitian).
- 10) Pengisian *Informed concen*
- 11) Peneliti membagikan kuesioner kepada Responden.
- 12) Pengisian kuisoner oleh responden
- 13) Menerapkan prosedur covid-19 dengan cara memakai alat pelindung diri level 2 (kaca mata *google*, *Face shield*, masker medis/N95, gaun dan *handskoon*).
- 14) Melakukan *Physical distancing* kepada responden

B. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses yang sangat penting, maka harus dilakukan dengan baik dan benar. Kegiatan dalam proses pengolahan data terdiri dari :

- 
- a. *Editing* untuk meneliti kelengkapan data dengan cara mengkoreksi data yang telah diperoleh, sehingga dapat dilakukan perbaikan data yang kurang. Peneliti telah mengkoreksi data yang diperoleh, dengan hasil semua data lengkap dan dapat digunakan dalam penelitian ini.
 - b. *Coding* untuk mempermudah dalam pengolahan data dan proses Selanjutnya melalui tindakan mengklasifikasikan data sebagai berikut : Usia kode 1: < 48 Tahun, kode 2: >48 Tahun, Jenis Kelamin kode 1: Laki-Laki, kode 2: Perempuan, Pendidikan Terakhir kode 1: Sd, kode 2: Smp, kode 3: Sma, kode 4: Sarjana Pekerjaan kode 1: Pns, kode 2: Honor, kode 3: Wiraswasta, kode Tidak Bekerja, kode 5: Pensiun Lama dirawat kode 3: 3 hari, kode 4: 4 hari Diagnosa kode 1: Stemi, kode 2: Nstemi.
 - c. *Entry* untuk memasukkan data yang diperoleh menggunakan fasilitas komputer dengan sistem program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS). Penelitian ini menggunakan sistem SPSS dengan langkah pertama uji normalitas data kemudian dilanjutkan dengan uji korelasi.
 - d. *Tabulating* untuk penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan disajikan serta dianalisis. Peneliti ini melakukan tabulating data dengan cara menghitung rerata dari masing-masing variabel.
 - e. Verifikasi, memasukkan data pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan kedalam komputer
 - f. Output komputer, hasil yang telah dianalisis oleh komputer kemudian dicetak.

J. Analisa data

Analisa data secara umum dilakukan/diolah secara statistik melalui analisa secara univariat dan bivariat. Penelitian ini menggunakan analisa *univariat*, dimana data yang telah dikumpulkan melalui wawancara,

lembar kuesioner akan diolah menjadi analisa *univariat*. Data yang telah didapatkan saat penelitian akan diolah menggunakan perangkat lunak komputer dengan aplikasi *Statistical Product and Service Solution 20* (SPSS) dan akan ditampilkan dalam bentuk tabel data.

a. Uji Normalitas

Uji normalitas merupakan sebuah uji yang dilakukan dengan tujuan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel yang berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas berguna untuk membuktikan data dari sampel yang dimiliki berasal dari populasi berdistribusi normal atau data populasi yang dimiliki berdistribusi normal. Uji normalitas digunakan untuk menentukan uji hipotesis pada penelitian ini menggunakan *Shapiro wilk* karena jumlah sampel < 50 subjek. Jika nilai $p \geq 0,05$ maka data dinyatakan berdistribusi normal, jika nilai $\leq 0,05$, yang berarti distribusi tidak normal (Dahlan, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada bulan juli 2020, maka diperoleh hasil penelitian berupa data yang kemudian disajikan dalam bentuk penyajian data yang sesuai dengan hasil kuesioner. Untuk mengetahui apakah data yang kita miliki berdistribusi normal atau tidak, digunakan uji statistik *shapiro wilk*. Pedoman pengambilan keputusan tentang data-data yang mendekati atau merupakan distribusi normal yang dapat dilihat dari:

1. Nilai signifikansi atau probabilitas < 0.05 maka data terdistribusi tidak normal.
2. Nilai signifikansi atau probabilitas > 0.05 maka data terdistribusi normal.

Adapun hasil uji normalitas data pada penelitian ini menggunakan uji *shapiro wilk*.

Tabel 3.4 Uji Normalitas Data Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Di Rumah Sakit dari bulan Juli 2020 – Agustus 2020.

Variabel	Hasil Uji Normalitas Data (Shapiro Wilk) (n1=n2=12)	Interpretasi
Respon Stres Stemi	0,118	Terdistribusi Normal
Respon Stres Nonstemi	0,213	Terdistribusi Normal

Berdasarkan tabel 3.4 hasil uji normalitas *shapiro wilk* antara variabel Respon Stres Stemi dan Respon Stres Nonstemi tingkat signifikansi yang berarti berada diatas 0,118 untuk stemi maka dapat disimpulkan bahwa $0,118 > 0,05$ data terdistribusi normal dan untuk Nonstemi tingkat signifikansi berada diatas 0,213 maka dapat disimpulkan bahwa $0,213 > 0,05$ data terdistribusi normal.

b. Uji homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah variansi antara kelompok yang diuji berbeda atau tidak, variansinya homogen atau heterogen (Nisfiannoor,2009:92). Uji homogenitas pada penelitian ini menggunakan *independent samples t test*. Hasil uji homogenitas data penelitian ditampilkan pada tabel 3.4 berikut ini.

Tabel 3.5 Uji Homogenitas Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Dirumah Sakit dari bulan Juli 2020 – Agustus 2020.

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Beda Mean	T	P
Respon Stres	Stemi	12	28,42	3,34	3,33	3,19	0,003
	Nonstemi	12	25,08	1,37			

Homogen jika $\alpha > 0,05$

Tabel 3.5 menunjukkan bahwa nilai signifikansi(sig) Variabel Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi adalah sebesar $0,003 < 0,05$, maka sebagaimana dasar pengambilan keputusan dalam uji homogenitas di atas, dapat disimpulkan bahwa varians Respon Stres Pasien Stemi dengan Nonstemi berbeda atau heterogen.

c. Analisa Univariat

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

Tabel 3.4 Analisa Univariat

Variabel	Skala	Hasil Uji
Skor rata-rata Respon Stres	Rasio	Mean,median,SD,min- max, 95% CI

Sumber data: Data primer,2020

d. Analisa Bivariat

Analisa bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Perbedaan respon stres antara pasien stemi dengan non stemi selama masa perawatan di Rumah Sakit maka uji statistik yang digunakan adalah *T Test tidak berpasangan* jika data yang dimiliki berdistribusi normal dan menggunakan *Uji Mann-Whitney* jika data yang dimiliki tidak berdistribusi normal.

K. Etika Penelitian

Etika penelitian menjelaskan masalah etika penelitian yang merupakan hal penting dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan (Dahlan, 2014)

a. *Informed consent* (Penjelasan dan Persetujuan)

Informed consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden yang dilakukan penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk bersedia dijadikan responden sebelum penelitian

dilakukan. Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang tujuan penelitian agar responden memahami maksud, tujuan serta dampaknya. Responden yang bersedia diteliti menandatangani lembar persetujuan, pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak untuk diteliti, seluruh responden setuju untuk dilakukan penelitian. Adapun syarat *informed consent* adalah sebagai berikut :

- 1) Aspek bahasa. Bahasa yang digunakan dalam formulir *informed consent* adalah bahasa untuk orang awam.
- 2) Aspek kelengkapan dokumen. Pada *footer dan header* formulir harus ada informasi mengenai judul penelitian atau nomor protokol penelitian, versi dan tanggal *informed consent* dibuat, *informed consent* dewasa atau untuk anak, tempat penelitian dan nomor subjek penelitian. Kelengkapan dokumen ini harus ada pada setiap halaman lembar *informed consent*.

b. *Anonimity* (tanpa nama)

