

**PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK MOZART TERHADAP  
PENURUNAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**



**Disusun Oleh:**

**BUDI SUJARWO**

**NIM: B21824705601**

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

**2020**

**PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK MOZART TERHADAP  
PENURUNAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**

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



**Disusun Oleh:**

**BUDI SUJARWO**

**NIM: B21824705601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK MOZART TERHADAP  
PENURUNAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh:

**Budi Sujarwo**  
B21824705601

Telah dipertahankan didepan dewan penguji  
Pada tanggal 22 Agustus 2020

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Marina Kristi Lavun Rining, S.Kep., M.Kep** (.....)  
NIK: 113072.93.19.039
2. **Ns. Kiki Hardiansyah, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.M.B** (.....)  
NIK: 113072.88.16.088
3. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep** (.....)  
NIK: 113072.83.11.023

Mengetahui,

**Rektor**  
ITKES Wiyata Husada Samarinda

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

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

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

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

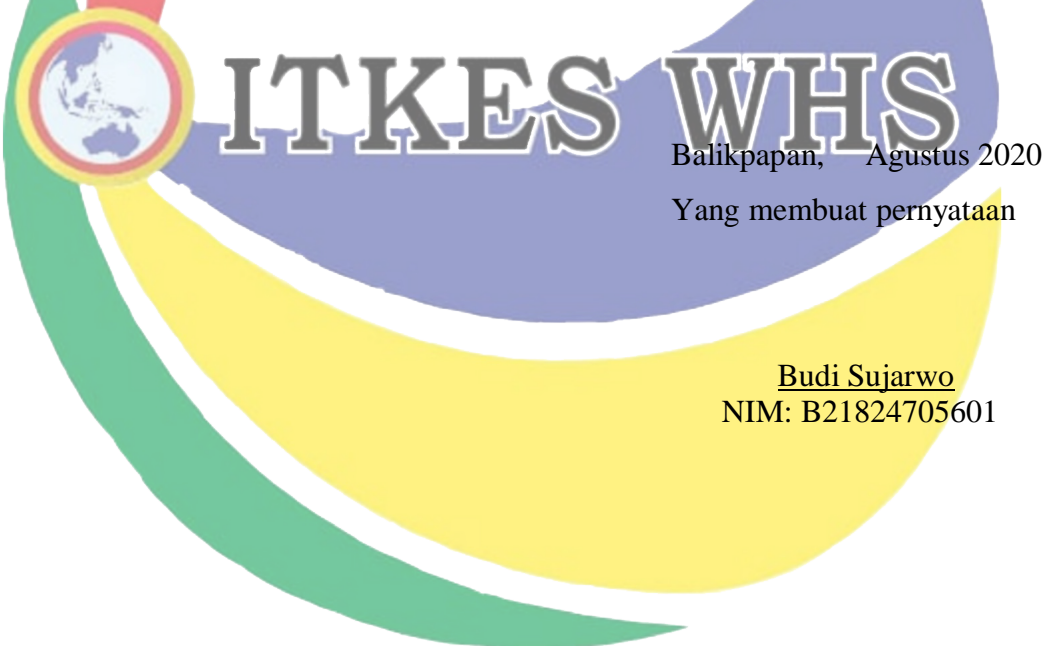
Nama : Budi Sujarwo

NIM : B21824705601

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner

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



## KATA PENGANTAR

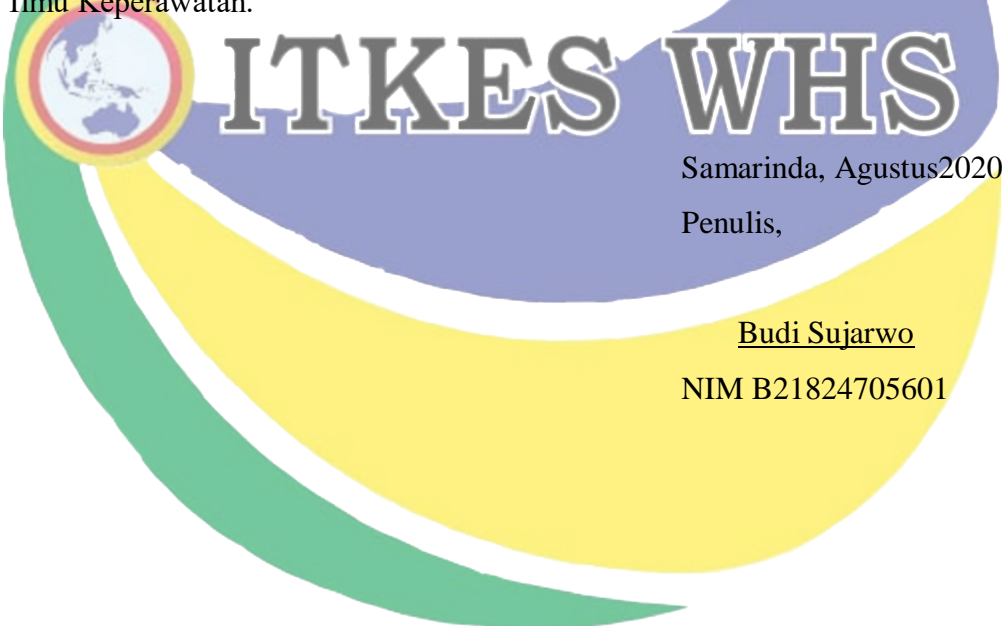
Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner”. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam program studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

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

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah, M. Kep, Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing I. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
6. Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, M.S selaku Dosen Pembimbing II. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
7. Ibu Ns. Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep selaku penguji I yang telah menyediakan waktu, memberikan saran dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.

8. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku penguji II yang telah menyediakan waktu, memberikan saran dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
9. Ibu Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep, M,Kep selaku Pembimbing Akademik. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
10. Kedua orang tua tersayang, bapak Rusmin (alm) dan ibu Manisem yang selalu memberikan dukungan yang tidak terhingga.
11. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.

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



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Budi Sujarwo  
NIM : B21824705601  
Program Studi : S.1 Keperawatan

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

### **Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Agustus 2020

Yang menyatakan

(Budi Sujarwo)

## ABSTRAK

### Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner

Budi Sujarwo<sup>1</sup>, Chrisyen Damanik<sup>2</sup>, Wahyu Dewi Sulistyarini<sup>3</sup>  
[b21824705601601@student.stikeswhs.ac.id](mailto:b21824705601601@student.stikeswhs.ac.id), [chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id](mailto:chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id),  
[wahyudewis@stikeswhs.ac.id](mailto:wahyudewis@stikeswhs.ac.id)

**Latar Belakang:** Distres psikologis dapat terjadi pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK), terutama pada pasien yang dirawat di *Intensive Cardiology Care Unit* (ICCU) karena PJK merupakan keadaan gawat darurat dari penyakit jantung yang memerlukan penanganan yang cepat dan tepat. Untuk mengatasi distres psikologis pemberian terapi musik klasik mozart diharapkan mampu menurunkan distres psikologis pada pasien PJK. **Tujuan:** Teranalisis pengaruh terapi musik klasik Mozart dalam menurunkan distres psikologis pada pasien PJK. **Metode:** *Pra-eksperimental* dengan pendekatan *time series*, dengan jumlah sampel 13 responden yang dipilih menggunakan *Concecutive sampling*. Kriteria inklusi adalah pasien PJK dengan distres psikologis katagori ringan sampai berat. Pengukuran distres psikologis menggunakan *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*. Penelitian ini menggunakan uji *Repeated Measures Anova* dan kemudian dianalisis dengan *Post-Hoc Bonferroni*. **Hasil:** Terdapat perbedaan skor rata-rata antara sebelum dilakukan terapi musik klasik Mozart (19,38), sesudah terapi musik ke-1 (16,77), sesudah terapi musik ke-2 (14,85). Uji pengaruh menggunakan *Repeated Measures Anova* menunjukkan hasil p value  $0,000 < 0,05$ . **Kesimpulan:** Terdapat pengaruh terapi musik klasik Mozart dalam menurunkan distres psikologi pada pasien PJK di ru mah sakit **Saran:** Bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti pengaruh terapi musik klasik Mozart terhadap masalah psikologi lainnya dengan menggunakan kelompok kontrol atau pembanding.

**Kata Kunci:** Terapi musik klasik Mozart, Distres Psikologis

<sup>1</sup>Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR GRAFIK .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Penelitian Terkait .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
A. Telaah Pustaka .....	12
1. Konsep Penyakit Jantung Koroner .....	12
a. Pengertian .....	12
b. Klasifikasi.....	12
c. Tanda dan gejala .....	14
d. Etiologi.....	15
e. Pencegahan .....	16
f. Pengobatan .....	17
2. Konsep Distres Psikologi .....	21
a. Pengertian.....	21
b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologi.....	23
c. Upaya Dalam Mengatasi Distres Psikologi.....	24
d. Peran Perawat Dalam Mengatasi Distres Psikologi.....	24
e. Aspek-aspek Yang Harus diperhatikan Perawat Dalam Mengatasi Distres Psikologi.....	25
f. Metode Untuk Mengukur Distres Psikologi.....	26
3. Aplikasi Teori Kolcaba dan Manajemen Asuhan Keperawatan.....	27
a. Biografi Katherine Kolcaba.....	27
b. Manajemen Asuhan Keperawatan sesuai aplikasi Teori Kenyamanan.....	29
4. Konsep Terapi Musik.....	32

a.	Pengertian Terapi Musik.....	32
b.	Jenis-jenis Terapi Musik.....	32
c.	Manfaat Terapi Musik.....	34
d.	Tahapan Terapi Musik.....	35
e.	Mekanisme Terapi Musik Terhadap Kecemasan.....	35
B.	Kerangka Teori Penelitian .....	37
C.	Hipotesis.....	38
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>39</b>
A.	Jenis dan Rancangan Penelitian .....	39
B.	Kerangka Konsep Penelitian.....	40
C.	Populasi dan Sampel.....	40
D.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	43
E.	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	44
F.	Sumber Data dan Instrumen Penelitian .....	45
G.	Uji Instrumen .....	46
H.	Prosedur Pengumpulan Data.....	47
I.	Analisa Data.....	50
J.	Etika Penelitian .....	53
K.	Alur Penelitian.....	55
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>56</b>
A.	Hasil Penelitian	
1.	Karakteristik Responden.....	56
2.	Hasil Analisa Univariat .....	58
3.	Hasil Analisa Bivariat .....	59
B.	Pembahasan .....	63
C.	Kesulitan dan Kelemahan Penelitian.....	68
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP .....</b>	<b>70</b>
A.	Kesimpulan .....	70
B.	Saran .....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>72</b>	

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian.....	44
Tabel 3.2 Blueprint kuesioner HADS .....	45
Tabel 3.3 Uji Normalitas .....	50
Tabel 3.4 Analisa Univariat .....	51
Tabel 3.5 Analisa Bivariat .....	53
Tabel 4.1 Karakteristik Responden.....	56
Tabel 4.2 Skor rata-rata distress psikologi pada pasien PJK sebelum, sesudah terapi musik ke-1, terapi musik ke-2 pada Juni – Juli 2020 di RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=13) .....	58
Tabel 4.3 Mauchly’s Test of Sphericity (Uji Kebulatan Mauchly) .....	60
Tabel 4.4 Tests Of Within-Subjects Effects (Tes Efek dalam Subjek) .....	61
Tabel 4.5 Selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi pada pasien PJK sebelum, sesudah terapi musik ke-1, terapi musik ke-2 pada Juni – Juli 2020 di RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=13).....	61

## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	37
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	40
Skema 3.2 Alur Penelitian.....	55



## DAFTAR GRAFIK

	Hal
Grafik 4.1 Perkembangan skor distres psikologis setiap responden (n=13) .....	59
Grafik 4.2 Profile Plots.....	60



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 5 : Instrument Penelitian HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
- Lampiran 6 : Standar Operasional Prosedur (SPO) Terapi Musik
- Lampiran 7 : Daftar Lagu Musik Mozart
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Izin Pengambilan data
- Lampiran 9 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 10 : Hasil Uji Statistik
- Lampiran 11 : Dokumentasi penjelasan dan pengisian lembar persetujuan bersedia menjadi responden, pengisian kuesioner dan pada saat intervensi terapi musik klasik Mozart



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Jantung merupakan organ terpenting pada manusia berdasarkan fungsinya. Jantung merupakan dua pompa yang bekerja serentak untuk mengalirkan darah keseluruh tubuh. Aliran darah sangat penting untuk mengalirkan nutrisi, oksigen ke jaringan tubuh dan untuk membawa sampah metabolik untuk dikeluarkan dari tubuh. Fungsi normal jantung ditentukan berdasarkan suplai oksigen dan kebutuhan oksigen. Untuk dapat berfungsi dengan baik sebagai suatu pompa, otot jantung harus mendapatkan suplai darah yang adekuat dari arteri koroner (Black & Hawk, 2014). Jantung jika tidak berfungsi dengan baik akan mengakibatkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, sehingga timbulnya penyakit pada jantung (Black & Hawk, 2014).

Penyakit jantung koroner (PJK) disebabkan oleh adanya penyempitan arteri koroner yang menyebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan fungsional jantung dan kapasitas arteri koroner untuk memasok darah dan oksigen. Sebagai akibatnya, otot jantung rusak, yang pada akhirnya akan tampak secara klinis dengan gejala jantung. Gagal jantung kongestif, kematian jantung mendadak, aritmia jantung, infark miokard, angina pectoris stabil, dan/atau tidak stabil merupakan manifestasi klinis dari PJK. Dispnea dan nyeri dada sebagai gejala utama dari PJK (Brunner & Suddarth, 2013).

PJK sebagai bagian dari penyakit jantung yang paling umum dan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Pada umumnya pasien dengan PJK dan gagal jantung dengan gejala depresi lebih cenderung memiliki keterbatasan fisik dan kualitas hidup yang buruk. Pasien dengan komorbiditas penyakit jantung dan pembuluh darah dengan gejala depresi juga berisiko lebih tinggi untuk kejadian kardiovaskular berulang dan mortalitas (Sumardika & Diniari, 2013).

Pasien dengan aterosklerosis biasanya tidak menunjukkan gejala khas dari PJK selama bertahun-tahun, meskipun tidak ditemukannya gejala, keberadaan dan luasnya PJK non-obstruktif berhubungan dengan prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki bukti PJK. Akhirnya, pasien dengan PJK non-obstruktif harus dipertimbangkan untuk tindakan pencegahan sekunder biasa (Dedi Ansyari, Tapisari Tambunan & Harris Hasan, 2017).

Tujuan dari pengobatan PJK untuk memaksimalkan kualitas hidup dan meminimalkan risiko kematian melalui modifikasi faktor risiko seperti diabetes, hipertensi, hiperlipidemia dan pengelolaan gejala iskemik akut. Beberapa opsi farmakoterapi yang sering digunakan termasuk beta-blocker, blocker saluran kalsium, nitrat, ACE inhibitor, statin, dan agen antiplatelet (Gabriella N. Taroreh, Deby Mpila, Gayatri Citraningtyas, 2017).

Pada tahun 2013, 37% kematian disebabkan oleh penyakit jantung. Pada populasi usia 60 tahun keatas penyakit jantung merupakan penyakit nomor satu di dunia. Banyak yang meninggal karena penyakit jantung, 80-90% diantaranya memiliki satu atau lebih faktor resiko. Pada tahun 2015, total kematian akibat penyakit jantung adalah 20 juta jiwa. Kemungkinan akan meningkat sampai tahun 2030 hingga 23,6 juta jiwa. Sekitar 8% kematian berasal dari Negara yang berpendapatan rendah dan sedang (Black & Hawk, 2014).

Prevalensi, insiden dan kematian akibat penyakit jantung bervariasi berdasarkan ras dan jenis kelamin. Insiden rata-rata kejadian penyakit jantung meningkat dari 7 per 1000 orang berusia 35-44 tahun menjadi 68 per 1000 pada usia 85-94 tahun. Prevalensi tertinggi pada ras Hawaii (16,6%), diikuti Indian-Amerika (13,8%), orang kulit putih (11,4%), dan orang kulit hitam (9,9%). Wanita kulit hitam dan Amerika Latin memiliki prevalensi faktor resiko jantung tertinggi daripada orang kulit putih pada status sosio-ekonomi yang setara. Kematian akibat penyakit jantung berdasarkan usia adalah 17% pada Amerika Latin, 15% orang kulit putih,



14% pada Asia, 11% pada orang kulit hitam dan 8% pada Indian-Amerika (Black & Hawk, 2014).

Prevalensi PJK di Indonesia masih sangat tinggi dan menjadi penyebab kematian tertinggi untuk penyakit kardiovaskular. 12,9 % kematian akibat PJK telah terjadi di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 menunjukkan bahwa sebesar 1,5 % atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita PJK (Kemenkes, 2018). Dinas kesehatan Kalimantan Timur sendiri telah mencatat angka kematian akibat PJK sebesar 211 orang. Sementara dinas kesehatan kota Balikpapan juga mencatat pada tahun 2019 selama kurun waktu 9 bulan (Januari - September) dengan angka kematian 25 orang, dan angka kematian di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo sebanyak 203 orang.

Studi pendahuluan di ruang ICCU RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan didapatkan data dari buku registrasi dan laporan tahunan diagnosa medis jumlah kunjungan pasien yang terdiagnosa Penyakit Jantung Koroner cukup signifikan. Data tahun 2017 menyebutkan kasus Penyakit Jantung Koroner berjumlah 452 kasus (67,36%), tahun 2018 berjumlah 554 (68,00%), dan di tahun 2019 berjumlah 518 kasus (66,66%). Artinya terdapat lebih dari separuh dari keseluruhan jumlah kunjungan yang terdiagnosa Penyakit Jantung Koroner.

Penyakit Jantung Koroner merupakan keadaan gawat darurat dari penyakit jantung koroner. Adapun tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani penyakit jantung koroner adalah terapi reperfusi secepat mungkin yaitu menjamin aliran darah koroner kembali menjadi lancar berupa tindakan kateterisasi jantung yang merupakan tindakan invasif semibedah dan terapi dengan obat melalui jalur infus agen fibrinolitik (PERKI, 2015). Tindakan tersebut merupakan ancaman potensial dan aktual pada pasien yang dapat membangkitkan reaksi fisiologis maupun psikologis. Hasil wawancara dengan beberapa pasien Penyakit Jantung Koroner yang dirawat di ruang ICCU RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan menunjukkan bahwa pasien sering kali merasakan perasaan

tidak nyaman karena keadaan penyakitnya dan ketidaktahuan mengenai proses penyakitnya, beberapa tindakan medis yang harus dijalani, perasaan takut jika tidak sembuh atau meninggal, proses hospitalisasi, terisolasi dari keluarga, perubahan peran dalam keluarga sehingga menimbulkan kecemasan bahkan depresi yang berakhir pada distres psikologis.

