



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN SINDROM
KORONER AKUT**

Skripsi

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

Masrifah

NIM : 30902300090

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini, Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Mengetahui
Wakil Dekan I

Semarang, 04 September 2024
Peneliti



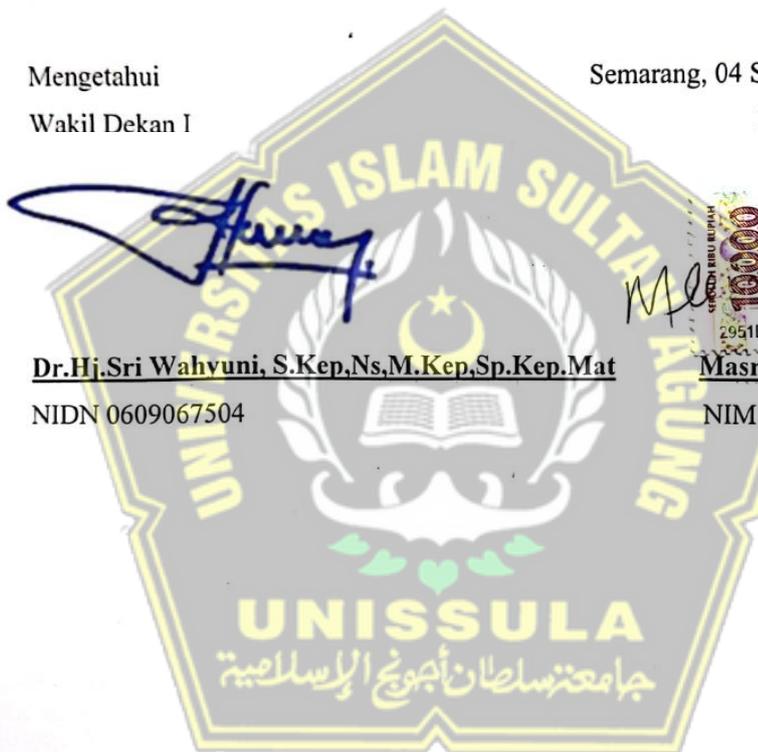
Dr. Hj. Sri Wahvuni, S.Kep.Ns, M.Kep, Sp.Kep. Mat

NIDN 0609067504



Masrifah

NIM : 30902300090



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Masrifah

NIM : 30902300090

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Tanggal

Pembimbing I

Tanggal : 01 APRIL 2024



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep. MB

NIDN.0620068504

Pembimbing II

Tanggal : 01 APRIL 2024

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN. 0627088403

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT

Oleh :

Nama : Masrifah

NIM : 30902300090

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 01 april 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Retno Setyawati, M.Kep.Sp.KMB
NIDN: 0613067403



Penguji II,

Ns. Suyanto, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0620068504



Penguji III,

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN. 0627088403



Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087404

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat, hidayah dan limpahan kerunia – Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut”*. Usulan penelitian skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Sarjana (S1) Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berkenaan dengan penulisan skripsi ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya atas bantuan, arahan, dan motivasi yang senantiasa diberikan selama ini, kepada :

1. Prof. Dr. Gunarto, S.H., M. Hum, yang menjabat selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, S. KM., M. Kep, yang menjabat selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno S., M.Kep.,Sp.KMB, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns.Suyanto,S.Kep.,M.Kep, selaku Pembimbing I, terimakasih banyak telah sabar senantiasa memberikan ilmu, bimbingan, arahan, nasehat dan motivasi yang sangat berharga dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Ns.Mohammad Arifin Noor,M.Kep, selaku Pembimbing II, saya ucapkan terimakasih, selama ini meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan, memberikan bimbingan, dukungan agar saya menjadi lebih baik.
6. Ibu Ns.Retno Setyawati,M.Kep.Sp.KMB, sebagai Penguji, saya ucapkan terimakasih sudah menuntun dan mengarahkan saya agar menjadi lebih baik.

7. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf FIK UNISSULA yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan serta bantuan kepada penulis.
8. Suami saya dan anak-anak saya Rifqi dan Ghina, yang saya cintai, yang dengan keikhlasannya bersedia dikurangi perhatiannya karena kesibukan mamanya.
9. Teman Sejawat saya yang selalu menjadi *support system*, atas segala doa, nasihat dan motivasi untuk segera menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu.
10. Kepala Bidang saya, Ibu Nining yang juga memberikan supportnya
11. Teman-teman di ruangan Poli Klinik Terutama Dr. Fandy Sp.PD, yang pastinya banyak membantu saya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini tidak lepas dari kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari rekan-rekan semua. Akhir kata penulis ucapkan terimakasih.

Tangerang, Maret 2024

Penulis



Masrifah

30902300090

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2024**

ABSTRAK

Masrifah

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT DI RS SARI ASIH
KARAWACI TANGERANG**

89 hal + 8 tabel + xvi

Latar belakang: Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu masalah kardiovaskular yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. Pada pasien SKA, selain masalah pada fisik, akan timbul juga masalah psikologis, yaitu cemas, stres, dan depresi dengan peningkatan sebesar 26%. Prevalensi gangguan kecemasan umum (GAD) pada populasi pasien dengan jantung koroner diperkirakan sekitar 8%, gangguan panik 7%, agorafobia 4%, fobia sosial 5%, dan fobia lainnya 4%; prevalensi gangguan kecemasan adalah sekitar 15% pada pasien PJK. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang

Metode: Jenis penelitian ini yaitu kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan menyebarkan kuesioner. Jumlah responden 55 orang pasien SKA dengan teknik total sampling. Data yang diperoleh diolah secara statistik dengan uji gamma.

Hasil: Berdasarkan hasil analisa diperoleh bahwa 55 responden penelitian memiliki karakteristik hampir setengahnya berumur >55 tahun (34.74%), sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, (60%), hampir setengahnya memiliki pekerjaan sebagai karyawan swasta (47.37%), sebagian besar dengan tingkat pendidikan SMAA (57.89%). Hasil analisa bivariat diperoleh secara statistic terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang dengan tingkat keeratan sedang (p value (0.000) dan r 0.597)

Kesimpulan: Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang

Kata kunci : Sindrom Koroner Akut, Kecemasan, Dukungan Keluarga

Daftar Pustaka: 27 (2016-2022)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME	1
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Teori	8
1. Sindrom Koroner Akut (SKA).....	8
2. Konsep Kecemasan	20
3. Konsep Dukungan Keluarga	36
B. KERANGKA TEORI.....	46
C. HIPOTESA PENELITIAN	47
BAB III.....	49
METODOLOGI PENELITIAN.....	49
A. Kerangka Konsep.....	49
B. Variabel Penelitian	49
C. Desain Penelitian	49
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	50

E. Tempat dan Waktu Penelitian	52
F. Definisi Operasional	52
G. Alat Pengumpul Data	52
H. Metode Pengumpulan Data.....	56
I. Rencana Analisa Data.....	57
J. Etika Penelitian	59
BAB IV.....	60
HASIL PENELITIAN	60
A. Analisa Univariat.....	60
B. Analisa Bivariat.....	62
BAB V.....	65
PEMBAHASAN	65
A. Analisa Univariat.....	65
a) Usia.....	65
2) Jenis Kelamin.....	68
3) Pekerjaan	69
4) Pendidikan.....	70
5) Gambaran dukungan keluarga pada pasien SKA di RS Sari Asih Karawaci Tangerang 72	
6) Gambaran tingkat kecemasan pasien SKA di RS Sari Asih KarawaciTangerang	75
B. Bivariat	77
C. Keterbatasan Penelitian.....	81
D. Implikasi Penelitian Bagi Keperawatan	81
BAB VI.....	82
PENUTUP	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	85

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	52
Tabel 3.2 Pertanyaan Dukungan Keluarga.....	53
Tabel 3.3 Teknik penilaian instrument Dukungan Keluarga	53
Tabel 3.4 Pertanyaan Tingkat Kecemasan	54
Tabel 3.5 Teknik penilaian instrument Zung Self-Rating.....	54
Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Responden	60
Tabel 4.2 Ditribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)	61
Tabel 4.3 Ditribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)	62
Tabel 4.4 Hasil Distribusi Silang Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)	63





DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	49
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	51



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 Surat persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 Kuesioner



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu masalah kardiovaskular yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi (Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler indonesia (PERKI), 2018). Pada pasien Sindrom Koroner Akut, selain masalah pada fisik, akan timbul juga masalah psikologis, yaitu cemas, stres, dan depresi dengan peningkatan sebesar 26%. Keadaan emosi ini yang berhubungan dengan ketegangan, kecemasan, kemarahan dan peningkatan aktivitas sistem saraf otomatis bersama dengan satu atau lebih gejala fisik yang mengakibatkan timbulnya kejang jantung (Feng et al, 2016). Kecemasan pada pasien SKA tidak bisa dianggap sepele karena beberapa penelitian menunjukkan jumlah yang signifikan pada pasien SKA yang mengalami kecemasan persisten dan tidak kunjung sembuh. Terkadang kecemasan dapat terlihat dalam bentuk lain, seperti: sering bertanya tentang penyakitnya dan berulang dalam bertanya meskipun pertanyaan tersebut sudah dijawab, pasien terlihat gelisah, sulit istirahat dan tidak bergairah saat makan. Hal tersebut dapat mempengaruhi kondisi dan kualitas hidup pasien SKA (Sianipar, Suryagustina and Indriyani, 2021)