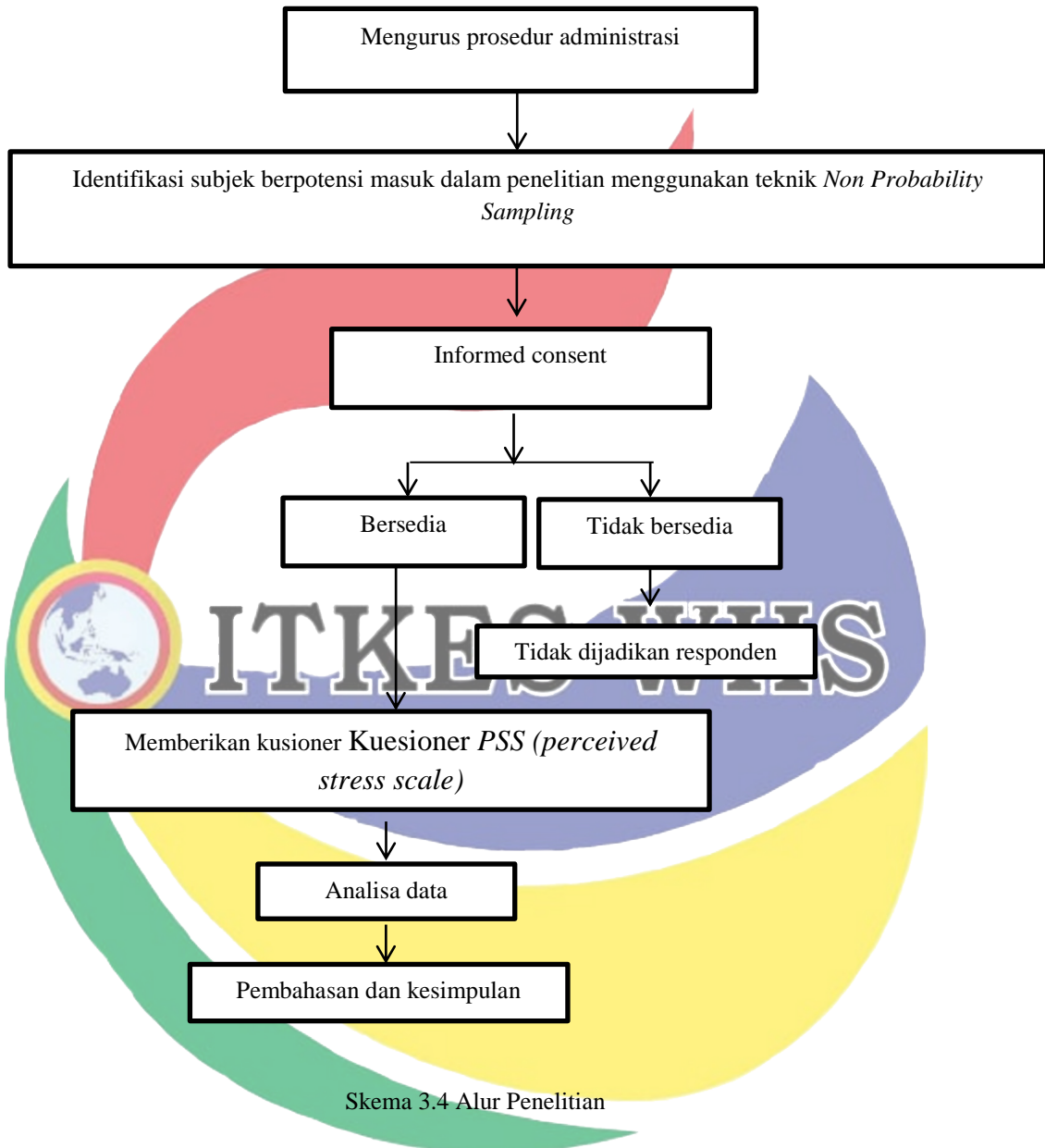
Kerahasiaan responden tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu atau berupa inisial dari nama responden.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

L. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.4 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilaksanakan pada bulan Juli 2020 sampai dengan Agustus 2020 di Ruang ICCU RSUD.AM.Parikesit Tenggara Seberang. Kuesioner dibagikan kepada responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang berjumlah 24 responden. Adapun penelitian ini dilakukan pada pasien Stemi dan Nonstemi. Responden mengisi kuesioner respon stres sebanyak 10 item pertanyaan. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk di analisis. Hasil Penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

1. Analisa Univariat

a) Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Di Rumah Sakit dari Bulan Juli 2020 – Agustus 2020.

No	Karakteristik		Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Jenis kelamin	Laki-Laki	16	66.7
		Perempuan	8	33.3
2	Usia	<48 Tahun	13	54.2
		>48 Tahun	11	45.8
3	Pendidikan	SD	5	20.8
		SMP	2	8.3
		SMA	8	33.3
		SARJANA	9	37.5
4	Pekerjaan	PNS	7	29.2
		Honor	7	29.2
		Wiraswasta	3	12.5
		Tidak Bekerja	6	25.5
		Pensiun	1	4.2
5	Lama Hari Rawat	3 Hari	17	70.8
		4 Hari	7	29.2

Sumber : Data Primer,2020

Berdasarkan distribusi frekuensi tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 (66.7%), dengan usia <48 Tahun sebanyak 13 (54.2%), memiliki riwayat pendidikan paling tinggi Sarjana sebanyak 9 (37.5%), mayoritas responden bekerja sebagai PNS dan Honor masing-masing sebanyak 7 (29.2%), dan lama hari rawat di rumah sakit sebanyak 3 hari 17 (70.8%).

b) Gambaran Respon Stres Pasien Stemi dengan Nonstemi

Tabel 4.2 Gambaran Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Di Rumah Sakit dari bulan Juli 2020 – Agustus 2020.

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD
Respon Stres	Stemi	12	28.42	3.34
Respon Stres	Nonstemi	12	25.08	1.37

Sumber : Data Primer,2020

Berdasarkan tabel 4.2 diatas pada variabel Respon Stres Pasien Stemi diketahui jumlah responden 12 orang dengan mean 28.42 dan pada variabel Respon Stres Pasien Nonstemi diketahui jumlah responden 12 orang dengan mean 25.08.

2. Analisa Bivariat

Setelah dilakukan uji normalitas dari variabel independen dan dependen, diketahui sebaran data yang diperoleh normal , sehingga analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji T tidak berpasangan untuk mengetahui Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit. Hasil pengolahan data menggunakan uji T tidak berpasangan antara variabel independen dan variabel dependen dilakukan dengan bantuan *SPSS Statistic 22 for Windows 10* dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 4.3 Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit ($n_1=n_2=12$) dari bulan Juli 2020- Agustus 2020.

Variabel	Kelompok	Mean±SD	Beda Mean	95% CI	P
Respon Stres	Stemi	28,42±3,34	3,33	1,16-	0,004
				5,49	
Respon Stres	Nstemi	25,08±1,37		1,10-	
				5,56	

Significant P-Value<0.05 dengan uji *independent t test*

Pada tabel 4.3 diatas menunjukkan Ada Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi adalah pada kelompok Stemi dengan mean 28,42 dan nilai $p\ 0,004 < 0,05$ dan kelompok Nonstemi dengan mean 25,08 dengan nilai $p\ 0,006 < 0,05$ dan berdasarkan pengambilan keputusan melalui perbandingan nilai t hitung dengan t tabel $3,193 > 2,074$ Maka H_a diterima dan H_o ditolak artinya ada Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit.

B. Pembahasan

Pada penelitian ini 2 kelompok subjek baik STEMI dan NSTEMI didapati jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan yaitu 66,7% dan 33,3%. Keadaan yang sama juga ditemukan pada penelitian dari Derhasching *et al* (2002) dan McCann *et al* (2008), dimana pada penelitian mereka prevalensi Miokard Infark pada laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Hal ini terjadi oleh karena laki-laki lebih rentan mengalami proses aterosklerosis, hal ini diduga disebabkan efek protektif dari hormone esterogen yang dimiliki oleh perempuan (Oepangat E,2011). Hal ini juga disebabkan dominasi populasi perokok oleh laki-laki, dimana merokok juga penyebab terjadinya disfungsi endotel yang nantinya menyebabkan suatu aterosklerosis.Hal ini sesuai yang dikemukakan Muttaqin (2009) bahwa akut miokard infark lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita, mungkin dipengaruhi oleh gaya hidup seperti stress yang tinggi, minuman keras, kebiasaan merokok yang

mengakibatkan aterosklerosis sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen (Karima & Setyorini, 2017).

Mayoritas usia penderita SKA pada penelitian ini berusia <48 tahun sebanyak 13 orang (54.2%), Seiring bertambahnya usia kerentanan individu terhadap aterosklerosis koroner semakin meningkat. Pada usia 40-60 tahun insiden SKA seperti IMA meningkat sebanyak 5 kali. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Capewell *et al.*, bahwa kelompok usia terbanyak pasien yaitu 45-54 tahun (Capewell *et al.*, 2010).

Pendidikan pasien penderita Stemi dan Nonstemi pada penelitian ini mayoritas sarjana sebanyak 9 orang (37.5%). Hal tersebut disebabkan karena beberapa faktor seperti kurangnya pengetahuan tentang infark miokard akut terutama cara deteksi dini, penyebab, dan penanganan yang tepat. Pendidikan dapat merubah perilaku seseorang. Seseorang akan mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan dimana subyek perilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Selanjutnya setelah seseorang memiliki pengetahuan, baru akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahuinya (Rifaya, Agustina, & Rusli, 2019).

Menurut pekerjaan, penelitian ini didominasi oleh pegawai negeri sipil dan honor masing-masing berjumlah 7 orang (29.2%). Tingginya aktivitas fisik yang dilakukan sehari – hari dapat menurunkan faktor risiko terjadinya SKA. Aktivitas fisik yang tinggi dapat meningkatkan curah jantung dan redistribusi aliran darah antar organ sehingga tekanan darah sistolik, katekolamin dalam darah dan kadar kolesterol dalam darah dapat menurun (Diska, Diputra, Wita, & Aryadana, 2018).

Pada penelitian ini didapatkan lama rawat pasien Stemi dan Nonstemi adalah 3 hari dan terlama adalah 4 hari. Mayoritas lama hari rawat pada penelitian ini didominasi sebanyak 3 hari yaitu sebanyak 17 orang (70.8%). Rata-rata pasien Stemi dan Nonstemi menjalani lama rawat sedang 4-7 hari. Dalam penelitiannya Rosi & Yertizal (2012) tidak jauh berbeda yang dilakukan di RSUP DR.M. Djamil Padang menyebutkan

bahwa lama hari rawat inap penderita SKA berkisar 6-9 hari. Lama rawat pasien dengan gangguan fungsi jantung di RSUD Tugurejo berkisar antara 1 hingga 5 hari (Sarinti, 2007). Hal ini didukung oleh data rata-rata lama hari rawat pasien yang dirawat di ruang ICVCU RSUD Dr. Moewardi 3-5 hari (Rekam Medis RSDM, 2015). Menurut Heryati (1993, dikutip dalam Suheri, 2010), lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan pelayanan rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorangpun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Variasi lama rawat ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain keparahan penyakit, mutu pelayanan rumah sakit dan mekanisme coping, di dalam mekanisme coping keluarga sangat berperan. Menurut Syamsiah (2012) menyatakan bahwa dukungan emosional keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Lama hari rawat pada pasien jantung yang berkelanjutan akan menimbulkan dampak psikologis dapat berupa kecemasan yang menyebabkan hipoksia pada jaringan otot jantung yang memaksa sel-sel melakukan metabolisme CO₂, sehingga menghasilkan asam laktat dan merangsang pengeluaran zat iritatif seperti histamin, kinin yang merangsang ujung-ujung saraf reseptor nyeri. Persepsi nyeri karena rangsangan saraf simpatis berlebihan akan meningkatkan beban kerja jantung meningkat. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Utama (2003) dikutip dalam Udi (2010), lama hari rawat dapat mempengaruhi kondisi seseorang yang sedang dirawat. Sementara menurut Carrpenito (2007), stres yang terjadi pada pasien juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seorang dirawat (Karima & Setyorini, 2017).