Distres psikologis merupakan penderitaan emosional berupa tekanan psikologis yang dialami oleh individu yang bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan, yang pada umumnya ditandai dengan gejala kecemasan dan depresi. Mirowsky & Ross (2003) menjelaskan bahwa distres adalah sebuah keadaan subjektif tak menyenangkan. Dibutuhkan dua bentuk utama yaitu depresi dan kecemasan. Depresi adalah perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau tidak berharga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis, merasa segala sesuatu adalah sebuah usaha, dan tidak mampu untuk pergi. Kecemasan adalah kecenderungan perasaan sedang tegang, gelisah, khawatir, marah, dan takut. Pasien sering dilaporkan mengalami cemas karena hospitalisasi, pemeriksaan dan prosedur tindakan medis yang menyebabkan perasaan tidak nyaman serta keluhan-keluhan yang ditemukan seperti khawatir, firasat buruk, terisolasi dari keluarga, gangguan pola tidur, keluhan somatic, misalnya nyeri otot, berdebar-debar hingga sesak napas (Hawari, 2011).

Kondisi jantung yang terkait dengan status psikologis akan memberikan dampak atau gangguan pada fungsi organ tubuh yang lain, pada keadaan ini setiap individu akan beresiko mengalami distres psikologi. Distres psikologi (*Distress psychological*) semakin diakui sebagai faktor resiko dari PJK. Ada beberapa mekanisme yang mendasari hubungan antara tekanan psikologis dengan PJK (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 2002). Pertama, tekanan psikologis dapat secara tidak langsung terkait dengan PJK melalui pola dan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, makan makanan berlemak, minum minuman yang mengandung alkohol berlebihan, atau kurang olahraga, yang dengan sendirinya meningkatkan risiko PJK (Stansfeld et al, 2002). Kedua, isolasi

sosial mungkin merupakan konsekuensi perilaku dari tekanan psikologis, dan faktor intervensi antara tekanan psikologis dan PJK (Stansfeld et al., 2002). Ketiga, tekanan psikologis mungkin merupakan hasil dari paparan situasi kontrol yang dirasakan rendah sebagai dampak dari golongan masyarakat sosial ekonomi rendah. Tekanan psikologis ini bisa muncul di lingkungan rumah, tempat bekerja ataupun tempat interaksi sosial lainnya. Jadi tekanan psikologis dapat terkait langsung dengan risiko PJK (Stansfeld et al., 2002). Keempat, tekanan psikologis mungkin memiliki efek langsung pada PJK independen dari faktor perilaku dan psikososial lainnya, yang dimediasi oleh aktivasi neurohumoral terkait dengan sekresi katekolamin atau aktivasi aksis hipofisis-adrenal hipotalamus dan gangguan metabolisme sekunder. Keadaan suasana hati yang negatif dan kondisi lingkungan semuanya dapat bertindak melalui jalur tunggal atau faktor-faktor tersebut mungkin dapat memiliki efek independen pada risiko PJK (Stansfeld et al., 2002).

Menanggulangi dan menurunkan distres psikologis pasien adalah merupakan salah satu tugas perawat. Untuk menurunkan distres psikologis dapat dilakukan tindakan farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi terkadang dapat menimbulkan efek samping yang juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. Banyak pilihan terapi non farmakologi yang merupakan tindakan mandiri perawat dengan berbagai keuntungan diantaranya tidak menimbulkan efek samping, simple, tidak berbiaya mahal dan akhirnya mengedepankan kenyamanan pasien. Terapi ini dapat dilakukan dengan cara tehnik relaksasi, distraksi, stimulasi dan imajinasi terbimbing (Rosdahl & Kawalski, 2015).

Salah satu teori keperawatan yaitu Teori *Comfort Kolcaba* mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan seluruh manusia di dunia. Kenyamanan adalah hal yang utama diperlukan pada saat berada di fase rentang sakit sampai sehat dan kenyamanan adalah langkah akhir dari tindakan terapeutik seorang perawat terhadap klien (Siefert, 2002). Menurut Mr. Kolcaba, *comfort* ini mempunyai arti yang *holistic* dan kompleks. Kolcaba dalam teori *comfort* yang dikembangkan menyebutkan

holistic comfort merupakan bentuk kenyamanan yang meliputi tiga tipe yaitu *relief*, *ease* dan *transcendence* yang digabungkan dalam empat konteks yaitu *physical*, *psychospiritual*, *sociocultural* dan *environmental* (Kolcaba & Dimarco, 2005). Perawat harus mampu menghadirkan kenyamanan bagi pasiennya. Mulai dari kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, kenyamanan sosial budaya, serta kenyamanan lingkungan. Perawat harus memperhatikan semua tipe kenyamanan tersebut agar bisa diaplikasikan langsung kepada klien di rumah sakit sehingga asuhan keperawatan semakin meningkat.

Salah satu tindakan mandiri perawat dalam menghadirkan kenyamanan bagi pasiennya dan dapat menurunkan distres psikologi adalah terapi musik. Musik adalah suatu komponen yang dinamis yang dapat mempengaruhi fisiologi bagi pendengarnya (Nilson, 2009). *New Zealand Society for Music Therapy* (NZSMT) menyatakan bahwa terapi musik terbukti efektivitasnya untuk implementasikan pada bidang kesehatan, karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stress, dan menimbulkan mood yang positif (Economidou, 2012). Terapi musik memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Kondisi relaksasi (istirahat) yang sempurna itu seluruh sel dalam tubuh akan mengalami reproduksi, penyembuhan alami akan berlangsung, produksi hormon tubuh di seimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran (Demir, 2011).

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya yang di organisir sedemikian rupa sehingga mencipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental. Musik memiliki kekuatan untuk mengobati penyakit dan meningkatkan kemampuan pikiran seseorang.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan menyimpulkan bahwa terapi mandiri perawat dalam manajemen distres psikologis terutama terapi musik klasik tidak pernah dilakukan. Selama ini manajemen distres psikologis cenderung diabaikan, karena lebih terfokus pada penanganan

fase akut. Distres psikologis tidak tertangani, baik menggunakan terapi farmakologi maupun terapi nonfarmakologi, dan terapi mandiri perawat adalah relaksasi nafas dalam dan mobilisasi miring kanan dan kiri, itupun jarang perawat lakukan karena tindakan tersebut terkadang malah membuat nyeri semakin bertambah. Berdasarkan hasil data-data di atas dan penelitian sebelumnya, serta betapa tingginya peranan distres psikologis mempengaruhi sistem tubuh lainnya maka peneliti perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi musik terhadap penurunan distres psikologis pada pasien jantung koroner.

## **B. Rumusan Masalah**

Distres psikologis merupakan penderitaan emosional berupa tekanan psikologis yang dialami oleh individu yang bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan, yang pada umumnya ditandai dengan gejala kecemasan dan depresi. Pasien jantung koroner yang mendapat terapi pengobatan jantung koroner berpotensi mengalami distres psikologi. Dampak dari distres psikologis yaitu timbulnya gangguan pada fungsi organ tubuh yang lain sehingga dapat menghambat proses penyembuhan bahkan dapat memperparah penyakit jantung koroner. Untuk menurunkan distres psikologis dapat dilakukan tindakan farmakologi dan non farmakologi. Salah satu tindakan non farmakologi mandiri perawat dalam menurunkan distres psikologi adalah terapi musik klasik. Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti menetapkan pertanyaan penelitian di dalam penelitian ini adalah “Apakah ada perbedaan penurunan respon distres psikologis sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi musik klasik Mozart pada pasien PJK?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penelitian ini terdiri atas 2 bagian yaitu tujuan umum dan khusus, dengan penjelasan sebagai berikut:

## 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan penurunan respon distres psikologis sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi musik klasik pada pasien penyakit jantung koroner

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian meliputi:

- a. Teridentifikasi karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan.
- b. Teridentifikasi skor rata-rata respon distres psikologis sebelum dilakukan tindakan intervensi terapi musik klasik Mozart pada pasien penyakit jantung koroner.
- c. Teranalisis selisih perbedaan skor rata-rata respon distres psikologis sebelum dilakukan tindakan intervensi terapi musik klasik Mozart dengan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1 pada pasien penyakit jantung koroner.
- d. Teranalisis selisih perbedaan skor rata-rata respon distres psikologis sesudah diberikan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1 dengan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-2 pada pasien penyakit jantung coroner

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda untuk mengembangkan teori keperawatan Kolcaba dengan *Comfort Model*. Ruang lingkup yang digunakan adalah pasien, dengan pemberian terapi musik klasik Mozart diharapkan dapat menurunkan tingkat distres psikologis.

### 2. Manfaat Praktis

Bagi keperawatan, salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat distres psikologis pada pasien penyakit jantung koroner yaitu dengan terapi musik klasik Mozart, dengan dilakukannya penelitian ini maka terapi musik klasik Mozart menjadi salah satu pilihan

terapi nonfarmakologis yang dapat perawat lakukan sebagai intervensi keperawatan dalam menurunkan tingkat distres psikologis pada pasien penyakit jantung coroner, dengan demikian, penelitian ini berkontribusi bagi praktik keperawatan, khususnya dalam intervensi menurunkan tingkat distres psikologis pada pasien penyakit jantung koroner. Penelitian ini juga memberikan kontribusi bagi responden, dengan intervensi dalam penelitian ini maka responden mendapatkan intervensi yang efektif dalam menurunkan tingkat distres psikologis tanpa menyebabkan timbulnya efek samping, serta dapat dilakukan mandiri di rumah tanpa harus melibatkan tenaga ahli, karena dapat dipelajari prosedur pelaksanaannya.

#### E. Penelitian Terkait

1. Pratik Pimple, MBBS, MPH, PhD; Bruno B. Lima, MD, PhD; Muhammad Hammadah, MD; Kobina Wilmot, MD, MSCR; Ronnie Ramadan, MD; Oleksiy Levantsevych, MD; Samaah Sullivan, PhD; Jeong Hwan Kim, MD; Belal Kaseer, MD; Amit J. Shah, MD, MSCR; Laura Ward, MPH; Paolo Raggi, MD; J. Douglas Bremner, MD; John Hanfelt, PhD; Tene Lewis, PhD; Arshed A. Quyyumi, MD; Viola Vaccarino, MD, PhD menyebutkan dalam penelitiannya "*Psychological Distress and Subsequent Cardiovascular Events in Individuals With Coronary Artery Disease*" tingkat gejala yang lebih tinggi dari berbagai ukuran tekanan emosional telah dikaitkan dengan kardiovaskular penyakit (CVD), terutama di kalangan wanita. tujuannya adalah untuk menyelidiki hubungan antara ukuran gabungan dari tekanan psikologis dan kejadian peristiwa kardiovaskular. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang peneliti akan lakukan adalah sama-sama membahas distress psikologis yang terjadi pada pasien jantung terutama pasien jantung coroner. Perbedaannya penelitian yang akan peneliti lakukan untuk mengetahui apakah distres psikologis bisa berkurang dengan terapi musik Mozart.
2. Khairul Darussalam, Firman dan Nurmina. 2018, dalam penelitiannya "*Hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien*

*Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Poliklinik jantung RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*” menyebutkan PJK menjadi penyebab kematian di dunia. PJK negative berdampak pada kondisi fisik dan psikologis pasien, seperti depresi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan penerimaan diri, tingkat depresi, dan hubungan keduanya pada pasien PJK di Klinik Jantung Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah sama-sama membahas depresi atau distres psikologis. Perbedaannya depresi atau distres psikologis apakah dapat menurun dengan dilakukan intervensi terapi musik Mozart.

3. Deasti Nurmaguphita dan Sugiyanto. 2018, dalam penelitiannya “*Gambaran distress pada penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah Bantul*”, bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran distres pada penderita DM. Persamaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah sama-sama membahas tentang distress. Perbedaannya peneliti melakukan penelitian pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner.
4. Muhammad Arif dan Yuli Permata Sari. 2019, dalam penelitiannya “*Efektifitas terapi musik Mozart terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post operasi fraktur di Ruang Bedah RS. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*”, bertujuan ntuk mengetahui Efektifitas Terapi Musik Mozart Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur. Persamaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah sama-sama menggunakan terapi musik Mozart, sedangkan perbedaannya peneliti menggunakan terapi musik Mozart untuk mengetahui penurunan respon distres psikologis pada pasien Penyakit Jantung Koroner.
5. Edi Purnomo, Zulkipli, dan Zulhaini Sartika A. Pulungan. 2019, dalam penelitiannya “*Kombinasi terapi musik dan self hypnosis efektif menurunkan tekanan darah klien hipertensi di Puskesmas Rangas Kab. Mamuju*” bertujuan untuk mengetahui efektivitas kombinasi terapi musik instrumental dan *self hypnosis* terhadap penurunan tekanan darah klien hipertensi. Persamaan penelitian ini sama-sama menggunakan terapi

music, sedangkan perbedaannya, peneliti akan melakukan penelitian untuk mengetahui penurunan distres psikologis pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

6. Surya Irayani Yunus, Rini Sitanaya, dan Badai Septa. 2019, dalam penelitiannya “*Pengaruh pemberian terapi musik instrumental dan terapi murotal al quran terhadap tingkat kecemasan pada pasien perawatan gigi di klinik gigi Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Makassar*” , bertujuan untuk melihat efektivitas musik instrumental dan murotal Al“quran terhadap tingkat kecemasan pasien dalam perawatan gigi. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah sama-sama menggunakan terapi musik, hanya saja penelitain terkait ini menambahkan terapi murotal Al Quran sebagai intervensi alternative. Sedangkan perbedaannya adalah penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti bertujuan untuk menurunkan tingkat distres psikologis pada pasien Penyakit Jantung Koroner.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah pustaka

##### 1. Konsep Penyakit Jantung Koroner

###### a. Pengertian

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

###### b. Klasifikasi

Klasifikasi penyakit jantung koroner menurut (Syukri, 2013)

###### 1). Angina Pectoris Stabil/*Stable Angina Pectoris*

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

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

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

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

## 3). *Angina Varian Prinzmetal*

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

## 4). *Infark Miokard Akut/Acute Myocardial Infarction*

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

Infark Miokard terbagi 2:

- a. *Non ST Elevasi Miokardial Infark* (NSTEMI)
- b. *ST Elevasi Miokardial Infark* (STEMI)

**c. Tanda Dan Gejala**

Dibutuhkan waktu yang lama untuk terjadinya aterosklerosis. Mungkin tidak ada gejala penyakit apa pun saat penyempitan pembuluh darah terjadi. Namun untuk penyakit jantung koroner, pasien mungkin akan mengalami gejala-gejala berikut:

1) Nyeri di dada

Pasien dengan penyakit jantung koroner sering mengalami rasa nyeri di dada setelah melakukan olahraga berat atau berada dalam tekanan emosional. Mereka akan merasa sesak di dada, seakan-akan sedang tertekan oleh sebuah batu besar. Rasa sakit bisa menjalar ke lengan, bahu, leher, dan rahang bagian bawah, serta akan reda setelah pasien beristirahat selama beberapa menit.

2) Sesak napas, hal ini disebabkan otot jantung tidak bisa mendapatkan pasokan darah dalam jumlah yang cukup, pasien bisa merasa sesak napas dan kelelahan setelah melakukan aktivitas fisik.

3) *Infark miokard* (serangan jantung):

Pasien mengalami serangan jantung, nyeri dada akan terasa lebih parah dan dengan intensitas yang lebih lama. Nyeri dada bisa terus berlanjut, walaupun pasien telah beristirahat atau mengonsumsi obat-obatan. Kemungkinan gejala lainnya termasuk jantung berdebar, pusing, berkeringat, mual, dan kelelahan yang ekstrim. Perawatan darurat segera diperlukan dalam kasus ini. Orang-orang yang memiliki faktor risiko seperti tekanan darah tinggi, kadar lemak darah dan kolesterol yang tinggi harus mendapatkan perawatan dini dan pemantauan akan kondisi kesehatannya. Pasien penyakit

jantung koroner harus memerhatikan gejala-gejala tersebut untuk mencegah kondisi infark miokard yang fatal.

#### d. Etiologi

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Hermawatisa, 2014).

Penyempitan dan penyumbatan arteri koroner disebabkan zat lemak kolesterol dan trigliserida yang semakin lama semakin banyak dan menumpuk di bawah lapisan terdalam endothelium dari dinding pembuluh arteri. Hal ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah. Efek dominan dari jantung koroner adalah kehilangan oksigen dan nutrient ke jantung karena aliran darah ke jantung berkurang. Pembentukan plak lemak dalam arteri memengaruhi pembentukan bekuan aliran darah yang akan mendorong terjadinya serangan jantung. Proses pembentukan plak yang menyebabkan pergeseran arteri tersebut dinamakan arteriosclerosis (Hermawatisa, 2014).

Awalnya penyakit jantung di monopoli oleh orang tua. Namun, saat ini ada kecenderungan penyakit ini juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun. Hal ini biasa terjadi karena adanya pergeseran gaya hidup, kondisi lingkungan dan profesi masyarakat yang memunculkan “tren penyakit” baru yang bersifat degneratif. Sejumlah prilaku dan gaya hidup yang ditemui pada masyarakat perkotaan antara lain mengonsumsi makanan siap saji yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, kebiasaan merokok,

minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga, dan stress (Hermawatisa, 2014).

**e. Pencegahan.**

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

1) Gaya hidup yang sehat:

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

2) Kontrol kesehatan:

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

3) Pola makan yang seimbang

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

makanan kaya serat juga membantu mengendalikan kolesterol dan kadar gula darah.

f. **Pengobatan**

Majid, (2007) menyebutkan tujuan pengobatan PJK meliputi hal berikut ini, diantaranya:

1) Memperbaiki prognosis dengan cara mencegah infark miokard dan kematian. Upaya yang dilakukan adalah bagaimana mengurangi terjadinya trombotik akut dan disfungsi ventrikel kiri. Tujuan ini dapat dicapai dengan modifikasi gaya hidup ataupun intervensi farmakologik yang akan:

- a) Mengurangi progresif plak.
- b) Menstabilkan plak, dengan mengurangi inflamasi dan memperbaiki fungsi endotel, dan akhirnya
- c) Mencegah trombosis bila terjadi disfungsi endotel atau pecahnya plak. Obat yang digunakan: Obat Antitrombotik: aspirin dosis rendah antagonis reseptor ADP (thienopyridin) yaitu clopidogrel dan ticlopidine; obat penurun kolesterol (statin); *ACE-Inhibitors*; *Beta-blocker*; *Calcium channel blockers* (CCBs).

2) Dalam memperbaiki tanda dan gejala serta potensi iskemik yang terjadi umumnya obat yang digunakan yaitu nitrat kerja jangka pendek dan jangka panjang, *Beta-blocker*, CCBs.

Cara pengobatan PJK menurut Majid, (2007):

Pengobatan farmakologis

- a) Aspirin dosis rendah
- b) Thienopyridine Clopidogrel dan Ticlopidine merupakan antagonis ADP dan menghambat agregasi trombosit.
- c) Obat penurun kolesterol

Pengobatan dengan statin digunakan untuk mengurangi risiko baik pada prevensi primer maupun prevensi sekunder. Berbagai studi telah membuktikan bahwa statin dapat menurunkan komplikasi sebesar 39% (*Heart Protection*

*Study*), ASCOTT-LLA atorvastatin untuk prevensi primer PJK pada pasca-hipertensi. Statin selain sebagai penurun kolesterol, juga mempunyai mekanisme lain (pleiotropic effect) yang dapat berperan sebagai anti inflamasi, anti trombolitik dll. Pemberian atorvastatin 40 mg satu minggu sebelum PCI dapat mengurangi kerusakan miokard akibat tindakan.

d) ACE-Inhibitor/ARB

Peranan ACE-I sebagai kardioproteksi untuk prevensi sekunder pada pasien dengan PJK telah dibuktikan dari berbagai penelitian seperti HOPE *study*, EUROPA *study* dan lain sebagainya. Bila intoleransi terhadap ACE-I dapat diganti dengan ARB.

e) Nitrat pada umumnya disarankan, karena nitrat memiliki efek venodilator sehingga preload miokard dan volume akhir bilik kiri dapat menurun sehingga dengan demikian konsumsi oksigen miokard juga akan menurun. Nitrat juga melebarkan pembuluh darah normal dan yang mengalami aterosklerotik. Meningkatkan aliran darah kolateral, dan menghambat agregasi trombosit. Bila serangan angina tidak respons dengan nitrat jangka pendek, maka harus diwaspadai adanya infark miokard. Efek samping obat adalah sakit kepala, dan flushing.