Secara signifikan, menyebabkan lebih dari 17,3 juta kematian per tahun di seluruh dunia ((Alexandri *et al.*, 2017). Menurut *World Health Organization* ((WHO, 2021) pada tahun 2021 terdapat 41 juta kematian di seluruh dunia yang disebabkan oleh PTM dan penyakit jantung berkontribusi dalam 43,6% diantaranya (17,9 juta kematian). Data dari *American Heart Association* (AHA) (2023) menyebutkan lebih dari 6 juta orang Amerika hidup dengan gagal jantung, dan lebih dari 1.000.000 kasus baru didiagnosis pada orang dewasa berusia 55 tahun ke atas setiap tahun. Selanjutnya data *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) menyatakan bahwa kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung iskemik bertanggung jawab terhadap 28,3% total kematian di Indonesia tahun 2019 dan diperkirakan bahwa lebih dari 23 juta kematian akan terjadi karena penyakit arteri koroner pada tahun 2030 , dengan 80% kematian ini akan terjadi di negara-negara berkembang (Tumade *et al.*, dikutip dari (Muhibbah *et al.*, 2019). Indonesia menempati posisi ketiga di ASEAN setelah Laos dan Filipina, penyakit kardiovaskuler telah menyebabkan 36,33% dari total mortalitas pada tahun 2018 di Indonesia ((Kementerian Kesehatan RI, 2018)). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2013 dan 2018 menunjukkan tren peningkatan penyakit jantung yakni 0,5% pada 2013 menjadi 1,5% pada 2018 adapun jumlah kasus prevalensi jantung koroner menurut gejala di Provinsi Banten sebanyak 40.370 (0,5%) (). Prevalensi gangguan kecemasan umum (GAD) pada populasi pasien dengan jantung koroner diperkirakan sekitar 8%, gangguan panik 7%, agorafobia 4%, fobia sosial 5%, dan fobia lainnya

4%; prevalensi gangguan kecemasan adalah sekitar 15% pada pasien PJK, dan lebih tinggi pada pasien PJK yang menjalani rawat inap (Julia et al, 2018)

Beberapa faktor yang akibat kecemasan termasuk risiko kematian, kecemasan berkaitan dengan kemampuan untuk mengurus diri sendiri, rasa takut akan metode diagnostik dan terapeutik, beban ekonomi karena penyakit yang diderita, dikucilkan dari keluarga dan menarik diri dari lingkungan sekitar (Partovi *et al.*, 2017). Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Dukungan keluarga juga sangat diperlukan dalam hal psikologis kaitannya dengan penurunan kecemasan sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien, dukungan yang diberikan keluarga dapat berupa kunjungan rutin, membangkitkan support system yang menyenangkan, kegembiraan, dan semangat. Kegembiraan dan kesenangan akan memberikan semangat baru pasien dan meningkatkan respon pasien terhadap penyakit sehingga pasien pulih lebih cepat (Sianipar, 2021). Dukungan keluarga berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang suportif selalu siap memberikan bantuan dan dukungan saat dibutuhkan. Dalam hal ini, penerima dukungan keluarga mengetahui bahwa ada orang lain yang merawat, menghargai, dan menyayanginya (Friedman, 2016)

Kitko *et.*. (2020) menyatakan beberapa peneliti membuktikan peran penting pengasuh keluarga terhadap pasien gagal jantung diantaranya adalah dapat membantu mengelola stress pada pasien dan membantu dalam perawatan diri pasien saat kebutuhan meningkat. Penelitian Myers dalam (Widiyanti and

Rahmandani, 2020) menyebutkan orang dengan dukungan keluarga yang tinggi mempunyai risiko kematian yang rendah dibandingkan dengan mereka yang rendah dukungan keluarganya. Penelitian Fumagalli dan Sims menyimpulkan bahwa kunjungan keluarga tidak hanya memperbaiki fungsi kardiovaskular tetapi juga mengurangi kecemasan dan mencegah terjadinya komplikasi kardiovaskular pada pasien sindrom koroner akut ,dengan cara menurunkan tekanan darah dan denyut jantung. Menurut penelitian (Nofriani *et al.*, 2019) dukungan keluarga yang sangat besar terhadap anggota keluarga yang sakit secara psikologis dapat menambah semangat hidup yang berdampak pada tingkat kecemasan yang rendah.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RS Sari Asih Karawaci Tangerang pada bulan November 2023 didapatkan hasil bahwa jumlah pasien SKA pada Januari-Desember tahun 2022 yang menjalani rawat jalan terdapat 202 kasus, IGD 3 kasus, dan rawat inap 34 kasus. Sedangkan pada bulan Januari-Juli 2023 didapatkan hasil data pasien dengan SKA yang menjalani rawat inap 6 kasus, rawat jalan 118 kasus, dan IGD 2 kasus.

Dari hasil wawancara yang dilakukan pada perawat, mereka mengatakan bahwa pasien yang datang dengan kasus jantung kebanyakan mengalami kecemasan, kebanyakan dari mereka mengalami kecemasan ringan hingga panik karena mereka meyakini kalau penyakit jantung yang mereka derita itu merupakan penyakit yang mengancam nyawa dan susah disembuhkan. Perawat mengatakan adanya dukungan keluarga pada pasien dengan kasus jantung sangat membantu kesembuhan pasien, selain membantu dalam proses terapi dan

perawatan diri pasien, keluarga juga menjadi pendukung dan penyemangat pasien untuk sembuh dan kooperatif menjalani terapi. Perawat juga mengatakan bahwa pasien yang datang dengan ditemani keluarga terdekat merasa lebih tenang saat menjalani perawatan selama di rumah sakit. (Kamali *et al.*, 2020) menyatakan bahwa pasien yang tidak mendapatkan dukungan keluarga akan mengalami kecemasan yang meningkat. Sedangkan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien dengan sindrom koroner akut diketahui masih minim.

Berdasarkan fenomena di atas mengenai kecemasan dan dukungan keluarga pada pasien SKA maka peneliti merumuskan untuk meneliti mengenai “hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang”

B. Rumusan Masalah

Kecemasan menjadi hal yang perlu diperhatikan bagi penderita penderita SKA. karena dapat meningkatkan resiko komplikasi penyakit jantung oleh karena itu peran penting pengasuh keluarga terhadap pasien gagal jantung agar dapat membantu mengelola stress pada pasien dan membantu dalam perawatan diri pasien saat kebutuhan meningkat. Pasien yang datang dengan kasus jantung kebanyakan mengalami kecemasan, kebanyakan dari mereka mengalami kecemasan ringan hingga panik karena mereka meyakini kalau penyakit jantung yang mereka derita itu merupakan penyakit yang mengancam nyawa dan susah disembuhkan. Perawat mengatakan adanya dukungan keluarga pada pasien dengan kasus jantung sangat membantu kesembuhan pasien, selain membantu

dalam proses terapi dan perawatan diri pasien, keluarga juga menjadi pendukung dan penyemangat pasien untuk sembuh dan kooperatif menjalani terapi

Berdasarkan uraian yang telah di paparkan di atas maka diperoleh rumusan masalah yaitu : apakah terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik responden (Tekanan Darah (TD), Tekanan Arteri rata-rata (MAP), Denyut Nadi (HR), jenis kelamin, pendidikan, riwayat hipertensi, riwayat merokok)
- b. Mengetahui dukungan keluarga pada pasien dengan sindrom koroner akut
- c. Mengetahui tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut
- d. Menganalisa keeratan hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan kajian terkait dukungan keluarga dengan kecemasan pada pasien dengan SKA

2. Manfaat bagi institusi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi Rumah Sakit khususnya tenaga kesehatan yaitu perawat dalam melibatkan keluarga

sebagai intervensi untuk menurunkan kecemasan pada pasien dengan SKA selama menjalani perawatan juga sebagai bagian bahan promosi kesehatan sindrom koroner akut sehingga tingkat kecemasan pasien SKA bisa dikurangi.

3. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan dan menambah informasi tentang penyakit Sindrom koroner akut khususnya tentang dukungan keluarga dengan kecemasan pasien SKA.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Sindrom Koroner Akut (SKA)

a. Definisi SKA

Sindrom koroner akut atau *acute coronary syndrome* adalah kondisi di mana aliran darah menuju ke jantung berkurang secara tiba-tiba Menurut (Muhibbah *et al.*, 2019)) sindrom koroner akut merupakan penyakit tidak menular dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemia miokardium, Unstable Angina Pectoris (UAP) serta Infark Miokard Akut (IMA) Pasien dengan SKA pada prinsipnya disebabkan oleh dua faktor yaitu adanya aterosklerosis dan trombosis. Aterosklerosis adalah penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri akibat penumpukan plak (lemak dan jaringan fibrosa) pada dinding pembuluh darah (Centers for Disease Control Prevention, 2018). Sedangkan trombosis merupakan pengendapan dan pengerasan lemak pada pembuluh darah dalam jangka waktu lama dan dapat mengakibatkan kerusakan bahkan sampai terjadi robekan dinding pembuluh darah (Aday, 2022).

b. Gejala SKA

Gejala yang sering dialami pada penderita SKA yakni nyeri. Ini terjadi akibat adanya penyempitan atau tersumbatnya pembuluh koroner. Rasa nyeri dirasakan penderita di dada bagian tengah yang memiliki sensasi seperti tertindih beban berat. Perlu diwaspadai ketika keluhan dirasa muncul mendadak disertai keluarnya keringat dingin berlangsung lebih dari 20 menit serta tidak berkurang dengan istirahat. Serangan jantung ini dirasa hingga muncul rasa sesak bernafas, nyeri ulu hati, dan terasa lemas bahkan pingsan (Devon et al., 2020)

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI) (2018) menyebutkan keluhan pasien dengan iskemia miokard dapat berupa nyeri dada yang tipikal (angina tipikal) atau atipikal (angina ekuivalen). Keluhan angina tipikal berupa rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium. Keluhan ini dapat berlangsung intermiten/beberapa menit atau persisten (>20 menit). Keluhan angina tipikal sering disertai keluhan penyerta seperti diaphoresis, mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan sinkop. Presentasi angina atipikal yang sering dijumpai antara lain nyeri di daerah penjalaran angina tipikal, rasa gangguan pencernaan (indigestion), sesak napas yang tidak dapat diterangkan, atau rasa lemah mendadak yang sulit diuraikan. Keluhan atipikal ini lebih sering dijumpai pada pasien usia muda (25-40 tahun) atau usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes, gagal ginjal menahun, atau demensia.

c. **Diagnosis SKA**

PERKI (2018) menyatakan diagnose SKA dilakukan dengan mengintegrasikan informasi yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, elektrokardiogram, tes marka jantung, dan foto polos dada, diagnosis awal pasien dengan keluhan nyeri dada dapat dikelompokkan sebagai berikut: non kardiak, Angina Stabil, Kemungkinan SKA, dan Definitif SKA

1) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengidentifikasi faktor pencetus iskemia, komplikasi iskemia, penyakit penyerta dan menyingkirkan diagnosis banding. Regurgitasi katup mitral akut, suara jantung tiga (S3), ronkhi basah halus dan hipotensi hendaknya selalu diperiksa untuk mengidentifikasi komplikasi iskemia. Ditemukannya tanda-tanda regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, diaphoresis, ronkhi basah halus atau edema paru meningkatkan kecurigaan terhadap SKA.

2) Pemeriksaan elektrokardiogram.

Semua pasien dengan keluhan nyeri dada atau keluhan lain yang mengarah kepada iskemia harus menjalani pemeriksaan EKG 12 sadapan sesegera mungkin sesampainya di ruang gawat darurat. Sebagai tambahan, sadapan V3R dan V4R, serta V7-V9 sebaiknya direkam pada semua pasien dengan perubahan EKG yang mengarah kepada iskemia dinding inferior. Sementara itu, sadapan V7-V9 juga harus direkam pada semua pasien angina yang mempunyai EKG awal nondiagnostik. Sedapat mungkin, rekaman EKG dibuat dalam 10 menit

sejak kedatangan pasien di ruang gawat darurat. Pemeriksaan EKG sebaiknya diulang setiap keluhan angina timbul kembali.

3) Pemeriksaan marka jantung. Kreatinin kinase-MB (CK-MB) atau troponin I/T

Merupakan marka nekrosis miosit jantung dan menjadi marka untuk diagnosis infark miokard. Troponin I/T sebagai marka nekrosis jantung mempunyai sensitivitas dan spesifisitas lebih tinggi dari CK-MB. Peningkatan marka jantung hanya menunjukkan adanya nekrosis miosit, namun tidak dapat dipakai untuk menentukan penyebab nekrosis miosit tersebut (penyebab koroner/nonkoroner). Troponin I/T juga dapat meningkat oleh sebab kelainan kardiak nonkoroner seperti takiaritmia, trauma kardiak, gagal jantung, hipertrofi ventrikel kiri, miokarditis/perikarditis.

4) Pemeriksaan laboratorium.

Data laboratorium, di samping marka jantung, yang harus dikumpulkan di ruang gawat darurat adalah tes darah rutin, gula darah sewaktu, status elektrolit, koagulasi darah, tes fungsi ginjal, dan panel lipid. Pemeriksaan laboratorium tidak boleh menunda terapi SKA.

5) Pemeriksaan foto polos dada.

Biasanya dilakukan di ruang gawat darurat dengan alat portabel. Tujuan pemeriksaan adalah untuk membuat diagnosis banding, identifikasi komplikasi dan penyakit penyerta

d. Faktor Resiko SKA

Faktor resiko SKA terbagi menjadi faktor yang dapat diubah diantaranya riwayat penyakit seperti hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus (DM), kebiasaan merokok, obesitas, gaya hidup tidak aktif. Hipertensi memiliki kontribusi terjadinya penyakit jantung koroner dengan adanya peningkatan resisten vaskuler perifer yang meningkatkan afterload dan kebutuhan ventrikel, sehingga akibatnya adalah peningkatan kebutuhan oksigen untuk suplai ke myocardial berkurang. Orang dengan dislipidemia dapat memicu terbentuknya plak aterosklerotik di koroner yang dipicu inflamasi. Plak yang terbentuk dapat menjadi tidak stabil dan mengalami ruptur sehingga terjadi sindrom koroner akut (Firdaus et al., 2018).

Pada pasien dengan diabetes mellitus terjadi degenerasi vaskuler menyebabkan metabolisme lipid menjadi tidak normal sehingga meningkatkan risiko pertumbuhan atheroma ((Center for Disease Control, 2020). Selanjutnya, faktor resiko pada orang yang merokok umumnya mengalami penurunan kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) dan peningkatan kandungan LDL (*Low Density Lipoprotein*) sehingga risiko terjadinya penebalan dinding pembuluh darah meningkat, keadaan ini bukan hanya dialami oleh perokok itu sendiri, tetapi juga oleh perokok pasif atau orang yang ada di sekeliling perokok (Suarningsih & Suindrayasa, 2020; Visseren et al., 2021). Obesitas berhubungan dengan peningkatan intake kalori dan peningkatan kadar *Low Density Lipoprotein* yang berkontribusi dalam menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah koroner (Hosseini et al., 2021). Kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko sindrom

koroner akut yang setara dengan hiperlipidemia, merokok (Winzer et al., 2018).

Faktor yang tidak dapat diubah diantaranya usia, jenis kelamin, keturunan (genetik) (Devon et al., 2020). Peningkatan usia berkaitan dengan penambahan waktu yang digunakan untuk proses pengendapan lemak pada dinding pembuluh nadi. Di samping itu proses kerapuhan dinding pembuluh tersebut semakin panjang sehingga semakin tua seseorang maka semakin besar kemungkinan terserang penyakit jantung koroner (Visseren et al., 2021). Berdasarkan jenis kelamin, pria usia < 65 tahun kira-kira mempunyai kemungkinan meninggal akibat penyakit jantung 4 kali lebih besar dibanding wanita (Winzer et al., 2018). Keturunan dengan riwayat keluarga penderita jantung koroner umumnya mewarisi faktor-faktor risiko lainnya, seperti abnormalitas kadar kolesterol, peningkatan tekanan darah, kegemukan dan DM (Devon et al., 2020).

Diagnosis SKA menjadi lebih kuat jika ditemukan pada pasien dengan karakteristik sebagai berikut :

- 1) Pria
- 2) Mempunyai penyakit aterosklerosis non koroner (penyakit arteri perifer / karotis)
- 3) Mempunyai PJK atas dasar pernah mengalami infark miokard, bedah pintas koroner, atau IKP

4) Mempunyai faktor risiko: umur, hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes mellitus, riwayat PJK dini dalam keluarga, yang diklasifikasi atas risiko tinggi, risiko sedang, risiko rendah menurut NCEP

(National Cholesterol Education Program, 2020)

e. Patofisiologi SKA

PERKI (2018) menjelaskan Sebagian besar SKA adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial; atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang-lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard).

Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses hibernating dan stunning (setelah

iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien SKA tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis.

f. Klasifikasi SKA

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi:

a. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: *ST segment elevation myocardial infarction*)

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 mural pada lokasi ruptur yang mengakibatkan oklusi arteri koroner. Penelitian histologis menunjukkan plak koroner cenderung mengalami ruptur jika mempunyai fibrous cap yang tipis dan inti kaya lipid (lipid rich core). Pada STEMI gambaran patologis klasik terdiri dari fibrin rich red trombus, yang dipercaya menjadi dasar sehingga STEMI memberikan respons terhadap terapi trombolitik. Selanjutnya pada lokasi ruptur plak, berbagai agonis (kolagen, ADP, epinefrin, serotonin) memicu aktivasi trombosit yang selanjutnya akan memproduksi dan melepaskan tromboxan A₂ (vasokonstriktor lokal yang poten).

Selain itu aktivasi trombosit memicu perubahan konformasi reseptor glikoprotein IIb/IIIa. Setelah mengalami konversi fungsinya, reseptor memiliki afinitas tinggi terhadap sekuens asam amino pada protein adhesi yang larut (integrin) seperti faktor von Willebrand (vWF) dan fibrinogen di mana keduanya adalah molekul multivalen yang dapat mengikat 2 platelet yang berbeda secara simultan menghasilkan ikatan silang platelet dan agregasi.