Berdasarkan analisis data pada analisa univariat didapatkan jumlah pasien Stemi di Ruang ICCU RSUD.AM. Parikesit Tenggarong Seberang berjumlah 12 orang (50%) dan respon stres pasien Stemi dengan mean 28,42. *ST Elevasi Miokardial Infark (STEMI)* merupakan suatu kondisi

yang mengakibatkan kematian sel miosit jantung karena iskhemia yang berkepanjangan akibat oklusi koroner akut. STEMI terjadi akibat stenosis total pembuluh darah koroner sehingga menyebabkan nekrosis sel jantung yang bersifat *irreversible*. STEMI umumnya juga terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak aterosklerosis yang sudah ada sebelumnya. STEMI disebabkan oleh adanya aterosklerotik pada arteri koroner sehingga menyebabkan terjadinya nekrosis miokard yang bersifat *irreversible*. Menghilangkan nyeri dada merupakan prioritas utama pada pasien dengan STEMI, dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi dokter dengan perawat (Darliana, 2010).

Salah satu masalah yang terkait dengan penyakit jantung adalah masalah stres. Pasien yang mengalami stres merasa penyakit yang dideritanya memerlukan proses penyembuhan yang lama bahkan takut akan ancaman kematian. Dengan adanya hal ini, pasien yang sering mengalami stres dapat memperberat kondisi penyakitnya. Stres dapat meningkatkan tekanan darah, menekan sistem kekebalan, dan meningkatkan resiko serangan jantung. Boersma, Maes, dan Joeekes (2005) mengungkap bahwa partisipan dengan serangan jantung pertama kali mengalami stres yang tinggi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 12 responden pasien dengan Stemi diketahui didominasi pasien yang memiliki respon stres berat sebanyak 66,7% diantaranya mengalami gangguan pencernaan berat, debar jantung semakin meningkat, sesak napas, tremor, perasaan cemas dan takut meningkat, mudah bingung dan panik.

Berdasarkan analisis data pada analisa univariat didapatkan jumlah pasien Nonstemi di Ruang ICCU RSUD.AM. Parikesit Tenggara Seberang berjumlah 12 orang (50%) dan respon stres pasien Nonstemi dengan mean 25.08. *Non ST Elevation Myocardial Infarction* (NSTEMI) dapat disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan atau peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner.

NSTEMI terjadi karena trombosis akut atau proses vasokonstriksi koroner. Pada NSTEMI, nyeri dada dengan lokasi khas substernal atau kadangkala di epigastrium dengan ciri seperti diperas, perasaan seperti diikat, perasaan terbakar, nyeri tumpul, rasa penuh, berat atau tertekan menjadi gejala yang sering ditemukan. Walaupun gejala khas rasa tidak enak di dada iskemia pada NSTEMI telah diketahui dengan baik, gejala tidak khas seperti dispneu, mual, diaforesis, syncope atau nyeri di lengan, epigastrium, bahu atas, atau leher (Amarendra et al., 2017). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 12 responden pasien dengan Nonstemi didominasi sebanyak 91,7% mengalami respon stres sedang dengan gejala gangguan pada lambung dan usus misalnya maag, buang air besar tidak teratur, ketegangan pada otot, gangguan pola tidur, daya konsentrasi dan daya ingat menurun.

Total responden sebanyak 24 diketahui sebanyak 50% pasien dengan Stemi dan 50% pasien dengan Nonstemi, pada kelompok Stemi dengan mean 28,42 dan kelompok Nonstemi dengan mean 25,08 dengan nilai $p < 0,004 < 0,05$. Maka berdasarkan pengambilan keputusan melalui perbandingan nilai t hitung dengan t tabel $3,193 > 2,074$ dapat disimpulkan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa Ada Perbedaan Respon Stres yang signifikan (nyata) Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di Rumah Sakit.

Dalam penelitian ini terdapat perbedaan secara bermakna antara respon stres pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan di rumah sakit. Dimana lebih tinggi stres pada penderita Stemi dibandingkan dengan pasien nonstemi. Ditinjau dari patofisiologi stemi dan nonstemi terdapat perbedaan sumbatan, dimana pada stemi terjadi sumbatan total di arteri koroner sedangkan pada nonstemi hanya terjadi sumbatan sebagian. Kejadian ini dapat menyebabkan serangan jantung dan serangan angina tidak stabil. Kedua kondisi ini ditandai dengan nyeri dada berat atau rasa tidak nyaman pada dada, terlebih pada pasien dengan stemi karena sumbatan total pada arteri koroner. Akibat dari tersumbatnya arteri koroner pada kedua pasien ini, kerap menimbulkan gejala sesak nafas

karena aliran darah arteri koroner tersumbat/terganggu sehingga suplai oksigen jantung berkurang. Hal ini menimbulkan stres, Stress fisik yang berlebihan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi menyebabkan penyakit semakin memburuk karena dapat menyebabkan meningkatnya denyut jantung, peningkatan tekanan darah, serta pelepasan hormon stress yang akan menghasilkan beban kerja jantung meningkat sehingga dapat mengakibatkan serangan jantung dan kematian jantung mendadak.

Menurut penelitian Fitria Rachmi Ketika pasien Sindrom koroner akut mengetahui kondisi penyakitnya yang susah disembuhkan dan dapat mengancam kehidupan, hal ini tidak hanya menimbulkan stres tetapi juga menimbulkan kecemasan. Kecemasan pada pasien SKA berperan terhadap timbulnya serangan jantung dan terjadi peningkatan kejadian infark miokard. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Huffman, et al (2010) menunjukkan bahwa kecemasan akan mengakibatkan terjadinya peningkatan aktivitas saraf simpatis dan akan mengeluarkan hormon katekolamin yang menyebabkan frekuensi nadi meningkat dan sekaligus meningkatkan kebutuhan jantung akan oksigen, sedangkan pembuluh darah koroner jantung pada pasien SKA mengalami aterosklerosis sehingga oksigen tidak bisa masuk ke jantung. Sebagai mekanisme kompensasi, miokardium mengubah metabolisme aerob menjadi metabolisme anaerob sehingga terjadi peningkatan asam laktat yang dapat mengakibatkan nyeri dada atau angina Hasil analisis uji *Rank Spearman* pada tabel 2 didapatkan nilai $p < 0,01$ maka dan koefisien korelasi (r) - 0,508 dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan frekuensi angin pada pasien sindrom koroner akut (Pasca & Koroner, 2018).

Pendekatan teori Calista Roy Model adaptasi Roy mengkaji respon individu terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya secara mendalam sampai pada terbentuknya coping untuk memberikan gambaran suatu proses kontrol sebagai sebuah sistem yang adaptif. 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. 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.