- Penyekat  $\beta$  juga merupakan obat standar. Penyekat  $\beta$  menghambat efek katekolamin pada sirkulasi dan reseptor  $\beta$ -1 yang dapat menyebabkan penurunan konsumsi oksigen miokard. Pemberian penyekat  $\beta$  dilakukan dengan target denyut jantung 50-60 per menit. Kontraindikasi terpenting pemberian penyekat  $\beta$  adalah riwayat asma bronkial, serta disfungsi bilik kiri akut.

- Antagonis kalsium mempunyai efek *vasodilatasi*. Antagonis kalsium dapat mengurangi keluhan pada pasien yang telah mendapat nitrat atau penyekat  $\beta$ ; selain itu berguna pula pada pasien yang mempunyai kontraindikasi penggunaan penyekat  $\beta$ . Antagonis kalsium tidak disarankan bila terdapat penurunan fungsi bilik kiri atau gangguan konduksi atrioventrikel.

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

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

#### 1) Revaskularisasi Miokard

Ada dua cara revaskularisasi yang telah terbukti baik pada PJK stabil yang disebabkan aterosklerotik koroner yaitu tindakan revaskularisasi pembedahan, bedah pintas koroner (*coronary artery bypass surgery (CABG)*), dan tindakan intervensi perkutan (*percutaneous coronary intervention (PCI)*). Akhir-akhir ini kedua cara tersebut telah mengalami kemajuan pesat yaitu diperkenalkannya tindakan, off pump surgery dengan invasif minimal dan *drug eluting stent (DES)*.

Tujuan revaskularisasi adalah meningkatkan *survival* ataupun mencegah infark ataupun untuk menghilangkan gejala. Tindakan mana yang dipilih, tergantung pada risiko dan keluhan pasien dan indikasi untuk revaskularisasi secara umum, pasien yang memiliki indikasi untuk dilakukan *arteriography* koroner dan tindakan kateterisasi menunjukkan penyempitan arteri koroner adalah kandidat yang potensial untuk dilakukan tindakan *revaskularisasi* miokard.

Selain itu, tindakan revaskularisasi dilakukan pada pasien, jika:

- a. Pengobatan tidak berhasil mengontrol keluhan pasien.
- b. Hasil uji non-invasif menunjukkan adanya risiko miokard.
- c. Dijumpai risiko tinggi untuk kejadian dan kematian.
- d. Pasien lebih memilih tindakan intervensi dibanding dengan pengobatan biasa dan sepenuhnya mengerti akan risiko dari pengobatan yang diberikan kepada mereka.

## 2) Tindakan Pembedahan CABG

Tindakan pembedahan lebih baik jika dilakukan dibanding dengan pengobatan, pada keadaan Stenosis yang signifikan (>50%) di daerah left main (LM), stenosis yang signifikan (>70%) di daerah proximal pada 3 arteri koroner yang utama, dan stenosis yang signifikan pada 2 daerah arteri koroner utama termasuk stenosis yang cukup tinggi tingkatannya pada daerah proximal dari *left anterior descending arteri koroner*.

## 3) Tindakan PCI

Pada mulanya tindakan *percutaneous transluminal angioplast* hanya dilakukan pada satu pembuluh darah saja, sekarang ini telah berkembang lebih pesat baik oleh karena pengalaman, peralatan terutama stent dan obat-obat penunjang. Pada pasien dengan PJK stabil dengan anatomi koroner yang sesuai maka PCI dapat dilakukan pada satu atau lebih pembuluh darah (multi-vessel) dengan baik (PCI sukses). Risiko kematian oleh tindakan ini berkisar 0.3-1%. Tindakan PCI pada pasien PJK

stabil dibandingkan dengan obat medis, tidaklah menambah survival dan hal ini berbeda dibanding CABG.

4) *Pemasangan Stent Elektif dan Drug-Eluting Stent (DES)*

Pemasangan *stent* dapat mengurangi *restenosis* dan ulangan PCI dibandingkan dengan tindakan *balloon angioplasty*. Studi RAVEL menunjukkan *restenosis* dapat dikurangi sampai 0%. *Direct stenting* (pemasangan *stent* tanpa predilatasi dengan balon lebih dulu) merupakan tindakan yang *feasible* pada penderita dengan stenosis arteri koroner tertentu. Tindakan *direct stenting* dapat mengurangi waktu tindakan/waktu iskemik, mengurangi radiasi, pemakaian kontras, mengurangi biaya.

5) *Tindakan Intervensi Koroner Perkutan Primer (Primary PCI)*

Dengan kemajuan teknologi sekarang ini telah dapat dilakukan tindakan intervensi koroner perkutan primer (*primary PCI*) yaitu suatu teknik untuk menghilangkan trombus dan melebarkan pembuluh darah koroner yang menyempit dengan memakai kateter balon dan seringkali dilakukan pemasangan *stent*. Tindakan ini dapat menghilangkan penyumbatan dengan segera, sehingga aliran darah dapat menjadi normal kembali, sehingga kerusakan otot jantung dapat dihindari. PCI primer ialah pengobatan infark jantung akut yang terbaik saat ini, karena dapat menghentikan serangan infark jantung akut dan menurunkan mortalitas sampai di bawah 2%.

(Majid & Utara, 2008)

## 2. Konsep Distres Psikologis

### a. Pengertian

Distres psikologis merupakan tekanan psikologis yang negatif dimana kondisi emosional yang merupakan tambahan untuk penilaian dari ancaman membahayakan atau hilangnya tujuan penting. Distres psikologis secara umum didefinisikan sebagai kondisi yang dialami akibat interaksi antara sumber daya yang ada

dalam diri individu dengan lingkungan yang dipandang berpotensi mengancam atau membahayakan kesejahteraan (Lazarus & Folkman dalam Rahmatika, 2014). Mirowsky & Ross (2003) menjelaskan bahwa distres adalah sebuah keadaan subjektif tak menyenangkan. Dibutuhkan dua bentuk utama. Depresi adalah perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau tidak berharga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis, merasa segala sesuatu adalah sebuah usaha, dan tidak mampu untuk pergi. Kecemasan adalah kecenderungan perasaan sedang tegang, gelisah, khawatir, marah, dan takut. Berdasarkan beberapa pendapat yang dikemukakan para ahli, dapat ditarik kesimpulan bahwa distres psikologis merupakan penderitaan emosional berupa tekanan psikologis yang dialami oleh individu yang bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan, yang pada umumnya ditandai dengan gejala kecemasan dan depresi.

Aspek-aspek Distres Psikologis Mirowsky & Ross (2003) menguraikan bahwa dibutuhkan dua bentuk utama dalam distres psikologis, yaitu:

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

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

## b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologis

Berdasarkan penjelasan Matthews (2011), dalam artikel yang berjudul “*A Psychological Formulation Of Mental Distress – The HPP Model Commentary*”, munculnya distres psikologis dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu:

- 1) Faktor Intrapersonal: Faktor intrapersonal yang berpengaruh adalah terkait kepribadian, khususnya neuroticism dan ekstraversi.
- 2) Faktor Situasional: Faktor-faktor situasional menghasilkan pengaruh yang bervariasi pada setiap individu, diantaranya:
  - a) Faktor fisiologis, yang difokuskan pada mekanisme otak yang menghasilkan sekaligus mengatur dampak negatif.
  - b) Faktor kognitif, yang menekankan bahwa dampak suatu stressor dipengaruhi oleh keyakinan dan ekspektasi orang yang bersangkutan.
  - c) Faktor sosial, yang memfokuskan pada kaitan antara dukungan dan hubungan sosial dengan distres.

Distres psikologis (*Distress psychological*) semakin diakui sebagai faktor resiko dari PJK. Ada beberapa mekanisme yang mendasari hubungan antara tekanan psikologis dengan PJK (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 2002).

- 1) Tekanan psikologis dapat secara tidak langsung terkait dengan PJK melalui pola dan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, makan makanan berlemak, minum minuman yang mengandung alkohol berlebihan, atau kurang olahraga, yang dengan sendirinya meningkatkan risiko PJK (Stansfeld et al, 2002).
- 2) Isolasi sosial mungkin merupakan konsekuensi perilaku dari tekanan psikologis, dan faktor intervensi antara tekanan psikologis dan PJK (Stansfeld et al., 2002).
- 3) Tekanan psikologis mungkin merupakan hasil dari paparan situasi kontrol yang dirasakan rendah sebagai dampak dari golongan masyarakat sosial ekonomi rendah. Tekanan psikologis ini bisa

muncul di lingkungan rumah, tempat bekerja ataupun tempat interaksi sosial lainnya. Jadi tekanan psikologis dapat terkait langsung dengan risiko PJK (Stansfeld et al., 2002).

- 4) Tekanan psikologis mungkin memiliki efek langsung pada PJK independen dari faktor perilaku dan psikososial lainnya, yang dimediasi oleh aktivasi neurohumoral terkait dengan sekresi katekolamin atau aktivasi aksis hipofisis-adrenal hipotalamus dan gangguan metabolisme sekunder. Keadaan suasana hati yang negatif dan kondisi lingkungan semuanya dapat bertindak melalui jalur tunggal atau faktor-faktor tersebut mungkin dapat memiliki efek independen pada risiko PJK (Stansfeld et al., 2002).

### c. Upaya Dalam Mengatasi Distres Psikologis

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa distres psikologis terjadi karena beberapa faktor meliputi faktor individual dan faktor situasional. Untuk mengatasinya dapat digunakan strategi *coping* sebagai salah satu faktor distres psikologis karena strategi *coping* merupakan salah satu bagian dari faktor situasional dan faktor situasional mencakup faktor fisiologis, kognitif dan sosial. Strategi *coping* merupakan cakupan dari faktor kognitif karena pada dasarnya *coping* menggambarkan proses aktivitas kognitif yang disertai dengan aktivitas perilaku (Folkman & Lazarus dalam Rahmatika, 2014). Kemudian pengelolaan distres biasanya berhubungan dengan strategi *coping*. *Coping* membantu individu menghilangkan, mengurangi, mengatur atau mengelola stres yang dialaminya. *Coping* dipandang sebagai faktor penyeimbang usaha individu untuk mempertahankan penyesuaian dirinya selama menghadapi situasi yang dapat menimbulkan stres (Billing & Moos dalam Kholidah & Alsa, 2012).

### d. Peran Perawat Dalam Mengatasi Distres Psikologis

Salah satu peran perawat dalam mengatasi distres Psikologis adalah dengan menggunakan strategi *Coping*. Aldwin & Revenson (2013), menyatakan bahwa strategi *coping* merupakan suatu cara

atau metode yang dilakukan oleh tiap individu untuk mengatasi dan mengendalikan situasi atau masalah yang dialami dan dipandang sebagai hambatan, tantangan yang bersifat menyakitkan, serta yang merupakan ancaman yang bersifat merugikan. Lazarus & Folkman (1984) menyatakan bahwa strategi *coping* diartikan sebagai proses atau cara untuk mengelola dan mengolah tekanan psikis (baik secara eksternal maupun internal) yang terdiri atas usaha baik tindakan nyata maupun tindakan dalam bentuk intrapsikis (peredaman emosi, pengolahan input dalam kognitif). Strategi *coping* merupakan suatu proses individu untuk menangani dan menguasai situasi stres yang menekan akibat dari masalah yang sedang dihadapinya dengan cara melakukan perubahan kognitif maupun perilaku guna memperoleh rasa aman (Mutadin, 2002). Lazarus (dalam Rahmatika, 2014) juga menjelaskan bahwa *coping* merupakan jalan untuk menyesuaikan diri dengan stres atau usaha untuk mengatasi kondisi-kondisi yang mengikuti, mengatasi, atau mengevaluasi pada saat suatu respon tidak dapat digunakan lagi. Sehingga *coping* dapat menggambarkan proses aktivitas kognitif yang disertai dengan aktivitas perilaku. Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa strategi *coping* adalah berbagai upaya, baik mental maupun perilaku untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi atau minimalisasikan suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan. Dengan perkataan lain strategi *coping* merupakan suatu proses dimana individu berusaha untuk menangani dan menguasai situasi stres yang menekan akibat dari masalah yang dihadapinya dengan cara melakukan perubahan kognitif maupun perilaku guna memperoleh rasa aman dalam dirinya.

**e. Aspek-aspek Yang Harus diperhatikan Perawat Dalam Mengatasi Distres Psikologis**

Aspek-aspek Yang Harus diperhatikan Perawat Dalam Mengatasi Distres Psikologis menurut Lazarus & Folkman (1984) adalah sebagai berikut:

- 1) *Confrontative coping*. Perawat menggambarkan upaya untuk mengubah situasistres, individu bereaksi untuk mengubah keadaan dengan resiko yang harus diambil.
- 2) *Seeking social support*. Perawat menjelaskan upaya dalam mencari informasi dan dukungan sosial, individu mencari bantuan dan dukungan dari orang lain untuk mengatasi situasi stres.
- 3) *Planful problem solving*. Perawat menjelaskan upaya untuk mengubah situasi dengan evaluasi analitik untuk memecahkan masalah, individu membuat rencana tindakan dan mengubah situasi untuk memecahkan masalah yang sedang dihadapinya.
- 4) *Self-control*. Perawat menjelaskan upaya untuk mengendalikan perasaan mereka sendiri, individu mengontrol perasaan dan tindakannya.
- 5) *Distancing*. Perawat menjelaskan upaya untuk menjauhkan diri dari situasi stres, individu menggambarkan usaha-usaha untuk melepaskan diri dengan menyibukkan diri dalam berbagai aktivitas.
- 6) *Positive reappraisal*. Perawat menjelaskan upaya untuk menciptakan makna positif, dengan fokus pada pertumbuhan pribadi, ini juga memiliki aspek agama, individu mengubah pemikiran dirinya secara positif dan mengandung nilai religius.
- 7) *Accepting responsibility*. Perawat menjelaskan pengetahuan tentang kontribusi individu untuk masalah dan upaya untuk melakukan suatu hal yang benar, individu mengenali peran dirinya terhadap masalah dan belajar dari pengalaman yang ada.
- 8) *Escape/avoidance*. Perawat menjelaskan keinginan pikiran dan perilaku untuk melarikan diri atau menghindari masalah, individu menghindari atau melarikan diri dari lingkungan secara nyata.

#### f. Metode untuk mengukur Distress psikologi

Pengukuran distress psikologis menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* adalah instrumen yang digunakan untuk melakukan pengukuran tingkat kecemasan dan depresi.

Instrumen HADS dikembangkan oleh Zigmond and Snaith (1983) dalam Campos, Gimares, Remein (2010) dan dimodifikasi oleh Tobing (2012). Instrumen ini terdiri dari 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, 14). Semua pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dan pertanyaan negatif (*unfavorable*).

Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias. Item *favorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomer 2, 4, 9, 10, 12, 14 dengan pengukuran skala likert skor 0=selalu, 1=sering, 2=jarang dan 3=tidak pernah. Item *unfavorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 1, 3, 7, 8, 11, 13 dengan skoring 0=tidak pernah, 1=jarang, 2=sering dan 3=selalu.

Penggolongan nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil jawaban adalah normal (skor 0-7), ringan (skor 8-10), sedang (skor 11-14) dan berat (skor 15-21). HADS mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28-42 (Kusumawati, Keliat dan Nursasi, 2015).

## **5. Aplikasi Teori Kolcaba dan Manajemen Asuhan Keperawatan.**

### **a. Biografi Katherine Kolcaba**

Katherine Kolcaba terlahir sebagai Arnold Katharine pada 28 Desember 1944, di Cleveland, Ohio. Beliau adalah pendiri program perawat lokal paroki dan sebagai anggota Asosiasi Perawat Amerika. Saat ini, sebagai associate professor di *University of Akron College of Nursing*, dengan riwayat pendidikan Diploma keperawatan dari *St. Luke's Hospital School of Nursing* pada tahun 1965, lulus M.S.N dari R.N di *the Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University* pada tahun 1987, meraih gelar PhD in nursing dan menerima sertifikat sebagai authority clinical nursing specialist pada tahun 1997, Spesialis dalam bidang Gerontology,

Perawatan Paliatif dan Intervensi Jangka Panjang, *Studi Comfort*, Pengembangan Instrumen, Teori Keperawatan, Penelitian Keperawatan. Sebagai kepala unit dementia, berdasar pengalaman, beliau melakukan pengembangan teori keperawatan untuk mengembangkan Teori kenyamanan dan praktik: sebuah visi untuk perawatan dan riset kesehatan holistik.

Teori *Comfort Kolcaba* ini mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan seluruh manusia di dunia. Kenyamanan adalah hal yang utama diperlukan pada saat berada di fase rentang sakit sampai sehat dan kenyamanan adalah langkah akhir dari tindakan terapeutik seorang perawat terhadap klien (Siefert, 2002). Menurut Mr. Kolcaba, *comfort* ini mempunyai arti yang holistik dan kompleks. Kolcaba dalam teori *comfort* yang dikembangkan menyebutkan holistik *comfort* merupakan bentuk kenyamanan yang meliputi tiga tipe yaitu *relief*, *ease* dan *transcendence* yang digabungkan dalam empat konteks yaitu *physical*, *psychospiritual*, *sociocultural* dan *environmental* (Kolcaba & Dimarco, 2005). Tipe pertama yang bisa diaplikasikan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah *relief* yang didefinisikan keadaan tidak nyaman klien berkurang dan menemukan rasa kenyamanan yang lebih spesifik. Tipe yang kedua yaitu *ease* ketenangan dan kepuasan yang dirasakan klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan perawat. Kemudian tipe yang terakhir adalah *transcendence* yang merupakan tahapan dimana seorang klien mampu menghadapi masalah yang dialami. *Physical comfort* atau disebut juga dengan kenyamanan fisik meliputi kebutuhan pasien akan status hemodinamik (kebutuhan cairan, elektrolit, pernafasan, suhu tubuh, eliminasi, sirkulasi, metabolisme, nutrisi dan lain-lain). Kemudian ada yang namanya *psychospiritual comfort* atau kenyamanan psikospiritual antara lain adalah kebutuhan dihadirkan rohaniawan, kecemasan, ketakutan, berdoa dengan perawat atau lain sebagainya, kemudian juga ada persepsi terhadap suatu penyakit dan terhadap hidup dan pengalaman hidup, yang

ketiga ada *Sociocultural comfort* bisa disebut juga dengan kenyamanan sosial budaya yang meliputi nutrisi klien di rumah sakit, keuangan, kebutuhan pendidikan kesehatan dan informasi mengenai kesehatan klien dan yang terakhir ada *environmental comfort* atau kenyamanan lingkungan, perawat juga harus memperhatikan privasi dari seorang klien, kebisingan, pencahayaan, tempat tidur yang nyaman dan lain sebagainya (Alligood, 2017).