Kaskade koagulasi di aktivasi oleh pajanan tissue factor pada sel endotel yang rusak. Faktor VII dan X diaktivasi mengakibatkan konversi protrombin menjadi trombin, yang kemudian mengkonfirmasi fibrinogen

menjadi fibrin. Arteri koroner yang terlibat (culprit) kemudian akan mengalami oklusi oleh trombus yang terdiri dari agregat trombosit dan fibrin. 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.

b. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: *non ST segment elevation myocardial infarction*)

Infark miokard Non STEMI dapat disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan 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. Sel-sel ini akan mengeluarkan sitokin proinflamasi seperti TNF dan IL-6. IL-6 akan merangsang pengeluaran hsCRP di hati.

c. Angina Pektoris tidak stabil (UAP: *unstable angina pectoris*)

Pada sindrom koroner akut, nilai ambang untuk peningkatan CK-MB yang abnormal adalah beberapa unit melebihi nilai normal atas (*upper limits of normal*, ULN). Jika dalam pemeriksaan EKG awal tidak menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik

sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam. EKG diulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang

Sifat nyeri dada angina sebagai berikut:

- a. Lokasi: substernal, retrosternal dan prekordial.
- b. Sifat nyeri: rasa sakit, seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat
- c. seperti ditusuk, rasa diperas dan dipelintir.
- d. Penjalaran: biasanya ke lengan kiri, dapat juga ke leher, rahang bawah, gigi, punggung/ interscapula, perut dan dapat pula ke lengan kanan.
- e. Nyeri membaik atau hilang dengan istirahat atau obat nitrat.
- f. Faktor pencetus: latihan fisik, stress emosi, udara dingin dan sesudah makan.
- g. Gejala yang menyertai: mual, muntah, sulit bernafas, keringat dingin, lemas dan cemas (Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler indonesia (PERKI), 2018)

g. Komplikasi SKA

Beberapa komplikasi dari SKA menurut Jones et al (2020) adalah aritmia, edema paru akut, syok kardiogenik, aneurisma ventrikel, ruptur otot papilaris, serta ruptur septum ventrikel.

a. Aritmia

Aritmia yang paling sering terjadi setelah infark miokardium sebagai salah satu manifestasi SKA adalah ventricular tachycardia (VT), ventricular fibrillation (VF), atrial fibrillation (AF), dan bradiaritmia. Aritmia ventrikel, yaitu VT atau VF, dapat diterapi dengan beta-blocker atau amiodarone dan dilanjutkan dengan kardioversi atau defibrilasi bila tidak menunjukkan perbaikan. Tata laksana AF dapat dengan regimen farmakologi yang standard atau kardioversi. Bradiaritmia dapat diterapi dengan atropin atau pacemaker.

a. Edema Paru Akut

Edema paru akut sebagai komplikasi SKA terjadi akibat kegagalan fungsi ventrikel kiri sehingga mengakibatkan cairan kembali ke jaringan interstisial paru dan semakin mengganggu oksigenasi dan perfusi jaringan. Gejala sesak napas pada edema paru akut sebagai manifestasi komplikasi SKA sering misdiagnosis menjadi pneumonia. Perbedaan klinis manifestasi kardiak pada edema paru akut dan non kardiak pada pneumonia dapat membantu membedakan keduanya.

b. Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik merupakan manifestasi klinis SKA yang membutuhkan penanganan revaskularisasi segera. Pasien seringkali

datang dengan hipotensi yang refrakter dengan pemberian cairan. Pada keadaan ini, tekanan darah sistolik kurang dari 80 sampai 90 mmHg atau mean arterial pressure kurang dari 30 mmHg dari baseline.

c. Aneurisma Ventrikel

Aneurisma ventrikel terjadi karena area dinding ventrikel mengalami nekrosis atau melemah, sehingga saat kontraksi ventrikel terjadi, area yang melemah ini menonjol menjadi aneurisma. Keadaan ini perlu dilakukan tata laksana menggunakan terapi farmakologi antikoagulan atau dapat dengan pembedahan bila aneurisma berukuran besar.

d. Ruptur Otot Papilaris

Risiko ruptur otot papilaris dapat terjadi sampai dengan 3 bulan setelah infark. Keadaan ini akan menyebabkan regurgitasi aliran darah lewat katup yang berhubungan dengan otot papilaris, sehingga aliran darah menjadi backflow dan terjadi gagal jantung kanan atau kiri. Keadaan ini diperbaiki secara pembedahan dengan mitral valve replacement.

e. Ruptur Septum Ventrikel

Ruptur septum ventrikel terjadi karena infark yang melibatkan ketebalan seluruh dinding ventrikel yang kemudian menjadi nekrosis, sehingga terjadi ruptur.

2. Konsep Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan

sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxius*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Muyasaroh et al. 2020). Menurut *American Psychological Association* (APA) dalam (Muyasaroh et al. 2020), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya). Kecemasan adalah emosi tanpa objek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui dan didahului oleh pengalaman baru. Takut mempunyai sumber yang jelas dan objektifnya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respons emosi terhadap penilaian tersebut (Nursalam, 2018)

Menurut Kholil Lur Rochman (2010) dalam (Sari 2020), kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis. Anxiety atau kecemasan merupakan pengalaman yang bersifat subjektif, tidak menyenangkan, menakutkan dan mengkhawatirkan akan adanya kemungkinan bahaya atau ancaman bahaya dan seringkali disertai oleh gejala-gejala atau reaksi fisik tertentu akibat peningkatan aktifitas otonomik. (Sumirta, Rasdini and Candra,

2019) menyatakan kecemasan merupakan ketegangan, rasa tidak aman, dan kekhawatiran yang timbul karena akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sebagian besar sumber penyebab tidak diketahui dan manifestasi kecemasan dapat melibatkan somatik dan psikologis.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan takut dan khawatir yang bersifat lama pada sesuatu yang tidak jelas (subjektif) atau belum pasti akan terjadi dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya.

b. Penyebab Kecemasan

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa - peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Muyasaroh et al. (2020) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi Yang Ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama

jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab - Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan semasa remaja dan sewaktu terkena suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi. Sedangkan, menurut Blacburn & Davidson dalam (Ifdil and Anissa 2018), menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus ke permasalahannya).

c. Tanda dan Gejala Kecemasan

(Annisa and Ifdil, 2016) menyatakan ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu:

1) Tanda-Tanda Fisik Kecemasan

Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu : kegelisahan, kegugupan,, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

2) Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan,

Tanda-tanda behavioral kecemasan diantaranya yaitu : perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terganggu.

3) Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan

Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan

ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati (meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

Menurut Hawari (2006) dalam Annisa and Ifdil (2016) mengemukakan gejala kecemasan diantaranya yaitu :

- 1) Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang
- 2) Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir)
- 3) Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum (demam panggung)
- 4) Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain
- 5) Tidak mudah mengalah
- 6) Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
- 7) Sering mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit
- 8) Mudah tersinggung, membesar-besarkan masalah yang kecil (dramatisasi)

9) Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu j.

Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya seringkali diulang-ulang

10) Apabila sedang emosi sering kali bertindak histeris.

d. Tipe Kecemasan

Freud membagi kecemasan kedalam tiga tipe yaitu: kecemasan realistik, kecemasan neurotik, dan kecemasan moral.

- a. Kecemasan realistik adalah ketakutan terhadap suatu bahaya atau ancaman nyata yang ada dilingkungan maupun di dunia luar. Kecemasan ini menjadi asal mula timbulnya kecemasan neurotik dan kecemasan moral.
- b. Kecemasan neurotik adalah rasa takut, insting-insting (dorongan) akan lepas kendali dan menyebabkan dia berbuat sesuatu yang membuatnya mendapat hukuman. Kecemasan ini bukanlah ketakutan terhadap insting tersebut, melainkan ketakutan terhadap hukuman yang akan diterimanya jika suatu insting tersebut dilepaskan.
- c. Kecemasan moral adalah ketakutan terhadap suara hati (super ego). Seseorang dengan super ego baik cenderung merasa bersalah atau malu jika berbuat atau berpikir sesuatu yang bertentangan dengan moral. Sama dengan kecemasan neurotik, kecemasan moral juga berkembang pada masa kanak-kanak terkait dengan hukuman atau ancaman orang tua maupun orang lain yang mempunyai otoritas jika dia melakukan perbuatan yang melanggar norma

e. **Tingkat Kecemasan**

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Menurut Muiyasaroh et al. 2020 mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. **Kecemasan Ringan**

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. **Kecemasan Sedang**

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

c. **Kecemasan Berat**

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu :

persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

f. **Dampak Kecemasan**

Ketakutan, kekhawatiran dan kegelisahan yang tidak beralasan pada akhirnya menghadirkan kecemasan, dan kecemasan ini tentu akan berdampak pada perubahan perilaku seperti, menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dalam beraktivitas, susah makan, mudah tersinggung, rendahnya pengendalian emosi amarah, sensitive, tidak logis, susah tidur. (Jarnawi 2020). Menurut

Arifiati and Wahyuni (2020), membagi beberapa dampak dari kecemasan ke dalam beberapa simtom, antara lain :

a. Simtom Suasana Hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

b. Simtom Kognitif

Simtom kognitif yaitu kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simtom Motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motorik menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari kaki mengetukngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

g. Kecemasan Pasien SKA

Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang menekan kehidupan seseorang. Teori psikoanalitis klasik menyatakan bahwa pada saat

individu menghadapi situasi yang dianggapnya mengancam, maka secara umum ia akan memiliki reaksi yang biasanya berupa rasa takut. Kebingungan menghadapi stimulus yang berlebihan dan tidak berhasil diselesaikan oleh ego, maka ego akan diliputi kecemasan. Pada pasien SKA banyak mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan panik.

