

**STUDI DESKRIPTIF: DISTRESS PSIKOLOGI PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**



**Disusun Oleh:**

**ENDANG KRISNAWATI**

**NIM: B21825306301**

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

**2020**

**STUDI DESKRIPTIF: DISTRESS PSIKOLOGI PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**

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



**2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**STUDI DESKRIPTIF: DISTRESS PSIKOLOGI PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh:

**ENDANG KRISNAWATI**

**NIM: B21825306301**

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada  
Tanggal, 22 Agustus 2020

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S. Kep, M.S** (.....)  
NIDN: 113072.88.17.096
2. **Ns. Siti Kholifah, S. Kep, M.Kep** (.....)  
NIDN: 113072.89.13.039
3. **Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep, M. Kep** (.....)  
NIDN: 113072.83.11.023
4. **Ns. Marina Kristi Layun Rining, S. Kep, M. Kep** (.....)  
NIDN: 113072.93.19.039

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan**

**ITKES Wiyata Husada Samarinda**

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

**NIK. 113072.88.16.088**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Endang Krisnawati

NIM : B21825306301

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Skripsi Penelitian : Studi Deskriptif: Distress Psikologi pada pasien Penyakit Jantung Koroner

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

Samarinda, Agustus 2020

Yang membuat pernyataan,



Endang Krisnawati

NIM. B21825306301

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbingan-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Studi Deskriptif: Distress Psikologi 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.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah peneliti 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,SE, MM, AK, CA 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 Safitri, M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan . Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan bimbingan dalam proses penyusunan Skripsi ini. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
6. Ns. Marina Kristi Layun Rining, S. Kep.,M. Kep selaku pembimbing 2 yang telah banyak memberikan masukan-masukan dan ide-ide yang sangat membantu serta dengan ketelitian beliau sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Ns. Wahyu Dewi Sulistiyarini, S. Kep. M.S selaku penguji 1 yang telah banyak memberikan masukan-masukan yang sangat membantu sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

8. Ns. Siti Kholifah. S. Kep, M. Kep selaku penguji 2 yang telah banyak memberikan masukan-masukan yang sangat membantu sehingga skripsi ini terselasaikan dengan baik.
9. Dosen dan Staf Institut Tehnik Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan membimbing penulis selama kuliah.
10. Kepala Ruang ICCU di rumah sakit yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di ITKES Wiyata Husada Samarinda.
11. Teristimewa kedua orangtuaku, suami, anak-anakku yang telah mendoakan dan memberi dukungan sehingga skripsi ini dapat berjalan dengan baik.
12. Teman-teman seperjuangan program regular transfer Kanujoso Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah banyak membantu dan mendukung selama menyelesaikan skripsi ini.
13. Rekan-rekan kerja di Ruang ICCU di rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas pengertian dan rasa tenggang rasa serta dukungan selama menyelesaikan skripsi ini.
14. Semua pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun material dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, Peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, Agustus 2020

Peneliti

Endang Krisnawati

NIM. B21825306301

## STUDI DESKRIPTIF : DISTRESS PSIKOLOGI PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER

Endang Krisnawati<sup>1</sup>, Chrisylen Damanik<sup>2</sup>, Marina Kristi Layun Rining<sup>3</sup>  
[endangtoemadi@gmail.com](mailto:endangtoemadi@gmail.com)

**Latar Belakang** : Penyakit jantung koroner selain menyebabkan masalah fisik biasanya mengakibatkan masalah psikologi, baik karena perubahan fisiologi tubuh, fungsi peran, konsep diri, perubahan lingkungan maupun perubahan situasi karena dirawat. Distress psikologi yang tidak ditangani akan memperlambat proses penyembuhan, perburukan kualitas hidup dan mengakibatkan *sudden death*. **Tujuan** : teridentifikasi gambaran distress psikologis pada pasien penyakit jantung koroner. **Metode** : jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan Cross Sectional, 21 sampel, *consecutive* sampling, instrumen kuisioner *HADS*. **Hasil** : Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, menikah, berusia 51-60 tahun dengan pekerjaan wiraswasta dan berpenghasilan kurang dari satu juta. Distres psikologi sebagian besar responden berada pada tingkat sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distress psikologi tinggi dan 2 responden (9,5%) mengalami distress psikologi ringan. **Kesimpulan** : sebagian besar pasien dengan penyakit jantung koroner mengalami distress psikologi tingkat sedang. **Saran** : penting dilakukan asesment awal faktor penyebab distress psikologis pasien PJK agar dapat melakukan intervensi keperawatan dengan tepat

Kata Kunci : Distress Psikologi, Penyakit Jantung Koroner

<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

## DESCRIPTIVE STUDY: PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN PATIENTS OF CORONARY HEART DISEASE

Endang Krisnawati<sup>1</sup>, Chrisyen Damanik<sup>2</sup>, Marina Kristi Layun Rining<sup>3</sup>

**Summary :** Coronary heart disease is a cardiovascular disease that causes the highest mortality and the number of sufferers continues to increase. In addition to physical complaints, CHD patients usually experience psychological problems as a result of changes in body physiology, role function, self-concept and environmental changes and changes in situations due to treatment. If the psychological distress is not treated promptly, the prognosis will get worse, slow down the healing process, worsen quality of life and result in sudden death. To determine the factors that cause psychological distress experienced by CHD patients, it is important to carry out an initial assessment in order to carry out appropriate nursing interventions. **Objective:** To identify the psychological distress in patients with coronary heart disease. **Method:** This type of research is descriptive with a cross sectional approach, with a sample of 21 respondents using the consecutive sampling method, the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) questionnaire instrument. **Results:** moderate psychological distress, 14 respondents (66.7%), 5 respondents (23.8%) experienced high psychological distress and 2 respondents (9.5%) experienced mild psychological distress. The majority of respondents in this study were male, married, aged 51-60 years with self-employed jobs and earning less than one million. In **conclusion:** patients with coronary heart disease experience moderate psychological distress.

Keywords: Psychological Distress, Coronary Heart Disease

<sup>1</sup> Student of the Nursing Science Program ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup> Lecturers of the Nursing Science Program ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup> Lecturers of the Nursing Science Program ITKES Wiyata Husada Samarinda



## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Penelitian Terkait .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
A. Telaah Pustaka.....	8
1. Penyakit Jantung Koroner .....	8
2. Distres Psikologi.....	15
3. Teori Keperawatan Roy.....	19
B. Kerangka Teori.....	25
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>26</b>
A. Rancangan Penelitian .....	26
B. Kerangka Konsep Penelitian .....	26
C. Populasi dan Sampel .....	26
D. Variabel penelitian dan Definisi operasional .....	28
E. Lokasi dan Waktu penelitian .....	28
F. Sumber data dan Instrumen penelitian .....	28
G. Uji instrumen.....	29
H. Prosedur Pengumpulan data .....	30
I. Pengolahan Data.....	31
J. Analisa Data .....	32
K. Etika Penelitian.....	33
L. Alur Penelitian.....	35
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>36</b>

A. HASIL PENELITIAN .....	36
B. PEMBAHASAN.....	39
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>43</b>
A. KESIMPULAN .....	43
B. SARAN .....	43
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>45</b>



## DAFTAR TABEL

	Hal
1. Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	28
2. Tabel 4.1 Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden .....	37
3. Tabel 4.2 Distribusi frekuensi tingkat distres psikologi.....	38
4. Tabel 4.3 distribusi frekuensi tingkat distres psikologi berdasarkan karakteristik responden.....	38



## DAFTAR SKEMA

1. Skema 2.1 Sistem Adaptasi Manusia menurut Roy .....	20
2. Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian.....	25
3. Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	26
4. Skema 3.2 Alur Penelitian .....	35



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat ijin melakukan studi pendahuluan di Ruang ICCU RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan .....	xiv
Lampiran 2 Lembar persetujuan responden .....	xv
Lampiran 3 Data Demografi Responden.....	xvi
Lampiran 4 Instrumen Penelitian <i>HADS ( Hospital Anxiety and Depression Scale)</i> .....	xvii
Lampiran 5 Hasil tabulasi data.....	xx



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti penyakit jantung koroner (PJK), penyakit gagal jantung atau payah jantung, hipertensi dan stroke (Kemenkes RI, 2014). Penyakit jantung koroner (PJK) penyakit jantung yang disebabkan penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya arterosklerosis (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (*plaque*) pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun (Kabo, P dan Karim, 2008). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya PJK antara lain: umur, kelamin, ras, geografis, keadaan sosial, perubahan masa, kolesterol, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, *exercise*, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stres serta keturunan (Anwar, 2004). Serangan PJK ditandai dengan nyeri dada yang terus menerus walaupun pasien sudah istirahat, sesak nafas, keringat dingin, pusing, mual dan muntah dan kelelahan yang sangat ekstrim.

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2015) melaporkan lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah dan sekitar 31% dari seluruh kematian di dunia, sebagian besar atau sekitar 8,7 juta kematian disebabkan oleh karena penyakit jantung koroner. Di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Penderita penyakit jantung koroner pada tahun 2013 di daerah kalimantan timur berdasarkan diagnosis/ gejala 1.0 % atau diperkirakan 27.535 orang (Kemenkes RI, 2014).

PJK biasanya diikuti oleh reaksi-reaksi psikologis seperti stres, ansietas dan depresi. Jelas bahwa faktor psikologis seperti stres, ansietas dan depresi memiliki efek yang tidak diinginkan pada prognosis PJK dan mungkin sebagai hambatan untuk meningkatkan kondisi pasien. Penderita jantung koroner memiliki tingkat stres dan kecemasan yang tinggi, yang berkaitan

dengan *treatment* yang harus dijalani seperti diet atau pengaturan makanan, konsumsi obat dan juga olahraga. Selain itu risiko komplikasi penyakit yang dialami penderita juga menyebabkan terjadinya stres (Sholichah, 2009 dalam Gustina, 2012). Hasil penelitian (Wirtz & von Känel, 2017) faktor stress juga dapat memicu terjadinya PJK, stress kronis meningkatkan risiko PJK dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stress emosional akut dapat memicu kejadian PJK akut pada pasien yang rentan. Tingkat stres yang tinggi juga meningkatkan kemungkinan iskemia miokard dan disritmia, penurunan ingatan pasien dan kualitas hidupnya dan menyebabkan berbagai masalah yang berbeda selama mereka dirawat di rumah sakit (Aghakhani, et al, 2011). Para ahli kesehatan klinik berpendapat bahwa stres dapat memicu semburan adrenalin dan zat katekolamin yang tinggi yang dapat mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan jantung serta peningkatan denyut jantung, sehingga dapat menyebabkan terganggunya suplai darah ke jantung, hal ini akan memicu terjadinya serangan jantung pada penderita PJK dan juga dapat semakin memperburuk kondisi/ prognosis penderita Penyakit Jantung Koroner (Sumiati, et al, 2010)

Depresi dan kecemasan adalah dua bentuk utama dari distress psikologi. 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, 2017). Ada beberapa faktor yang terkait dengan depresi pada pasien dengan PJK, yaitu mekanisme coping, dukungan sosial, persepsi penyakit, dan efikasi diri pasien (Heo, S., et al., 2014). Pasien PJK dengan distress psikologi lebih beresiko tinggi dibandingkan dengan yang tidak mengalami distress. Distress dapat melemahkan kondisi banyak pasien bila tidak ditangani dan dapat menyebabkan kejadian penyakit jantung yang fatal yang disebabkan oleh aktivitas simpatik yang berlebihan. Peningkatan aktivitas simpatik berlebihan mengedarkan katekolamin dan menghasilkan reaktivitas kardiovaskular yang berlebih. Reaktivitas kardiovaskular sering mengakibatkan takikardia dan meningkatkan resistensi sistemik (Swan, 1991

dalam Kyungeh, 2002). Beberapa penelitian telah menemukan hubungan depresi dengan berkurangnya variabilitas denyut jantung, termasuk penelitian terhadap pasien jantung yang mengalami depresi dan terdapat risiko relatif terhadap peristiwa aritmia diantara pasien paska *infark miokard*. Depresi pasca *infark miokard* berhubungan dengan perburukan kesehatan yang mengakibatkan perburukan kualitas hidup, kekambuhan kelainan jantung, dan mortalitas (Huffman, et al, 2010).