#### **b. Manajemen Asuhan Keperawatan sesuai aplikasi Teori Kenyamanan**

Aplikasi teori kenyamanan di area keperawatan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan mencakup kegiatan pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan sesuai masalah keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

##### 1) Pengkajian keperawatan

Pengkajian ditujukan untuk menggali kebutuhan rasa nyaman klien dan keluarga pada empat konteks pengalaman fisik, psikospiritual, sosialkultural dan lingkungan. Kenyamanan fisik terdiri dari sensasi tubuh dan mekanisme homeostasis. Kenyamanan psikospiritual mencakup kesadaran diri (harga diri, seksualitas, arti hidup) dan hubungan manusia pada tatanan yang lebih tinggi. Kenyamanan lingkungan terdiri dari lampu, bising, lingkungan sekeliling, cahaya, suhu, elemen tiruan versus alami.

##### 2) Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan bertujuan meningkatkan rasa nyaman. Intervensi kenyamanan memiliki tiga kategori: (a) intervensi kenyamanan standar untuk mempertahankan homeostasis dan mengontrol rasa sakit, (b) pelatihan untuk meredakan kecemasan, memberikan jaminan dan informasi, menanamkan harapan, mendengarkan dan membantu merencanakan pemulihan dan (c) tindakan yang menenangkan bagi jiwa, hal-hal menyenangkan yang perawat lakukan untuk membuat klien atau keluarga merasa

diperhatikan dan diperkuat seperti pijat atau *guided imagery*, (kolcaba, 2003). Intervensi holistik yang sesuai dengan teori kenyamanan antara lain: *guided imagery*, *progressive muscle relaxation*, meditasi, terapi musik atau seni, pijatan dan sentuhan terapeutik (Peterson dan Bredow, 2004).

### 3) Implementasi keperawatan

Kebutuhan kenyamanan fisik termasuk defisit dalam mekanisme fisiologis yang terganggu atau beresiko karena sakit atau prosedur invasif. Kebutuhan fisik yang tidak jelas terlihat dan yang mungkin tidak disadari seperti kebutuhan cairan atau keseimbangan elektrolit, oksigenasi atau termoregulasi. Kebutuhan fisik yang terlihat seperti sakit, mual, muntah, mengigil atau gatal lebih mudah ditangani dengan maupun tanpa obat. Standar kenyamanan intervensi diarahkan untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan homeostasis (Kolcaba dan DiMarco, 2005; Wong, 2009).

Kebutuhan kenyamanan psikospiritual termasuk kebutuhan untuk kebutuhan kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan agar klien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan atau trauma yang tidak dapat segera sembuh. Kebutuhan ini sering dipenuhi dengan tindakan keperawatan yang menenangkan bagi jiwa klien serta ditargetkan untuk transedensi seperti pijat, terapi musik, perawatan mulut, penunjang khusus, sentuhan dan kepedulian. Fasilitasi diri untuk strategi menghibur dan kata-kata motivasi. Tindakan ini termasuk intervensi khusus karena perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya tetapi apabila perawat menyempatkan diri maka tindakannya akan sangat bermakna. Tindakan ini dapat memfasilitasi klien dan keluarga mencapai transendence. Transendensi merupakan faktor kunci dalam kematian klien (kolcaba dan Dimarco, 2005; Wong, 2009).

Kebutuhan kenyamanan sociocultural adalah kebutuhan untuk jaminan budaya, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan caring. Kebutuhan ini terpenuhi melalui pembinaan yang mencakup sikap optimisme, pesan-pesan kesehatan dan dorongan semangat, penghargaan terhadap pencapaian klien, persahabatan perawat selama bertugas, perkembangan informasi yang tepat tentang setiap aspek yang berhubungan dengan prosedur, pemulihan kesadaran, setelah anastesi, rencana pemulangan dan rehabilitasi. Kebutuhan sosial ini juga termasuk kebutuhan keluarga untuk keuangan, bantuan pekerjaan, menghormati tradisi budaya dan kadang-kadang untuk persahabatan selama rawat inap jika unit keluarga memiliki jaringan sosial yang terbatas. Rencana pemulangan juga membantu memenuhi kebutuhan sosial untuk transisi perpindahan perawatan dari rumah sakit ke rumah. Misalnya diskusi tentang rencana pemakaman dan membantu dengan berkabung dalam situasi khusus klien (Kolcaba dan Dimarco, 2005; Wong, 2009).

Kebutuhan kenyamanan lingkungan meliputi ketertiban, ketenangan, perabotan yang nyaman, bau yang minimal dan keamanan. Kebutuhan ini juga termasuk perhatian dan saran pada klien dan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan kamar rumah sakit. Ketika perawat tidak mampu untuk menyediakan lingkungan benar-benar tenang, perawat dapat membantu klien dan keluarga untuk mampu menerima kekurangan dari pengaturan yang ideal. Namun perawat harus mampu untuk melakukan upaya mengurangi kebisingan, cahaya lampu dan gangguan istirahat tidur dalam rangka memfasilitasi lingkungan yang meningkatkan kesehatan klien (Kolcaba dan Dimarco, 2005; Wong, 2009).

#### 4) Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah implementasi. Beberapa instrumen telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat kenyamanan. Perawat dapat menggunakan beberapa

instrumen untuk menilai peningkatan kenyamanan klien seperti Inventaris kesehatan Mental-5 (*MHI-5*), Kuisisioner Kesehatan Umum-12 (*GHQ-12*), Kuisisioner Kesehatan Pasien-4 (*PHQ-4*) dan Indek Kesejahteraan-5 (*WHO-5*). Namun demikian untuk memberikan data normatif, tehnik dengan menggunakan *Kessler Psychological Distress Scale (K6)* dan (*K10*) adalah tehnik yang paling umum dan semakin banyak digunakan untuk tujuan klinis dan epidemiologis (Andrews & Slade, 2001). Selain itu *behaviors checklist* ataupun *childrens comfort diseases* sesuai dengan usia klien (Kolcaba dan Dimarco, 2005; Wong, 2009). Pengukuran distres psikologis dalam penelitian ini menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*.

## 6. Konsep Terapi Musik

### a. Pengertian Terapi Musik

Terapi Musik adalah suatu proses yang menggabungkan antara aspek penyembuhan musik itu sendiri dengan kondisi suatu fisik/tubuh, emosi, mental, spritual, kognitif dan kebutuhan sosial seseorang. Terapi musik merupakan pengobatan secara holistik yang langsung menuju pada simptom penyakit (Natalina, 2013).

### b. Jenis-Jenis Terapi Musik

Terapi musik merupakan pengobatan secara holistik yang langsung pada simptom penyakit. Jenis terapi musik terbagi menjadi dua yaitu:

#### 1) Aktif- kreatif

Terapi musik diterapkan dengan melibatkan klien secara langsung untuk ikut aktif dalam sebuah sesi terapi melalui cara:

##### a) Menciptakan lagu (Composing)

Cara ini dilakukan dengan mengajarkan klien diajak untuk menciptakan lagu sederhana ataupun membuat lirik dan terapis yang akan melengkapi secara harmoni.

b) Improvisasi.

Cara ini merupakan upaya membuat musik secara spontan dengan menyanyi ataupun bermain musik pada saat itu juga dan membuat improvisasi dari musik yang diberikan oleh terapis.

c) Re-Creating Musik

Cara ini merupakan cara mengajak klien bernyanyi ataupun bermain instrumen musik dari lagu-lagu yang sudah kenal.

2) Pasif- Reseptif

Dalam sesi reseptif, klien akan mendapat terapi dengan mendengarkan musik. Terapi ini lebih menekankan pada *physical, emotional intellectual, aesthetic of spiritual* dari musik itu sendiri sehingga klien akan merasakan ketenangan atau relaksasi.

Musik yang digunakan dapat bermacam jenis dan *style* tergantung dengan kondisi yang dihadapi klien. Beberapa jenis musik yang sering di gunakan dalam terapi musik yaitu musik instrumental, musik jazz, musik religi, musik pop dan musik klasik. Musik klasik merupakan istilah yang biasanya mengacu pada musik yang dibuat atau berakar dari tradisi kesenian barat. Musik klasik memiliki tempo yang berkisar antara 60-80 ketukan per menit selaras dengan detak jantung manusia. Musik klasik salah satunya adalah musik Mozart. Beberapa penelitian sudah membuktikan dapat mengurangi tingkat ketegangan emosi atau nyeri fisik. Penelitian itu diantaranya dilakukan oleh Dr. Alfred Tomatis dan Don Campbell (Dofi, 2010), mereka mengistilahkan sebagai "efek Mozart". Dibanding musik klasik lainnya, melodi dan frekuensi yang tinggi pada karya – karya Mozart mampu merangsang dan memberdayakan daerah kreatif dan motivatif di otak, musik Mozart sangat misterius, mudah dihayati ketika didengarkan, memberikan kesan *charming*, polos, penuh humor, cerdas dan mampu mengajak menggali yang terbaik pada diri kita. Musik klasik dapat memberikan energi terhadap otak dan membuatnya

menjadi lebih santai, namun, tidak berarti karya komposer klasik lainnya tidak dapat digunakan (Dofi, 2010).

### c. Manfaat Terapi Musik

Musik-musik sedatif atau musik relaksasi dapat menurunkan detak jantung dan tekanan darah, menurunkan tingkat rangsang dan secara umum membuat tenang. Beberapa penelitian mencoba membuat mata rantai antara detak jantung, tekanan darah dan kecemasan, tetapi banyak alasan mengapa detak jantung tekanan darah akan berubah pada setiap individu, sehingga setiap lagu dengan spesifikasi tertentu tidak digeneralisir. Selera dan rasa suka-tidak suka seseorang terhadap musik tertentu jug menjadikan efeknya bervariasi. Dalam kaitannya dengan efek fisik dari musik, sangat penting untuk melihat elemenelemen dalam musik yang dapat mempengaruhi stimulasi atau relaksasi (Djohan, 2006). Secara universal musik terbukti mampu mengubah suasana batin seseorang maupun kondisi sosial dalam berbagai kesempatan, baik pengaruh langsung pada proses individual maupun kerumunan sosial. Demikian juga secara tidak langsung musik mampu mempengaruhi inter aktif pada perkembangan kapasitas kognitif seseorang.

Proses pengaruh positif musik terhadap psikologi seseorang atau kelompok orang, dapat dimulai dari getaran suara musik yang berirama beraturan, kemudian diserap oleh indera pendengaran, lalu merayap ke titik-titik syaraf seujur tubuh, sehingga mampu membangkitkan citra rasa atau menimbulkan pengaruh psikologis dan bisa menjadi lebih berkonvergensi, mempengaruhi syaraf otak yang dapat membuat pikiran jernih, dan membangun semangat hidup lebih baik. Suasana nyaman ini telah mendatangkan energi positif sebagai pendorong kekuatan untuk membebaskan seseorang dari segala macam gangguan penyakit, serta mampu membangun tubuh yang sehat (Dofi, 2010).

Secara fisiologis, saat seseorang mendengarkan musik, gelombang vibrasi menstimulasi sistem limbik, sehingga individu

menjadi rileks (Satiadarma & Zahra, 2004 dalam Wilianto, 2012). Musik juga mempengaruhi pelepasan corticotrophin-releasing hormone (CRH), sehingga sistem saraf simpatis dan parasimpatis kembali bekerja secara seimbang dan kecemasan turun (Taylor-Piliac & Chair, 2002 dalam Wilianto, 2012).

#### d. Tahapan Terapi Musik

- 1) Anjurkan responden untuk menentukan posisi yang nyaman
- 2) Responden mendengarkan musik klasik mozart dari MP3/HP melalui earphone
- 3) Volume di atur jangan terlalu keras
- 4) Ketika musik di dengarkan, reponden diminta mendengarkan dengan seksama instrumen, seolah-olah pemainnya sedang ada diruangan memainkan musik khusus untuk responden
- 5) Musik didengarkan selama 15-30 menit dalam setiap merasa cemas supaya dapat memberikan efek terapeutik
- 6) Setelah 15-30 menit responden mendengarkan musik, MP3 dimatikan
- 7) Responden dapat kembali beristirahat.

#### e. Mekanisme Terapi Musik Terhadap Kecemasan

Aspek biologis yang menjelaskan gangguan Kecemasan adalah adanya pengaruh neurotransmitter utama yang berhubungan dengan Kecemasan adalah *norepineprin*, *serotonin* dan *gama-aminobutyric acid* (GABA). Saat seseorang mengalami kecemasan, rangkaian sistem hipotalamus-kelenjar pituitary-lapisan adrenal, dan sistem saraf simpatis menjadi aktif. Hipotalamus bekerja melepaskan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH) yang mengalir ke dua bagian, yaitu ke kelenjar pituitari dan ke otak, khususnya system limbik. Kelenjar pituitari melepaskan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) dan menstimulasi lapisan adrenal mengeluarkan *hormone cortisol* atau hormon stres (Carlson, 2005; Kalat, 2007; Phillips, 1991 dalam Wilianto, 2012). Sistem kedua adalah sistem saraf simpatis yang memiliki respon paling awal terhadap emosi. Aktivasi

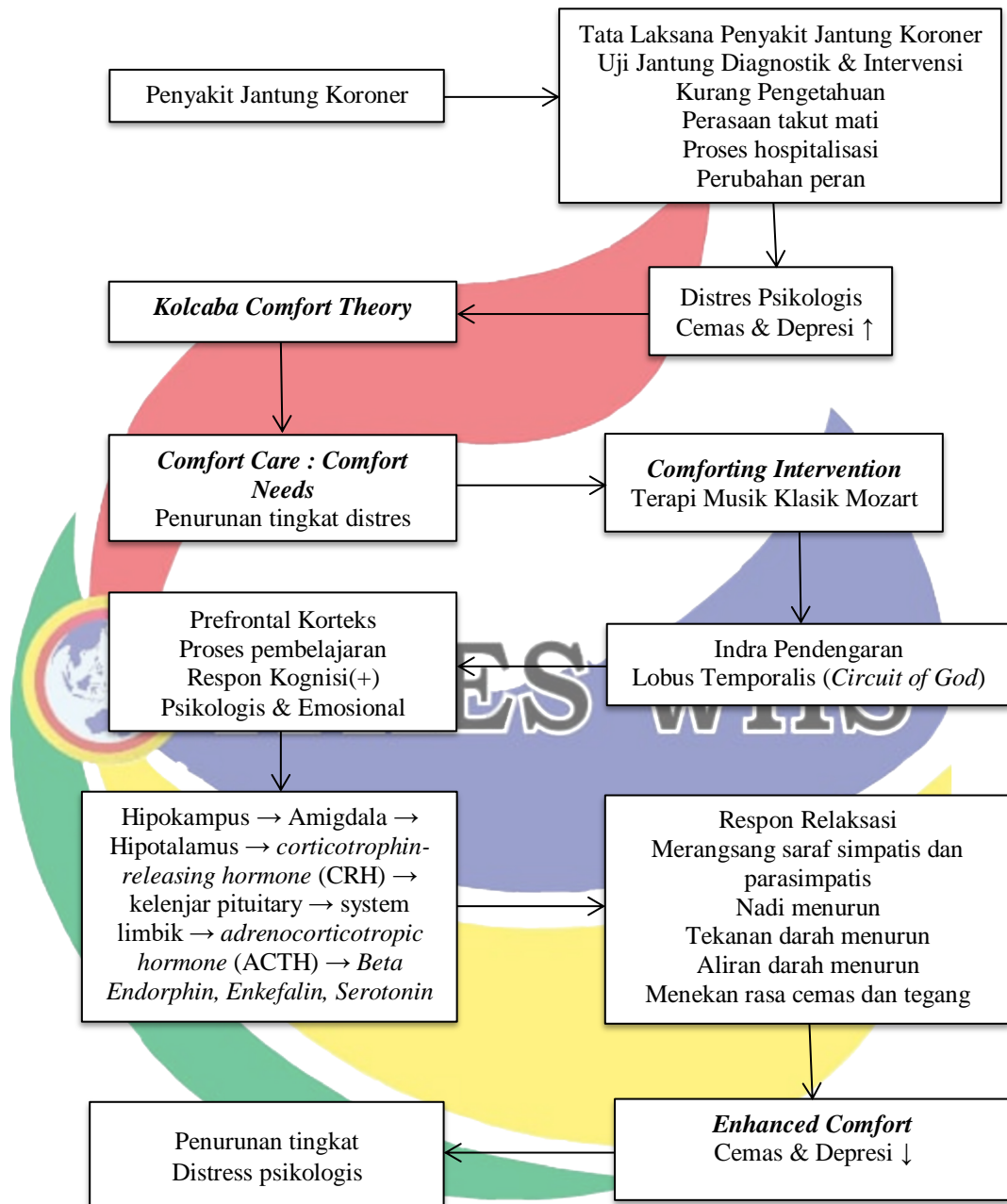
dari sistem saraf simpatis tersebut menekan sistem saraf parasimpatis dan menstimulasi adrenal medulla pada kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon *catecholamines*, *epinephrine*, dan *norepinephrine*. Aktivasi ini menyebabkan meningkatnya tekanan darah, denyut jantung, dan keringat (Carlson, 2005; Puspitorini, 2008; Rice, 1999; Sarafino, 1998; Taylor, 2006 dalam Wilianto, 2012).

Penerapan terapi musik, umumnya digunakan untuk memulihkan dan meningkatkan kondisi fisik emosi, fisiologis, dan kesehatan jiwa pasien (Dofi, 2010). Ketika pasien menghadapi masalah atau tekanan berat, musik membantu mengalihkan perhatian pasien. Penyembuhan melalui suara didasarkan pada pengertian bahwa segala sesuatu dalam alam semesta ini adalah vibrasi. Maka dengan musik dan suara, gangguan di dalam keseimbangan manusia dapat diperbaiki. Karena itu, penyembuhan melalui suara adalah penggunaan vibrasi frekuensi atau bentuk suara yang dikombinasikan dengan musik atau elemen musikal untuk meningkatkan kesembuhan (Djohan, 2013).

Musik juga dapat merangsang pengeluaran endorfin dan serotonin, yaitu sejenis morfin alami tubuh dan juga merangsang pengeluaran *metanone* sehingga kita bisa merasa lebih rileks (Primadita, 2011). Secara fisiologis, saat seseorang mendengarkan musik, gelombang vibrasi menstimulasi sistem limbik, sehingga individu menjadi rileks (Satiadarma & Zahra, 2004 dalam Wilianto, 2012). Musik juga memengaruhi pelepasan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH), sehingga sistem saraf simpatis dan parasimpatis kembali bekerja secara seimbang dan kecemasan turun (Taylor-Piliac & Chair, 2002 dalam Wiliant

## B. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka diatas peneliti membuat kerangka teori penelitian ini sebagai berikut:



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian

### C. Hipotesis Penelitian

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihannya secara empiris (Nursalam, 2011). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan.