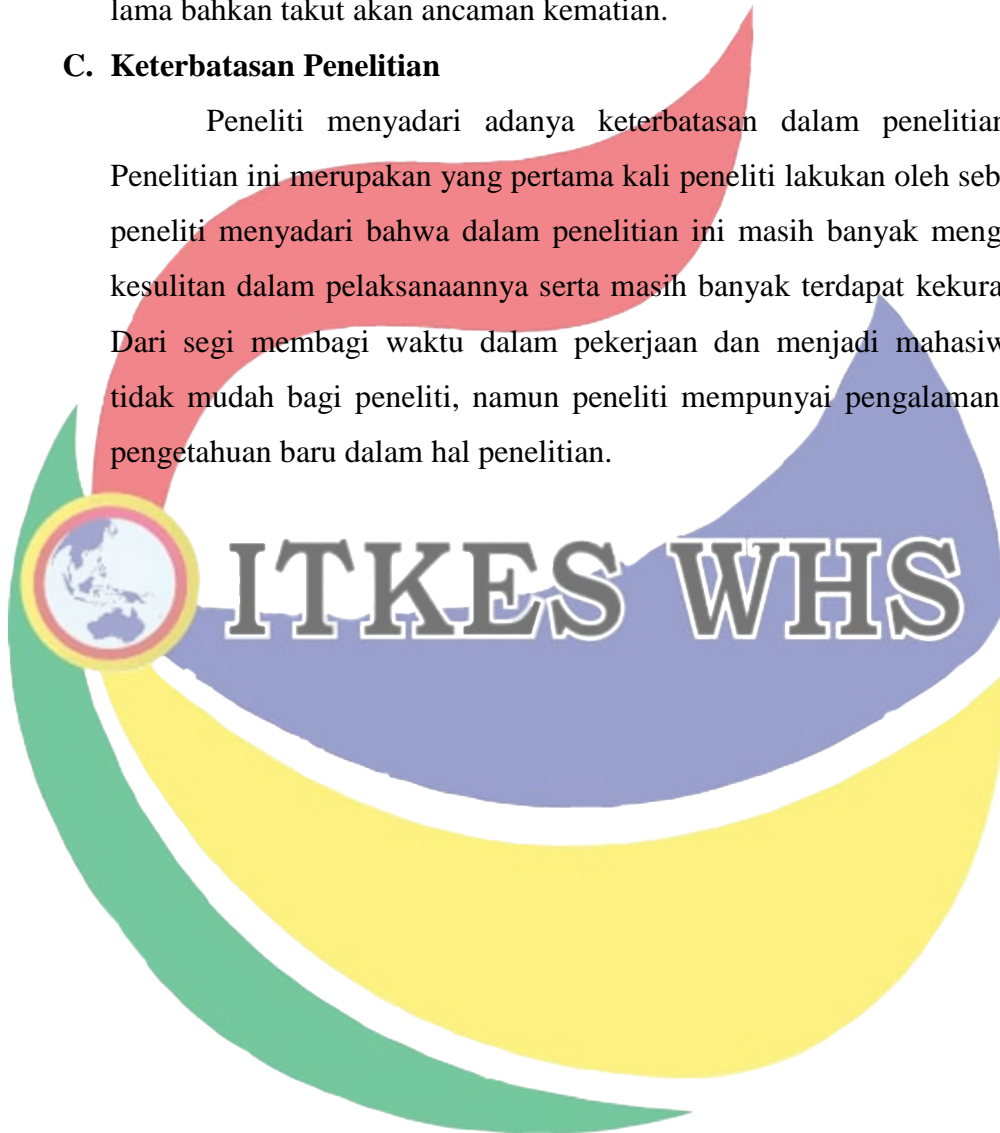
Masalah psikologis pada pasien SKA tidak hanya cemas, tetapi juga marah, stress, pesimis dan putus asa. Hal ini didukung oleh penelitian Susana (2014) tentang dukungan psikologis pasien pasca operasi bedah jantung di dapatkan 42 responden mengalami peningkatan dalam masalah psikoemosional. Penelitian Lutfiyaningtyas di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2016 tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien SKA menjelaskan adanya dukungan keluarga yang tinggi sebesar 64,3% dan tingkat kecemasan yang ringan sebesar 40%, dengan sasaran pada pasien rawat jalan, IGD dan rawat inap. Dengan jumlah sampel 70 responden.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang diketahui bahwa pasien yang didiagnosa Stemi memiliki patofisiologi yang berbeda dengan Nonstemi dimana sumbatan yang terjadi pada arteri koronaria pada pasien Stemi merupakan sumbatan total, adanya plak pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan suplai oksigen ke jantung berkurang dan menimbulkan nyeri dada yang khas serta jantung berdebar dan sumbatan sebagian pada pasien Nonstemi sehingga kerusakan otot jantung tidak seberat mengalami Stemi. Sumbatan itu akan memacu sebuah mekanisme stress. Stress fisik yang berlebihan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi menyebabkan penyakit semakin memburuk karena dapat menyebabkan meningkatnya denyut jantung, peningkatan tekanan darah, serta pelepasan hormon stress yang akan menghasilkan beban kerja jantung meningkat sehingga dapat mengakibatkan serangan jantung, kematian jantung mendadak, gagal jantung, atau aritmia (Cahyo, 2019).

Pada dasarnya semua penyakit fisik akan mempengaruhi kondisi psikologik seseorang. Demikian juga penderita SKA pada umumnya akan mengalami kondisi psikologik antara lain gangguan penyesuaian, kecemasan, stres bahkan depresi. Salah satu masalah yang terkait dengan penyakit jantung adalah masalah stres. Pasien yang mengalami stres merasa penyakit yang dideritanya memerlukan proses penyembuhan yang lama bahkan takut akan ancaman kematian.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini. Penelitian ini merupakan yang pertama kali peneliti lakukan oleh sebab itu peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini masih banyak mengalami kesulitan dalam pelaksanaannya serta masih banyak terdapat kekurangan. Dari segi membagi waktu dalam pekerjaan dan menjadi mahasiswa itu tidak mudah bagi peneliti, namun peneliti mempunyai pengalaman serta pengetahuan baru dalam hal penelitian.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan respon stres yang signifikan antara pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan di rumah sakit. Dengan selisih perbedaan skor rata-rata respon stres antara pasien stemi dengan mean 28,42 dan nonstemi dengan mean 25,08.

B. Saran

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

1. Bagi Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit Parikesit khususnya unit ICCU dalam mengatasi respon stres yang dirasakan oleh pasien stemi dan nonstemi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

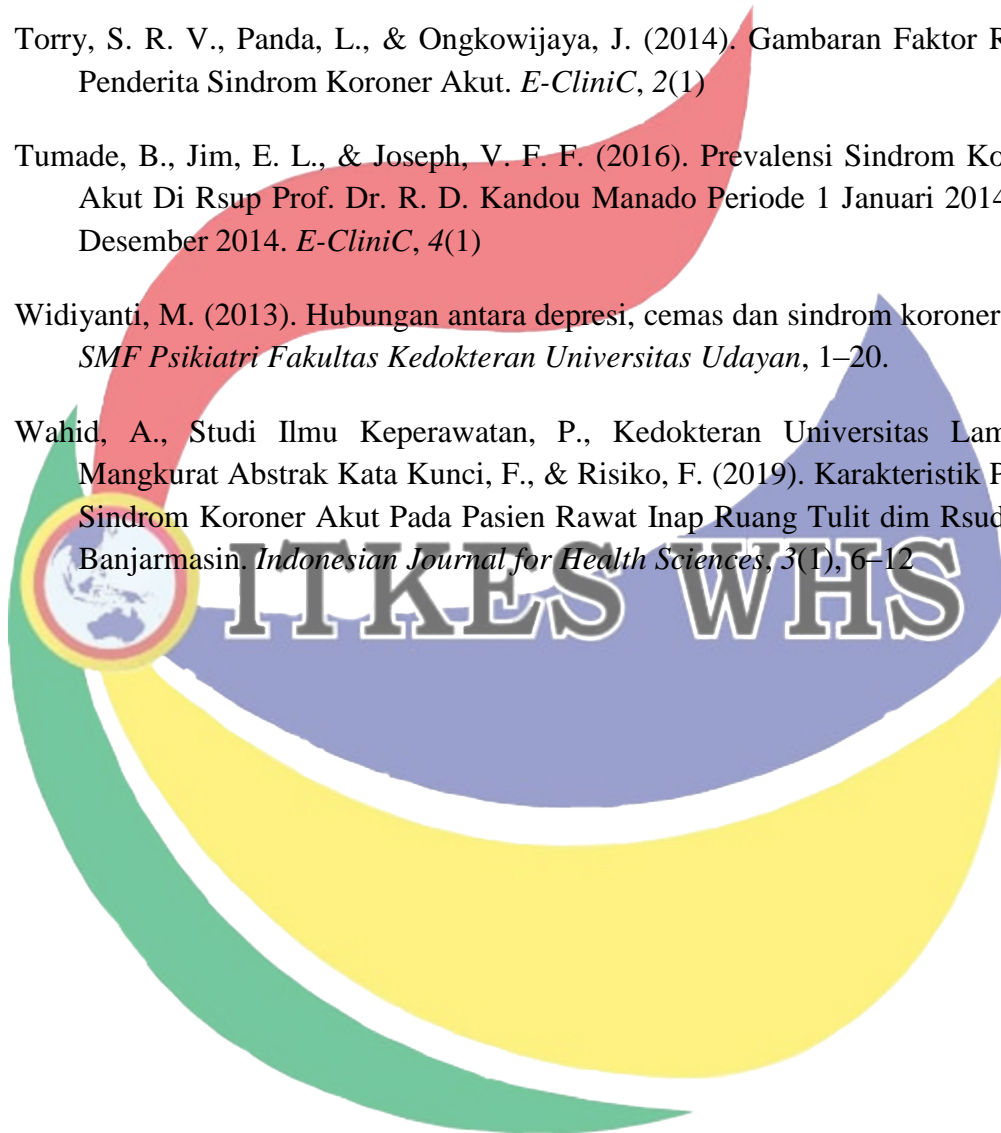
3. Bagi Penelitian Selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian eksperimental terkait bagaimana cara mengurangi respon stres pada pasien stemi dan nonstemi selama masa perawatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D. D. (2013). Validitas Alat Ukur Stres. *Jurnal Pengukuran Psikologi Dan Pendidikan Indonesia*, II(7), 474–480.
- Amarendra, G., Makmun, L. H., Antono, D., & Dewiasty, E. (2017). Peran Tindakan Revaskularisasi terhadap Kesintasan Pasien Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI). *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*
- Azzhara. (2017). *No Title*. 05(01), 80–96.
- Cahyo, N. P. (2019). Gambaran Stress fisik Penderita. *Eprints.Ums.Ac.Id*.
- Care, I., Icu, U., Soewondo, R. H., & Caring, K. K. (n.d.). $s = -0.549$. 100–108.
- Darlina, D. (2010). Manajemen Pasien St Elevasi Miokardial Infark (Stemi). *Idea Nursing Journal*, 1(1), 14–20.
- Devi Listiana, H.S.Effendi, N. (2019). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pre Kateterisasi Pasien SKA*. 61(1), 651.
- Dinkes. (n.d.). *Laporan Provinsi Kalimantan Timur*.
- Diska, M., Diputra, R., Wita, I. W., & Aryadana, W. (2018). Karakteristik Penderita Sindroma Koroner Akut Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2016 Program Studi Pendidikan Dokter , Fakultas Kedokteran , Universitas Udayana Departemen / SMF Kardiologi dan Kedokteran Vaskular RSUP Sanglah Denpasar / Fakultas Kedokteran ,. 7(10), 1–10.
- Emaliyawati, E., Sutini, T., Ibrahim, K., Trisyani, Y., & Prawesti, A. (2017). Pengalaman Psikologis Pasien Infark Miokard Akut Selama Dirawat Di Ruang Intensif. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*.
- Fenomenologi, S., Carolina, P., & Aziz, Z. A. (2018). *No Title*. 9(2), 481–493.
- Fitri, E. Y. (2014). Respon stres pada pasien kritis. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 86–93.
- Hararap, S. (2014). *Infark Miokard Tanpa Elevasi Segmen St (NSTEMI)*. 1–24.
- Hughes, R. (2008). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 287.