Kecemasan yang dialami pasien mempunyai alasan diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak bisa sembuh, cemas dan takut akan kematian. Cemas sering terjadi pada pasien dengan sindrom koroner akut maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Meskipun prevalensinya cukup tinggi, kondisi psikiatrik ini sering tidak disadari oleh petugas kesehatan dan tidak mendapatkan penanganan selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Cemas dihubungkan dengan timbulnya dampak kardiovaskuler yang buruk bagi penderita serangan jantung akut. Cemas berhubungan dengan meningkatnya risiko infark miokard baik non fatal maupun fatal (berakhir kematian).

Prevalensi gangguan cemas pada populasi dengan penyakit jantung cukup tinggi, yakni antara 28 sampai 44% pada kelompok usia yang lebih muda. Pada kelompok usia yang lebih tua, prevalensi gangguan cemas diperkirakan antara 14 sampai 24%. Pasien dengan sindrom koroner akut yang stabil memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum, dengan prevalensi antara 16 sampai 42%.^(11,38) menurut penelitian tingkat kecemasan pada pasien SKA yaitu tidak ada kecemasan (6,7%),

kecemasan ringan (43,3%), kecemasan sedang (48,3%), dan kecemasan berat (1,7%).(12) Kemungkinan persistensi kecemasan pada pasien SKA harus mendapatkan perhatian sehingga pentingnya pemeriksaan fisik dan psikiatri serta follow-up yang berkesinambungan terhadap pasien SKA dapat membantu pasien dalam mempertahankan kondisi seoptimal mungkin sehingga dapat terhindar dari resiko-resiko kejadian penyakit jantung lanjutan.

Cemas dianggap memegang peranan penting terjadinya penyakit SKA selain faktor risiko tersebut. Penderita gangguan cemas spesifik memiliki abnormalitas level serotonin dalam darah. Pada arteri yang mengalami arterosklerosis, telah terjadi kerusakan sel endotel sehingga sel endotel gagal melepas NO (*Nitic Oxide*) saat mendapatkan stimulasi serotonin, sedangkan NO berfungsi untuk vasodilatasi pembuluh darah. Sebagai respon terhadap stimulasi serotonin justru terjadi vasokonstriksi pembuluh darah sehingga semakin memperberat iskemia miokard. Selain itu gangguan cemas berhubungan dengan peningkatan aktivitas saraf simpatis, penurunan variabilitas denyut jantung, reaktivitas baroreseptor dan kegagalan kontrol vagal. Penurunan variabilitas denyut jantung akan memberikan dampak kardiovaskuler yang buruk bagi pasien dengan riwayat penyakit jantung, karena tingginya risiko mortalitas akibat aritmia ventrikel dan kematian jantung mendadak.

h. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut (Stuart, 2016) faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya kecemasan terdiri dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor predisposisi dibagi menjadi 2 yaitu, faktor eksternal dan faktor internal. Faktor predisposisi diantaranya:

1) Faktor Biologis.

Terdapat reseptor di otak yaitu, benzodiazepin yang memiliki fungsi dalam mengelola dan mengatur perasaan kecemasan. Obat-obatan yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang memiliki peran penting dalam mekanisme biologis yang terjadi pada kecemasan. Kadang kecemasan timbul disertai dengan berbagai perubahan gangguan fisik. Kecemasan yang tidak dapat ditangani dengan baik, maka kapasitas individu dalam mengatasi stressor akan menurun

2) Faktor psikologis

a) Pandangan Psikoanalitik.

Kecemasan adalah kondisi emosional dari 2 kepribadian, yaitu: id dan superego. Id merupakan dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego cerminan hati nurani individu yang dapat dikendalikan oleh norma budaya individu. Ego memiliki fungsi untuk menengahi tuntutan dari dua kepribadian yang saling bertentangan. Kecemasan berfungsi sebagai meningkatkan ego bahwa akan terjadi bahaya.

b) Pandangan Interpersonal.

Kecemasan disebabkan dari perasaan takut dalam menerima dan menolak interpersonal. Kecemasan dapat dihubungkan dengan kejadian trauma yang dialami individu, seperti perpisahan dan kehilangan dari orang yang paling berarti bagi klien. Individu yang memiliki harga diri rendah sangat mudah mengalami kecemasan berat.

c) Pandangan Perilaku

Kecemasan adalah produk frustrasi yang dapat mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan sesuatu yang diinginkan. Pakar perilaku menilai bahwa kecemasan sebagai dorongan belajar dari dalam diri untuk menghindari segala kepedihan.

3) Faktor Sosial Budaya.

Kecemasan yang dialami individu kemungkinan memiliki dasar genetik. Anak yang terlahir dari orang tua yang mengalami kecemasan dapat resiko tinggi memiliki gangguan kecemasan juga. Hal ini merupakan yang biasa terjadi didalam suatu keluarga.

Faktor presipitasi kecemasan, antara lain (Putri, 2019) :

1) Faktor eksternal

a) Ancaman terhadap integritas individu, seperti : disabilitas fisiologis/ketidakmampuan atau menurunnya fungsi fisiologis akibat sakit mengakibatkan individu mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari

b) Ancaman terhadap sistem diri individu. Ancaman ini dapat mengakibatkan timbulnya gangguan atau bahaya terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi sosial individu

2) Faktor Internal

a) Potensi stressor Stressor psikososial merupakan suatu keadaan yang menjadi penyebab perubahan dalam kehidupan individu sehingga individu dituntut untuk bisa beradaptasi. Sifat stressor bisa berubah-ubah sehingga bisa mempengaruhi individu dalam menghadapi kecemasan, tergantung dengan mekanisme koping individu tersebut.

b) Maturitas Kematangan kepribadian individu akan mempengaruhi kecemasan yang dihadapinya. Seseorang yang dikatakan mencapai maturasi ketika sudah mencapai keseimbangan pertumbuhan fisiologis, psikologis dan kognitif

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya.

d) Respon Koping

Ketika mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba menghilangkan kecemasan tersebut.

e) Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah menyebabkan individu mudah mengalami kecemasan.

f) Keadaan fisik

Keadaan fisik individu yang mengalami penurunan dampaknya memudahkan individu tersebut mengalami kecemasan (Putri, 2019).

g) Lingkungan

Lingkungan yang asing membuat individu mudah mengalami kecemasan dibandingkan berada di lingkungan yang biasa ditempati

h) Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan sumber coping individu. Dukungan yang di dapatkan dari orang lain membantu individu dalam mengurangi kecemasan

i) Usia

Semakin bertambahnya usia individu, maka tingkat kematangan dan kekuatan individu tersebut akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja

j) Humor

Humor dapat menimbulkan reflek tertawa yang mampu mengurangi ketegangan individu ketika mengalami kecemasan.

k) Jenis kelamin Perempuan lebih sering mengalami kecemasan daripada laki-laki. Menurut Yeni & Dwi (2016) sebagian besar perempuan cenderung memiliki sikap cemas karena perempuan lebih banyak menggunakan perasaannya

3. Konsep Dukungan Keluarga

a. Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari setiap anggota keluarga (Friedman 2014). Menurut Andarmoyo dalam Clara (2020) keluarga adalah perkumpulan dua orang atau lebih yang dihubungkan oleh ikatan darah, perkawinan atau adopsi dan setiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain dengan tujuan untuk menciptakan dan memelihara budaya bersama, seperti peningkatan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota keluarga.

b. Fungsi Keluarga

Fungsi yang dijalankan keluarga menurut Andarmoyo dalam Clara (2020) adalah :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. Anggota keluarga mengembangkan citra diri yang positif, rasa memiliki, rasa berarti, dan sumber kasih sayang. Dukungan diberikan dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Setiap tahap perkembangan keluarga dan individu dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga mempelajari disiplin, norma, budaya, dan perilaku melalui

hubungan dan interaksi dalam keluarga sehingga seseorang dapat berperan dalam masyarakat.

3) Fungsi Ekonomi

Mencari sumber pendapatan untuk memenuhi semua kebutuhan keluarga saat ini dan menabung untuk kebutuhan keluarga di masa depan.

4) Fungsi Perawatan Keluarga/Pemeliharaan Kesehatan Keluarga

Memberikan perawatan kesehatan kepada setiap anggota untuk mencegah masalah kesehatan, dan secara bersama-sama memberikan perawatan kesehatan untuk merawat anggota yang sakit.