Ada dua jenis hipotesis yang digunakan dalam penelitian yaitu hipotesis yang di gunakan dalam penelitian yaitu hipotesis alternatif (H<sub>a</sub>) dan hipotesis nol (H<sub>0</sub>). Hipotesis kerja (H<sub>a</sub>) atau dikenal dengan hipotesis alternatif menyatakan adanya perbedaan antara dua kelompok. Hipotesis H<sub>0</sub> atau hipotesis statistik menyatakan tidak adanya perbedaan atau tidak ada hubungan antar variable (Dharma, 2011).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

- Ha :
1. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi yang dialami pasien PJK sebelum dilakukan intervensi terapi musik klasik Mozart dengan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1.
  2. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi yang dialami pasien PJK setelah dilakukan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1 dengan intervensi terapi musik klasik Mozart ke-2.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif menggunakan desain *pre-experimental* dengan pendekatan *One-group pretest-posttest design*, yaitu sebelum diberikan terapi musik akan diberikan *pretest*, kemudian setelah perlakuan atau intervensi akan dilakukan pengukuran lagi dengan cara *posttest* untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada tingkat distres psikologis (Sugiyono, 2012). Ciri penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, pendekatan menggunakan *time series* yaitu penelitian eksperimen dengan pengukuran efek perlakuan yang dilakukan secara berulang berdasarkan perjalanan waktu (Dharma & Kusuma, 2013).

Rancangan penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

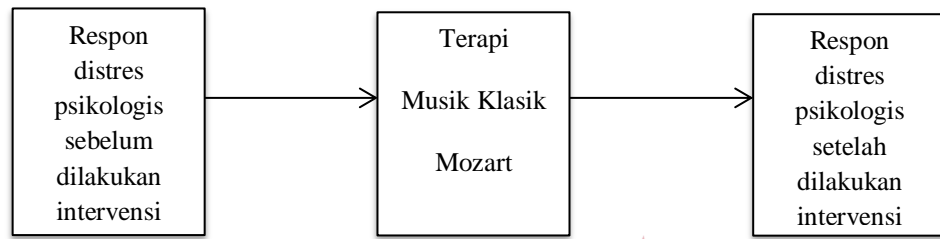
K	01	X1	02	X2	03
---	----	----	----	----	----

Keterangan:

- K : Subjek (Pasien Penyakit Jantung Koroner)
- 01 : Pretest (Sebelum Terapi Musik Mozart)
- X1 : Perlakuan 1 (Pemberian Terapi Musik Mozart)
- 02 : Posttest 1 (Setelah Terapi Musik Mozart)
- X2 : Perlakuan 2 (Pemberian Terapi Musik Mozart)
- 03 : Posttest 2 (Setelah Terapi Musik Mozart)

Aspek yang di nilai dalam *time series* adalah variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu penurunan distres psikologis. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu terapi musik klasik Mozart.

## B. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

□ : Diteliti → : Arah Hubungan

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagan hubungan antara variabel yang akan diteliti dan memberikan arahan penelitian dalam menentukan hipotesis. Hipotesis merupakan pedoman peneliti dalam mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (Sugiyono, 2012).

## C. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoatmojo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Penyakit Jantung Koroner yang mengalami distres psikologis di ruang ICCU RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Data yang diperoleh dari Medical Record RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan untuk ICCU tahun 2017 menyebutkan kasus Penyakit Jantung Koroner berjumlah 452 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 37 pasien, tahun 2018 berjumlah 554 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 46 pasien, dan di tahun 2019 berjumlah 518 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 43 pasien.

## 2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Dalam pengambilan sampel pada penelitian *pre-eksperimental* yang menggunakan *One-Group pretest posttest design* kelompok berpasangan dengan jumlah sampel 30 sampel pasien penyakit jantung koroner.

Dalam penelitian ini perhitungan sampel berpasangan menurut rumus Issac Michael sebagai berikut:

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

Keterangan:

n : Besaran sample.

N : jumlah populasi

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

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

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

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

Dari rumus tersebut perhitungan besar sampel dalam penelitian ini adalah:

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

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

Rumus penghitungan antisipasi drop out adalah:

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

Keterangan:

n = Besar sampel yang dihitung

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

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

Sehubungan saat ini sedang dalam masa pandemi COVID19, dimana untuk mencegah penyebaran COVID19, maka peneliti disarankan untuk mengambil jumlah sampel sebanyak 13 orang.

### 3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik Metode sampling penelitian ini yaitu *concecutive sampling* dengan cara memilih sample yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi. Menurut Nursalam, (2008), Sampel dalam penelitian adalah yang memenuhi syarat atau kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan sebagai subjek penelitian.

#### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria subjek yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien penyakit jantung koroner yang mendapat perawatan intensif di ruang ICCU
- 2) Kesadaran Compos Mentis
- 3) Dapat mengikuti prosedur intervensi dari awal sampai dengan selesai

- 4) Tidak menemukan adanya masalah fungsi pendengaran
- 5) Pasien yang telah mengikuti screening HADS dan mengalami cemas dan depresi pada kategori ringan dan sedang.

b. Kriteria Eksklusi

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

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien PJK yang dalam proses penelitian menemukan adanya hambatan, kurang kooperatif selama proses penelitian
- 2) Pasien yang tidak nyaman selama intervensi diberikan

#### **D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

1. Variabel Penelitian

Penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel penelitian adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi dari satu orang dan orang lainnya dan diteliti dalam sebuah penelitian (Dharma & Kusuma, 2013).

- a. Variabel independen adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah terapi musik klasik Mozart.
- b. Variabel dependen, merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat dari variabel independen (Sugiyono, 2012). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah respon distress psikologis pasien penyakit jantung koroner.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana cara menemukan variabel atau mengukur suatu variabel dengan cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga

mempermudah pembaca mengartikan makna penelitian (Hidayat, 2007).

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Karakteristik responden</b>				
Jenis Kelamin	Perbedaan biologis antara pria dan wanita	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Usia	Umur, satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk	Kuesioner	1. 35-45 tahun 2. 46-55 tahun 3. 56-65 tahun 4. >66 tahun	Nominal
Pendidikan	Pendidikan terakhir responden	Kuesioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. D3 5. S1	Nominal
Pekerjaan	Pekerjaan responden saat diteliti	Kuesioner	1. PNS 2. Swasta 3. Tidak bekerja	Ordinal
<b>Independen</b>				
Terapi musik Mozart	Pemberian terapi musik Mozart dengan memanfaatkan kemampuan musik dan elemen musik Mozart dari terapis kepada klien yang bertujuan memperbaiki kondisi fisik, emosional, dan kesehatan spiritual klien	Standar Operasional Prosedur Intervensi dan observasi	a. Intervensi 1 b. Intervensi 2	Nominal
Independen Distres Psikologis	Pasien PJK yang mengalami gejala cemas dan depresi di	Menggunakan skala <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> .	Skor Distres Psikologi 0 - 42	Interval

## E. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Waktu penelitian ini pada tanggal 1 Juni 2020 sampai 31 Juli 2020.

## F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

### 1. Sumber Data

#### a. Data Primer

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

#### b. Data Sekunder

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

### 2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini:

1. Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi musik klasik Mozart yang merupakan sistem intervensi menggunakan standar operasional prosedur (SOP).
2. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen dalam penelitian ini adalah kuesioner *HADS*. Instrumen ini terdiri dari 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, 14). Semua pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dan pertanyaan negatif (*unfavorable*).

**Tabel 3.2**  
**Blueprint kuesioner *HADS***

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

Item favorable dengan pengukuran skala likert skor 0=selalu, 1=sering, 2=jarang dan 3=tidak pernah. Item *unfavorable* dengan skoring 0=tidak pernah, 1=jarang, 2=sering dan 3=selalu. *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28-42 (Keliat B, Kusumawati F, 2015).

### G. Uji Instrumen

Banyak penelitian yang menggunakan kuesioner sebagai skala pengukuran variabel penelitian. Kriteria kuesioner yang baik salah satunya memenuhi validitas dan reliabilitas, atau uji instrument.

#### 1. Uji Validitas

Validitas menunjukkan kinerja kuesioner dalam mengukur apa yang diukur. Yang dimaksud dengan uji validitas adalah suatu data dapat dipercaya kebenarannya sesuai dengan kenyataan. Menurut Sugiyono (2012) bahwa valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur.

Alat ukur depresi ini sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Caninsti (2007) dan terbukti menjadi skala ukur depresi yang valid dan dapat diterima dengan memiliki *corrected item total corelation* yang lebih besar dari 0,3 yang dilakukan pada pasien penderita gagal jantung kronis. Uji instrumen didapatkan nilai reliabilitas kecemasan sebesar 0,691 dan nilai reliabilitas stres sebesar 0,886 menggunakan koefisien Kappa Cohen. Jadi peneliti tidak melakukan uji validitas karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk penilaian dalam penelitian ini merupakan

instrumen baku yang biasa digunakan untuk mengetahui depresi dari pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis.

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan bahwa kuesioner tersebut konsisten apabila digunakan untuk mengukur gejala yang sama di lain tempat. Tujuan pengujian validitas dan reliabilitas adalah untuk menyakinkan bahwa kuesioner yang kita susun akan benar-benar baik dalam mengukur gejala dan menghasilkan data yang valid. Penggunaan pengujian reliabilitas oleh peneliti adalah untuk menilai konsistensi pada objek dan data, apakah instrument yang digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2012).

Alat ukur depresi ini sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Rudy, Widyadharma dan Adnyana (2012) dan terbukti menjadi skala ukur depresi yang reliabel dan dapat diterima, yaitu sebesar 0,706 untuk subskala kecemasan dan 0,681 untuk subskala depresi menggunakan koefesien Kappa Cohen yang dilakukan pada penderita stroke di RSUP Sanglah Denpasar. Jadi peneliti tidak melakukan uji reliabel karena instrumen HADS yang digunakan untuk penilaian dalam penelitian ini merupakan instrumen baku yang biasa digunakan untuk mengetahui depresi dari pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

## H. Prosedur Pengumpulan Data

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

### 1. Prosedur Administratif

- a. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan.
- b. Peneliti menyerahkan surat permohonan izin pengambilan data kepada Ketua ITKes Wiyata Husada Samarinda.
- c. Peneliti menerima surat izin pengambilan data dari ITKes Wiyata Husada Samarinda.

- d. Peneliti melakukan pengambilan data dan melakukan pemilihan sampel sesuai dengan jumlah yang ditetapkan.
- e. Calon responden yang telah terpilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan diberi penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta diberikan surat permohonan menjadi responden kepada pasien yang akan diteliti.
- f. Peneliti melakukan pengambilan data awal dengan mengukur skor distress psikologi menggunakan kuesioner *HADS* pada saat responden dirawat di rumah sakit.
- g. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk konfirmasi waktu dengan tujuan agar mudah untuk memberikan re-intervensi keesokan harinya.

## 2. Prosedur Teknis

- a. Peneliti mengucapkan salam kepada responden.
- b. Peneliti melakukan persiapan penelitian.
- c. Peneliti melakukan screening pada pasien PJK sesuai kriteria inklusi.
- d. Peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian.
- e. Peneliti memberikan surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian kepada responden untuk ditandatangani.
- f. Responden diberikan penjelasan singkat tentang terapi musik klasik Mozart dan hal-hal yang harus dilakukan pada saat terapi.
- g. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan pengambilan data awal terkait skor distress psikologi.
- h. Terapi musik klasik Mozart dilakukan sebanyak 2 kali, dilakukan selama 2 hari. Bila pasien sudah pindah ruang perawatan maka intervensi ke 2 dapat dilakukan di ruang perawatan biasa. Durasi terapi musik klasik Mozart 30 menit, namun pada saat pelaksanaan bisa lebih cepat atau lebih lama dari waktu yang ditetapkan tergantung responden. Peneliti melakukan observasi respon responden serta melakukan edukasi bila diperlukan dan melakukan

pengambilan data terkait skor distress psikologi setiap selesai melakukan intervensi.

- i. Data yang didapatkan akan dicatat yang selanjutnya akan diolah dengan menggunakan uji statistik.
- j. Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden.

### 3. Pengolahan Data

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

#### 1. *Editing (penyuntingan)*

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

#### 2. *Coding Data*

Pemberian kode pada masing-masing variabel untuk lebih mudah dalam melakukan analisis, memasukkan data dan mengkladifikasikan jawaban dari responden kedalam satu kategori dengan cara memberikan tanda dan kode atau sandi yang berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

#### 3. *Entry Data*

Setelah dilakukan pengkodean data maka data-data yang telah diubah bentuk angka kemudian dimasukkan kedalam “software” komputer. Peneliti melakukan input-input data yang telah didapatkan selama penelitian kedalam software Microsoft excel, yang meliputi nomor responden, skor distres psikologi sebelum dan sesudah intervensi.

#### 4. *Cleaning Data*

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

#### 5. *Processing Entry*

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

### I. Analisa Data

Setelah data terkumpul maka dilakukan analisa data dengan perhitungan statistik, yaitu dengan cara:

#### 1. Normalitas Data

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

**Tabel 3.3**

#### Uji Normalitas

Skor distres psikologis	<i>Shapiro-wilk</i> Sig.	Hasil
Sebelum Terapi Musik	0,820	Berdistribusi normal
Sesudah Terapi Musik ke-1	0,229	Berdistribusi normal
Sesudah Terapi Musik ke-2	0,258	Berdistribusi normal

Sumber data: Data primer, 2020

Berdasarkan data diatas pada tabel 3.3 diperoleh nilai p value sebelum terapi musik klasik Mozart  $0,820 >$  dari nilai (alpa)  $\alpha = 0,05$ , sesudah terapi musik ke-1  $0,229 >$  dari nilai (alpa)  $\alpha = 0,05$  , sesudah terapi musik ke-2  $0,005 >$  dari nilai (alpa)  $\alpha = 0,05$  , dan sesudah *video call* ke-3  $0,004 <$  dari nilai (alpa)  $\alpha = 0,05$ . Sehingga dapat disimpulkan distribusi variabel pemberian intervensi terapi musik klasik Mozart berdistribusi normal, maka di lakukan uji *Repeated Measures Anova*.

## 2. Analisa Univariat

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

Tabel 3.4

### Analisa Univariat

Variabel	Skala	Deskriptif
Skor rata-rata distres psikologis sebelum dan sesudah terapi musik ke-1, ke-2	Rasio	Mean, Median, Modus, SD, Min-max, CI 95%

Sumber data: Data primer,2020

## 3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang dicurigai berhubungan. Dalam analisa bivariat dilakukan analisis dengan membandingkan dua variabel yang bersangkutan, kemudian dilakukan analisis uji statistik dan menganalisa keeratan korelasi antara dua variabel (Notoadmodjo, 2010). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menguji pengaruh

terapi musik klasik Mozart dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK di rumah sakit. Pada penelitian ini uji hipotesis yang digunakan adalah uji *Repeated Measures Anova*, dasar pengambilan keputusan dalam uji *Repeated Measures Anova* adalah:

- a. Variabel independen atau variabel bebas menggunakan data berskala kategori. Sementara untuk variabel dependen atau variabel terikat menggunakan data berskala interval atau rasio (numerik).
- b. Uji *repeated measures anova* merupakan bagian dari statistik parametrik. Oleh karena itu, nilai *Standardized Residual* untuk semua pengukuran (variabel) harus berdistribusi normal. Sementara itu, jika salah satu dari nilai *Standardized Residual* untuk variabel ada yang tidak normal, maka solusinya adalah mengganti analisis data dengan statistik non parametrik menggunakan uji *Friedman*.
- c. Data penelitian diasumsikan memiliki varians yang sama atau homogen. Hal ini dibuktikan dengan nilai signifikansi (Sig.) > 0,05 pada *Mauchly's Test of Sphericity*. Namun demikian, untuk persyaratan poin ke-3 ini bukanlah sebuah keharusan (tidak mutlak). Sebab, walaupun varians tidak homogen, akan tetapi kita tetap bisa melanjutkan penggunaan uji *repeated measures anova* untuk analisis data penelitian yakni dengan memperhatikan nilai *Greenhouse-Geisser* yang ada di tabel output SPSS *Test of Within-Subjects Effects*.
- d. *Test of Within-Subjects Effects* atau tes efek dalam subjek merupakan tabel terpenting dalam uji *repeated measures anova*. Dalam hal ini ada 3 tahapan yang harus dilalui untuk memaknai hasil output tersebut yaitu :
  - 1) Membuat rumusan hipotesis penelitian.  
H<sub>0</sub>: tidak ada perbedaan rata-rata penurunan distress psikologis yang nyata atau signifikan dari waktu ke waktu.

Ha: ada perbedaan rata-rata penurunan distres psikologis yang nyata atau signifikan dari waktu ke waktu.

2) Mengetahui dasar pengambilan keputusan uji *repeated measures anova*.

Jika nilai *Greenhouse-Geisser Sig.* > 0,05 maka H0 diterima dan Ha ditolak.

Jika nilai *Greenhouse-Geisser Sig.* < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima.