- Indira, E. (2014). Stress Questionnaire: Stress Investigation From Dermatologist Perspective. *Integrative Dermatology*, 93–109.
- Irmalita, Dafsah A Juzar, Andrianto, Budi Yuli Setianto, Daniel PL Tobing, Doni Firman, & Firdaus, I. (2015). Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. *Pedoman Tatalaksan Sindrome Koroner Akut*, 3, 1–88.
- Kurniawan, D., Ibrahim, K., & Prawesti, A. (2015). Pengalaman Pasien Mengalami Serangan Jantung Pertama Kali yang dirawat di Ruang CICU. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v3(n2), 67–76.
- Muhibbah, Wahid, A., Agustiana, R., & Illiandri, O. (2019). Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulip Di RSUD Ulin Banjarmasin. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), 6–12.
- Mutarobin, M. (2019). Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Coronary Artery Disease Pre Coronary Artery Bypass Grafting. *Quality : Jurnal Kesehatan*, 13(1), 9–21.
- Muzliyati, U., Parliani, & Yoga, P. (2018). *Hubungan Stress Terhadap Proses Adaptasi (Teori Callista Roy) Pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas II Pontianak*. 68.
- Oliver, J. (2013). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Oliver, J. (2019). *Hilos Tensados*, 1, 1–476.
- Purnawinadi, I. G. (2019). *Intervensi Perawatan Spiritual Dan Tingkat Stres Pasien Gagal*. (July).
- Roncancio R, Ginna & Sáenz G, C. (2016). *IOSR Journal of Economics and Finance*, 3(1)
- Rosida, L., & Wahyudi, J. T. (2019). *Teknik Relaksasi Autogenik Terhadap Penurunan Kecemasan di Intensive Care Unit Rumah Sakit*. 3(2).
- Saragih, D., & Suparmi, Y. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Yang Dirawat Di Ruang Icu/Iccu Rs Husada Jakarta. *Kosala" Jik*, 5(1), 61–69.
- Safetyka, R. (2019). Gambaran Psikologis Pada Pasien Gagal Jantung Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta*.

- Safitri, A. (2018). *Undergraduate thesis the correlation between anxiety level and social adaptation at infertile pus with approach of adaptation model theory calista roy.*
- Syafii, S Aprianti, H. (2016). CLINICAL PATHOLOGY AND Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik CLINICAL PATHOLOGY AND Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik. 2 *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 14(2).
- Torry, S. R. V., Panda, L., & Ongkowijaya, J. (2014). Gambaran Faktor Risiko Penderita Sindrom Koroner Akut. *E-CliniC*, 2(1)
- Tumade, B., Jim, E. L., & Joseph, V. F. F. (2016). Prevalensi Sindrom Koroner Akut Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 1 Januari 2014 - 31 Desember 2014. *E-CliniC*, 4(1)
- Widiyanti, M. (2013). Hubungan antara depresi, cemas dan sindrom koroner akut. *SMF Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Udayan*, 1–20.
- Wahid, A., Studi Ilmu Keperawatan, P., Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Abstrak Kata Kunci, F., & Risiko, F. (2019). Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulit dim Rsud Ulin Banjarmasin. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), 6–12







ITKES WHS
LAMPIRAN

Lampiran 2

Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

 **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
PERINGKAT B
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : 181 /STIKES-WHS/LT/2020 21 Februari 2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

Kepada Yth.
Direktur RSUD. A.M. Parikesit Tenggarong
Cq. Diklit.RSUD.A.M. Parikesit Tenggarong
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 studi pendahuluan dan pengambilan data di Tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :


Nama : TATI LASMARITO RAJAGUKGUK
NIM : B21832413301
Semester : II
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Perbedaan respon stres antara pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan di rumah sakit**

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


N. Sunjati Sinaga., M.Kep
NIDN. 1117078201

 Dipindai dengan CamScanner

Permohonan Izin Penelitian



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

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

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

Nomor	: 878 /TKES-WHS/LT/2020	8 Juni 2020
Lampiran	: -	
Hal	: <u>Permohonan Izin Penelitian</u>	

Kepada Yth.
Direktur RS. A. M. Parikesit Tenggarong
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	: TATI LASMARITO RAJAGUKGUK	
NIM	: B21832413301	
Semester	: III	
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	
Judul Penelitian	: Perbedaan Respon Stres Antara Pasien stemi dengan nonstemi selama masa perawatan dirumah sakit	

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



Dipindai dengan CamScanner

"Hold The Future Now"



PENJELASAN PENELITIAN

Salam Sejahtera,

Selamat Pagi/Siang/sore

Saya Tati Lasmarito Rajagukguk, Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains (ITKES) Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian ini mengenai Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di RSUD.AM. Parikesit Tenggarong Seberang, dengan pembimbing Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep., dan & Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hasil Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di RSUD.AM. Parikesit Tenggarong Seberang dengan menggunakan kuesioner *PSS (perceived stress scale)*.

Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, Sdr/i diminta untuk mengisi data demografi dan memberikan jawaban sesuai dengan penjelasan yang ada. 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.

Peneliti,

Tati Lasmarito Rajagukguk

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Judul : Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi
Selama Masa Perawatan di RSUD.AM.Parikesit Tenggara
Seberang.

Peneliti : Tati Lasmarito Rajagukguk

Pembimbing : Ns. Chrisyean Damanik, S.Kep., M.Kep & Ns. Rusdi, S.Kep.,
M.Kep

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah meminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Tati Lasmarito Rajagukguk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Perbedaan Respon Stres antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan di RSUD AM Parikesit Tenggara Seberang. Saya mengerti bahwa penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir dan telah mendapat izin dari ITKES Wiyata Husada Samarinda dan RSUD.AM.Parikesit Tenggara.

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.

Tenggara, Juli 2020

Responden

(.....)

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik serta kolom yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi yang dialami dengan cara memberikaan *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang dipilih.

Karakteristik Demografi Responden

1. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
2. Usia : _____ Tahun
3. Pendidikan terakhir : Tidak sekolah Sma/Smk
 Sd Diploma/Sarjana
 Smp
4. Pekerjaan : Pns Wiraswasta
 Honor Pensiunan
 Swasta Tidak Bekerja
5. Lama dirawat dirumah sakit : _____ Hari

**Penilaian Respon Stres
PSS (perceived stress scale)**

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti harap menanyakannya kepada peneliti.
2. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan mencontreng pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan perasaan anda selama perawatan dirumah sakit.

Skor 0 : Tidak Pernah

Skor 1 : Hampir Tidak Pernah

Skor 2 : Kadang-Kadang

Skor 3 : Sering

Skor 4 : Sangat Sering

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Seberapa sering anda merasa kecewa karena yang terjadi tidak sesuai dengan apa yang anda harapkan ?					
2	Seberapa sering anda merasa tidak dapat mengendalikan hal-hal penting dalam hidup anda?					
3	Seberapa sering anda merasa gelisah dan tegang?					
4	Seberapa sering anda merasa yakin mengenai kemampuan					



	anda dalam menanggapi masalah-masalah pribadi anda?					
5	Seberapa sering anda merasa bahwa segalanya berjalan sesuai dengan keinginan anda?					
6	Seberapa sering anda mendapatkan bahwa anda tidak dapat mengatasi segala hal yang harus anda lakukan?					
7	Seberapa sering anda mampu mengontrol gangguan dalam hidup anda?					
8	Seberapa sering anda merasa senang dengan segala hal yang anda lakukan?					
9	Seberapa sering anda merasa marah karena sesuatu yang terjadi diluar kendali anda?					
10	Seberapa sering anda merasa begitu banyak kesulitan sehingga anda tidak mampu mengatasinya?					

References:

The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, from Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 386-396.