5) Fungsi Pendidikan

Mengirimkan anak ke sekolah untuk menanamkan pengetahuan dan keterampilan serta membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minatnya. Mempersiapkan anak-anak untuk kehidupan dewasa masa depan dengan memenuhi peran dewasa mereka dan membesarkan mereka sesuai dengan tingkat perkembangan mereka.

c. Tugas Keluarga

Tugas Keluarga Menurut Andarmoyo dalam Clara (2020) dalam sebuah keluarga terdapat beberapa tugas dasar yang didalamnya ada delapan tugas pokok, antara lain:

1) Pemeliharaan Fisik

Keluarga bertanggung jawab untuk menyediakan tempat tinggal, pakaian dan makanan bergizi, dan perawatan kesehatan atau perawatan yang memadai.

- 2) Alokasi Sumber Sumber-sumber tersebut antara lain: keuangan, waktu pribadi, tenaga, dan hubungan dengan orang lain. Kebutuhan anggota keluarga dipenuhi dengan penganggaran dan pembagian kerja untuk menyediakan bahan, ruang, dan fasilitas melalui hubungan interpersonal untuk berbagi otoritas, rasa hormat, dan perhatian.
- 3) Pembagian Kerja Anggota keluarga menentukan siapa yang akan bertanggung jawab untuk menghasilkan pendapatan, mengelola pekerjaan rumah tangga, memelihara rumah dan kendaraan, mengurus semua anggota, dan tugas-tugas lain yang ditentukan.
- 4) Sosialisasi Anggota Keluarga Keluarga memiliki tanggung jawab untuk membimbing perkembangan dewasa dari model peran yang diterima dan interaksi dengan orang lain.
- 5) Reproduksi, Penerimaan, dan Melepas Anggota Keluarga Kelahiran, adopsi dan pendidikan anak merupakan tanggung jawab keluarga, sejalan dengan penerimaan masuknya anggota baru melalui perkawinan. Membiarkan anggota keluarga pergi karena kematian atau pernikahan.
- 6) Pemeliharaan Keteraturan Konsistensi dipertahankan melalui interaksi perilaku yang dapat diterima. Bentuk, identitas, pola afektif, ekspresi seksual yang diperkuat melalui perilaku orang tua untuk menjamin penerimaan di masyarakat.
- 7) Penempatan Anggota Keluarga dalam Masyarakat Luas Anggota keluarga berakar dalam masyarakat melalui hubungan di tempat-tempat ibadah, sekolah, dan organisasi lainnya. Keluarga juga memiliki tanggung jawab

untuk melindungi anggota keluarga dari pengaruh luar yang tidak diinginkan dan keanggotaan kelompok yang tidak diinginkan.

- 8) Pemeliharaan Motivasi dan Moral Anggota keluarga saling menghargai atas keberhasilan mereka dan menyediakan lingkungan keluarga yang mencerminkan fakta bahwa setiap individu diterima, didukung, dan diperhatikan. Keluarga mengembangkan semangat kesetiaan dan persatuan keluarga, memungkinkan anggota untuk beradaptasi dengan krisis pribadi dan keluarga.

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, menurut friedman (2014) keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

- 1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan maka seyogyanya meminta bantuan orang lain disekitar keluarga.

- 3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga

d. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2014) adalah dukungan yang diberikan oleh pihak keluarga (suami/istri, anak/menantu, cucu, saudara) meliputi dukungan instrumental, informasional, emosional dan penilaian. Dukungan keluarga berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang suportif selalu siap memberikan bantuan dan dukungan saat dibutuhkan. Dalam hal ini, penerima dukungan keluarga mengetahui bahwa ada orang lain yang merawat, menghargai, dan menyayangnya. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami, istri, atau saudara kandung, tetapi juga dalam bentuk dukungan keluarga eksternal terhadap keluarga inti. Dukungan keluarga memungkinkan keluarga berfungsi dengan kecerdasan dan indera yang berbeda. Ini meningkatkan kesehatan keluarga (Friedman, 2014).

Menurut Ayuni (2020), anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika

diperlukan. Dukungan keluarga meningkatkan harapan dan kualitas hidup, karena keluarga adalah sistem pendukung utama bagi mereka untuk mengembangkan respons koping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik terhadap stresor fisik, psikologis, dan sosial yang terkait dengan penyakit mereka. (Wahyudi, Setiya, Makhfudi, Hasnah, & Mar'atul, 2018)

e. Ciri Dukungan Sosial Keluarga

Friedman (2014) menyatakan ciri dukungan sosial yaitu :

- 1) Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menganggulani persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.
- 2) Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, dan kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapi seseorang tersebut.
- 3) Bantuan intrumental, bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-

persoalan yang dihadapinya, misal dengan menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain.

- 4) Bantuan penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa dalam bentuk positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian dalam bentuk positif

f. Dukungan Keluarga Pada Pasien SKA

Friedman (2014), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

1) Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Dukungan emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang dan empati. Menurut Friedman (2014) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami SKA. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan

psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya). Pada klien SKA dukungan emosional sangat diperlukan dan akan menjadi faktor sangat penting untuk upaya perawatan dan pengobatan dalam mengontrol penyakit yang dideritanya.

Dengan demikian dukungan emosional dari keluarga sangat dibutuhkan oleh klien SKA yang dapat mempengaruhi status psikososial dan mentalnya yang akan ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Hal tersebut tentunya disebabkan karena terjadinya peningkatan perasaan tidak berguna, tidak dihargai, merasa dikucilkan dan kecewa dari klien.

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional.

2) Dukungan informasi,

Keluarga berfungsi sebagai sebuah pengumpul dan penyebar informasi. Menjelaskan tentang pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang

diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan informasi merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan klien SKA dalam upaya meningkatkan status kesehatannya.

Dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien SKA merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap klien SKA diantaranya adalah memperkenalkan kepada klien SKA tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada klien SKA agar klien termotivasi menjaga dan mengontrol kesehatannya. Pada klien dengan SKA cenderung dan sering mengalami masalah kemunduran kognitif, sehingga keadaan ini juga dapat mengakibatkan munculnya rasa pesimis dan putus asa bahkan kepasrahan terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya. Dirasakan penting upaya bantuan informasi (saran, nasehat dan pemberian informasi) bagi klienSKA untuk meningkat kan semangat dan motivasi agar dapat meningkatkan status kesehatannya secara optimal.

3) Dukungan instrumental,

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien SKA dalam menyampaikan perasaannya. Serta dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga termasuk kebutuhan kesehatan anggota keluarga, sedangkan fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga diantaranya adalah merawat anggota keluarga yang mengalami SKA dan membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya.

4) Dukungan penilaian

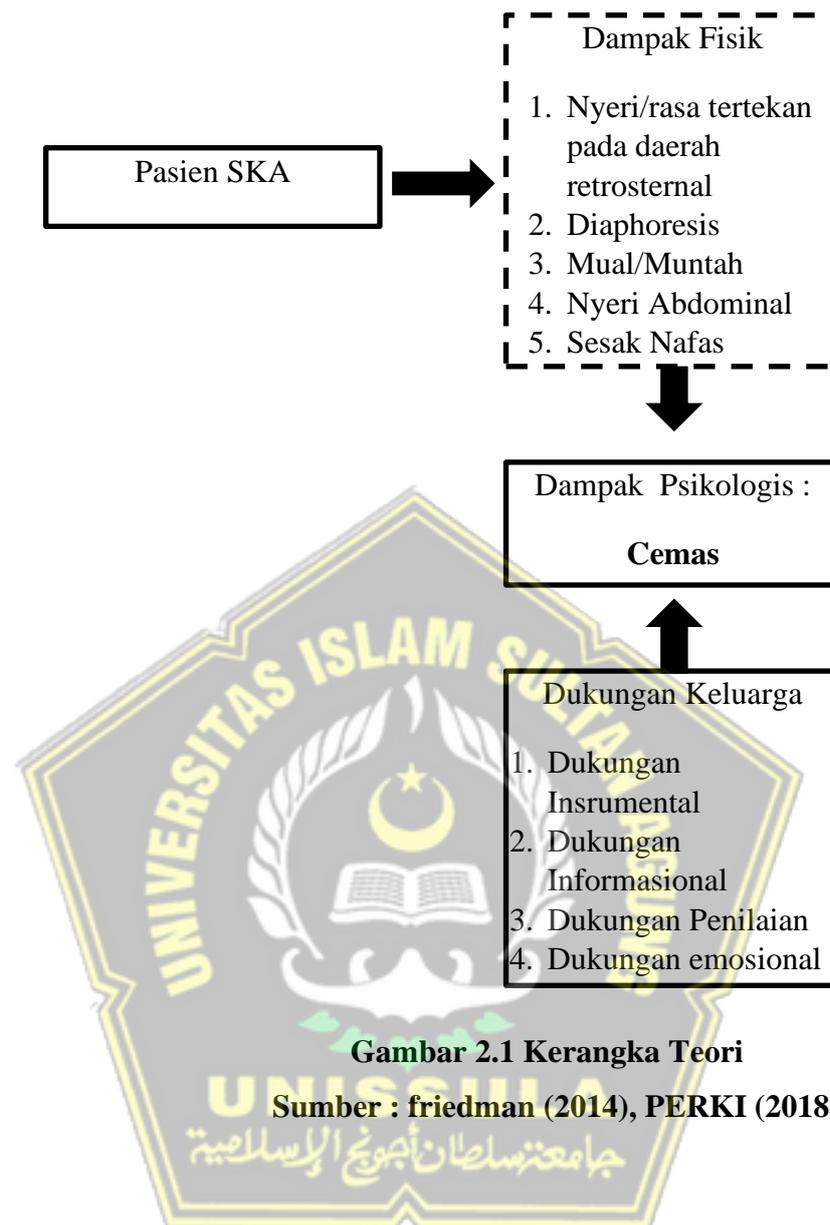
Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien SKA dengan menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap

gagasan, ide atau perasaan seseorang. Dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien SKA yang dapat meningkatkan status kesehatan klien SKA. Melalui dukungan penghargaan ini, klien SKA akan mendapat pengakuan atas kemampuannya sekecil dan sesederhana apapun.