3) Penarikan kesimpulan uji *repeated measures anova*.

e. Selanjutnya untuk mengetahui adanya perbedaan diantara 3 pengukuran dilakukan uji *Post Hoc Pairwise Comparisons* atau *Bonferroni*.

f. Gambar *Profile Plots*

**Tabel 3.5**

**Analisa Bivariat**

Variabel	Skala	Uji
Perbedaan skor distres psikologis sebelum dan sesudah terapi musik	Interval	Repeated Measures Anova
Selisih skor distres psikologis sebelum terapi musik dengan sesudah terapi musik ke-1	Interval	Post hoc Bonferroni
Selisih skor distres psikologis sebelum terapi musik dengan sesudah terapi musik ke-2	Interval	Post hoc Bonferroni
Selisih skor distres psikologis Sesudah terapi musik ke-1 dengan terapi musik ke-2	Interval	Post hoc Bonferroni

**Sumber data: Data primer,2020**

## J. Etika Penelitian

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

### 1. *Otonomy*

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

### 2. *Anonymity*

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

### 3. *Non-Maleficence*

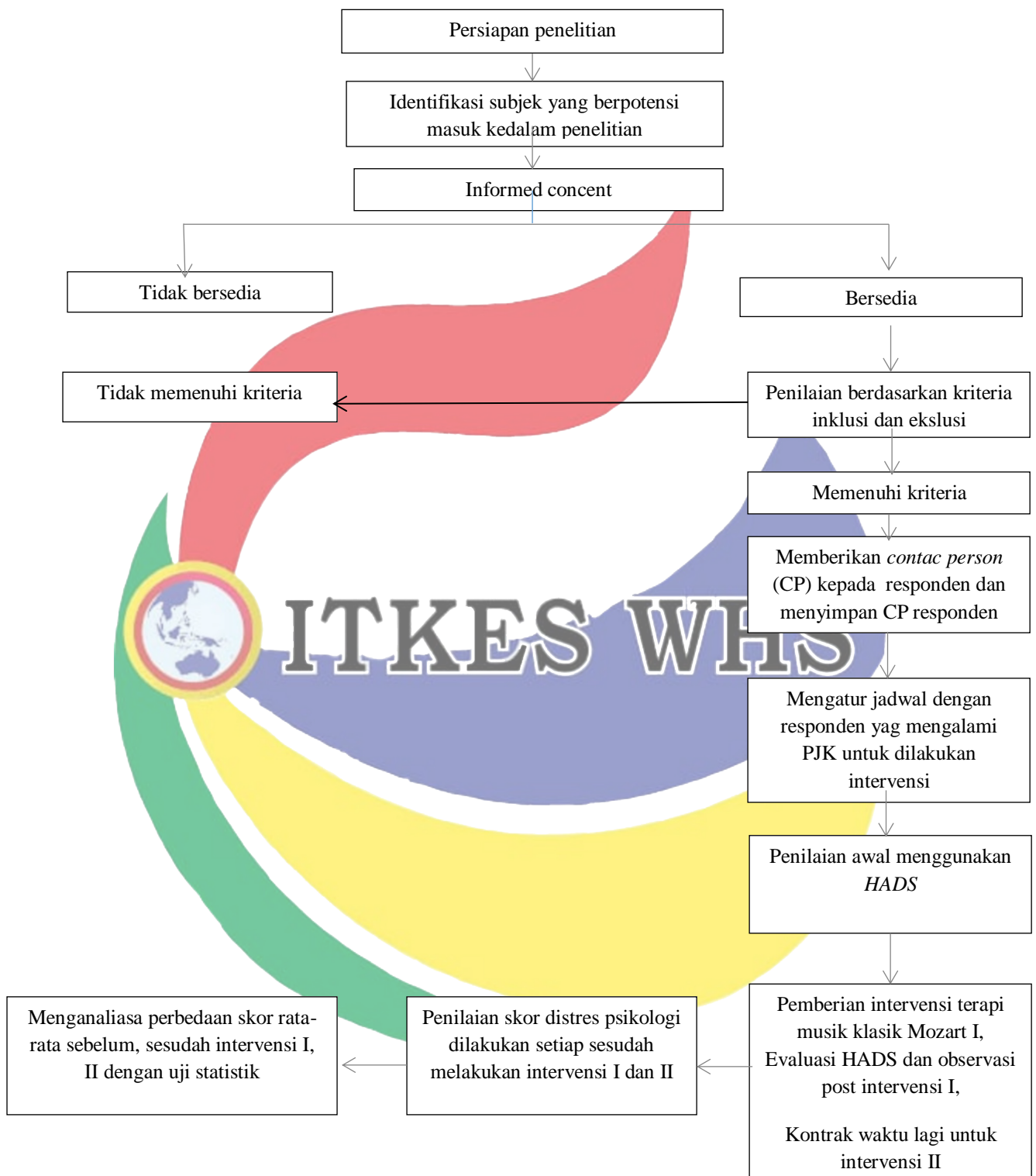
Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa fisik maupun psikologis. Agar tidak terjadi kerugian bagi responden, terapi musik klasik Mozart ini diberikan sesuai standar operasional prosedur. Selain itu, responden diminta untuk segera memberitahu peneliti apabila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

### 4. *Justice*

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

## K. Alur Penelitian

Alur penelitian yang direncanakan peneliti adalah sebagai berikut



Skema 3.2 Alur Penelitian

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh terapi musik klasik Mozart terhadap penurunan distres psikologis pada pasien PJK di ruang ICCU RSUD Kanujoso Djatiwibowo yang terletak di jalan M.T. Haryono no. 656 Balikpapan – Kalimantan Timur. Penelitian ini mulai dilakukan bulan Juni sampai Juli 2020 dengan jumlah responden sebanyak 13 orang. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan grafik yang berdasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

#### A. HASIL PENELITIAN

##### 1. Karakteristik Responden

**Tabel 4.1**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia , Pendidikan dan Pekerjaan Responden di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada Juni-Juli 2020 (n=13)**

Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	8	61,5
Perempuan	5	38,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Usia</b>		
35-45 tahun	4	30,8
46-55 tahun	4	30,8
56-65 tahun	2	15,4
>66 tahun	3	23,1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Pendidikan</b>		
SD	1	7,7
SMP	3	23,1
SMA	7	53,8
D3	1	7,7
S1	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Pekerjaan</b>		
PNS	1	7,7
Swasta	7	53,8
Tidak Bekerja	5	38,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan jumlah dari karakteristik jenis kelamin responden terdapat perbedaan, sebanyak 8 responden (61,5%) dari 13 responden adalah laki-laki, sedangkan jumlah responden perempuan berjumlah 5 responden (38,5%). Rentang usia dominan pada penelitian ini adalah 35-45 tahun dan 46-55 tahun, sebanyak 4 responden atau sekitar 30,8%. Sebagian besar responden berpendidikan SMA sekitar 7 responden (53,86%). Untuk pekerjaan responden yang masih bekerja sekitar 8 responden (61,5%) dan tidak bekerja sekitar 5 responden (38,5%).

## 2. Hasil Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini, yaitu mengidentifikasi skor rata-rata distres psikologis pada pasien PJK sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi musik Mozart di ruang ICCU RSUD Kanujoso Djatiwibowo.

**Tabel 4.2**  
**Skor rata-rata distres psikologis pada pasien PJK antara sebelum, sesudah terapi musik ke-1, terapi musik ke-2 pada Juni – Juli 2020 di ICCU RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=13)**

Pemberian terapi musik klasik Mozart	Mean	SD	Median	Min-max	95% CI
Skor distres psikologis sebelum terapi music	19,38	2,142	19	16-24	18,09-20,67
Skor distres psikologis sesudah terapi musik ke -1	16,77	1,301	17	15-19	15,98-17,55
Skor distres psikologis sesudah terapi musik ke -2	14,85	1,625	16	12-17	13,86-15,82

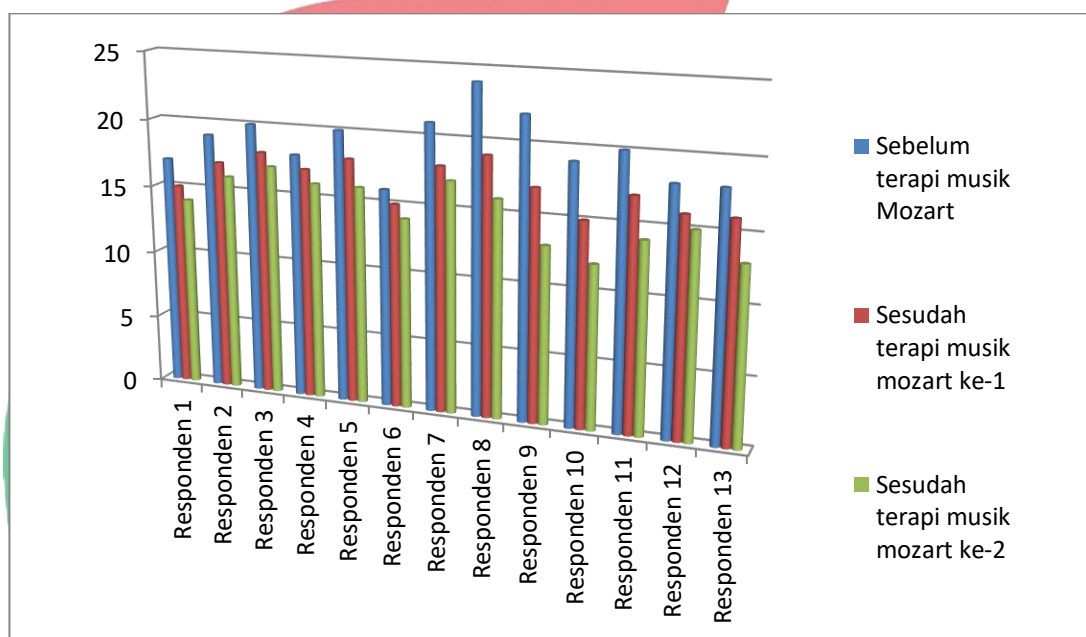
**Sumber: statistik deskriptif**

Berdasarkan data diatas pada tabel 4.2 menunjukkan skor rata-rata distres psikologis pada pasien PJK sebelum diberikan intervensi terapi musik klasik Mozart pada 13 responden adalah sebesar 19,38. Setelah diberikan intervensi ke-1 skor rata-rata menunjukkan angka sebesar 16,77. Sedangkan setelah diberikan intervensi ke-2 skor rata-rata menunjukkan angka sebesar 14,85. Demikian juga pada nilai tengah/median, sebelum

intervensi menunjukkan angka sebesar 19, setelah dilakukan intervensi ke-1 menunjukkan angka sebesar 17, dan setelah dilakukan intervensi ke-2 menunjukkan angka sebesar 16. Sehingga dapat disimpulkan bahwa skor distres psikologis antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi terapi musik klasik Mozart terhadap distres psikologis mengalami penurunan.

**Grafik 4.1**

**Distribusi hasil pengukuran Distres Psikologis sebelum, sesudah terapi musik ke-1, terapi musik ke-2 pada Juni – Juli 2020 di ICCU RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=13)**



Berdasarkan gambar 4.1 dapat dilihat bahwa skor distres psikologis setiap responden bervariasi. Sebelum diberikan intervensi terapi musik klasik Mozart skor tertinggi yaitu 24 pada responden 8, post test ke-1 skor tertinggi 19 pada responden 8, post test ke-2 skor tertinggi 17 pada responden 3 dan 7.

### 3. Hasil Analisa Bivariat

Dalam menganalisis perubahan yang terjadi yaitu distres psikologis sebelum, sesudah intervensi terapi musik klasik mozart ke-1 dan ke-2, maka peneliti melakukan analisis bivariat. Dalam menentukan uji yang digunakan, peneliti melakukan uji normalitas data, dengan hasil bahwa data berdistribusi normal, selanjutnya peneliti menggunakan uji *Repeated Measures Anova* yang kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Bonferroni*. Hasil uji *Repeated Measures Anova* akan dapat dimaknai jika uji normalitas pada *Standardized Residual* berdistribusi normal.

Berdasarkan uji *Repeated Measures Anova* ternyata didapatkan hasil nilai Sig.nya sama dengan uji normalitas yang sebelumnya. Berdasarkan keputusan uji normalitas yaitu jika nilai Sig. > 0,005, maka data berdistribusi normal dan jika nilai Sig. < 0.005 maka data berdistribusi tidak normal. Kesimpulannya uji normalitas standar residual berdistribusi normal. Sehingga uji *Repeated Measures Anova* dapat dilanjutkan dan dimaknai. Berikut hasil uji *Repeated Measures Anova* dalam penelitian ini :

**Tabel 4.3**  
**Uji Kebulatan Mauchly**  
**Mauchly's Test of Sphericity**

Pengukuran	Distres Psikologis
Efek Dalam Subyek	Waktu
Mauchly's W	0.157
Approx. Chi-Square	20.339
Df	2
Sig.	0.000

#### **Uji *Repeated Measures Anova***

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui nilai Sig. 0,000 < 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa data penelitian ini tidak memenuhi varians yang sama atau homogen. Namun hal ini tidak dapat diabaikan. Maka solusinya adalah melihat nilai *Greenhouse-Geisser* pada tes efek dalam subjek.

Tabel 4.4

**Tests of Within-Subjects Effects (Tes Efek Dalam Subjek)**  
**Pengukuran : DISTRES PSIKOLOGIS**

Sumber		Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
WAKTU	Sphericity Assumed	134.923	2	67.462	48.949	0.000
	Greenhouse-Geisser	134.923	1.085	124.305	48.949	0.000
Error (WAKTU)	Sphericity Assumed	33.077	24	1.378		
	Greenhouse-Geisser	33.077	13.025	2.539		

**Uji Repeated Measures Anova**

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui nilai Sig. adalah sebesar 0,000 < 0,05. Maka H<sub>0</sub> ditolak dan H<sub>a</sub> diterima atau dengan kata lain ada perbedaan rata-rata penurunan skor distres psikologis yang nyata atau signifikan dari waktu ke waktu. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terapi musik klasik Mozart benar-benar mampu menurunkan skor distres psikologis pasien PJK. Selanjutnya untuk mengetahui adanya perbedaan diantara 3 pengukuran dilakukan uji *Post Hoc Pairwise Comparisons* atau *Bonferroni* sebagai berikut:

Tabel 4.5

**Selisih perbedaan skor rata-rata distres psikologi pada pasien PJK  
sebelum, sesudah intervensi terapi musik ke-1, ke-2 pada Juni – Juli 2020  
di RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=13)**

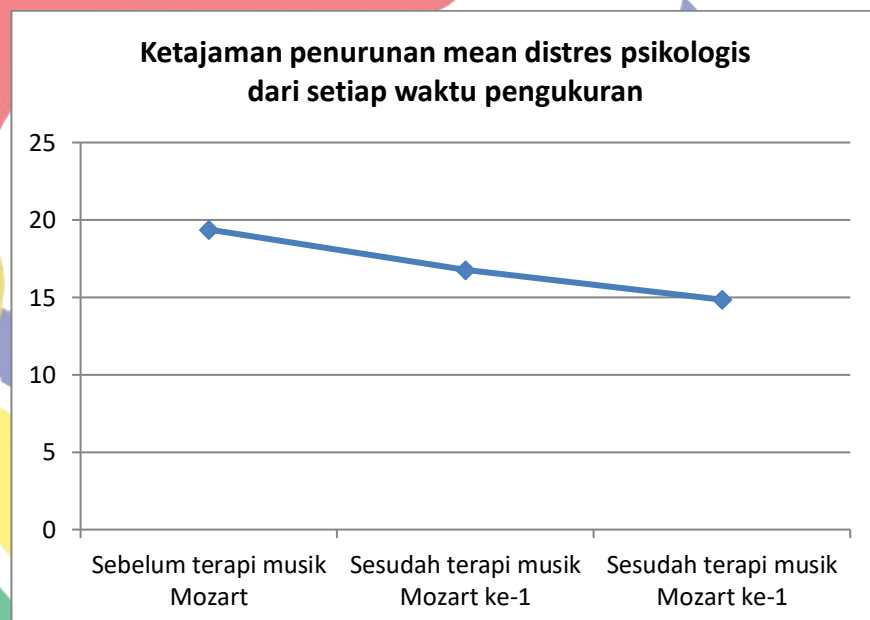
	Selisih Mean	CI 95%	Sig.
Sebelum intervensi vs sesudah intervensi ke-1	2,615	1.594-3,637	0,000
Sebelum intervensi vs sesudah intervensi ke-2	4,538	2,769-6.308	0,000
Sesudah intervensi ke-1 vs sesudah intervensi ke-2	1,923	1,063-2,783	0,000

**Uji Pairwise Comparisons (Bonferroni)**

Pada tabel 4.5 didapatkan hasil uji *Post Hoc Bonferroni* pada 13 responden menunjukkan selisih perbandingan skor distres psikologis antara sebelum intervensi dengan sesudah intervensi ke-1, terjadi rata-rata penurunan skor distres psikologis sebesar 2,615 dan penurunan skor tersebut adalah nyata sebab nilai Sig. 0,000 < 0,05. Demikian pula pada

selisih sebelum intervensi dengan sesudah intervensi ke-2, terjadi rata-rata penurunan skor distres psikologis sebesar 4,538 dan penurunan skor tersebut adalah nyata sebab nilai Sig.  $0,000 < 0,05$ . Selanjutnya pada sesudah intervensi ke-1 dengan sesudah intervensi ke-2, terjadi rata-rata penurunan skor distres psikologis sebesar 1,923 dan penurunan skor tersebut adalah nyata sebab nilai Sig.  $0,000 < 0,05$ . Hal ini berarti dengan rutin pemberian intervensi terapi musik klasik Mozart dapat menurunkan skor rata-rata distres psikologis pasien PJK yang di rawat di rumah sakit. Untuk menunjukkan ketajaman rata-rata penurunan distres psikologis dari setiap waktu pengukuran maka dapat dilihat pada grafik *Profile Plots*.

**Grafik 4.2 Profile Plots**



## B. Pembahasan

Pada pembahasan tentang penelitian ini, maka peneliti akan membahas tentang hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yang mendukung atau berlawanan dengan hasil penelitian. Bagian ini akan membahas tentang hasil analisis untuk variabel distres psikologis pada pasien PJK sebelum dan setelah dilakukan intervensi terapi musik klasik Mozart.

Hasil penelitian ini dapat diterapkan sebagai pelajaran dan juga sebagai aplikasi khususnya pada pasien dengan masalah distres psikologis.

### **1. Karakteristik Responden**

Berdasarkan tabel karakteristik responden menunjukkan jumlah dari karakteristik jenis kelamin responden terdapat perbedaan, sebanyak 8 responden (61,5%) dari 13 responden adalah laki-laki, sedangkan jumlah responden perempuan berjumlah 5 responden (38,5%). Secara psikologis menurut Sukmadinata (2003) menyatakan perempuan lebih emosional daripada laki-laki karena perempuan sangat peka dan mudah meluapkan perasaan. Sementara laki-laki bersifat obyektif dengan rasionalitasnya sehingga mampu berpikir dan tidak mengedepankan emosional.

Rentang usia dominan pada penelitian ini adalah 35-45 tahun dan 46-55 tahun, sebanyak 4 responden atau sekitar 30,8%. Hal tersebut sesuai teori yang dikemukakan oleh Notoatmojo (2003) bahwa semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir, sehingga kecemasan lebih banyak teratasi pada usia dewasa. Sebagian besar responden berpendidikan SMA sekitar 7 responden (53,86%). Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam motivasi untuk sikap berperan serta. Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula pengetahuan (Notoatmojo, 2003). Untuk pekerjaan responden yang masih bekerja sekitar 8 responden (61,5%) dan tidak bekerja sekitar 5 responden (38,5%). Seseorang yang bekerja swasta karena tuntutan penampilan pada pekerjaannya menyebabkan kecemasan karena mempunyai pekerjaan yang penting dan memerlukan aktivitas akan merasa terganggu apabila tidak dapat sembuh seperti sediakala, karena dituntut untuk berpenampilan. Hal ini mempengaruhi perannya (Kiswanto, 2007). Selain itu yang tidak bekerja juga dapat menyebabkan kecemasan dengan tidak mendapatkan penghasilan dapat mempengaruhi

perilaku responden dalam menentukan pengobatan, biaya perawatan rumah sakit (Kusmarjathi, 2009).

## **2. Skor rata-rata distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1, dan ke-2.**

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh terapi musik klasik Mozart dalam penurunan distres psikologis pada pasien PJK di rumah sakit. Semakin rendah nilai mean maka semakin menurun skor distres psikologis. Nilai mean distres psikologis sebelum diberikan intervensi terapi musik klasik Mozart sebesar 19,38, sesudah terapi musik ke-1 16,77, sesudah terapi musik ke-2 14,85.

Dari hasil pengambilan data sebelum intervensi ada 5 responden (38,46%) menjawab sering sekali pada pernyataan nomor 9 “saya sering sekali merasa takut dan timbul rasa mual jika takut itu terjadi kepada saya”. Kemudian ada 4 responden (30,77%) menjawab agak sering dan 4 responden (30,77%) menjawab sekali-sekali. Selain itu pada pernyataan nomor 7, yaitu perasaan bisa duduk dengan nyaman dan merasa santai, ada 4 responden yang tidak bisa sama sekali duduk nyaman dan tidak bisa sama sekali merasa santai (30,77%), ada 5 responden (38,46%) yang mengatakan tidak sering bisa duduk nyaman dan merasa santai, serta 4 responden (30,77%) mengatakan biasanya bisa duduk nyaman dan merasa santai. Serta pernyataan lain seperti perasaan tegang dan perasaan takut terjadi hal yang tidak mengenakkan. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Mirowsky & Ross, (2017) menjelaskan mengenai respon fisiologis dan psikologis terhadap stress yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang mengancam. Sehingga menjadi permasalahan yang dialami oleh pasien PJK paska serangan akut yang akan berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan bukan hanya penderitaan fisik, tetapi juga psikologi dan spiritual (Mirwanti, R., & Nuraeni, 2016).