Respon atau reaksi seseorang terhadap stressor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan yang lainnya, ada yang menunjukkan gejala-gejala stres, ada juga yang menunjukkan gejala-gejala kecemasan dan atau depresi. Tidak jarang ketiga gejala tersebut juga saling tumpang tindih, sebab dalam pengalaman klinis jarang ditemukan ketiga gejala tersebut masing-masing berdiri sendiri. Pada stres, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan fisik tetapi dapat pula disertai keluhan psikis. Pada gejala ansietas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan psikis seperti ketakutan dan kekhawatiran, tetapi dapat pula disertai keluhan fisik. Pada depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan psikis seperti kemurungan dan kesedihan, tetapi dapat pula disertai keluhan fisik (Hawari, 2013).

Studi pendahuluan yang dilakukan dari melihat data di bagian Rekam Medik berdasarkan hasil dari pengambilan data tahunan di RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan diperoleh informasi jumlah pasien yang dirawat dengan penyakit jantung di tahun 2017 sebanyak 671 kasus sedangkan di 2018 sebanyak 814 kasus. Penyakit jantung terbanyak baik di tahun 2017 dan 2018 adalah PJK. Di tahun 2017 berjumlah 452 (67,36%) kemudian di tahun 2018 berjumlah 554 (68,00%). Untuk pasien PJK selain pemberian obat oral juga dilakukan Angiografi /PCI, pada tahun 2017 berjumlah 225 tindakan (49,77%), sedangkan pada tahun 2018 berjumlah 234 tindakan (42,23 %), untuk kasus STEMI yang di lakukan tindakan trombolitik tahun 2017 sebanyak 10 pasien (5%), Tahun 2018 sebanyak 15 pasien (7,4 %), untuk kasus PJK yang mengalami *sudden death* akibat dari perburukan 35 pasien (RSKD, 2018).

Hasil wawancara pada assesment awal pasien PJK yang masuk di ruang ICCU, 5 orang dari 8 pasien mengatakan takut mati, 4 dari 8 pasien khawatir akan kondisi kesehatannya, 5 dari 8 pasien mengatakan kesulitan tidur 3 dari 8 pasien mengatakan terpikir anak dan istri, 2 dari 8 pasien menyakal akan penyakit yang diderita. Masalah yang harus ditangani pada pasien PJK dengan distress psikologi adalah ansietas dan tidak keefektifan koping. Salah satu teori keperawatan yang sesuai untuk masalah ini yaitu teori keperawatan Sister Callista Roy dengan model adaptasi, salah satu objek utamanya yaitu manusia. Model keperawatan adaptasi Roy adalah model keperawatan yang bertujuan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit.

Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian fokus meliputi pengumpulan data seperti fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Terjadinya distress psikologis sangat berkaitan dengan kemampuan atau koping seseorang dalam mengatasi masalah. Pelayanan yang bersifat preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif yang ditujukan pada pasien Penyakit Jantung Koroner yang mengalami stres psikologis berperan penting dalam usaha untuk menurunkan dan mencegah serangan ulang nyeri dada melalui pencegahan stres psikologis. Hasil pengolahan dan analisis data diperoleh dari penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Dustira Cimahi, menunjukkan bahwa sumber stres psikologis sebagai pencetus serangan ulang nyeri dada yang paling dominan dengan persentase (95,8%). (Wintarsih wiwin. 2006).

Berdasarkan fenomena diatas maka perlu dilakukan penelitian tentang “Studi Deskriptif: Distress Psikologis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Ruang ICCU RSUD Dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan”.

## B. Rumusan Masalah

PJK merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang menyebabkan kematian tertinggi serta jumlah penderitanya terus meningkat setiap tahunnya. Selain keluhan fisik, pasien PJK biasanya juga mengalami masalah psikologi, reaksi-reaksi psikologis seperti stres, cemas dan depresi akibat dari perubahan fisiologis tubuh, fungsi peran, konsep diri, dan karena faktor perubahan lingkungan dan situasi saat pasien dirawat di ruang ICCU. Depresi dan kecemasan merupakan bentuk utama dari distress psikologi. Apabila distress psikologi tersebut tidak segera ditangani tentu akan memberikan prognosis yang buruk terhadap kondisi pasien yang mengakibatkan *sudden death*, serta perburukan kesehatan yang mengakibatkan perburukan kualitas hidup dan akan memperlambat proses penyembuhan. Sebagai seorang perawat sangat penting untuk mengetahui faktor penyebab distress psikologi yang dialami oleh pasien PJK, agar dapat melakukan intervensi keperawatan dengan tepat. Penelitian terkait tentang studi deskriptif: distress psikologi pada pasien PJK belum pernah dilakukan, sehingga yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana gambaran distress psikologis pada pasien penyakit jantung koroner di Ruang ICCU Rumah Sakit Dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan?”.

## C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah teridentifikasi gambaran distress psikologis pada pasien penyakit jantung koroner di Ruang ICCU Rumah Sakit

## D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

### 1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami gambaran distress psikologi pada pasien PJK yang dirawat di ruang intensif

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Pusat Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini data primer mengenai gambaran pasien PJK yang mengalami distress psikologi dan menjadi tolak ukur dalam pengembangan pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya pada pasien PJK yang mengalami distress psikologi di ruang perawatan intensif.

b. Bagi Peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan baik dalam studi kuantitatif dengan mempertimbangkan factor-faktor yang mempengaruhi distress psikologi pada pasien PJK di ruang perawatan intensif

**E. Penelitian Terkait**

Penelitian yang berjudul Studi Deskriptif Distres Psikologi pada pasien penyakit jantung koroner belum pernah dilakukan, namun ditemukan beberapa penelitian yang hampir serupa yaitu;

1. Evangeline, et.al., (2007). Judul penelitian: Gambaran stres psikologis sebagai pencetus serangan ulang nyeri dada pada klien penyakit jantung koroner di Cimahi. Metode penelitian: deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada 24 pasien dengan penyakit jantung koroner yang mengalami serangan ulang dengan menggunakan teknik sampling aksidental. Data diperoleh dengan angket dan data di analisis secara univariat. Persamaan dengan penelitian ini terletak pada variabel stress psikologi pasien PJK, jenis desain, instrumen dan tehnik analisa data. Sedangkan perbedaannya adalah pada tehnik sampling, jumlah sampel dan tempat penelitian.
2. Kurniawan, et.al., (2015). Judul penelitian: Pengalaman pasien mengalami serangan jantung pertama kali. Metode penelitian: kualitatif fenomenologis. Penelitian ini dilakukan terhadap empat laki-laki dan tiga perempuan yang berusia antara 42–68 tahun. Analisa data menggunakan metode Colaizzi.
3. Emaliyawati, et.al., (2017). Judul penelitian: Pengalaman psikologis pasien infark miokard di Bandung. Jenis penelitian: deskriptif kualitatif dengan pendekatan phenomenology. Jumlah informan 10 orang pasien yang diperoleh dengan menggunakan tehnik purposive sampling dan

metode pengumpulan data dengan wawancara. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam kemudian dianalisa menggunakan content analysis dari Hancoch.

4. Ketut Maendra et al., (2014). Judul penelitian: Prevalensi tingkat kecemasan pada pasien infark miokard lama di poliklinik jantung RSUP PROF. Dr. Kandou. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan sampel yang berjumlah 60 orang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi tingkat kecemasan pada pasien infark miokard lama di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi kecemasan pada pasien infark miokard di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yaitu 93,3% dan tingkat kecemasan sedang didapatkan paling banyak.
5. Sardinha et al., (2011). Judul penelitian: Prevalensi gangguan kejiwaan dan kecemasan yang berhubungan dengan kesehatan pada pasien jantung. Tujuan: Untuk mengidentifikasi gangguan kejiwaan dan menilai kecemasan terkait kesehatan dan jantung pada pasien penyakit arteri koroner yang menghadiri program latihan yang diawasi. Metode: Empat puluh dua pasien jantung pria diwawancarai menggunakan Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) versi 5.0 dan diinstruksikan untuk melengkapi Indeks Sensitivitas Kecemasan, Kuesioner Kognisi Agorafobik, Skala Sensasi Tubuh, dan Kuesioner Anxiety Cardiac. Hasil: Tiga puluh delapan persen dari peserta disajikan dengan satu atau lebih gangguan kejiwaan (PD) tetapi hanya 19% yang disajikan dengan beberapa PD. Gangguan kejiwaan dikaitkan dengan skor kecemasan terkait kesehatan dan jantung yang lebih tinggi ( $p < 0,05$ ). Tidak ada hubungan yang ditemukan antara skor kecemasan ini dan tingkat keparahan penyakit kardiovaskular ( $p > 0,05$ ).

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Telaah Pustaka

#### 1. Konsep Penyakit Jantung Koroner

##### a. Pengertian

Penyakit jantung koroner (PJK) 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 diedarkan 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 Pectoris 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. Anda 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. Etiologi

Jantung adalah pompa yang bertanggung jawab untuk sirkulasi darah keseluruh tubuh. Miokardium adalah otot yang bertanggung jawab memompa darah, dan otot lain yang memerlukan darah yang kaya energi. PJK disebabkan oleh 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 dan akan mendorong terjadinya serangan jantung stres serta keturunan (Hermawati, Risa. 2014). Menurut Praptiwi (2017), hormon estrogen dapat melindungi perempuan dari penyakit negatif, salah satunya adalah penyakit jantung. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya PJK selain peningkatan kadar kolesterol antara lain: umur, kelamin, ras, geografis, keadaan sosial, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, exercise, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stres serta keturunan (Anwar, 2004).

### d. Mekanisme

PJK merupakan manifestasi dari penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya arterosklerosis maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (plaque) pada dinding arteri koroner. Berdasarkan proses patofisiologis dan derajat keparahan miokard iskemik dapat digambarkan sebagai berikut:

#### 1) Stabel Angina

Stabel angina kronik adalah manifestasi yang dapat diramalkan, nyeri dada sementara yang terjadi selama kerja berat atau stres emosi. Umumnya disebabkan oleh plak atheromatosa yang terfiksir dan obstruktif pada satu atau lebih arteri koroner. Pola nyerinya berhubungan dengan derajat stenosis. Seperti yang

digambarkan saat arterosklerosis menyempitkan lumen arteri koroner lebih dari 70% menurunkan kapasitas aliran untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Saat aktivitas fisik berat, aktivitas sistem saraf meningkatkan denyut jantung, tekanan darah dan kontraktilitas yang meningkatkan kebutuhan konsumsi oksigen. Selama kebutuhan oksigen tak terpenuhi, terjadi iskemik miokard diikuti angina pectoris yang mereda bila keseimbangan oksigen terpenuhi. Sebenarnya oksigen yang inadekuat selain disebabkan oleh atherosclerosis juga disebabkan oleh kerusakan endotel namun pada kasus ini vasodilatasi distal dan aliran kolateral masih berlangsung baik sehingga kebutuhan oksigen masih bisa diseimbangkan dengan cara beristirahat. (Leonard, 2011 ; Fraker TD Jr, Fihn SD, 2007)

### 2) *Unstable Angina*

Pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat aktivitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini adalah tanda akan terjadi infark miokard akut. Unstable angina dan miokard infark akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dari plak arterosklerosis pada pembuluh darah koroner (Leonard, 2011).