Dengan demikian dukungan keluarga terhadap klien SKA sangat penting dilakukan dalam upaya peningkatan status kesehatan klien SKA. Klien bisa semangat dan termotivasi sehingga menjadikan kehidupan klien SKA lebih berharga dan berarti serta bermakna bagi keluarganya, dan klien SKA akan merasakan bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien SKA tersebut tinggal.

B. KERANGKA TEORI

Kerangka teori ini merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian. Kerangka ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan. Adapun kerangka teori pada penelitian ini adalah :



Keterangan :

 = Diteliti

 = Tidak Diteliti

C. HIPOTESA PENELITIAN

Hipotesis penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara

yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2017). Adapun hipotesa penelitian ini adalah :

Ha : Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut

Ho : Tidak terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :

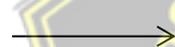
Variabel Bebas (Independen)

Variabel Terikat (Dependen)



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

-  = Area yang diteliti
-  = Ada Hubungan

B. Variabel Penelitian

1. Variabel *Independent* (Bebas)

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah Dukungan Keluarga

2. Variabel *Dependent* (Terikat)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Tingkat Kecemasan

C. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif korelational yaitu mencari hubungan antara variabel bebas (dukungan keluarga) dengan variabel terikat (tingkat kecemasan). Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Pendekatan *Cross Sectional* adalah pendekatan yang digunakan dalam penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent pada objek penelitian dalam waktu

yang bersamaan. Sedangkan studi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Correlational Study* yaitu penelitian antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Pada penelitian ini populasinya adalah semua pasien sindrom koroner akut diruang RS Sari Asih Karawaci Tangerang pada bulan Januari-Juli tahun 2023 sebanyak 126 orang

2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2020). Teknik sampling adalah proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari total populasi yang ada untuk mewakili keseluruhan populasi. Metode pengambilan sampel yang digunakan dengan *Non probability sampling* dengan teknik *Purposive sampling*. Menurut Sugiyono (2018) Non probability sampling merupakan teknik pengambilan sampel dengan tidak memberi peluang atau kesempatan yang sama kepada setiap anggota populasi saat akan dipilih sebagai sampel. Sedangkan teknik Purposive sampling menurut Sugiyono (2018) adalah pengambilan sampel dengan menggunakan beberapa pertimbangan tertentu sesuai dengan kriteria yang diinginkan untuk dapat menentukan jumlah sampel yang akan diteliti. Untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti, peneliti menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Slovin, (1960) yaitu sebagai berikut:

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

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar Populasi

d = Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketidaktepatan yang diinginkan (5%)

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$N = \frac{126}{1+126 (0.05)^2} = 95$$

Berdasarkan perhitungan diatas maka diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 95 orang.

Cara pengambilan dengan menggunakan total sampling sehingga semua pasien diambil dengan melihat kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi adalah karakteristik dari sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel yang akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain:

- a) Pasien sadar dengan dengan tingkat kesadaran Composmentis dengan GCS 15
- b) Pasien yang berusia antara 18-60 tahun
- c) Pasien yang bisa membaca dan menulis
- d) Pasien yang menjalani perawatan di RS Sari Asih Karawaci Tangerang dengan sindrom koroner akut
- e) Pasien memiliki kecemasan ringan-berat
- f) Pasien yang tinggal dengan keluarga

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan subjek penelitian karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Terjadi penurunan kesadaran saat pengambilan data
- b) Terjadi penurunan kondisi (mual, muntah, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, nyeri, lemas, dll) saat pengambilan data

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di RS Sari Asih Karwaci pada tanggal 01 Desember 2023.

F. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen				
Dukungan Keluarga	Suatu bentuk bantuan berupa sikap, tindakan dan penerimaan dari anggota keluarga pada pasien SKA yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan penilaian)	Sistem Lembar Kuesioner	1. Tinggi jika skor 65-96 2. Sedang jika skor 33-64 3. Rendah Jika skor 1-32	Ordinal
Dependen				
Tingkat Kecemasan	Ketegangan, gugup, dan khawatir pada pasien SKA yang dirawat	Lembar Kuesioner <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i> (SAS/SRAS)	1) Normal/tidak cemas jika Skor 20-44 2) Kecemasan ringan jika Skor 45-59 3) Kecemasan sedang jika Skor 60-74 4) Kecemasan berat jika Skor 75-80	Ordinal

G. Alat Pengumpul Data

1. Instrumen penelitian

- Instrumen Karakteristik Responden terdiri dari data demografi responden yaitu: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penyakit penyerta.
- Instrumen Dukungan Keluarga. Instrumen yang dipakai berupa pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi

dukungan keluarga dari House & Kahn, 1985 dalam Friedman, 2010 yang terdiri dari dukungan emosional (nomor 1,3,5,7,9,11), dukungan informasi (nomor 2,4,6,8,10,12), dukungan instrumental (nomor 13,15,17,19,21,23) dan dukungan penilaian (nomor 14,16,18,20,22,24). Kuesioner ini terdiri dari 24 pernyataan yang *favourable*:

Tabel 3.2 Pertanyaan Dukungan Keluarga

Pertanyaan	Favourable	Unfavourable
Dukungan Emosional	1,3,5,7,9,11	-
Dukungan Informasi	2,4,6,8,10,12	
Dukungan Instrumental	13,15,17,19,21	
Dukungan Penilaian	14,16,18,20,22,24	
Total	24	0

Tabel 3.3 Teknik penilaian instrument Dukungan Keluarga

	Jawaban Responden			
	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
Favourable	4	3	2	1

Selanjutnya skor yang di capai dari semua item pertanyaan di jumlahkan, kemudian skor yang di dapat dikategorikan menjadi 4 kriteria tingkat kecemasan (Nursalam, 2013) yaitu:

- 1) Dukungan Keluarga Tinggi : Skor 65-96
 - 2) Dukungan Keluarga sedang : Skor 33-64
 - 3) Dukungan Keluarga Rendah : Skor 1-32
- c) Instrumen Tingkat Kecemasan menggunakan lembar kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) yang merupakan penilaian kecemasan yang dirancang oleh William WK Zung, yang terdiri memiliki 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan *Unfavourable* dan 5 pertanyaan *Favourable*

Tabel 3.4 Pertanyaan Tingkat Kecemasan

Pertanyaan	Favourable	Unfavourable
Tingkat Kecemasan	5,9,13,17,19	1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,15,16,18
Total	5	15

Setiap pertanyaan *favourable* dan *unfavourable* memiliki penilaian penskoran yang berbeda, penilaiannya sebagai berikut :

Tabel 3.5 Teknik penilaian instrument *Zung Self-Rating*

Anxiety Scale

	Jawaban Responden			
	Tidak Pernah	Kadang Kadang	Sering Mengalami	Mengalami Setiap Hari
Favourable	4	3	2	1
Unfavourable	1	2	3	4

Selanjutnya skor yang di capai dari semua item pertanyaan di jumlahkan, kemudian skor yang di dapat dikategorikan menjadi 4 kriteria tingkat kecemasan (Nursalam, 2018) yaitu:

- 1) Normal/tidak cemas : Skor 20-44
- 2) Kecemasan ringan : Skor 45-59
- 3) Kecemasan sedang : Skor 60-74
- 4) Kecemasan berat : Skor 75-80

Converting Raw Score Total to Anxiety Index

RAW SCORE	ANXIETY INDEX	RAW SCORE	ANXIETY INDEX	RAW SCORE	ANXIETY INDEX
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Raw Score Total Anxiety Index

Interpreting the Anxiety Index

Anxiety Index	Clinical Interpretation
Below 45	Within normal range
45 – 59	Minimal to moderate anxiety
60 – 74	Marked to severe anxiety
75 and over	Most extreme anxiety

- Check that all statements have been answered
- Scoring values are printed next to the response
- Add up the Raw Total Score
- Convert the Raw Total to the Anxiety Index

Instruction for use: (Zung Anxiety Assessment Tool)

1. The same caregiver should administer this test each time.
2. Choose a quiet place, preferably the same location each time the test is administered.
3. The administration of this test should not be immediately after some mental trauma or unsteady period.
4. Speak in a soft, pleasant tone.
5. Answer all questions by placing a check in the box to the left of the number under the appropriate answer.
6. Add the Raw Score values (numbers to the right of the check) for all questions and record the total in the "RAW SCORE TOTAL" box.
7. Compare the raw score to the anxiety index on the conversion chart and record the corresponding anxiety index in the "ANXIETY INDEX" box.
8. Compare the anxiety index with the clinical interpretation chart.