Hasil pengukuran skor distres psikologis sebelum intervensi dengan menggunakan alat ukur *HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale)* didapatkan keseluruhan responden mengalami cemas dan depresi

dengan tingkat ringan sekitar 10 responden (76,92%). Hal ini dikarenakan rata-rata pasien mendapat dukungan dari keluarga, pasien merupakan orang kesayangan dalam keluarga, sehingga keluarga selalu mendukung pasien tersebut. Dan tingkat cemas dan depresi sedang sekitar 3 responden (23,08%), hal ini dikarenakan kadang pasien tidak didukung keluarga, karena kesibukan keluarga sehingga perhatian kepada pasien berkurang. 2 dari 3 responden ini merupakan pasien lama yang sering berulang masuk rawat inap di rumah sakit. Dimana untuk tingkat rendah yaitu nilai skor *HADS* < 20 dan tingkat sedang dengan skor 21-28, dengan skor terendah 14 dan skor tertinggi 25. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lismawaty, (2015) yang menunjukkan 62,1% pasien SKA mengalami depresi, berdasarkan tingkatannya didapatkan depresi ringan 34,4%, sedang 23,3%, dan berat 4,4%, serta 34,5%.

Penelitian menunjukkan penurunan skor distres psikologis sebelum intervensi terapi musik klasik Mozart hingga sesudah terapi musik klasik Mozart ke-1 skor distres psikologis tidak banyak berubah. Pasca melakukan terapi musik ke-1 peneliti melakukan observasi dan bertanya tentang kondisi fisik dan psikologi responden, peneliti memberikan edukasi dan informasi mengenai masalah yang dialami oleh responden selama di rumah sakit. Responden yang tidak mengalami penurunan skor distress psikologi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kurangnya dukungan keluarga dalam perawatan pasien, memiliki permasalahan pribadi dan masih kurangnya pengetahuan terkait menghadapi perubahan fisik dan psikologi yang dialaminya.

Menurut Matthews, (2000) pada sebuah penelitian, *trait neuroticism* terbukti menjadi prediktor bagi suasana hati yang negatif seperti depresi dan kecemasan. *trait neuroticism* merupakan dimensi kepribadian yang menilai kemampuan seseorang dalam menahan tekanan atau stress, sehingga diperlukan pemberian latihan *coping skill* yang memungkinkan individu tersebut mengelola situasi spesifik yang menimbulkan distres. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan

oleh Wirtz & Von Känel, (2017) yang menyatakan stress kronis meningkatkan risiko insiden PJK dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stress emosional akut dapat memicu kejadian PJK akut pada pasien yang rentan. Monahan, *et. al*, (2007) menyebutkan bahwa perasaan cemas dan depresi secara fisiologis dapat merangsang hipotalamus untuk bekerja secara langsung dalam sistem saraf otonom. Stimulasi oleh karena stress atau cemas dapat meningkatkan kerja dari sistem saraf simpatis yang merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang berfungsi untuk meningkatkan frekuensi denyut jantung serta meningkatkan resistensi vaskular di dalam tubuh, kondisi ini memiliki pengaruh dalam meningkatkan beban kerja jantung sehingga kebutuhan oksigen jantung pun mengalami peningkatan.

Penelitian menunjukkan penurunan skor distres psikologis sebelum intervensi terapi musik klasik Mozart hingga sesudah terapi musik klasik Mozart ke-2 skor distres psikologis mulai mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena responden sudah dapat beradaptasi dengan perubahan fisik dan kesehatannya, serta faktor dukungan keluarga dan lingkungan sekitarnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Khairul Darussalam, (2018) yang meneliti hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien PJK, bahwa ada hubungan negatif yang sangat signifikan antara penerimaan diri dengan depresi, semakin tinggi tingkat penerimaan diri maka semakin rendah tingkat depresi. Selain itu menurut teori *Comfort*, perawat harus mampu menghadirkan kenyamanan bagi pasiennya. Mulai dari kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, kenyamanan sosial budaya, serta kenyamanan lingkungan. Salah satu tindakan mandiri perawat dalam menghadirkan kenyamanan bagi pasiennya dan dapat menurunkan distres psikologis adalah terapi musik. Perawat harus memperhatikan semua tipe kenyamanan tersebut agar bisa diaplikasikan langsung kepada klien di rumah sakit sehingga asuhan keperawatan semakin meningkat (Kolcaba & Dimarco, 2005). Hasil sesudah terapi musik klasik Mozart ke-1 dan ke-2 di dapatkan seluruh responden mengalami penurunan distres psikologi.

### 3. Selisih perbedaan skor rata-rata distres psikologis sebelum dan sesudah intervensi terapi musik klasik Mozart ke-1, dan ke-2.

Hasil uji *Post Hoc Bonferroni* atau uji *Pairwise Comparisons* pada 13 responden menampilkan jelas secara nyata penurunan skor rata-rata distres psikologis pasien PJK yang di rawat di rumah sakit karena nilai *p* value yang  $<0,001$ . Hal ini berarti dengan pemberian intervensi terapi musik klasik Mozart dapat menurunkan skor rata-rata distres psikologis pasien PJK yang di rawat di rumah sakit. Dari observasi dan wawancara dengan klien setelah diberikan intervensi terapi musik klasik Mozart didapatkan pasien menjadi lebih rileks dan tenang. Pasien dapat beradaptasi dengan keadaan perawatan di rumah sakit. Pasien dapat beristirahat dengan tenang di ICCU serta jarang meminta perawat untuk memanggil keluarga masuk kedalam ruang perawatan untuk menemani pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Afitaria Qulsum yang berjudul “Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Sebelum Dan Sesudah Pemberian Terapi Musik Klasik Di RSUD Tugurejo Semarang” menunjukkan bahwa adanya perbedaan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sebelum dan sesudah pemberian terapi musik dengan uji statistik *Wilcoxon* menunjukkan nilai *p* 0,000 atau  $< 0,05$  (A.Qulsum, 2011). Penelitian Darliana, 2008 dengan judul “Pengaruh Terapi Musik Terhadap Respon Stres Psikofisiologis Pasien Yang Menjalani Coronary Angiography di Pelayanan Jantung Terpadu RSCM Jakarta” mengatakan bahwa terapi musik klasik dapat menurunkan skor kecemasan pada pasien yang akan dilakukan tindakan angiography dengan metode *quasy experiment non equivalent pretest-postest with control grup* di RSCM didapatkan nilai *p*  $<0,001$  (Darliana, 2008).

*New Zealand Society for Music Therapy* (NZSMT) menyatakan bahwa terapi musik terbukti efektivitasnya untuk implementasikan pada bidang kesehatan, karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stres, dan menimbulkan mood yang positif (Economidou, 2012). Terapi musik memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami

relaksasi yang sempurna. Kondisi relaksasi (istirahat) yang sempurna itu seluruh sel dalam tubuh akan mengalami reproduksi, penyembuhan alami akan berlangsung, produksi hormon tubuh di seimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran (Demir, 2011).

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya yang di organisir sedemikian rupa sehingga mencipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental. Musik memiliki kekuatan untuk mengobati penyakit dan meningkatkan kemampuan pikiran seseorang. Musik diharapkan menjadi sebuah terapi dan musik dapat meningkatkan, memulihkan, memelihara kesehatan fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual. Hal ini disebabkan musik memiliki beberapa kelebihan, yaitu karena musik bersifat nyaman, menenangkan, membuat rileks, berstruktur, dan universal. Terapi musik adalah terapi yang universal dan bisa diterima oleh semua orang karena kita tidak membutuhkan kerja otak yang berat untuk menginterpretasi alunan musik. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran kita dan kemudian melalui saraf pendengaran disalurkan kebagian otak yang memproses emosi (Nikandish, 2007). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa jenis musik yang efektif dalam menurunkan distress psikologi adalah musik klasik. Hal ini dikarenakan musik klasik memiliki tempo yang berkisar antara 60-80 beats per menit selaras dengan detak jantung manusia (Suherman, 2010). Penelitian menunjukkan bahwa musik klasik bermanfaat untuk membuat seseorang menjadi rileks, menimbulkan rasa aman dan sejahtera, melepaskan rasa gembira dan sedih, menurunkan tingkat kecemasan pasien dan melepaskan rasa sakit dan menurunkan tingkat stress. Hal tersebut terjadi karena adanya penurunan *adrenal corticotropin hormon* (ACTH) yang merupakan hormon stress (Bernatzky et al, 2011). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi musik klasik Mozart dapat membantu menurunkan distress psikologis pasien PJK, walaupun masih terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi distress psikologis. Untuk itu disarankan agar pihak rumah

sakit bisa meningkatkan lagi upaya untuk menurunkan tingkat distress psikologis pada pasien PJK dengan cara ini yaitu pemberian terapi musik klasik Mozart.

### C. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian

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

#### 1. Waktu Pelaksanaan Penelitian

Waktu pelaksanaan intervensi yang cukup singkat dimasa pandemi COVID19, dimana jumlah pasien yang menurun dan pasien yang harus sesuai dengan inklusi dan eksklusi penelitian.

#### 2. Proses Terapi Musik

Dalam proses pemberian terapi musik waktu pemberian terapi musik lebih dari 30 menit.

#### 3. Asisten Penelitian

Penelitian ini tidak memakai asisten penelitian. Dimasa pandemi COVID19 rumah sakit kekurangan pasien dan otomatis jumlah responden yang sesuai inklusi juga sedikit. Atau jika terdapat lebih dari satu responden pada saat bersamaan maka responden harus menunggu giliran untuk pemberian terapi musik.

#### 4. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pre-eksperimental desain dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*, sehingga hanya ada satu kelompok yang menjadi responden dan tidak ada kelompok pembanding untuk memastikan keefektifan dari intervensi yang dilakukan.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan khusus penelitian yang dibuat peneliti, maka diperoleh hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dapat disimpulkan bahwa intervensi terapi musik klasik Mozart pada pasien Penyakit jantung Koroner dapat memberikan pengaruh terhadap penurunan distres psikologis, yaitu sebagai berikut:

1. Rata-rata skor distres psikologis sebelum dilakukan terapi musik Mozart adalah 19,38, sedangkan distres psikologis sesudah dilakukan terapi musik Mozart ke-2 adalah 14,85. Hal ini menunjukkan adanya penurunan rata-rata skor distres psikologis yang berarti ada pengaruh yang bermakna pelaksanaan intervensi terapi musik klasik Mozart terhadap penurunan distres psikologis pada pasien jantung koroner.
2. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Repeated Measures Anova* yang dilanjutkan dengan uji *Bonferroni* didapatkan hasil nilai *p value*  $0,000 < 0,05$  sehingga terdapat perbedaan yang signifikan distres psikologis antara sebelum dan sesudah diberikan terapi musik Mozart.

#### B. Saran

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

1. Dalam Pelayanan Kesehatan

Terapi musik Mozart dapat dijadikan salah satu upaya untuk menurunkan distres psikologis dalam pelayanan kesehatan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien PJK.
2. Dalam Bidang Keilmuan
  - a. Menambah pengetahuan dan wawasan dalam praktek keperawatan tentang penanganan distres psikologis pada pasien PJK.

b. Dapat menjadi landasan teori utama dalam hal penanganan distres psikologis pada pasien PJK.

3. Dalam Bidang Metodologi

Penelitian ini sebagai saran untuk memberi pengetahuan mengenai manfaat terapi musik Mozart pada pasien PJK sehingga dapat dikembangkan dan diaplikasikan. Untuk penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian ini dengan menggunakan desain penelitian *quasy experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest control grup design* ataupun *true experiment* dengan pendekatan *pretest group design* dan *posttest only control design*, pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, sehingga peneliti dapat mengontrol semua variable luar yang mempengaruhi jalannya eksperimen.



## DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2012). pengertian jantung koroner. *Konsep Penyakit Jantung Koroner*.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8 volume 1; A. Y. S. Hamid & K. Ibrahim, eds.). winsland house l: arrangement with elsevier Inc.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x>
- Ani Astuti, Diah Merdekawati. (2016). PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK TERHADAP PENURUNAN TINGKAT SKALA NYERI PASIEN POST OPERASI. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Harapan Ibu Jambi, Indonesia (36132). Submitted : 20-06-2016, Reviewed: 21-06-2016, Accepted: 21-06-2016 <http://dx.doi.org/10.22216/jit.2016.v10i3.526>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI. (2010). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia*. Jakarta.
- Bernatzky, G, et al., (2011). *Emosional foundations of music a non-pharmacologis pain management tool in modern medicine*. Neurosci. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.005.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika.
- Bull, E dan Morrell, J. (2007). *Simple Guides Colesterol*. Erlangga.
- Dahlan, Sopiudin. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan* Edisi 5. Jakarta, Salemba Medika.
- Deasti Nurmaguphita dan Sugiyanto. (2018). Gambaran distress pada penderita DM. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. DOI : 10.26714/jkj.6.2.2018.76-82
- Demir, Yurdanur. (2011). *Non pharmacological therapies in pain management science*. Abant izzet baysal university, Bolu Health science hight school turkey.
- Djohan. (2006). *Terapi Musik Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta. Galangpress Ebersole
- Dofi, BA. (2010). *Psikologi Musik Terapi Kesehatan*. Jakarta: Golden Terayon Press
- Economidou . E. et al. (2012). *Health science Journal*. Volume 6, Issue 3 (jully-September 2012).

- Edi Purnomo, Zulkipli, dan Zuhaini Sartika A. Pulungan. (2019). Kombinasi terapi musik dan self hypnosis efektif menurunkan tekanan darah klien hipertensi di Puskesmas Rangas Kab. Mamuju. *Journal of Health, Education and Literacy*. DOI : 10.31605/j-healt.v1i1.148
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Gabriella N.Taroreh, Deby Mpila, Gayatri Citraningtyas. (2017). EVALUASI PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI INSTALASI RAWAT INAP RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO. PHARMACON *Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT* Vol. 6 No. 4 NOVEMBER 2017 ISSN 2302 - 2493 55
- Hawari, D. (2011). *MANAJEMEN STRES CEMAS DAN DEPRESI* (3rd ed.). Jakarta: Balai Penerbit FKUI Jakarta.
- Hayes, D. M. D. (1999). *CNN - Distress, sudden exercise raise heart attack risk - July 27, 1999*. WebMD.Com.
- Hermawati R, Haris C. D. (2014). *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: Kandas media (Imprint Agromedia Pustaka).
- Hidayat, A. (2009). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisa data*. Jakarta: Salemba
- I Wayan Ari Sumardika, Ni Ketut Sri Diniari. (2017). *PENANGANAN DEPRESI PADA PASIEN LANSIA DENGAN PENYAKIT KARDIOVASKULAR*. Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unud Bagian/SMF Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/ RSUP Sanglah Denpasar 2013. 2017 July; 23(3): 225–229 p-ISSN 0854-4263 | e-ISSN 4277-4685 Available at [www.indonesianjournalofclinicalpathology.or.id](http://www.indonesianjournalofclinicalpathology.or.id)
- Kemenkes RI. (2018). Situasi kesehatan jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Khairul Darussalam, Firman dan Nurmina.(2018). Hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Poliklinik jantung RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*. Bukittinggi. Sumatera Barat.
- Kholidah E, Alsa A. *Berpikir positif untuk menurunkan stres psikologis*. *J Psikol*. 2012;39(1):67–75.
- Kolcaba, Katharine. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to

pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194. 32

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C.(2006). Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (11), 538 -544.

Majid, A., & Utara, U. S. (2008). *PENYAKIT JANTUNG KORONER* :

Mclean, J. A., Strongman, K. T., & Neha, T. N. (2007). Psychological Distress, Casual Attributions, and Coping. *New Zealand Journal of Psychology*, 85-92.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2017). Social causes of psychological distress. In *Social Causes of Psychological Distress*.  
<https://doi.org/10.4324/9781315129464>

Muhammad Arif dan Yuli Permata Sari. (2019). Efektifitas terapi musik Mozart terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post operasi fraktur di Ruang Bedah RS. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*. Bukittinggi. Sumatera Barat.

Natalina, D. (2013) . *Terapi Musik Klasik Bidang Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

Nikandish, R, et al.(2007).*The impact of music post operative pain and anxiety*, M. E. J, *Anesth* 19(3).

Nilsoon, U. (2009). *Caring music: music intervation for improved health*, diakses pada website: ([www.orebroll.sc/uso/page/2436.aspx](http://www.orebroll.sc/uso/page/2436.aspx)).

Niven, N. (2007). Coronary Heart Disease Indonesian. *Universitas Stuttgart*, 1–8.

Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 3*/Nursalam —Jakarta: Salemba Medika.

PERKI. (2016). *Panduan praktik klinis (ppk) dan clinical pathway (cp) penyakit jantung dan pembuluh darah*. Jakarta

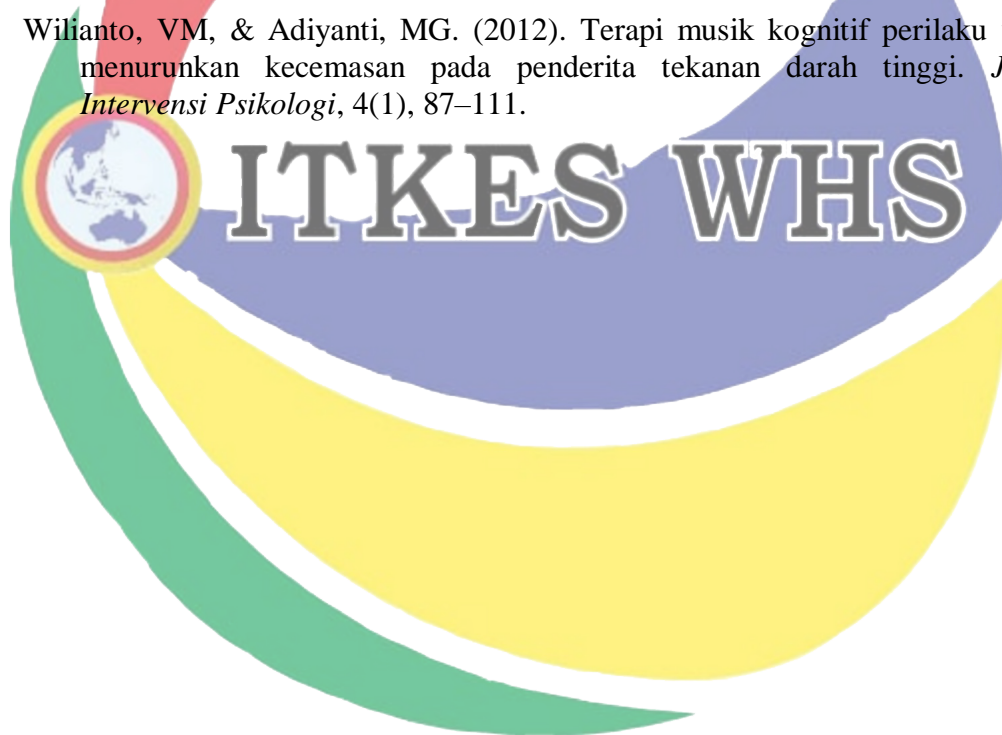
Pratik Pimple, MBBS, MPH, PhD. (2019). *Psychological Distress and Subsequent Cardiovascular Events in Individuals With Coronary Artery Disease*. *J Am Heart Assoc*. 2019;8:e011866. DOI: 10.1161/JAHA.118.011866.