### 3) *Infark Miokard Acut*

Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI) umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya. Stenosis arteri koroner berat yang berkembang secara lambat biasanya tidak memacu STEMI karena berkembangnya banyak aliran kolateral sepanjang waktu. STEMI terjadi jika trombus arteri koroner terjadi secara cepat pada lokasi injuri vaskular, di mana injuri ini dicetuskan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi dan akumulasi lipid. Pada sebagian besar kasus, infark terjadi jika plak aterosklerosis mengalami fisur, ruptur atau ulserasi dan jika kondisi lokal atau

sistemik memicu trombogenesis, sehingga terjadi trombus pada lokasi ruptur yang mengakibatkan oklusi arteri koroner. Pada kondisi yang jarang, STEMI dapat juga disebabkan oleh oklusi arteri koroner yang disebabkan oleh emboli arteri koroner, abnormalitas kongenital, spasme koroner dan berbagai penyakit inflamasi sistemik. Non STEMI dapat disebabkan oleh penurunan suplai oksigen atau peningkatan oksigen demand miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner. NSTEMI terjadi karena thrombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner. Trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil dengan inti lipid besar dan fibrous cap tipis dan konsentrasi tissue factor tinggi. Inti lemak yang cenderung ruptur mempunyai konsentrasi ester kolesterol dengan proporsi asam lemak tak jenuh yang tinggi. Pada lokasi ruptur plak terdapat proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Sudoyo Aru W *et al.*, 2006 ; Antman E, 2005).

#### d. Tanda Dan Gejala

Pada umumnya pasien PJK mengeluhkan nyeri dada, perlu dilakukan anamnesis secara cermat apakah nyeri dada berasal dari jantung atau luar jantung. Sifat nyeri dada angina dapat dilihat dari lokasi pada area substernal, retrosternal, dan prekordial. Nyeri bersifat rasa sakit seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat seperti ditusuk, rasa diperas, dipelintir. Biasanya nyeri menjalar ke lengan kiri, leher, rahang bawah, punggung, perut dan dapat pula ke lengan kanan. Nyeri dapat membaik atau hilang dengan istirahat atau obat nitrat. Selain nyeri dada dapat juga disertai mual, muntah, rasa cemas, sesak nafas dan keringat dingin. (Leonard, 2011 ; Fraker TD Jr, Fihn SD, 2007 ; Antman E, 2005)

#### 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. Penatalaksanaan

Majid, (2007), menyebutkan tujuan pengobatan pada pasien PJK adalah untuk memperbaiki prognosis dengan cara mencegah infark miokard dan kematian.

1) Penatalaksanaan secara farmakologi.

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 (contoh: perdarahan lambung yang aktif, alergi aspirin, atau riwayat intoleransi aspirin).
- b) Pengobatan statin untuk semua pasien dengan PJK
- 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.
- d) Pemberian Beta-blocker secara oral pada pasien gagal jantung atau yang pernah mendapat infark miokard.

2) Revaskularisasi miokard

Tujuan dari revaskularisasi adalah meningkatkan survival ataupun mencegah infark ataupun untuk menghilangkan gejala. Ada dua cara revaskularisasi yang telah terbukti baik pada PJK yaitu:

- a) Tindakan revaskularisasi pembedahan, coronary artery bypass surgery (CABG).
- b) Percutaneous coronary intervention (PCI).

Revaskularisasi dilakukan pada pasien jika:

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

3) Penatalaksanaan secara non farmakologi

Pada pasien PJK pentalaksanaan secara farmakologi adalah dengan berhenti merokok, mengontrol berat badan dan tekanan darah, melakukan aktivitas fisik, pengelolaan diabetes, dan manajemen stress. Pasien PJK sering mengalami cemas dan stress. Ruz, M.E.A., Lennie, T.A., & Moser, (2011) menyimpulkan bahwa pasien jantung yang mengalami kecemasan memiliki risiko komplikasi lebih besar. Pengobatan non farmakologi merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi cemas dan stres pada pasien PJK baik pada masa perawatan di rumah sakit maupun paska perawatan di rumah sakit. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan dalam upaya untuk menurunkan cemas dan stress seperti terapi relaksasi nafas dalam, terapi musik, terapi murottal, terapi relaksasi benson, terapi perilaku kognitif (TPK), terapi warna, mindfulness dan yang lainnya.

## 2. Konsep *Distress Psikologi*

### a. Pengertian

Seseorang yang terdiagnosa mengalami PJK perlu melakukan perubahan gaya hidup yang cukup masif. Kondisi ini dapat memicu timbulnya distress baru, ditambah lagi perubahan dalam kondisi fisik dan peran akibat sakit yang berkepanjangan. Distress psikologi 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. Istilah distress juga terkadang digunakan untuk menggambarkan gejala dan gejala medis (*somatic distress*)

Konsep distress pertama kali diambil dari teori Hans Selye *General Adaptation Syndrome* (GAS) yang menjelaskan mengenai respon

fisiologis dan psikologis terhadap stres yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang mengancam. Dalam teori ini, distress digambarkan sebagai kesulitan untuk beradaptasi terhadap stressor eksternal, meskipun sebenarnya stres bisa saja menyebabkan dampak yang membuat seseorang bisa bersemangat (*eustress*). Oleh sebab itu, Distres bisa dikonseptualisasikan sebagai bentuk ketegangan internal yang disebabkan oleh stressor dari lingkungan (Mirowsky & Ross, 2017)

Distress 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 (Folkman & Lazarus, 1985). Berdasarkan beberapa pendapat yang dikemukakan para ahli, dapat ditarik kesimpulan bahwa distress psikologi 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.

#### **b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologi**

Mirowsky & Ross, (2017) menjelaskan bahwa terdapat empat pola sosial dasar yang mempengaruhi distress. Pola sosial yang pertama adalah gender, di mana perempuan lebih mudah mengalami distress dibandingkan dengan laki-laki. Kemudian, status pernikahan, dimana dijelaskan bahwa individu yang sudah menikah cenderung lebih resilien terhadap distress bila dibandingkan dengan individu belum menikah. Selanjutnya adalah peristiwa hidup yang tidak diinginkan, yaitu bahwa semakin banyak terjadinya perubahan yang tidak diinginkan dalam sebuah kehidupan seseorang, maka semakin tinggi tingkat distress yang dialami. Serta terakhir, yaitu kelas sosial ekonomi, dimana disebutkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang (baik dari segi pendidikan, pekerjaan maupun pemasukan) maka semakin rendah tingkat distress yang dialami. Matthews, (2000) juga mengemukakan bahwa distress merefleksikan baik pengaruh situasional dari lingkungan (termasuk peristiwa yang terjadi dalam hidup, pengaruh fisiologis,

kognitif dan sosial yang disebabkan oleh peristiwa tersebut) maupun faktor intrapersonal individu seperti kepribadian. Uraian mengenai faktor-faktor tersebut sebagai berikut:

#### 1. Pengaruh fisiologis

Mengkaji dari beberapa penelitian, ditemukan bahwa terdapat beberapa bagian otak memiliki pengaruh terhadap respon distress yang ditampilkan oleh individu. Jika mengalami kerusakan dapat menimbulkan respon-respon emosional yang ekstrem. Atau kerusakan lobus frontalis individu yang dapat menyebabkan gangguan respon emosional yang disertai dengan hilangnya kontrol perilaku.

#### 2. Pengaruh Kognitif

Model kognitif dari stres mengemukakan bahwa dampak fisiologis dan psikologis dari rangsangan lingkungan ditentukan juga oleh keyakinan serta harapan individu. Pada momen tertentu, distress akan muncul saat individu menilai dirinya tidak memiliki kontrol dalam menghadapi peristiwa-peristiwa yang dianggap penting pada kehidupannya.

#### 3. Pengaruh Sosial

Terdapat hambatan dalam menjalin hubungan sosial yang dimiliki individu, misalnya seperti situasi berduka, perselisihan keluarga, dan pengangguran, adalah faktor-faktor paling potensial yang dapat memunculkan distress. Dalam hal ini, keberadaan social support seringkali berfungsi untuk membantu menurunkan distress yang dialami individu.

#### 4. Kepribadian

Beberapa penelitian menunjukkan ada beberapa trait kepribadian yang memiliki hubungan dengan kecenderungan individu untuk mengalami emosi negatif. Pada sebuah penelitian, *trait neuroticism* terbukti menjadi prediktor bagi suasana hati yang negatif seperti depresi dan kecemasan. Hal ini berlawanan distress yang mendekati kondisi klinis, individu dapat sangat terbantu

dengan pemberian latihan *coping skill* yang memungkinkan individu tersebut mengelola situasi spesifik yang menimbulkan distress.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya distress psikologi pada pasien PJK di rumah paska rawat inap adalah:

1. Pengaruh kognitif, dimana kurangnya pengetahuan pasien untuk mengontrol dan melakukan pencegahan skunder faktor resiko PJK sehingga dapat
2. Faktor sosial, yaitu kurangnya dukungan dan ketidaksiapan keluarga dalam merawat pasien PJK dirumah, seperti pemantauan minum obat, diet dan aktivitas fisik serta menejemen stress.

### c. Aspek-Aspek Distres Psikologi

Dua bentuk utama dalam distress psikologi 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.

### d. Metode Untuk Mengukur Distres Psikologi

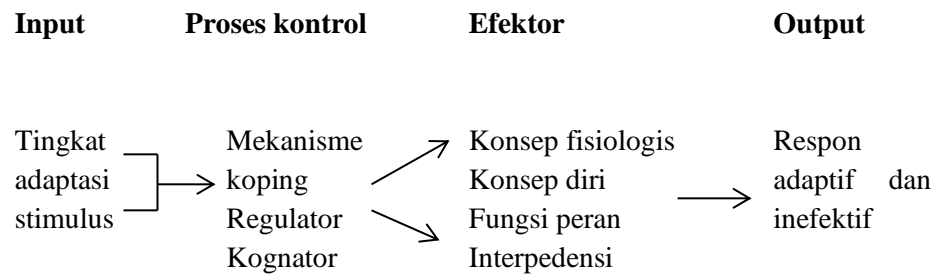
Metode untuk menilai psikologis non-spesifik telah banyak diterapkan, diantaranya adalah: Inventaris kesehatan Mental-5 (MHI-5), Kuisisioner Kesehatan Umum-12 (GHQ-12), Kuisisioner Kesehatan Pasien-4 (PHQ-4) dan Indek Kesejahteraan-5 (WHO-5). Menurut Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, (2002) , Skala Kessler Psychological Distres Scale (K10) merupakan metode khusus untuk

pengukuran distres psikologis. K10 merupakan alat ukur lapor diri (*self report*) yang berisi 10 pernyataan mengenai intensitas gejala depresi dan kecemasan yang dialami individu dalam empat minggu terakhir. pengukuran tingkat stres dinilai dari 10 pertanyaan *Kessler Psychological Distress Scale*. *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*). Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias. Item *favorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 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. *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi, ansietas 0-20, depresi sedang 21-28 dan tinggi (distres) 28-42 (Keliat B, Kusumawati F, 2015)

## **2. Aplikasi Teori Callista Roy Dalam Asuhan Keperawatan**

### **a. Model Keperawatan**

Sister Callista Roy salah satu tokoh keperawatan yang mengemukakan model keperawatan yang di kenal dengan Model Adaptasi. Menurut Roy terdapat lima objek utama dalam ilmu keperawatan, salah satunya adalah manusia. Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas dan sosial. Masing-masing diperlakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka.