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

BIODATA PENELITI

A. Biodata Peneliti

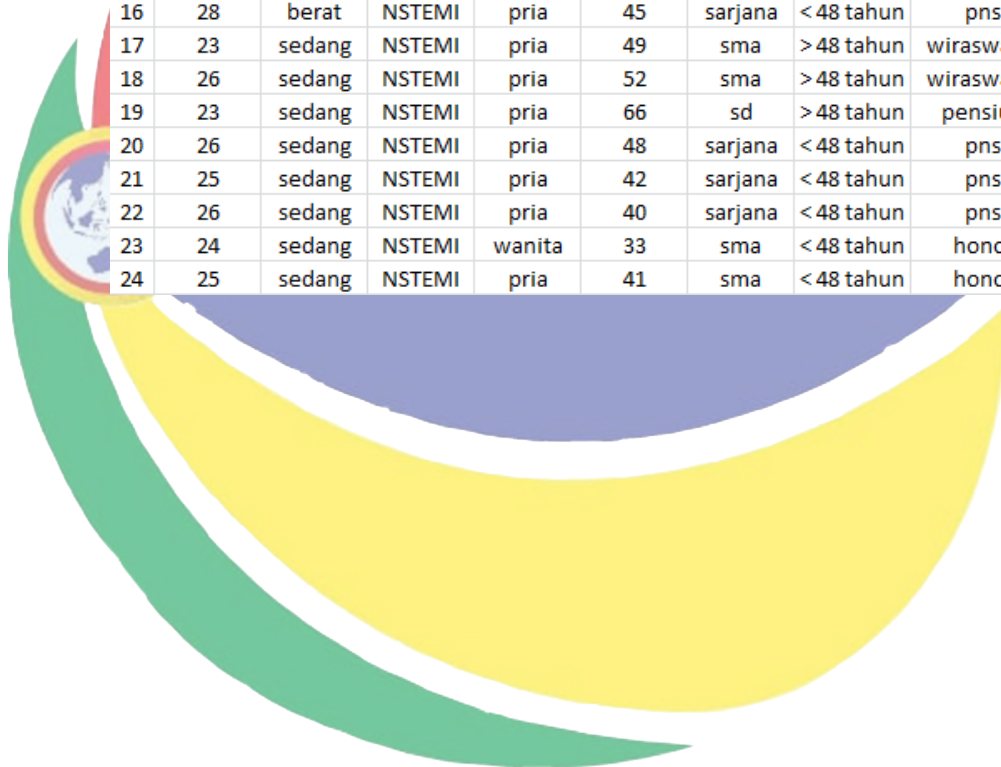
1. Nama : Tati Lasmarito Rajagukguk
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir: Sebulu, 16 Agustus 1991
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Jl. Loa Ipuh Gang Rawa Indah 1 RT 17 No 32
6. E-mail : las marg22@gmail.com
7. No. Handphone : 0853 4894 5566
8. NIM : B21832413301
9. Program Studi : Ilmu Keperawatan
10. Judul Penelitian : Perbedaan Respon Stres Antara Pasien Stemi dengan Nonstemi Selama Masa Perawatan Di Rumah Sakit
11. Dosen Pembimbing : 1) Ns. Chrysen Damanik, S.Kep., M.Kep
2) Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 002 Tenggarong, Kalimantan Timur
2. SMP Negeri 3 Tenggarong, Kalimantan Timur
3. SMA YPK 1 Tenggarong, Kalimantan Timur
4. Akademi Keperawatan Dirgahayu Samarinda, Kalimantan Timur

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama dirawat	Diagnosa	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total	KESS	CODING
1	ny s	43	wanita	sma	tdk bekerja	4	STEMI ANTEROSEPTAL	3	2	4	2	2	3	3	3	2	2	26	SEDANG	SEDANG
2	ny e	50	wanita	sma	tdk bekerja	3	STEMI INFERIOR	2	3	3	3	3	2	4	4	3	2	29	BERAT	BERAT
3	tn b	53	pria	sarjana	pns	3	STEMI INFERIOR	4	3	2	2	4	4	3	3	3	4	32	BERAT	BERAT
4	tn r	39	pria	sarjana	honor	3	STEMI INFERIOR	1	2	3	2	1	3	3	2	3	2	22	SEDANG	SEDANG
5	ny r	62	wanita	smp	honor	4	STEMI ANTEROLATERAL	2	1	2	3	3	2	2	3	3	3	24	SEDANG	SEDANG
6	ny n	38	wanita	sma	honor	3	STEMI INFERIOR	4	2	2	2	2	2	3	4	2	2	25	SEDANG	SEDANG
7	tn j	59	pria	sarjana	pns	3	STEMI INFERIOR	4	3	3	1	3	3	4	3	3	2	29	BERAT	BERAT
8	tn e	43	pria	sma	pns	3	STEMI INFERIOR+ANTERIOR	3	2	4	3	3	4	3	2	3	3	30	BERAT	BERAT
9	tn d	37	pria	sarjana	honor	3	STEMI POST TROMBOLITIK	4	4	3	4	2	3	2	3	4	3	32	BERAT	BERAT
10	tn a	29	pria	sarjana	honor	4	STEMI	2	2	2	4	3	3	3	4	3	4	30	BERAT	BERAT
11	tn b	58	pria	sd	tdk bekerja	3	STEMI	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	31	BERAT	BERAT
12	tn w	61	pria	sd	tdk bekerja	3	STEMI	4	4	3	2	4	3	3	3	3	2	31	BERAT	BERAT
13	ny n	56	wanita	sd	tdk bekerja	3	NSTEMI	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	25	SEDANG	SEDANG
14	ny a	61	wanita	smp	wiraswasta	3	NSTEMI INFERIOR	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	25	SEDANG	SEDANG
15	ny s	48	wanita	sd	tdk bekerja	3	NSTEMI	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	25	SEDANG	SEDANG
16	tn p	45	pria	sarjana	pns	4	NSTEMI	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	28	BERAT	BERAT
17	tn a	49	pria	sma	wiraswasta	3	NSTEMI	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	23	SEDANG	SEDANG
18	tn m	52	pria	sma	wiraswasta	4	NSTEMI	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	26	SEDANG	SEDANG
19	tn m	66	pria	sd	penziun	4	NSTEMI	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	23	SEDANG	SEDANG
20	tn e	48	pria	sarjana	pns	3	NSTEMI	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	26	SEDANG	SEDANG
21	tn e	42	pria	sarjana	pns	4	NSTEMI	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	25	SEDANG	SEDANG
22	tn a	40	pria	sarjana	pns	3	NSTEMI	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	26	SEDANG	SEDANG
23	ny d	33	wanita	sma	honor	3	NSTEMI	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	24	SEDANG	SEDANG
24	tn b	41	pria	sma	honor	3	NSTEMI	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	25	SEDANG	SEDANG

No	Respon_ Stres	Tingkat_ Stres	Status_ Di agnostik	JK	Usia	TP	Rentang_ Usia	Status_ Peker jaan	Lama_ Ra wat
1	26	sedang	STEMI	wanita	43	sma	< 48 tahun	tdk bekerja	3 Hari
2	29	berat	STEMI	wanita	50	sma	> 48 tahun	tdk bekerja	4 Hari
3	32	berat	STEMI	pria	53	sarjana	> 48 tahun	pns	3 Hari
4	22	sedang	STEMI	pria	39	sarjana	< 48 tahun	honor	3 Hari
5	24	sedang	STEMI	wanita	62	smp	> 48 tahun	honor	3 Hari
6	25	sedang	STEMI	wanita	38	sma	< 48 tahun	honor	4 Hari
7	29	berat	STEMI	pria	59	sarjana	> 48 tahun	pns	3 Hari
8	30	berat	STEMI	pria	43	sma	< 48 tahun	pns	3 Hari
9	32	berat	STEMI	pria	37	sarjana	< 48 tahun	honor	3 Hari
10	30	berat	STEMI	pria	29	sarjana	< 48 tahun	honor	3 Hari
11	31	berat	STEMI	pria	58	sd	> 48 tahun	tdk bekerja	4 Hari
12	31	berat	STEMI	pria	61	sd	> 48 tahun	tdk bekerja	3 Hari
13	25	sedang	NSTEMI	wanita	56	sd	> 48 tahun	tdk bekerja	3 Hari
14	25	sedang	NSTEMI	wanita	61	smp	> 48 tahun	wiraswasta	3 Hari
15	25	sedang	NSTEMI	wanita	48	sd	< 48 tahun	tdk bekerja	3 Hari
16	28	berat	NSTEMI	pria	45	sarjana	< 48 tahun	pns	3 Hari
17	23	sedang	NSTEMI	pria	49	sma	> 48 tahun	wiraswasta	4 Hari
18	26	sedang	NSTEMI	pria	52	sma	> 48 tahun	wiraswasta	3 Hari
19	23	sedang	NSTEMI	pria	66	sd	> 48 tahun	pensiun	4 Hari
20	26	sedang	NSTEMI	pria	48	sarjana	< 48 tahun	pns	4 Hari
21	25	sedang	NSTEMI	pria	42	sarjana	< 48 tahun	pns	3 Hari
22	26	sedang	NSTEMI	pria	40	sarjana	< 48 tahun	pns	4 Hari
23	24	sedang	NSTEMI	wanita	33	sma	< 48 tahun	honor	3 Hari
24	25	sedang	NSTEMI	pria	41	sma	< 48 tahun	honor	3 Hari



1.Respon Stres Pasien Stemi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Respon Stress Pasien STEMI	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%