Rekam Medis RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. (2019). *Laporan tahunan 2019*. Balikpapan.

Rosdahl, C.B. dan Kowalski, M.T. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*, edisi 10 volume 3, EGC, Jakarta.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). *Social Structure and Psychological Functioning*. In J. Delamater (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 411-447). Boston, MA: Springer US.

- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth*. Edisi 12. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Soekidjo Notoatmodjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248–255. <https://doi.org/10.1093/ije/31.1.248>
- Sugiyono.(2012).*Metode Penelitian Bisnis*. Bandung : Alfabeta.
- Surya Irayani Yunus, Rini Sitanaya, dan Badai Septa. (2019). *Pengaruh pemberian terapi musik instrumental dan terapi murotal al quran terhadap tingkat kecemasan pada pasien perawatan gigi di klinik gigi Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Makassar*.Sulawesi Selatan.
- Syukri, A. (2013). PROFIL PENYAKIT JANTUNG KORONER DI IRINA F JANTUNG RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO. *E-CliniC*, 1. <https://doi.org/10.35790/ecl.1.1.2013.6036>
- Wilianto, VM, & Adiyanti, MG. (2012). Terapi musik kognitif perilaku untuk menurunkan kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 4(1), 87–111.



Lampiran 1

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

Keterangan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Penyusunan Proposal							
Ujian Proposal							
Revisi Proposal							
Penelitian							
Penelitian							
Ujian Skripsi							
Ujian Akhir Ujian Skripsi							
Ujian Akhir Revisi							
Pendaftaran Yudisium							
Yudisium							
Publikasi							





NOMOR : 40179/SI IKES-WHS/XI/2019

Hal : Lampiran

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

Lampiran 3

### LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Budi Sujarwo

NIM : B21824705601

Saya adalah Mahasiswa ITKES Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner.”

Untuk itu saya mengharapkan partisipasi dari Bapak/Ibu agar bersedia mengisi lembar pertanyaan atau menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Apapun jawaban yang diberikan akan dirahasiakan dan digunakan oleh peneliti untuk penelitian. Dalam kesempatan ini saya memohon Bapak/Ibu untuk menjawab dengan sebenar-benarnya karena jawaban Bapak/Ibu sangat mempengaruhi penelitian saya.

Atas partisipasi dan kesediaan Bapak/Ibu dalam kerjasamanya saya mengucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

Budi Sujarwo

Lampiran 4

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Alamat: .....

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner” yang dilakukan oleh mahasiswa ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Distres Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang membahayakan bagi pasien yang bersedia menjadi responden, karena dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Terapi Musik Mozart. Sebelum dilakukan intervensi musik Mozart akan diukur (*pretest*) tingkat distres psikologis dengan menggunakan instrument penelitian yaitu *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* yang telah peneliti siapkan. Setelah itu peneliti akan melakukan intervensi terapi musik Mozart selama 15-30 menit. Setelah dilakukan intervensi peneliti melakukan pengukuran kembali (*posttest*) tingkat distres psikologis dengan menggunakan instrument penelitian yang sama yaitu *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Setiap responden akan diberikan perlakuan yang sama tanpa ada perbedaan intervensi. Data-data yang dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya dan jika ada suatu perihal yang

ingin dipertanyakan responden bisa menghubungi nama-nama yang tertera dibawah ini :

1. Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep., M. Kep  
No. Hp : 081235338835
2. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, M.S  
No. Hp : 081548538457
3. Budi Sujarwo  
No. Hp : 0811532686

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

Balikpapan, 2020

Mengetahui  
Peneliti

Budi Sujarwo

Yang membuat pernyataan

**ITKES WHS**  
Nama & Tanda Tangan



**INSTRUMEN PENELITIAN**

**Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit  
“Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)”**

Nama Responden :

Jenis Kelamin/Umur :

Tanggal Pemeriksaan :

Beri tanda rumput atau lingkari jawaban yang paling benar. Jangan berpikir terlalu lama untuk masing-masing jawaban. Jawablah seperti yang anda rasakan sekarang.

1.	Saya merasa tegang atau “sakit hati”	Hampir selalu	3	A
		Sering sekali	2	
		Dari waktu ke waktu, sekali-sekali	1	
		Tidak sama sekali	0	
2.	Saya masih senang dengan hal-hal yang dulu saya sukai	Tentu saja sangat suka	0	D
		Tidak begitu suka	1	
		Hanya sedikit suka	2	
		Hampir tidak suka sama sekali	3	
3.	Saya mendapat semacam perasaan takut seolah-olah ada sesuatu yang mengerikan akan terjadi	Tentu saja dan sungguh tidak mengenakan	3	A
		Ya, tetapi tidak begitu buruk	2	
		Sedikit, tetapi tidak membuat saya khawatir	1	
		Tidak sama sekali	0	

4	Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucu dari sesuatu hal	Sebanyak yang saya selalu bisa lakukan	0	D
		Tidak terlalu bisa sekarang	1	
		Tentu saja tidak begitu banyak sekarang	2	
		Tidak sama sekali	3	
5	Ada pikiran takut melintas di pikiran saya	Terlalu sering	3	A
		Sering	2	
		Dari waktu ke waktu, tetapi tidak terlalu sering	1	
		Hanya sekali-sekali	0	
6	Saya merasa ceria	Tidak sama sekali	3	D
		Tidak sering	2	
		Kadang-kadang	1	
		Hampir selalu	0	
7	Saya bisa duduk nyaman dan merasa santai	Tentu saja	0	A
		Biasanya	1	
		Tidak sering	2	
		Tidak sama sekali	3	
8	Saya merasa seperti saya dibuat lambat	Hampir selalu	3	D
		Sering kali	2	
		Kadang-kadang	1	
		Tidak sama sekali	0	
9	Saya ada semacam perasaan takut seperti rasa muak dalam	Tidak sama sekali	0	A
		Sekali-sekali	1	
		Agak sering	2	
		Sering sekali	3	

	perut			
10	Saya tidak tertarik lagi dengan penampilan saya	Tentu saja	3	D
		Saya tidak sepeduli seperti yang semestinya	2	
		Saya mungkin tidak begitu peduli	1	
		Saya hanya peduli seperti yang sudah-sudah	0	
11	Saya merasa gelisah karena saya harus sibuk	Gelisah luar biasa	3	A
		Agak gelisah	2	
		Tidak terlalu gelisah	1	
		Tidak sama sekali	0	
12	Saya ingin senang dengan sesuatu	Sebanyak yang saya bisa lakukan	0	D
		Agak kurang dari pada yang pernah saya lakukan	1	
		Tentu saja kurang daripada yang pernah saya lakukan	2	
		Hampir tidak sama sekali	3	
13	Saya tiba-tiba merasakan perasaan panik	Sering sekali	3	A
		Agak sering	2	
		Tidak terlalu sering	1	
		Tidak sama sekali	0	
14	Saya bisa menikmati buku atau acara radio atau TV yang bagus	Sering	0	D
		Kadang-kadang	1	
		Tidak sering	2	
		Jarang sekali	3	

Penilaian (Jumlahkan A = Kecemasan; Jumlahkan D = Depresi). Norma-norma di samping ini akan memberikan ide tentang sejauh mana kecemasan dan depresi Anda	0 – 7 = Normal 8 – 10 = Kasus ringan 11-15 = Kasus sedang 16-21 = Kasus berat
--	--

Sumber : Zigmond dan Snaith (1983)



Lampiran 6

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
TERAPI MUSIK MOZART**

Kompetensi : Pemberian terapi musik.

Pengertian : Pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik dari terapis kepada klien.

Tujuan : Memperbaiki kondisi fisik, emosional, dan kesehatan spiritual klien

Alat dan Bahan :

Headset, MP3, handphone

Prosedur :

Pre interaksi
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cek catatan keperawatan atau catatan medis klien jika ada.</li><li>2. Siapkan alat-alat Headset, MP3, handphone</li><li>3. Protokol kesehatan pencegahan COVID19 : perawat cuci tangan, memakai masker, memakai faceshield, memakai jubah pelindung</li></ol>
Tahap orientasi
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Beri salam dan panggil klien dengan namanya.</li><li>2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien dan atau keluarganya.</li><li>3. Protokol kesehatan pencegahan COVID19 : pasien cuci tangan, memakai masker.</li></ol>
Tahap kerja
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.</li><li>2. Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik.</li><li>3. Melampirkan pilihan musik Mozart untuk didengarkan.</li><li>4. Klien boleh memilih beberapa pilihan musik Mozart</li><li>5. Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman..</li><li>6. Bantu klien untuk mendapatkan suasana yang nyaman.</li><li>7. Dekatkan perlengkapan dengan klien. Pastikan alat dalam kondisi baik dan siap pakai.</li><li>8. Nyalakan musik dan lakukan terapi musik.</li><li>9. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras.</li><li>10. Ketika musik di dengarkan, reponden diminta mendengarkan dengan seksama instrumen , seolah-olah pemainnya sedang ada diruangan memainkan musik khusus untuk responden</li><li>11. Minta klien untuk berkonsentrasi pada musik dengan mengikuti irama dengan mengetuk jari atau menepuk paha.</li><li>12. Menetapkan perubahan pada perilaku dan atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi dan mengurangi rasa nyeri.</li><li>13. Instruksikan klien untuk menikmati musikkemanapun alunan musik itu membawa anda.</li></ol>
Tahap terminasi
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi hasil kegiatan dan kenyamanan pasien.</li><li>2. Rapikan alat-alat</li><li>3. Ucapkan salam dan terima kasih kepada klien</li></ol>

4. Cuci tangan

*Lampiran 7*


DAFTAR LAGU MUSIK MOZART

NO	JUDUL MUSIK	DURASI
1	Romance : Andante	6 menit 17 detik
2	Symphoni no. 40 in G minor	8 menit 11 detik
3	Music For Stress Relaxing, Mozart	1 jam 45 menit 33 detik
4	Music sleep therapy Mozart	1 jam 18 menit 1 detik
5	Mozart Relaxing	2 jam 29 menit 35 detik



Lampiran 8

Surat Permohonan Izin Pengambilan Data

 **PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO**  
**JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836**  
**BALIKPAPAN**

---

Balikpapan, 02 Desember 2019


No. : 423/3530/RSKD  
Lamp : 1 lembar  
Prihal : Ijin Permohonan Studi Pendahuluan

Kepada  
Yth : STIEKES Wiyata Husada  
Di -  
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 22149/STIEKES-WHS tanggal 22 November 2019 tentang Permohonan Studi Pendahuluan Penelitian di lingkungan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas terlampir.

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan terlampir melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

  
dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS  
Pembina TK. I  
NIP. 19650528 199707 1 001

NOMOR : 40179/S IIKES-WHS/XI/2019  
Hal : Lampiran

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

*Lampiran 9*

Surat Permohonan Izin Penelitian



Lampiran 10

HASIL UJI STATISTIK

1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

JENISKELAMIN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid L	8	28.6	61.5	61.5
Valid P	5	17.9	38.5	100.0
Total	13	46.4	100.0	
Missing System	15	53.6		
Total	28	100.0		

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	3	10.7	23.1	23.1
Valid 2.00	2	7.1	15.4	38.5
Valid 3.00	4	14.3	30.8	69.2
Valid 4.00	4	14.3	30.8	100.0
Total	13	46.4	100.0	
Missing System	15	53.6		
Total	28	100.0		

KET :

4 = 35-45 tahun

3 = 46-55 tahun

2 = 56- 65 tahun

1 = >66 tahun

**PENDIDIKAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	3.6	7.7
	SMP	3	10.7	23.1
	SMA	7	25.0	53.8
	D3	1	3.6	7.7
	S1	1	3.6	7.7
	Total	13	46.4	100.0
Missing	System	15	53.6	
Total		28	100.0	

**PEKERJAAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	1	3.6	7.7
	SWASTA	7	25.0	53.8
	TDK BEKERJA	5	17.9	38.5
	Total	13	46.4	100.0
Missing	System	15	53.6	
Total		28	100.0	

**2. HASIL UJI DESKRIPTIF**

**Descriptives**

KELAS		Statistic	Std. Error	
HASIL/SKOR	PRE TEST	Mean	19.3846	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.0900
			Upper Bound	20.6792
		5% Trimmed Mean	19.3162	
		Median	19.0000	
		Variance	4.590	
		Std. Deviation	2.14237	
		Minimum	16.00	
		Maximum	24.00	
		Range	8.00	
		Interquartile Range	2.50	

		Skewness		.608	.616
		Kurtosis		.539	1.191
	POST TEST I	Mean		16.7692	.36080
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.9831	
			Upper Bound	17.5553	
		5% Trimmed Mean		16.7436	
		Median		17.0000	
		Variance		1.692	
		Std. Deviation		1.30089	
		Minimum		15.00	
		Maximum		19.00	
		Range		4.00	
		Interquartile Range		2.50	
		Skewness		-.035	.616
		Kurtosis		-.954	1.191
		POST TEST II	Mean		14.8462
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	13.8641	
			Upper Bound	15.8282	
	5% Trimmed Mean		14.8846		
	Median		15.0000		
	Variance		2.641		
	Std. Deviation		1.62512		
	Minimum		12.00		
	Maximum		17.00		
	Range		5.00		
	Interquartile Range		2.50		
	Skewness		-.260	.616	
Kurtosis			-1.149	1.191	

### 3. HASIL UJI NORMALITAS SAPHIRO-WILK

#### Tests of Normality

	KELAS	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HASIL/SKOR	PRE TEST	.156	13	.200 <sup>*</sup>	.964	13	.820
	POST TEST I	.186	13	.200 <sup>*</sup>	.917	13	.229
	POST TEST II	.223	13	.077	.921	13	.258

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

a. Lilliefors Significance Correction

#### 4. HASIL Uji NORMALITAS STANDARDIZED RESIDUAL

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual for PRETEST	.156	13	.200*	.964	13	.820
Standardized Residual for POSTTEST1	.186	13	.200*	.917	13	.229
Standardized Residual for POSTTEST2	.223	13	.077	.921	13	.258

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

a. Lilliefors Significance Correction

#### 5. HASIL Uji REPEATED MEASURES ANOVA

##### Within-Subjects Factors

Measure:

DISTRESPSIKOLOGIS

WAKTU	Dependent Variable
1	PRETEST
2	POSTTEST1
3	POSTTEST2

##### Mauchly's Test of Sphericity<sup>a</sup>

Measure: DISTRESPSIKOLOGIS

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
WAKTU	.157	20.339	2	.000	.543	.555	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: WAKTU

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects						
Measure: DISTRESPSIKOLOGIS						
Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
WAKTU	Sphericity Assumed	134.923	2	67.462	48.949	.000
	Greenhouse-Geisser	134.923	1.085	124.305	48.949	.000
	Huynh-Feldt	134.923	1.110	121.600	48.949	.000
	Lower-bound	134.923	1.000	134.923	48.949	.000
Error(WAKTU)	Sphericity Assumed	33.077	24	1.378		
	Greenhouse-Geisser	33.077	13.025	2.539		
	Huynh-Feldt	33.077	13.315	2.484		
	Lower-bound	33.077	12.000	2.756		



#### Pairwise Comparisons

Measure: DISTRESPSIKOLOGIS						
(I) WAKTU	(J) WAKTU	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	2.615*	.368	.000	1.594	3.637
	3	4.538*	.637	.000	2.769	6.308
2	1	-2.615*	.368	.000	-3.637	-1.594
	3	1.923*	.309	.000	1.063	2.783
3	1	-4.538*	.637	.000	-6.308	-2.769
	2	-1.923*	.309	.000	-2.783	-1.063

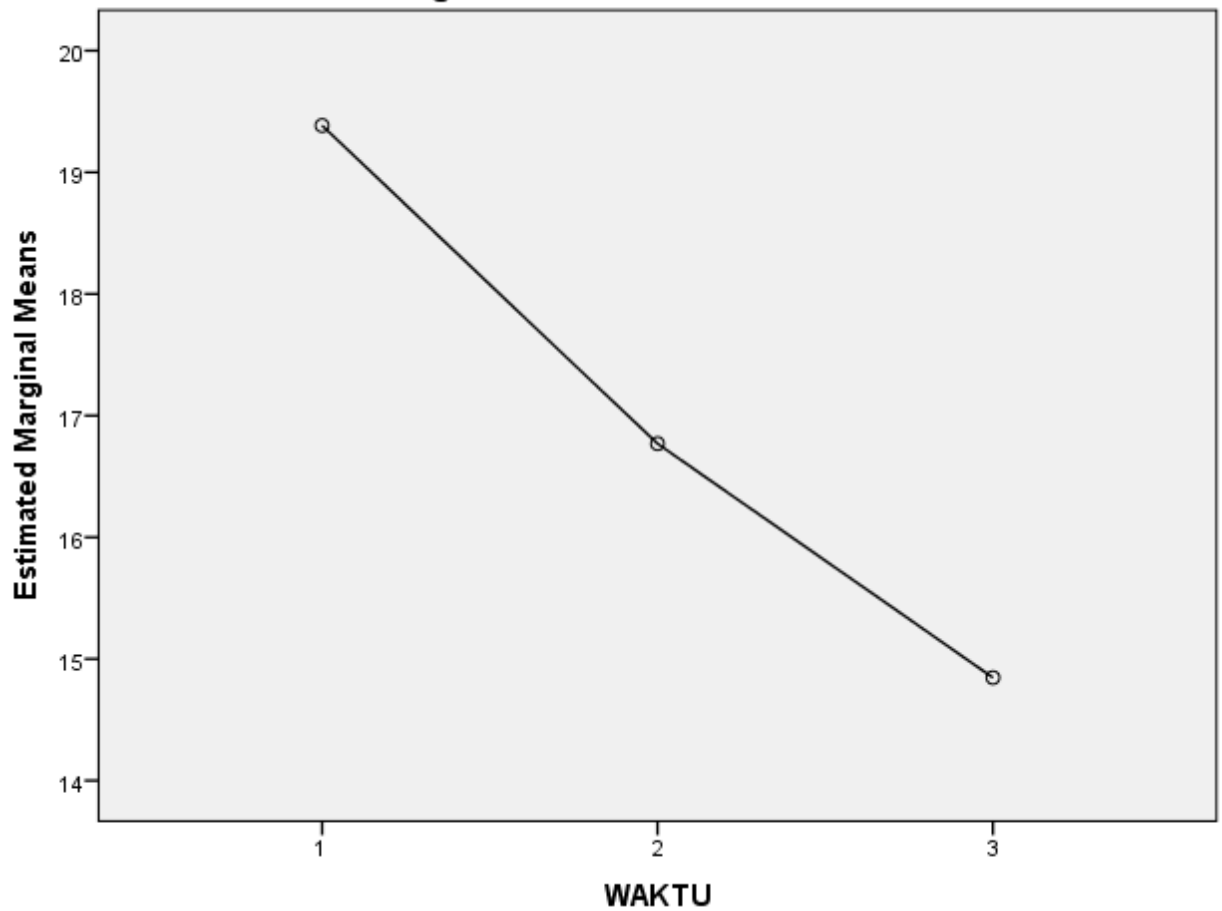
Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

#### PROFILE PLOTS

Estimated Marginal Means of DISTRESPSIKOLOGIS



*Lampiran 11*

Dokumentasi penjelasan dan pengisian lembar persetujuan bersedia menjadi responden, pengisian kuesioner dan pada saat intervensi terapi musik klasik Mozart