Skema 2.1 Sumber : Model konseptual adaptasi Calista Roy . *Nursing Theorists and Their Work* (Alligood 2017)

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai “Holistic adaptif system” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. System adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari:

1). Input

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

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

## 2). Proses Kontrol.

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

### a) Subsistem regulator

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

### b) Subsistem kognator

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

meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk subsistem kognator, Roy tidak membatasi konsep proses kontrol, sehingga sangat terbuka untuk melakukan riset tentang proses kontrol dari subsistem kognator sebagai pengembangan dari konsep adaptasi Roy.

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

a) Model fungsi fisiologis.

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

b) Model konsep diri.

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

c) Model fungsi peran.

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

d) Model Interdependensi.

Model interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling

memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

#### **b. Paradigma Keperawatan**

Empat Elemen utama dari teori Roy adalah: Manusia sebagai penerima asuhan keperawatan, konsep lingkungan, konsep sehat dan keperawatan. Dimana antara keempat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem.

##### **1. Konsep Manusia**

Manusia merupakan fokus utama yang perlu diperhatikan karena manusialah yang menjadi penerima asuhan keperawatan, baik itu individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat, yang dipandang sebagai “Holistic Adaptif System”. Dimana “Holistic Adaptif System“ ini merupakan perpaduan antara konsep sistem dan konsep adaptasi.

##### **2. Konsep Lingkungan**

Stimulus yang berasal dari individu dan sekitar individu merupakan elemen dari lingkungan, menurut Roy. Lingkungan didefinisikan oleh Roy adalah “Semua kondisi, keadaan dan pengaruh-pengaruh disekitar individu yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok”. Dalam hal ini Roy menekankan agar lingkungan dapat didesign untuk meningkatkan kemampuan adaptasi individu atau meminimalkan resiko yang akan terjadi pada individu terhadap adanya perubahan.

##### **3. Konsep Sehat**

Roy mendefinisikan sehat adalah “*A State and a process of being and becoming an integrated and whole person*”. Integritas individu dapat ditunjukkan dengan kemampuan untuk mempertahankan diri, tumbuh, reproduksi dan “*mastery*”. Asuhan keperawatan berdasarkan model Roy bertujuan untuk meningkatkan kesehatan individu dengan cara meningkatkan respon adaptifnya (Alligood, 2017)

### c. Proses Keperawatan

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

#### 1. Pengkajian

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

#### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat dari distress psikologi yaitu: Ansietas yang terdapat pada domain 9 koping/toleransi stres, Kelas 2 ansietas, faktor yang berhubungan dengan ancaman kematian. Tujuan dari diagnosa ini yaitu bagaimana perasaan yang tidak nyaman dan gelisah yang ditimbulkan oleh persepsi ancaman kematian dan eksistensi diri dapat diatasi dengan dukungan keluarga dan peran serta perawat dalam hal ini berperan sebagai fasilitator yang mengefektifkan potensi pada diri klien dan diagnosa ketidakefektifan Koping yang juga terdapat domain 9 koping/ toleransi stres, kelas 2 koping, Faktor yang berhubungan dengan sumber yang tersedia tidak adekuat. Tujuan dari diagnosa ini yaitu penyesuaian diri terhadap persepsi diri dan perubahan peran.

#### 3. Intervensi

Ansietas yaitu dengan memberikan dukungan dan sebagai fasilitator untuk mengurangi distress psikologi dan ketidakefektifan coping yaitu dengan memberikan pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya.

d. Evaluasi

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

## B. Kerangka Teori



Skema 2.2 kerangka teori Sumber: Alligood, 2017. Sudaryanto. 2010 Anwar 2004

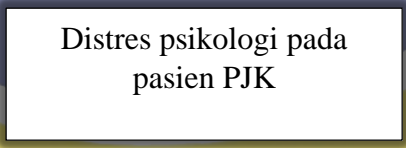
## BAB III METODE PENELITIAN

### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi *Deskriptif* dengan pendekatan *Cross Sectional* (jenis penelitian yang melakukan waktu pengukuran/observasi data setiap variabel hanya satu kali) (Dahlan, 2018) Penelitian ini merupakan penelitian *Deskriptif* yang bertujuan untuk mengetahui gambaran *distres psikologi* pada pasien Penyakit Jantung Koroner di ruang *ICCU* Rumah Sakit Umum Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### B. Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian harus menggambarkan dengan jelas arah penelitian yang sedang dilakukan, maka dari itu perlu dirumuskan suatu kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur atau diteliti (Notoatmodjo, 2012).



Distres psikologi pada  
pasien PJK

Keterangan;  
Variabel Penelitian ;

Skema 3.1 kerangka konsep penelitian

### C. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi penelitian adalah pasien PJK dengan gejala distres psikologis yang dirawat diruang *ICCU* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari seluruh populasi yang penelitian akan di teliti, Pada penelitian ini jumlah sampel adalah 47 responden yang dihitung menggunakan rumus slovin. Besaran sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{53}{1 + 53 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{53}{1,1325}$$

$$n = 46,799 \text{ (dibulatkan menjadi 47)}$$

Keterangan:

N = jumlah populasi

n = jumlah sampel

d = standar error (5%)

Jumlah sampel yang didapatkan dari rumus tersebut adalah minimal sebanyak 47 responden. Pada penelitian ini dilakukan saat pandemi *COVID 19* berdampak pada jumlah pasien yang dirawat di ruang *ICCU* semakin menurun sehingga berpengaruh pada jumlah sampel yang diteliti. Peneliti melaksanakan penelitian dalam waktu satu bulan, karena terbatasnya waktu dan kondisi pandemik *COVID 19* sampel penelitian di dapat 21 sampel.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Kriteria inklusi
  1. Pasien PJK yang sedang mendapatkan perawatan di ruang *ICCU*
  2. Pasien yang mampu membaca dan menulis.
  3. Kesadaran kompos mentis, dan bersedia mengikuti prosedur penelitian dari awal hingga akhir
- b. Kriteria eklusi
  1. Pasien PJK yang mengalami hoemodinamik tidak stabil
  2. Responden dengan kesadaran menurun

### 3. Teknik sampling

Tehnik Sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai

dengan keseluruhan subjek penelitian. Cara pengambilan sampel dapat digolongkan menjadi dua yaitu *probability sampling* dan *nonprobability sampling* (Nursalam, 2008). Adapun tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *consecutive sampling*. Sampel diperoleh dengan cara memilih semua individu yang ditemui yang memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011). Pengambilan sampel dilakukan pada pasien penyakit jantung koroner yang di rawat inap di ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan prosedur COVID 19 dengan menggunakan APD level 2 yaitu menggunakan masker, gaun, face shield serta menjaga jarak.

#### D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Distres psikologis	Kondisi pasien yang mengeluh cemas dan depresi yang ditandai perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau tidak berharga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis.	Kuisisioner <i>HADS</i>	Skor Distress Psikologi 0 s.d 42 0-20: Ansietas 21-28: depresi sedang 29-42: distres	Ordinal
Umur	Lama waktu kehidupan yang dijalani responden dihitung sejak tahun saat dilahirkan sampai saat ini	Kuisisioner data demografi	40-50 tahun 51-60 tahun 61-70 tahun 71-80 tahun	Ordinal
Jenis kelamin	Karakteristik individual yang membedakan secara fisik antara laki-laki dan perempuan	Kuisisioner data demografi	Laki-laki Perempuan	Nominal

Pekerjaan	Suatu profesi yang melekat pada seseorang yang bertujuan untuk menghasilkan uang	Kuisisioner data demografi	IRT Pegawai swasta Wiraswasta PNS	Ordinal
Status pernikahan	Status yang melekat pada seseorang yang menjadikan keluarga	Kuisisioner data demografi	Menikah Belom menikah Cerai	Ordinal
Penghasilan	Besarnya pendapatan yang diperoleh keluarga yang dinyatakan dalam bentuk rupiah	Kuisisioner data demografi	< 1 juta > 1 juta	Ordinal
Biaya rumah sakit	Nilai yang dipakai oleh pasien atas jasa yang telah diberikan	Kuisisioner data demografi	Asuransi Tidak asuransi	Ordinal

### E. Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 1. Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di ruang ICCU Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

#### 2. Waktu

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Juni-Juli 2020

### F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

#### 1. Sumber data

##### a. Data primer

Data penelitian ini di peroleh dari responden melalui kuisisioner

##### b. Data sekunder

Data penelitian ini di peroleh dari data rekam medis di Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo

#### 2. Instrumen penelitian

##### a. Kuisisioner A

Berisi tentang ceklist pertanyaan karakteristik responden, yaitu data demografi meliputi data identitas responden (umur, jenis

kelamin, pekerjaan, data status sosial (status pernikahan), cara pembiayaan Rumah Sakit (asuransi/tidak), status ekonomi (penghasilan).

b. Kuisioner B

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel Distres psikologi dalam penelitian ini adalah kuisioner *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*). Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias. Item *favorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 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. *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi ansietas 0-20, depresi 21-28 dan distres/depresi berat 28-42 (Keliat B, Kusumawati F, 2015).

## G. Uji instrumen

### 1. Uji Validitas

Alat ukur *HADS* 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 correlation* yang lebih besar dari 0,3 yang dilakukan pada pasien penderita gagal ginjal kronis. Jadi peneliti tidak melakukan uji validitas karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk penilaian dalam penelitian ini merupakan instrumen baku yang bisa digunakan untuk mengetahui skor distress psikologi pada pasien PJK.

### 2. Uji Reabilitas

Alat ukur depresi ini sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Rudy, (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 koefisien 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 bisa digunakan untuk mengetahui skor distress psikologi pada pasien PJK.

#### **H. Prosedur pengambilan data**

##### 1. Prosedur administratif

- a. Mengajukan surat permohonan untuk study pendahuluan kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda.
- b. Mengajukan surat permohonan uji etik ke rumah sakit umum Kanujoso Djatiwibowo.

##### 2. Prosedur teknik

Pada prosedur ini penelitian dilakukan pada masa pandemi *COVID 19* sehingga peneliti melakukan tahapan mencuci tangan, memakai masker, menjaga jarak pada saat pengambilan sampel, selanjutnya:

- a. Mengkoordinasikan dengan bagian terkait, meminta ijin kepada kepala ruangan ICCU
- b. Meminta persetujuan kepada responden dengan memberikan inform consent.
- c. Melakukan pengambilan data skala distres psikologi menggunakan skala *HADS*
- d. Melakukan pengolahan data dengan menggunakan uji statistik.