Descriptives

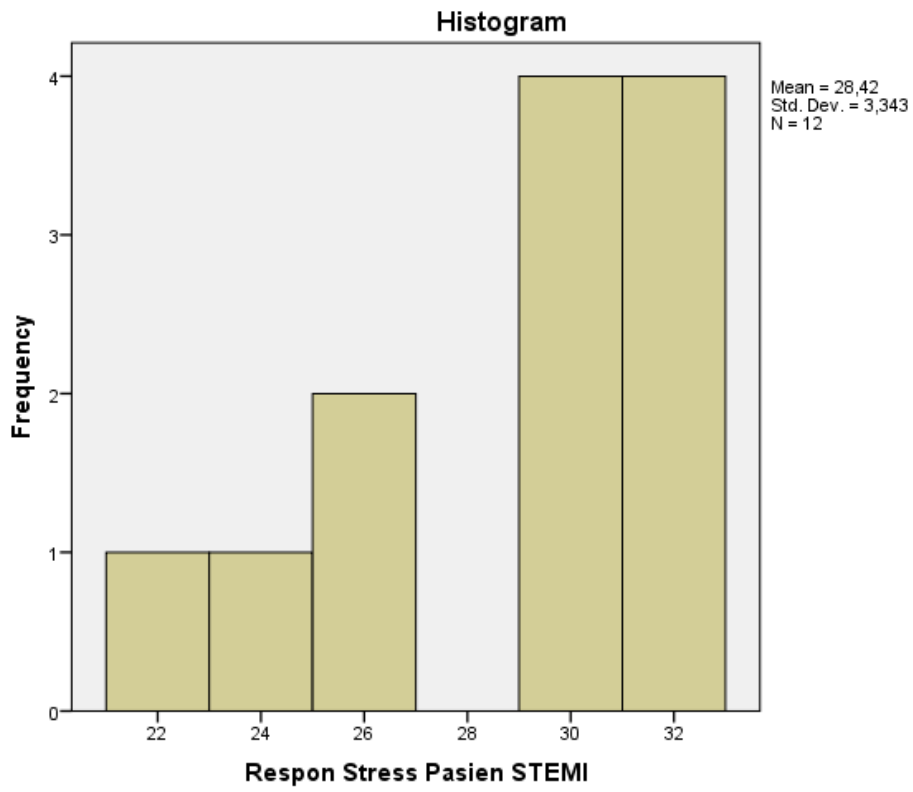
		Statistic	
Respon Stress Pasien STEMI	Mean	28,42	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	26,29
		Upper Bound	30,54
	5% Trimmed Mean	28,57	
	Median	29,50	
	Variance	11,174	
	Std. Deviation	3,343	
	Minimum	22	
	Maximum	32	
	Range	10	
	Interquartile Range	6	
	Skewness	-,787	
	Kurtosis	-,654	

Descriptives

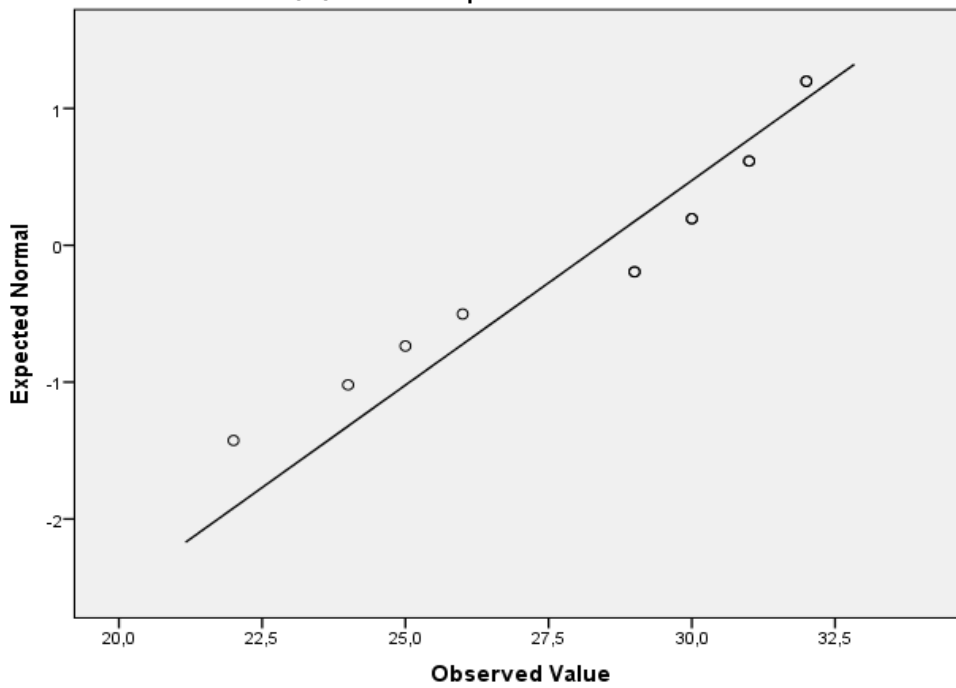
		Std. Error
Respon Stress Pasien STEMI	Mean	,965
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound
		Upper Bound
	5% Trimmed Mean	
	Median	
	Variance	
	Std. Deviation	
	Minimum	
	Maximum	
	Range	
	Interquartile Range	
	Skewness	,637
	Kurtosis	1,232

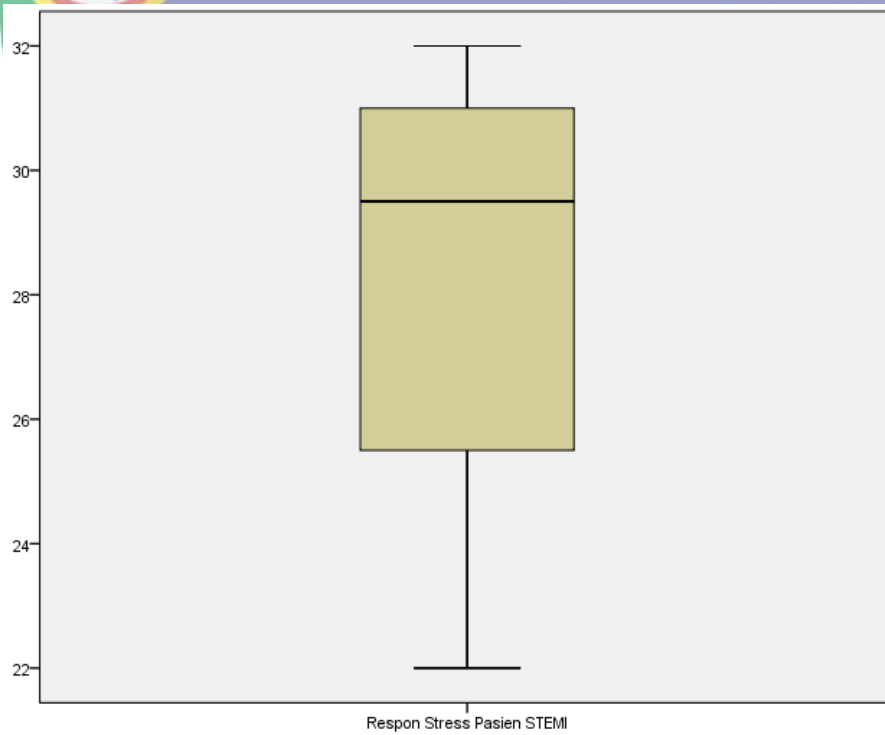
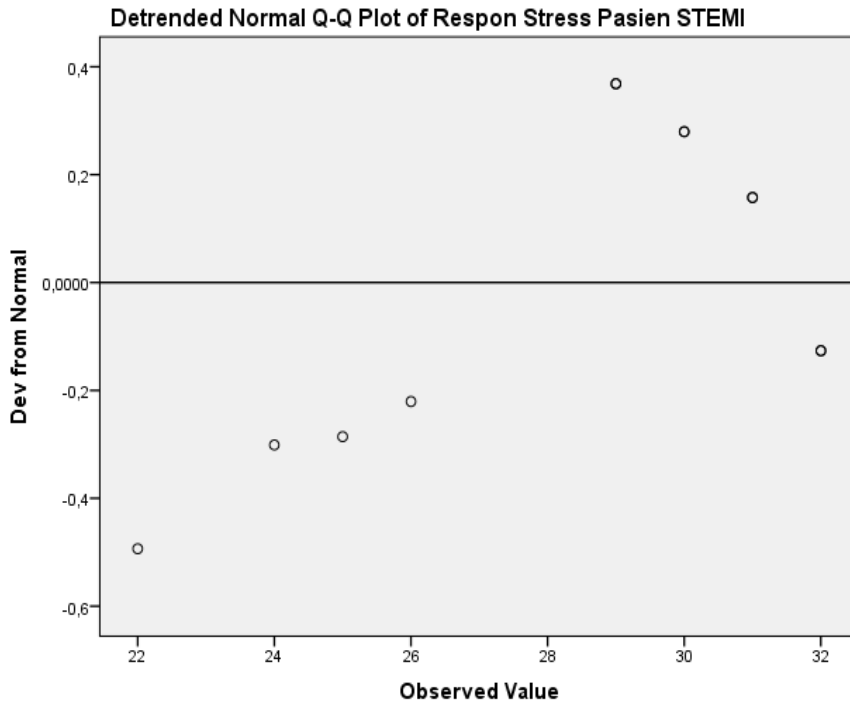
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Respon Stress Pasien STEMI	,236	12	,064	,890	12	,118



Normal Q-Q Plot of Respon Stress Pasien STEMI





2. Respon Stres Pasien NSTEMI

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Respon Stress Pasien NSTEMI	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%