#### **I. Pengolahan data**

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Data yang telah terkumpul sebelum dianalisa, terlebih dahulu dilakukan tahapan pengolahan data. Penelitian akan menghasilkan informasi yang benar paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yaitu:

1. *Editing*, pada tahap ini hasil angket yang dikumpulkan melalui kuesioner harus dilakukan editing terlebih dahulu. Tujuan tahap editing untuk memastikan bahwa tidak ada kuesioner yang belum lengkap dalam pengisian, tulisan tanda check list cukup jelas terbaca. Saat dipastikan jawaban yang belum lengkap, peneliti meminta data kembali untuk melengkapi jawaban
2. *Coding*, Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, peneliti melakukan pengkodean atau coding yaitu kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pada penelitian ini dilakukan pada data-data seperti: Jenis kelamin: 1= Laki-laki, 2=Perempuan, Status Pernikahan; 1=sudah menikah, 2= belum menikah, 3= pisah/cerai, Pekerjaan: 1 = IRT, 2 =Pegawai swasta, 3 = Profesional, 4 = Wiraswasta, 5 = PNS. Umur; 1 = 40-50 tahun, 2= 51-60 tahun, 3=61-70 tahun, 4= 71-80 tahun. Penghasilan: 1= kurang dari satu juta, 2= lebih dari satu juta. Untuk data distres psikologi menggunakan distribusi frekuensi pada SPSS dengan skor 0-20= mengalami stres ringan, skor 21-28= mengalami stres sedang, skor 29-42= mengalami stres berat.
3. *Processing*. Semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean, maka langkah peneliti selanjutnya pemroses data. Pemrosesan data dilakukan dengan cara mengentri data dari kuesioner yang telah dijawab responden ke dalam program komputerisasi.
4. *Cleaning*, Pada tahap ini, pembersihan data dilakukan (pembetulan atau koreksi data). Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan ke paket komputer. Peneliti melakukan pengecekan kembali kelengkapan data yang sudah dimasukkan ke dalam paket komputer dengan menyusun tabel frekuensi sehingga memudahkan peneliti untuk melakukan tahap analisa data.

#### **J. Analisa data**

Penelitian ini merupakan penelitian untuk mengetahui gambaran distres psikologi pada pasien penyakit jantung koroner. Adapun tahapan analisa data setelah pengumpulan data adalah dengan melakukan uji

univariant. Data dikumpulkan diklasifikasikan sesuai dengan definisi operasional. Kelompok data dalam penelitian ini termasuk data katagorik sehingga analisa univariant yang digunakan adalah distribusi frekuensi. Analisa univariat yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik variabel yang diteliti.

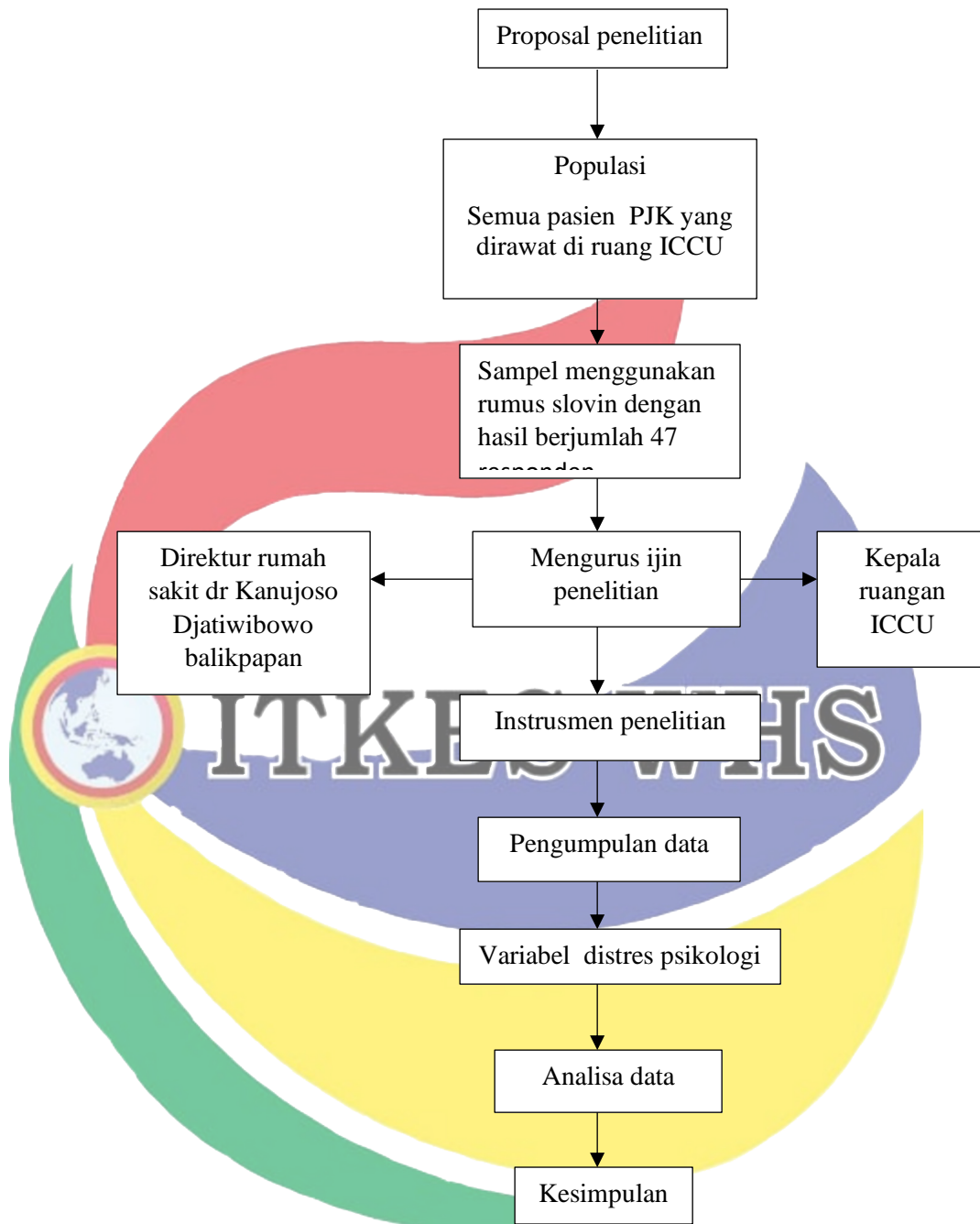
## K. Etika penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia, maka segi penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam penelitian. Masalah etika dalam penelitian meliputi (Sugiyono, 2010):

1. *Informend Concent*, Lembar persetujuan ini diberikan pada responden yang diteliti yang memenuhi kriteria, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Subyek yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar persetujuan untuk dijadikan sebagai responden.
2. *Anonimitas* Yaitu untuk menjaga kerahasiaan responden, tetapi lembar persetujuan diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti.
3. *Confidentiality* Informasi yang telah dikumpulkan dari responden akan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti, dan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu. Penelitian ini mencantumkan semua nama dan sumber kutipan yang diambil peneliti, baik dari buku, skripsi maupun jurnal. Dalam penelitian ini responden bersedia secara sukarela sebagai responden. Penelitian ini memperhatikan kerahasiaan, sehingga menggunakan inisial saja dan menjamin semua informasi yang dikumpulkan dalam penelitian tidak dibuka di depan publik, kecuali data ilmiah yang dijadikan variabel dalam penelitian ini. Sebelum penelitian dilakukan, terlebih dahulu peneliti memberikan lembar persetujuan kepada setiap responden, sehingga responden dapat memutuskan bersedia ataupun menolak untuk menjadi sampel penelitian.

4. *Respect for persons* (Prinsip menghormati harkat martabat manusia) Merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Penelitian yang dilakukan harus menghormati otonomi responden dan melindungi responden terhadap otonominya yang terganggu atau kurang. Peneliti menghormati hak subjek penelitian, apakah subjek tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak, dengan memberikan *Informen Consent* (lembar persetujuan) pada subjek penelitian.
5. *Beneficence* (Prinsip etik berbuat baik) Penelitian yang dilakukan dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal, resiko penelitian harus wajar dibanding manfaat yang diharapkan, memenuhi persyaratan ilmiah, peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subyek penelitian serta tidak mencelakakan atau melakukan hal-hal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) subjek penelitian.
6. *Justice* (Prinsip etik keadilan) Penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta distribusi seimbang dan adil dalam hal beban dan manfaat keikutsertaan dalam penelitian.
7. *Balancing harms and benefits* (memperhatikan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan). Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficen*) Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan (*nonmaleficence*), apabila intervensi penelitian berpotensi penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stress, maupun kematian subjek penelitian.

## L. Alur penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. HASIL PENELITIAN

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (RSKD) adalah salah satu rumah sakit rujukan tipe B pendidikan milik Pemerintah provinsi Kalimantan Timur yang berkedudukan di Balikpapan. Salah satu sarana yang mendukung dalam pelayanan rumah sakit yaitu tersedianya ruangan intensive yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* yaitu ruang khusus untuk perawatan pasien yang menderita penyakit jantung, dengan 10 kapasitas tempat tidur dengan jumlah ventilator sebanyak 3 buah, alat *echo portable* 1 buah.

Pada pandemic covid 19 yang terjadi memberikan dampak yang sangat besar baik dari jumlah pasien maupun kebijakan dalam pelayanan pasien. Kebijakan baru yang dikeluarkan oleh direktur Rumah Sakit yaitu ruang *ICCU* desain ulang dengan pemasangan *filter exhaust fan tekanan negative* untuk pasien jantung dengan diagnosa sekunder infeksius sebanyak 2 ruangan. Penerapan protokol covid dengan penggunaan ketat alat pelindung diri pada saat memberikan pelayanan terhadap pasien dan skrining covid 19 pada pasien yang akan dirawat di Ruang *ICCU*. Penggunaan APD level 2 digunakan saat merawat pasien di *ICCU*.

##### 2. Analisa Univariant

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

### a. Karakteristik Responden

Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang dirawat diruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan telah memenuhi karakteristik inklusi yang ditetapkan. Responden sebanyak 21 orang pasien PJK.

**Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Umur</b>		
40-50 tahun	5	23,8
51-60 tahun	10	47,6
61-70 tahun	5	23,8
71-80 tahun	1	4,8
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	12	57,1
Perempuan	9	42,9
<b>Pekerjaan</b>		
IRT	7	33,3
Pegawai swasta	1	4,8
Wiraswasta	10	47,6
PNS	3	14,3
<b>Status pernikahan</b>		
Belum menikah	0	0
Menikah	21	100
Cerai	0	0
<b>Penghasilan</b>		
Dibawah 1 juta	14	66,7
Diatas 1 juta	7	33,3
<b>Biaya rumah sakit</b>		
Asuransi	16	76,2
Tidak asuransi	5	23,8

Pada tabel 4.1 dalam penelitian ini usia responden di dominasi oleh rentang umur 51-60 tahun yaitu sebanyak 10 responden (47,6%), di dominasi oleh laki-laki yaitu sebanyak 12 responden (57,1%), pekerjaan responden di dominasi oleh wiraswasta yaitu sebanyak 10 responden (47,6%), berdasarkan status pernikahan responden yaitu seluruh responden menikah (100%), penghasilan responden di dominasi di bawah satu juta yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), biaya rumah sakit responden di dominasi dengan asuransi yaitu sebanyak 16 responden (76,2%).

## b. Variabel distres psikologi

**Tabel 4.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Tingkat distres psikologi responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

Distres psikologi	Frekuensi(f)	%
Ansietas	2	9,5
Depresi sedang	14	66,7
Distres	5	23,8
Total	21	100

Pada tabel 4.2 dalam penelitian ini tingkat distres psikologi pada responden dengan penyakit jantung koroner didominasi tingkat depresi sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distres dan 2 responden (9,5%) mengalami ansietas.

## c. Gambaran Tingkat Distres Psikologi berdasarkan Karakteristik Responden

Distribusi frekuensi tingkat distres psikologi pada pasien Penyakit Jantung Koroner berdasarkan karakteristik Responden disajikan pada tabel-tabel dibawah ini.

**Tabel 4.3 distribusi frekuensi tingkat distres psikologi berdasarkan karakteristik responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

Karakteristik	Ansites		Depresi sedang		Distres		Total
	f	%	f	%	f	%	
<b>Umur</b>							
40-50 thn	1	4,8	4	19,0	0	0,0	5 (23,8)
51-60 thn	0	0,0	5	23,8	5	23,8	10 (47,6)
61-70 thn	1	4,8	4	19,0	0	0,0	5 (23,8)
71-80 thn	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1 (4,8)
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	1	4,8	8	38,1	3	14,3	12 (57,1)
Perempuan	1	4,8	6	28,6	2	9,5	9 (42,9)
<b>Pekerjaan</b>							
IRT	1	4,8	4	19,0	2	9,5	7 (33,3)
Pegawai Swasta	1	4,8	0	0	0	0	1 (4,8)
Wiaswasta	0	0	7	33,3	3	14,3	10 (47,6)
	0	0	3	14,3	0	0	3 (14,3)
<b>Status pernikahan</b>							
Menikah	2	9,5	14	66,7	5	23,8	21(100%)
Belum menikah	0	0	0	0	0	0	0
Cerai	0	0	0	0	0	0	0
<b>Penghasilan</b>							
< 1 juta	1	4,8	8	38,1	5	23,8	14 (66,7)
> 1 Juta	1	4,8	6	28,6	0	0	7 (33,3)
<b>Biaya RS</b>							
Asuransi	2	9,5	12	57,1	2	9,5	16 (76,2)
Tidak Asuransi	0	0	2	9,5	3	14,3	5 (23,8)

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa responden pada rentang umur 51-60 tahun memiliki tingkat distres yaitu 23,8% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 23,8%. Berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa responden laki-laki memiliki tingkat distres yaitu 14,3% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 38,1%, sedangkan responden perempuan memiliki tingkat distres sebesar 9,5% serta tingkat depresi sedang sebesar 28,6%. Berdasarkan pekerjaan, responden yang bekerja sebagai wiraswasta memiliki tingkat distres yaitu 14,3% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 33,3%, sedangkan responden bekerja sebagai ibu rumah tangga memiliki tingkat distres sebesar 9,5% serta tingkat depresi sedang sebesar 19,0%. Menurut status pernikahan semua menikah dimana memiliki tingkat distres yaitu 23,8% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 66,7%. Responden yang berpenghasilan dibawah satu juta memiliki tingkat distres yaitu 23,8% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 38,1%. Responden yang tidak memakai asuransi memiliki tingkat distres yaitu 14,3% serta memiliki tingkat depresi sedang sebesar 9,5%.

## **B. PEMBAHASAN**

Hasil penelitian ini disajikan dengan mengacu pada tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi gambaran distress psikologis pada pasien penyakit jantung koroner di Ruang ICCU Rumah Sakit Dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dengan jumlah sampel 21 responden. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa tingkat distress psikologi pada responden dengan penyakit jantung koroner didominasi tingkat depresi sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distress dan 2 responden (9,5%) mengalami ansietas. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami tingkat depresi sedang. Hasil penelitian yang dilakukan Lismawati (2015) yang dilakukan terhadap 90 responden

34,4% mengalami depresi ringan, hal ini terkait dengan dukungan sosial keluarga serta kualitas hidup responden yang baik, hal ini terlihat ketika pasien berobat diantar oleh anggota keluarga dan penerimaan pasien akan penyakitnya. Sependapat dengan hasil penelitian Amir (2012) bahwa adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasien jantung. Berdasarkan teori yang menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat diperlukan oleh individu untuk menyokong rasa percaya diri dan perasaan dapat menguasai lingkungan. Adanya dukungan dari keluarga dapat memenuhi kebutuhan psikologik yaitu mencintai dan dicintai sehingga tercipta suasana rumah tangga yang tenang yang memiliki rasa aman dan terlindungi, yang dapat menghindarkan anggota keluarga yang menderita penyakit dari terjadinya depresi (Hawari, 2013). Hasil penelitian Takukude, Rampengan dan Panda (2016) juga menyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara kualitas hidup dengan tingkat depresi. Sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Siagian (2016), dimana hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa tidak ada stres, ansietas, depresi, pada pasien jantung koroner.

Hasil yang diperoleh pada penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden berada pada rentang umur 51-60 tahun, yaitu sebanyak 10 (47,6%) responden dengan 5 (23,8%) responden mengalami distress, 5 responden mengalami depresi sedang. Individu yang lebih matur merupakan individu yang lebih matang kepribadiannya dan lebih sukar mengalami stres karena memiliki daya adaptasi yang lebih tinggi ketika menghadapi suatu masalah (Nurwansyah & Amatria, 2013 dalam Simbolon, 2016). Penuaan dapat mengakibatkan penurunan elastisitas dan pelebaran aorta, penebalan dan kekakuan katup jantung, serta penumpukan kolesterol yang mengakibatkan penyumbatan dan penyempitan arteri koroner sehingga terjadinya penyakit jantung koroner (Anwar, 2004). Hasil penelitian Surya (2011) menyatakan semakin tua lanjut usia maka tingkat depresi cenderung meningkat.

Usia berkaitan dengan toleransi seseorang terhadap stres. Pada usia dewasa biasanya seseorang lebih mampu mengontrol stres yang terjadi dibandingkan usia anak-anak maupun usia lanjut. Semakin dewasa usia biasanya akan semakin menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, semakin mampu berpikir rasional, semakin mampu mengendalikan emosinya, semakin dapat menunjukkan intelektual dan psikologisnya (Lusia, 2016)

Berdasarkan jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 12 responden dengan 3 responden mengalami tingkat distress. Menurut Praptiwi (2017), hormon estrogen dapat melindungi perempuan dari penyakit negatif, salah satunya adalah penyakit jantung. Pada laki-laki cenderung memiliki gaya hidup yang buruk seperti merokok dan konsumsi alkohol. Zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri sehingga mengakibatkan proses *artereosklerosis* dan tekanan darah tinggi (Depkes RI, 2006).

Pekerjaan responden sebagian besar adalah sebagai wiraswasta 10 responden. Aktivitas fisik yang cukup dapat meringankan gejala penyakit jantung, tetapi aktivitas yang berlebihan dapat memperburuk kondisi penderita jantung koroner (Wibowo, Ferdian, 2015). Seseorang yang bekerja akan mempunyai banyak pengalaman dalam menyelesaikan masalah, dan secara tidak langsung dapat meningkatkan keterampilan dalam menggunakan coping yang lebih konstruktif. Keterampilan menggunakan coping yang konstruktif dapat menurunkan tingkat kecemasan. Sementara itu, pekerjaan berhubungan dengan tingkat pendapatan, dimana seseorang yang mendapatkan penghasilan yang semakin tinggi maka kecemasan akan semakin berkurang dari aspek biaya pengobatannya (Jamiyanti dan Muliani, 2012).

Berdasarkan status pernikahan responden sebanyak 21 responden sudah menikah, terdapat 5 responden yang mengalami distress 23,8 %, sedangkan 14 responden mengalami ansietas 66,7%. Mirowsky & Ross,

(2017) menjelaskan bahwa terdapat empat pola sosial dasar yang mempengaruhi distres salah satunya status pernikahan, dimana dijelaskan bahwa individu yang sudah menikah cenderung lebih resilien terhadap distres bila dibandingkan dengan individu belum menikah. Selanjutnya adalah peristiwa hidup yang tidak diinginkan, yaitu bahwa semakin banyak terjadinya perubahan yang tidak diinginkan dalam sebuah kehidupan seseorang, maka semakin tinggi tingkat distres yang dialami. Serta terakhir, yaitu kelas sosial ekonomi, dimana disebutkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang (baik dari segi pendidikan, pekerjaan maupun pemasukan) maka semakin rendah tingkat distres yang dialami. Status sosial ekonomi seseorang adalah penyebab melemahnya fungsi mental seperti yang ditulis Perry dalam *The Journal of Primary Prevention*, 'anggota kelas sosial yang lebih rendah mengalami tekanan psikologis yang berlebihan dan penghargaan sosial yang relatif sedikit yang hasilnya dimanifestasikan dalam gangguan psikologis. Stress berlebih yang dialami orang-orang dengan pengalaman status sosial ekonomi rendah bisa jadi adalah perawatan kesehatan yang tidak memadai, ketidakamanan pekerjaan dan kemiskinan yang dapat menyebabkan banyak stresor psiko-sosial dan fisik lainnya. Jadi status sosial ekonomi yang lebih rendah mempengaruhi individu untuk berkembangnya penyakit mental.

Terdapat 14 responden yang mempunyai penghasilan dibawah 1 juta yaitu 66,7% dengan tingkat depresi sedang 8 responden (38,1), 5 responden tingkat distres (23,8%). Yunitasari (2011) dalam hasil penelitiannya bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor ekonomi dengan tingkat stres. Hasil penelitian Yeni, Novayelinda dan Karim (2012) juga menyatakan adanya pengaruh yang bermakna antara sosial ekonomi dengan tingkat stres. 8 responden yang berpenghasilan dibawah 1 juta, 3 (14,3%) dari 8 responden tersebut tidak memiliki asuransi sehingga responden perlu memikrakan biaya rumah sakit beserta kondisi penyakitnya. Hal ini salah satu alasan yang menjadikan hasilnya berada didalam kategori distres seperti yang dikatakan Ramita (2008). Pada gejala ansietas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (ketakutan

dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik). Pada depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan psikis (kemurungan dan kesedihan), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (Hawari, 2013).

Konsep distres pertama kali diambil dari teori Hans selye *General Adaptation Syndrome* (GAS) yang menjelaskan mengenai respon fisiologis dan psikologis terhadap stres yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang mengancam, pada hasil penelitian di peroleh tingkat depresi sedang pada pasien PJK yang di rawat disebabkan faktor eksternal yang di dapat dari lingkungan perawatan baik dalam pemberian informasi tentang penyakit maupun penanganan yang cepat sehingga pasien stabil, hal ini sejalan dengan penelitian (Huffman, et al, 2010). Kaplan dan Sadock (1997) mengatakan pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa- masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kecemasan seringkali disertai dengan proses patofisiologis, termasuk peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis (Alvarenga et al, 2006). Selain itu, gejala kecemasan telah terbukti meningkatkan respon inflamasi pada pasien PJK (Fallavollita et al, 2015).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian di peroleh bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki, menikah, berusia 51-60 tahun dengan pekerjaan Wiraswasta dan penghasilan kurang dari satu juta sedangkan sumber pembiayaan rumah sakit mayoritas responden menggunakan asuransi (BPJS). Adapun gambaran distres psikologi pada penelitian ini yang dilakukan pada 21 responden didominasi oleh distres psikologi tingkat depresi sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami tingkat distres dan 2 responden (9,5%) mengalami ansietas.

#### **B. SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian maka penting diberikan saran kepada berbagai pihak yaitu:

##### **1. Untuk Pendidikan Keperawatan**

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien sebagian besar mengalami tingkat distres psikologi dalam kategori sedang. Bagi mahasiswa keperawatan diharapkan perlu menambah referensi lagi hal yang terkait dengan tingkat distres psikologi pada pasien penyakit kronis lainnya.

##### **2. Untuk Pelayanan Keperawatan**

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien sebagian besar mengalami tingkat distres psikologi sedang. Bagi pelayanan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan dengan baik lagi dan memberi penanganan yang tepat tentang cara mengatasi masalah distres psikologis pasien.