Descriptives

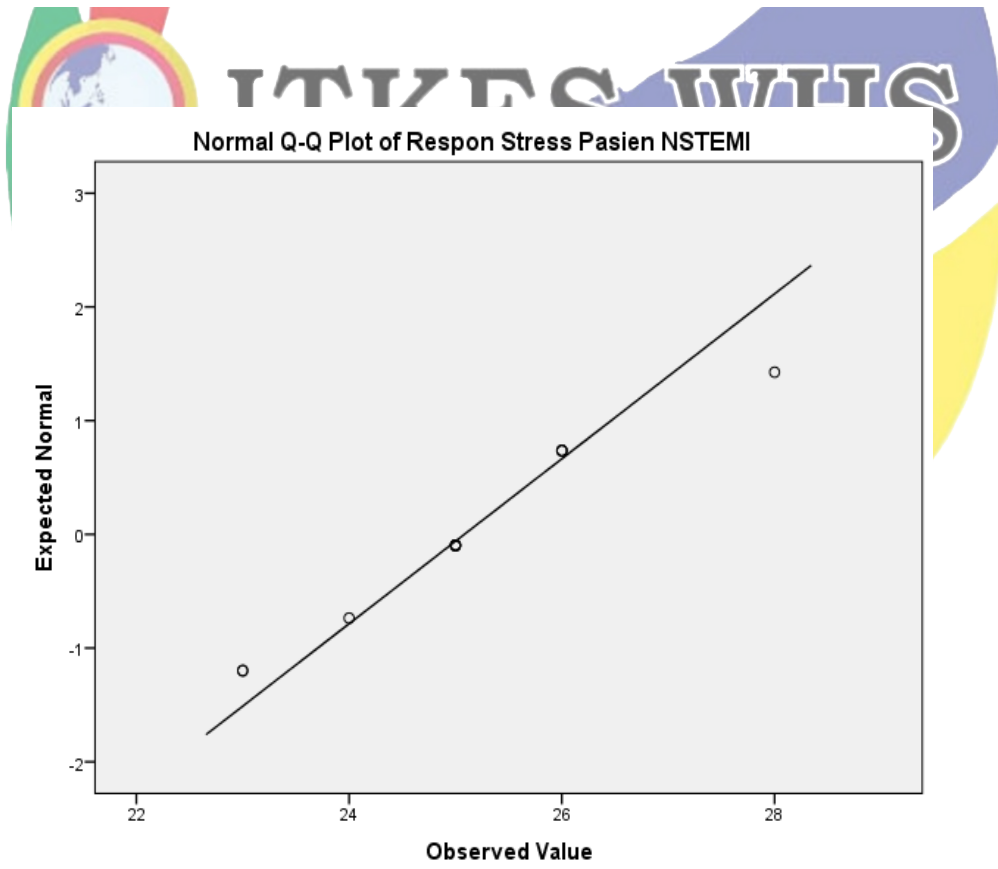
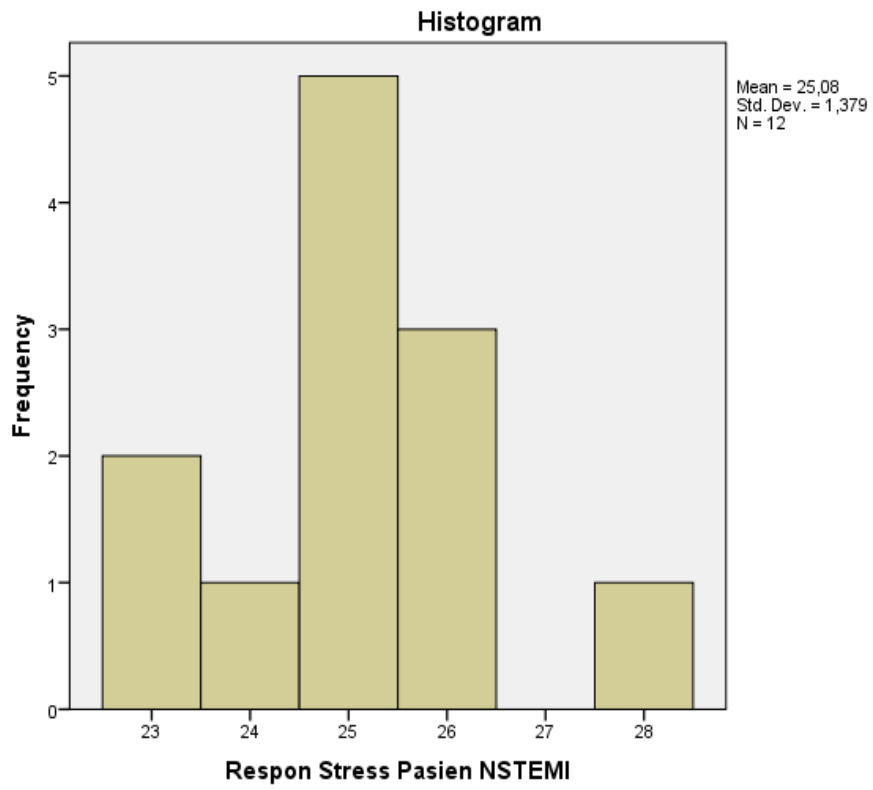
		Statistic	
Respon Stress Pasien NSTEMI	Mean	25,08	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24,21
		Upper Bound	25,96
		5% Trimmed Mean	25,04
	Median	25,00	
	Variance	1,902	
	Std. Deviation	1,379	
	Minimum	23	
	Maximum	28	
	Range	5	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	,323	
	Kurtosis	,915	

Descriptives

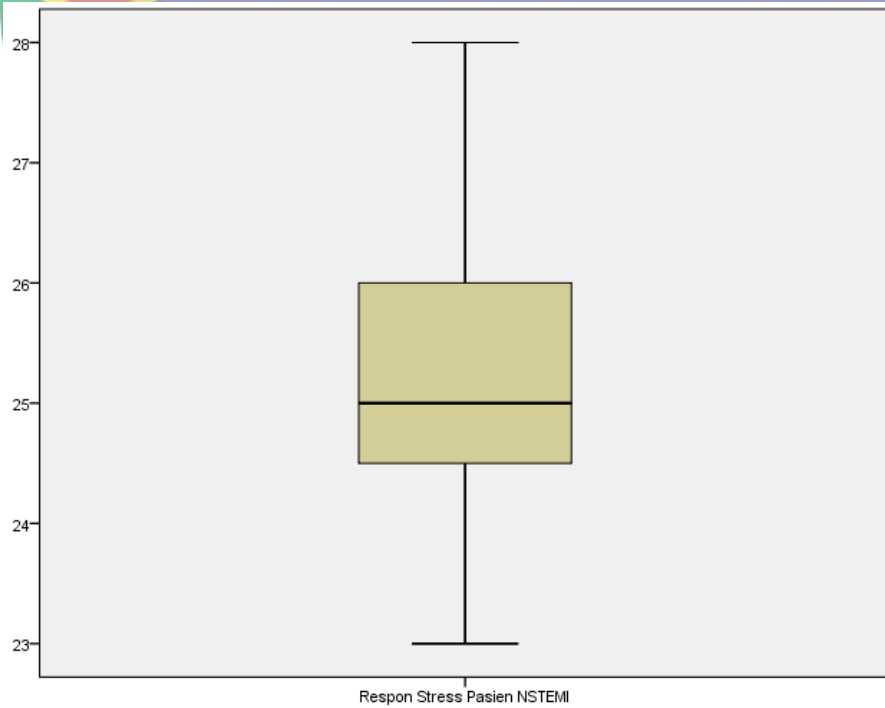
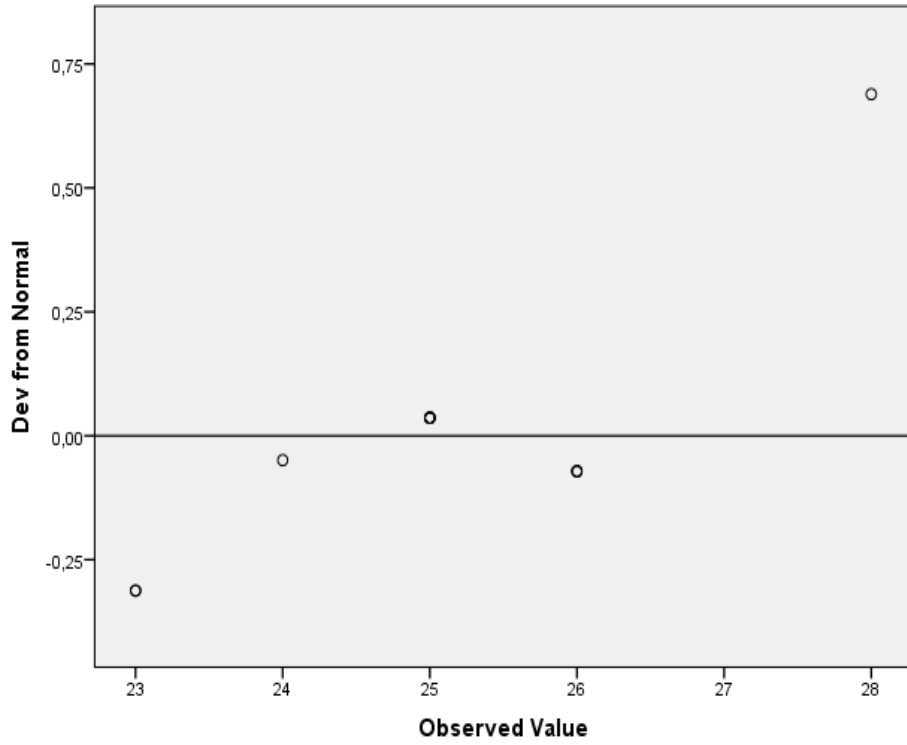
		Std. Error
Respon Stress Pasien NSTEMI	Mean	,398
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound
		Upper Bound
	5% Trimmed Mean	
	Median	
	Variance	
	Std. Deviation	
	Minimum	
	Maximum	
	Range	
	Interquartile Range	
	Skewness	,637
	Kurtosis	1,232

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Respon Stress Pasien NSTEMI	,226	12	,092	,910	12	,213



Detrended Normal Q-Q Plot of Respon Stress Pasien NSTEMI



3. Independent Samples Test

Group Statistics

Status Diagnostik	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STEMI	12	28,42	3,343	,965
NSTEMI	12	25,08	1,379	,398

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
	F	Sig.	t
Equal variances assumed	10,945	,003	3,193
Equal variances not assumed			3,193

Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means		
	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Equal variances assumed	22	,004	3,333
Equal variances not assumed	14,638	,006	3,333

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Respon Stress	Equal variances assumed	1,044	1,168	5,498
	Equal variances not assumed	1,044	1,104	5,563