##### **3. Untuk Peneliti Keperawatan**

Dalam penelitian ini jumlah pasien dirasakan masih kurang memadai, apalagi penelitian ini dilakukan pada masa pandemi COVID 19 yang menyebabkan sampel tidak terpenuhi, oleh karena itu perlu menambah jumlah pasien untuk penelitian selanjutnya. Dan juga perlu dilakukannya penelitian lebih lanjut terkait dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan distres psikologi pada pasien jantung koroner.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, T. B. (2004). Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi. E-USU Repository Universitas Sumatera Utara.
- Evangeline, Hutabarat, & Wintarsih, W. (2007). GAMBARAN STRES PSIKOLOGIS SEBAGAI PENCETUS SERANGAN ULANG NYERI DADA PADA KLIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER BERDASARKAN KARAKTERISTIK DI RUANG PERAWATAN VIII RS. DUSTIRA CIMAHI.
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 299–305.
- Kabo, P dan Karim, S. (2008). EKG dan Penanggulangan Beberapa Penyakit Jantung Untuk Dokter Umum. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesi.
- Kemendes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2017). Social causes of psychological distress. In *Social Causes of Psychological Distress*. <https://doi.org/10.4324/9781315129464>
- RSKD. (2018). BOR,LOS,TOI.
- Sardinha, aline, AraújoII;, De, Claudio Gil Soares, NardiIV, Egidio, & Antonio, A. C. de O. e S. (2011). Prevalence of psychiatric disorders and health-related anxiety in cardiac patients. [Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=sci\\_serial&pid=0101-6083&lng=en&nrm=iso](Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=sci_serial&pid=0101-6083&lng=en&nrm=iso), vol.38 no. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000200004>
- WHO. (2015). WORLD HEALTH STATISTIC 2015. In *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>

- Wirtz, P. H., & von Känel, R. (2017). Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11).  
<https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>
- Aaronson, P.I.& Ward, J. P. T. (2010). *At a Glance Medicine Sistem Kardiovaskular*. Jakarta : Erlangga.
- Aghakhani, N., et al. (2011). The Reduction in Anxiety and Depression by Education of Patients with Myocardial Infarction. *Iranian Cardiovascular Research Journal*, 5(2), 66-69.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistica Manual of Mental Disorder, Fifth Edition DSM-5*. USA : Wilson Boulevard.
- Amir, N. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kejadian Depresi pada Pasien Gagal Jantung di Ruang Rawat Inap RS. HikmahMakassar*, dari <http://repository.unhas.ac.id:4001/digilib/file/disk1/180/--nirmalaami--8980-1-2-12-nirm-r.pdf>.
- An, K. (2002). Anxiety after Acute Myocardial Infarction and In- Hospital Complications. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(7), 999-1008. Diunduh tanggal 17 September 2015, dari <http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200207/999.pdf>.
- Anggraini, R. Istiono, W.& Purwanta. (2014). *Perbandingan Tingkat Stres pada Pasien Penyakit Jantung Koroner dan Hipertensi di Klinik KeluargaKorpagmaUGM*. <http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=download&sub=DownloadFile&act=view&typ=html&id=78541&ftyp=potongan&potongan=S1-2015-282975-abstract.pdf>.
- Aprilia. (2013). *Hubungan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Rumah Sejahtera Geunasehyang Banda Aceh*.  
dari <http://etd.unsyiah.ac.id/book/index.php?id.14358>
- Arikunto, S. (2007). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Desmita. (2009). *Psikologis Perkembangan*. Bandung : PT. Rosdakarya.
- Djohan, T. B. A. (2004). *Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi*.  
,dari<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3515/1/gizibahr%20i10.pdf>.
- Gustina, Y. (2012). *Hubungan Berbagai Dukungan Sosial dengan Derajat Stres Penderita Penyakit Jantung Koroner di Poliklinik Jantung RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2012*.  
<http://repository.unand.ac.id/18636/1/repositori%20unand.docx>.
- Hawari, D. (2013). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : BadanPenerbit FKUI.
- Huffman, J. C, Celano, C. M. & Januzzi, J. L. (2010). The Relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 123-136.
- Lestari, D. (2015). *Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner di ruang ICCU RSUD Dr. Soedarso Pontianak*.  
dari <http://urnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/view/10530/10148>.
- Lismawati, I. (2015). *Tingkat Depresi & Frekuensi Angina pada Pasien SKA di Poliklinik Jantung RSUP Hasan Sadikin Bandung*.dari <http://pustaka.unpad.ac.id/archieves/141312>.
- Majid, A. (2008). *Penyakit Jantung Koroner : Patofisiologi, Pencegahan dan Pengobatan Terkini*.  
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/705/1/08E00124.pdf>
- Mulyana, A. (2011). *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.*,  
dari <http://repository.unhas.ac.id:4001/digilib/files/disk1/85/--asaputrimu-4203-1-a.saput-a.pdf>

- Mutaqqin, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pieter, H. Z., Janwarti, B. & Saragih, M. (2011). *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Jakarta : Kencana.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence For Nursing Practice Ninth Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan konsep, proses dan praktik edisi 4*. (Yasmin Asih...[et al], alih bahasa) Jakarta : EGC.
- Pratiwi, M. & Pribadi, A. (2013). Stres Pada Lansia. *PSYCHO IDEA, No 1, Februari 2013 ISSN 1693-1076*.
- Simbolon, C. (2016). *Kecemasan Pasien Preoperasi di RSUD Dr. Pirngadi Medan*. dari <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/54753>.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth edisi 8*. (Agung Waluyo...[et al.], alih bahasa) Jakarta : EGC.
- Sumiati, dkk. (2010). *Penanganan Stres Pada Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: TIM.
- Takutude, C., Rampengan, S. & Panda, A. (2016). Hubungan Tingkat Depresi & Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Jantung Kronik di Poliklinik Jantung RSUP Prof. Dr. D. Kandou Manado. *Jurnal e-clinic (ecl), Volume 4, nomor 1. Januari – Juni 2016*. dari <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/download/10943/10532>
- Tierney, L. M., Mephee, S. J. & Papadakis, M. A. (2002). *Diagnosis dan Terapi Kedokteran Ilmu Penyakit Dalam*. (Abdul Gofir...[et al], alih bahasa) Jakarta : Salemba Medika.

- Wijaya, A. S & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Widiyanti, M. (2013). Hubungan Antara Depresi, Cemas dan Sindrom Koroner
- Akut. *E-journal Medika Udayana*, 2(2), 179-199. Diakses tanggal 16 September 2015, dari <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/4881>.
- Yeni, S., Novayelinda, R. & Karim, D. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat stres orang tua pada anak yang dirawat diruang perinatologi. *Jurnal Online Mahasiswa UNRI, Vol 1, No 1*. dari <http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/3516>.
- Yunitasari, L. (2012). Hubungan Beberapa Faktor Demografi dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pasca Diagnosis Kanker di RSUP. Dr. Kariadi Semarang. *Medica Hospitalia, Vol 1(2), 126-129*.,dari <http://medicahospitalia.rskariadi.co.id/index.php/mh/article/view/58>.





**LAMPIRAN**



Lampiran 2



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 Kusandar, Sp. PD, FINASIM, MARS  
K. I  
NIP. 19650528 199707 1 001

Nomor : 4417/511123-WHS/Al/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 REFFLANA	B21828409301



**ITKES WHS**

Lampiran 3

**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**  
Izin Menyelenggarakan PT Nomor : 1040/KPTA/2019

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

Di Kantor Pusat No. 71 Samarinda - Kalimantan Timur Telp/Fax 0541-7272411

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

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

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

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

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah

Nama	PNDANG KRISNAWATI
NIM	R21825306201
Semester	III
Program Studi	Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian	Studi Deskriptif : Distresganda pasien penyakit jantung koroner di ruang ICC u

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

Wakil Rektor I,  
  
Cahya Sulistyorini, SST., M.Keb  
SIDN: 1121038701

*"Hold The Future Now"*

*Lampiran 4*

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dan mengerti tentang tujuan penelitian dengan judul “**Studi Deskriptif Distress Psikologi pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Ruang ICCU Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**” yang akan dilaksanakan oleh Endang Krisnawati.

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dengan benar dan jujur. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, maka saya berhak untuk mengundurkan diri.

Demikian secara sadar, sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Balikpapan, Juni 2020

Responden,

( )

**KUISIONER**

No responden :

Tanggal :

**A. Data Demografi**

**1. Identitas**

a. Inisial Nama :

b. Usia : Bulan

c. Jenis Kelamin :

d. Pekerjaan :

Ibu rumah tangga  PNS

Wiraswasta

Profesional

Pegawai Swasta

e. Data status sosial

Belum menikah

Sudah menikah

Pisah/Cerai

f. Data sataus ekonomi

Penghasilan =.....

g. Pembiayaan Rumah Sakit

Memakai Asuransi

Tidak memakai Asurasi



Lampiran 6

**INSTRUMEN PENELITIAN**

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

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

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

Kuesioner HADS masing-masing memiliki 7 pertanyaan yang terbagi atas poin A untuk ansietas (yaitu pertanyaan no. 1, 3, 5, 7, 9, 11 dan 13) serta poin D untuk depresi (yaitu pertanyaan no. 2, 4, 6, 8, 10, 12, dan 14)



**Daftar Tabel**

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
40-50 tahun	5	23,8	23,8	23,8
51-60 tahun	10	47,6	47,6	71,4
Valid 61-70 tahun	5	23,8	23,8	95,2
71-80 tahun	1	4,8	4,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Jenis\_Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki=laki	12	57,1	57,1	57,1
Valid perempuan	9	42,9	42,9	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
IRT	7	33,3	33,3	33,3
PEGAWAI SWASTA	1	4,8	4,8	38,1
Valid WIRASWASTA	10	47,6	47,6	85,7
PNS	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Status\_pernikahan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MENIKAH	21	100,0	100,0	100,0

**Penghasilan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DIBAWAH 1 JUTA	14	66,7	66,7	66,7
Valid DI ATAS SATU JUTA	7	33,3	33,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Biaya\_RS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ASURANSI	16	76,2	76,2	76,2
Valid TIDAK ASURASI	5	23,8	23,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	



## ABSTRAK

### STUDI DESKRIPTIF : DISTRESS PSIKOLOGI PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER

Endang Krisnawati<sup>1</sup>, Chrisyen Damanik<sup>2</sup>, Marina Kristi Layun Rining<sup>3</sup>  
[endangtoemadi@gmail.com](mailto:endangtoemadi@gmail.com)

**Latar Belakang :** Penyakit jantung koroner selain menyebabkan masalah fisik biasanya mengakibatkan masalah psikologi, baik karena perubahan fisiologi tubuh, fungsi peran, konsep diri, perubahan lingkungan maupun perubahan situasi karena dirawat. Distress psikologi yang tidak ditangani akan memperlambat proses penyembuhan, perburukan kualitas hidup dan mengakibatkan *sudden death*.  
**Tujuan :** teridentifikasi gambaran distress psikologis pada pasien penyakit jantung koroner. **Metode :** jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan Cross Sectional, 21 sampel, *consecutive* sampling, instrumen kuisisioner *HADS*. **Hasil :** Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, menikah, berusia 51-60 tahun dengan pekerjaan wiraswasta dan berpenghasilan kurang dari satu juta. Distres psikologi sebagian besar responden berada pada tingkat sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distress psikologi tinggi dan 2 responden (9,5%) mengalami distress psikologi ringan. **Kesimpulan :** sebagian besar pasien dengan penyakit jantung koroner mengalami distress psikologi tingkat sedang. **Saran :** penting dilakukan asesment awal faktor penyebab distress psikologis pasien PJK agar dapat melakukan intervensi keperawatan dengan tepat

Kata Kunci : Distress Psikologi, Penyakit Jantung Koroner

<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

## PENDAHULUAN

### F. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti penyakit jantung koroner (PJK), penyakit gagal jantung atau payah jantung, hipertensi dan stroke (Kemenkes RI, 2014). Penyakit jantung koroner (PJK) penyakit jantung yang disebabkan penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya arterosklerosis (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (*plaque*) pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun (Kabo, P dan Karim, 2008). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya PJK antara lain: umur, kelamin, ras, geografis, keadaan sosial, perubahan masa, kolesterol, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, *exercise*, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stres serta keturunan (Anwar, 2004).

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2015) melaporkan lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah dan sekitar 31% dari seluruh kematian di dunia, sebagian besar atau sekitar 8,7 juta kematian disebabkan oleh karena penyakit jantung koroner. Di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar

883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Penderita penyakit jantung koroner pada tahun 2013 di daerah kalimantan timur berdasarkan diagnosis/ gejala 1.0 % atau diperkirakan 27.535 orang (Kemenkes RI, 2014).

PJK biasanya diikuti oleh reaksi-reaksi psikologis seperti stres, ansietas dan depresi. Jelas bahwa faktor psikologis seperti stres, ansietas dan depresi memiliki efek yang tidak diinginkan pada prognosis PJK dan mungkin sebagai hambatan untuk meningkatkan kondisi pasien. Penderita jantung koroner memiliki tingkat stres dan kecemasan yang tinggi, yang berkaitan dengan *treatment* yang harus dijalani seperti diet atau pengaturan makanan, konsumsi obat dan juga olahraga. Selain itu risiko komplikasi penyakit yang dialami penderita juga menyebabkan terjadinya stres (Sholichah, 2009 dalam Gustina, 2012). Hasil penelitian (Wirtz & von Känel, 2017) faktor stress juga dapat memicu terjadinya PJK, stress kronis meningkatkan risiko PJK dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stress emosional akut dapat memicu kejadian PJK akut pada pasien yang rentan. Tingkat stres yang tinggi juga meningkatkan kemungkinan iskemia

miokard dan disritmia, penurunan ingatan pasien dan kualitas hidupnya dan menyebabkan berbagai masalah yang berbeda selama mereka dirawat di rumah sakit (Aghakhani, et al, 2011). Para ahli kesehatan klinik berpendapat bahwa stres dapat memicu semburan adrenalin dan zat katekolamin yang tinggi yang dapat mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan jantung serta peningkatan denyut jantung, sehingga dapat menyebabkan terganggunya suplai darah ke jantung, hal ini akan memicu terjadinya serangan jantung pada penderita PJK dan juga dapat semakin memperburuk kondisi/ prognosis penderita Penyakit Jantung Koroner (Sumiati, et al, 2010)

Depresi dan kecemasan adalah dua bentuk utama dari distress psikologi. 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, 2017). Ada beberapa faktor yang terkait dengan depresi pada pasien dengan PJK, yaitu mekanisme koping, dukungan sosial, persepsi penyakit, dan efikasi diri pasien (Heo, S., et al., 2014). Distress dapat melemahkan kondisi banyak pasien bila tidak ditangani dan dapat menyebabkan kejadian penyakit jantung yang fatal yang disebabkan oleh

aktivitas simpatik yang berlebihan. Reaktivitas kardiovaskular sering mengakibatkan takikardia dan meningkatkan resistensi sistemik (Swan, 1991 dalam Kyungh, 2002).

Respon atau reaksi seseorang terhadap stressor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan yang lainnya, ada yang menunjukkan gejala-gejala stres, ada juga yang menunjukkan gejala-gejala kecemasan dan atau depresi. Tidak jarang ketiga gejala tersebut juga saling tumpang tindih, sebab dalam pengalaman klinis jarang ditemukan ketiga gejala tersebut masing-masing berdiri sendiri. Pada stres, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan fisik tetapi dapat pula disertai keluhan psikis. Pada gejala ansietas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan psikis seperti ketakutan dan kekhawatiran, tetapi dapat pula disertai keluhan fisik. Pada depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan psikis seperti kemurungan dan kesedihan, tetapi dapat pula disertai keluhan fisik (Hawari, 2013).

Masalah yang harus ditangani pada pasien PJK dengan distress psikologi adalah ansietas dan tidak keefektifan koping. Salah satu teori keperawatan yang sesuai untuk masalah ini yaitu teori keperawatan Sister Callista Roy dengan

model adaptasi, salah satu objek utamanya yaitu manusia. Model keperawatan adaptasi Roy adalah model keperawatan yang bertujuan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit.

Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian fokus meliputi pengumpulan data seperti fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Terjadinya distres psikologis sangat berkaitan dengan

kemampuan atau coping seseorang dalam mengatasi masalah. Pelayanan yang bersifat preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif yang ditujukan pada pasien Penyakit Jantung Koroner yang mengalami stres psikologis berperan penting dalam usaha untuk menurunkan dan mencegah serangan ulang nyeri dada melalui pencegahan stres psikologis.

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian diskriptif yang bertujuan untuk mengetahui gambaran *distres psikologi* pada pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Umum Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.



## HASIL PENELITIAN

**Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Umur .Jenis kelamin. Pekerjaan. Status pernikahan. Pengasilan. Biaya rumah sakit responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Umur</b>		
	40-50 tahun	5	23,8
	51-60 tahun	10	47,6
	61-70 tahun	5	23,8
<b>2</b>	<b>Jenis kelamin</b>		
	Laki-laki	12	57,1
	perempuan	9	42,9
	<b>3</b>	<b>Pekerjaan</b>	
	IRT	7	33,3
	Pegawai swasta	1	4,8
	Wiraswasta	10	47,6
	PNS	3	14,3
<b>4</b>	<b>Status pernikahan</b>		
	Belum menikah	0	0
	Menikah	21	100
	Cerai	0	0
<b>5</b>	<b>Penghasilan</b>		
	Dibawah 1 juta	14	66,7
	Diatas 1 juta	7	33,3
<b>6</b>	<b>Biaya rumah sakit</b>		
	Asuransi	16	76,2
	Tidak asuransi	5	23,8

Pada tabel 4.1 dalam penelitian ini usia responden di dominasi oleh rentang umur 51-60 tahun yaitu sebanyak 10 responden (47,6%), di dominasi oleh laki-laki yaitu sebanyak 12 responden (57,1%), pekerjaan responden di dominasi oleh wiraswasta yaitu sebanyak 10 responden (47,6%),

berdasarkan status pernikahan responden yaitu seluruh responden menikah (100%), penghasilan responden di dominasi di bawah satu juta yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), biaya rumah sakit responden di dominasi dengan asuransi yaitu sebanyak 16 responden (76,2%).

**Tabel 4.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Tingkat distres psikologi responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

Distres psikologi	frekuensi	%
Ringan	2	9,5
Sedang	14	66,7
Tinggi	5	23,8
Total	21	100
Total	21	100

Pada tabel 4.2 dalam penelitian ini tingkat distres psikologi pada responden dengan penyakit jantung koroner didominasi tingkat sedang yaitu sebanyak 14 responden

(66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distres psikologi tinggi dan 2 responden (9,5%) mengalami distres psikologi ringan.

**Tabel 4.3 Distribusi frekuensi tingkat distres psikologi berdasarkan karakteristik responden di ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Juni 2020 (n=21)**

karakteristik	f	Distres rendah %	f	Distres sedang %	f	Distres berat %	Total n (%)
<b>Umur</b>							
40-50 thn	1	4,8	4	19,0	0	0,0	5 (23,8)
51-60 thn	0	0,0	5	23,8	5	23,8	10 (47,6)
61-70 thn	1	4,8	4	19,0	0	0,0	5 (23,8)
71-80 thn	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1 (4,8)
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	1	4,8	8	38,1	3	14,3	12 (57,1)
Perempuan	1	4,8	6	28,6	2	9,5	9 (42,9)
<b>Pekerjaan</b>							
IRT	1	4,8	4	19,0	2	9,5	7 (33,3)
Pegawai Swasta	1	4,8	0	0	0	0	1 (4,8)
Wiaswasta	0	0	7	33,3	3	14,3	10 (47,6)
PNS	0	0	3	14,3	0	0	3 (14,3)
<b>Sts pernikahan</b>							
Menikah	2	9,5	14	66,7	5	23,8	21(100%)
Belum menikah	0	0	0	0	0	0	0
Cerai	0	0	0	0	0	0	0
<b>Penghasilan</b>							
< 1 juta	1	4,8	8	38,1	5	23,8	14 (66,7)
> 1 Juta	1	4,8	6	28,6	0	0	7 (33,3)
<b>Biaya RS</b>							
Asuransi	2	9,5	12	57,1	2	9,5	16 (76,2)
Tidak Asuransi	0	0	2	9,5	3	14,3	5 (23,8)

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa responden pada rentang umur 51-60 tahun memiliki tingkat distres psikologi berat yaitu 23,8% serta memiliki tingkat distres psikologi sedang sebesar 23,8%. Berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa responden laki-laki memiliki tingkat distres psikologi berat yaitu 14,3% serta memiliki tingkat distres psikologi sedang sebesar 38,1%, sedangkan responden perempuan memiliki tingkat distres berat sebesar

9,5%serta tingkat distres sedang sebesar 28,6%. Berdasarkan pekerjaan; responden yang bekerja sebagai wiraswasta memiliki tingkat distres psikologi berat yaitu 14,3% serta memiliki tingkat distres psikologi sedang sebesar 33,3%, sedangkan responden bekerja sebagai ibu rumah tangga memiliki tingkat distres berat sebesar 9,5% serta tingkat distres sedang sebesar 19,0%. Menurut status pernikahan semua menikah dimana memiliki tingkat

distres psikologi berat yaitu 23,8% serta memiliki tingkat distres psikologi sedang sebesar 66,7%. Responden yang berpenghasilan dibawah satu juta memiliki tingkat distres psikologi berat yaitu 23,8% serta memiliki tingkat distres psikologi

sedang sebesar 38,1%. Responden yang tidak memakai asuransi memiliki tingkat distres psikologi berat yaitu 14,3% serta memiliki tingkat distres psikologi sedang sebesar 9,5%.



## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian di peroleh bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki, menikah, berusia 51-60 tahun dengan pekerjaan Wiraswasta dan penghasilan kurang dari satu juta sedangkan sumber pembiayaan rumah sakit mayoritas responden menggunakan asuransi (BPJS). Adapun gambaran distres psikologi pada penelitian ini yang dilakukan pada 21 responden didominasi oleh distres psikologi tingkat sedang yaitu sebanyak 14 responden (66,7%), 5 responden (23,8%) mengalami distres psikologi tinggi dan 2 responden (9,5%) mengalami distres psikologi ringan.



## DAFTAR PUSTAKA

Anwar, T. B. (2004). Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi. E-USU Repository Universitas Sumatera Utara.

Evangeline, Hutabarat, & Wintarsih, W. (2007). GAMBARAN STRES PSIKOLOGIS SEBAGAI PENCETUS SERANGAN ULANG NYERI DADA PADA KLIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER BERDASARKAN KARAKTERISTIK DI RUANG PERAWATAN VIII RS. DUSTIRA CIMAHI.

Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 299–305.

Kabo, P dan Karim, S. (2008). EKG dan Penanggulangan Beberapa Penyakit Jantung Untuk Dokter Umum. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesi.

Kemendes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

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

RSKD. (2018). BOR,LOS,TOI.

Sardinha, Aline, AraújoII, De, Claudio Gil Soares, NardiIV, Egidio, & Antonio, A. C. de O. e S. (2011). Prevalence of psychiatric disorders and health-related anxiety in cardiac patients. [Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=sci\\_serial&pid=0101-6083&lng=en&nrm=iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=sci_serial&pid=0101-6083&lng=en&nrm=iso), vol.38 no. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000200004>

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

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