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Hasil uji validitas terhadap instrumen B untuk pernyataan dukungan keluarga dari 24 pernyataan mempunyai telah diuji validitasnya oleh peneliti sebelumnya yaitu Suwardiman (2017) dengan nilai r hasil (0,391 sampai dengan 0,772), dapat dipastikan nilai r tabel diatas atau lebih besar dari rtabel (0,361). Masing-masing pernyataan atau variabel dibandingkan nilai rhasil dengan nilai rtabel, ternyata rhasil lebih besar dari rtabel maka pernyataan dukungan keluarga tersebut valid.

Sedangkan instrumen C untuk variabel kecemasan yaitu menggunakan kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) merupakan kuesioner baku dalam bahasa inggris yang dirancang oleh William WK Zung. Kemudian kuesioner ini telah dialih bahasakan ke dalam bahasa indonesia dan dijadikan sebagai alat pengukur kecemasan yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya (Nursalam, 2013). Hasil uji validitas tiap pertanyaan kuesioner dengan nilai terendah 0,663 dan tertinggi adalah 0,918

(Nasution, et al., 2013). Masing-masing pernyataan atau variabel dibandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel, ternyata r hasil lebih besar dari r tabel maka pernyataan kecemasan tersebut valid.

b. Uji Reliabilitas

Hasil uji reliabilitas instrumen B untuk dukungan keluarga dengan nilai r Alpha (0,928) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (0,361), maka 24 pernyataan mengenai dukungan keluarga tersebut dinyatakan reliabel.

Sedangkan instrumen C untuk pernyataan Kecemasan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) tidak perlu dilakukan uji reliabilitas karena kuesioner ini merupakan kuesioner kuesioner pengukur tingkat kecemasan yang sudah baku, Skala SAS/SRAS ini telah dibuktikan memiliki reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan dengan nilai alpha sebesar 0,829 (Nasution, et al., 2013) Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala SAS/SRAS akan diperoleh hasil yang reliable (Nursalam, 2018)

H. Metode Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam penelitian dilakukan sebagai berikut :

1. Mengurus ijin kepada Direktur RS Sari Asih Karawaci Tangerang untuk penelitian.
2. Peneliti melakukan pengambilan data dukungan keluarga dan tingkat kecemasan dengan langkah sebagai berikut :
 - a) Pada penelitian ini, kuisisioner dukungan keluarga dan tingkat kecemasan diberikan kepada responden yang dimaksud.
 - b) Responden dipanggil satu persatu untuk diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan menandatangani lembar

- persetujuan setelah responden menyatakan memahami maksud penelitian dan bersedia menjadi responden;
- c) Responden diberikan kuesioner dan dipersilahkan untuk mengisinya diruangan yang telah disediakan dan diberikan kesempatan bertanya jika ada hal yang kurang jelas
 - d) Responden setelah selesai mengisi kuesioner dipersilahkan mengumpulkannya
3. Data yang di dapatkan dari penilaian dukungan keluarga kemudian dibandingkan dengan tingkat kecemasan yang bersangkutan dan diolah menggunakan pengolah data statistik.

I. Hasil Analisa Data

1. Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini meliputi langkah-langkah sebagai berikut: (Sutanto, 2017)

- a) *Editing*, yaitu langkah untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner. Hasil wawancara, angket atau pengamatan dilapangan harus dilakukan editing terlebih dahulu.
- b) *Coding*, yaitu langkah memberikan kode pada setiap data sesuai dengan kategori yang telah ditentukan. Setelah semua data rekam medis diedit selanjutnya dilakukan pengkodean, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.
- c) *Entry data*, langkah ini mengumpulkan jawaban dari masing-masing responden yang berbentuk “kode” dapat berupa angka maupun huruf yang dimasukkan kedalam program atau “*software*” komputer.
- d) *Cleaning*, langkah ini merupakan pengecekan ulang untuk memastikan adanya kemungkinan kesalahan dalam pemberian kode, ketidak lengkapan dan lainnya. Apabila ada kesalahan maka akan dilakukan koreksi

2. Analisis Data

Setelah data diolah dan disajikan baik dalam bentuk penjelasan dan uraian, maka langkah selanjutnya yang penulis lakukan adalah menganalisis data tersebut sehingga dapat diperoleh hasil yang sesuai dari setiap data yang disajikan dalam penelitian ini. Penulis mengemukakan berdasarkan uraian penyajian data terdahulu dengan teknik analisis deskriptif kualitatif, sebagai berikut:

a) Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian juga dilakukan untuk mengetahui dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian), dan beban keluarga untuk mendapatkan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dengan *confident interval* (CI 95%). Pada penelitian ini juga dilakukan analisa univariat untuk mengetahui gambaran karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penyakit penyerta.

b) Analisa Bivariat

Analisa ini bertujuan untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen yaitu dukungan keluarga dengan variabel dependen yaitu tingkat kecemasan. Uji hipotesis yang digunakan pada penelitian dengan variabel yang mempunyai skala ordinal adalah uji Gamma. Pengambilan keputusan berdasarkan tingkat signifikansi sebesar $p < 0.05$ yang berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan.

Adapun untuk menjelaskan tingkat keeratan hubungan dalam analisis korelasi menurut Sugiyono (2014) adalah sebagai berikut:

Koefisien	Kekuatan Hubungan
0,000 – 0,199	Sangat lemah

0,200 – 0,399	Lemah
0,400 – 0,599	Sedang
0,600 – 0,799	Kuat
0,800 – 1,000	Sangat kuat

(Sumber: Sugiyono, 2018)

J. Etika Penelitian

Etika pada penelitian ini yaitu :

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Responden membaca dan menyetujui maksud dan tujuan dari penelitian yang dijelaskan oleh peneliti dan yang sudah tertulis di lembaran formulir. Kemudian mengisi formulir dan memberikan tanda tangan sebagai persetujuan untuk menjadi responden penelitian. Namun dalam penelitian ini jika ada responden yang tidak bersedia memberikan tanda tangan akan tetap bersedia menjadi responden, sehingga peneliti menghormati penuh kemauan responden.

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak mencantumkan nama lengkap subyek pada lembar pengumpulan data. Peneliti memberikan informasi kepada responden untuk mencantumkan inisial nama saja. Namun jika ada responden yang bersedia mencantumkan nama lengkap, maka peneliti akan menjaga privasi dari responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Segala informasi yang didapat oleh peneliti baik dari responden langsung maupun dari hasil pengamatan dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian studi lapangan yang dimulai dari statistik deskriptif yang berhubungan dengan data penelitian (meliputi gambaran umum responden, variabel penelitian), hasil pengujian hipotesis yang diuji menggunakan uji gamma dengan bantuan software program pengolahan data SPSS.

A. Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan gambaran dari setiap variabel yaitu sebagai berikut :

1. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi : Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Pendidikan. Berdasarkan data kusioner yang disebarkan oleh peneliti, didapatkan karakteristik responden yakni, Umur, Jenis Kelamin, dan Pendidikan, yang disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	57	60
	Perempuan	38	40
Total		91	100
Pendidikan	SD	3	3,1
	SMP	8	8,42

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
	SMA	55	57,89
	Perguruan Tinggi	29	30,53
Total		95	100
Usia	18-25 Tahun (remaja akhir)	11	11,58
	26-35 Tahun (dewasa awal)	15	15,79
	36-45 Tahun (dewasa akhir)	14	14,73
	46-55 Tahun (lansia awal)	22	23,16
	>55 Tahun (lansia Akhir)	33	34,74
Total		95	100
Pekerjaan	Karyawan Swasta	45	47,37
	Wiraswasta	23	24,21
	PNS/TNI/POLRI	16	16,84
	Tidak Bekerja	11	11,58
Total		62	100

Berdasarkan tabel diatas hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir setengahnya berumur >55 tahun yaitu sebanyak 21 orang (33,9%), sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 57 orang (60%), hampir setengahnya memiliki pekerjaan sebagai karyawan swasta yaitu sebanyak 45 orang (47.37%), dan sebagian besar dengan tingkat pendidikan SMA yaitu sebanyak 55 orang (57.89 %)

2. Gambaran Dukungan Keluarga

Pada penelitian variabel dukungan keluarga yang dideskripsikan berdasarkan empat indikator yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian yang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.2 Ditribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)

No.	Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Baik	61	64.21
2	Kurang Baik	34	35.79
Total		95	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 61 orang (64.21%).

3. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien

Variabel tingkat kecemasan pasien yang terdiri dari 20 item pertanyaan.

Tabel 4.3 Ditribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)

No.	Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Normal/Tidak Cemas	19	20
2	Cemas Ringan	44	46.30
3	Cemas Sedang	25	26.32
4	Cemas Berat	7	7.36
Total		95	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 diatas menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pasien hampir setengahnya dalam kateogri ringan yaitu sebanyak 44 orang (46.30%).

B. Analisa Bivariat

Analisis data bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh antara kedua variable yaitu hubungan dukungan keluarga dengan tingkat

kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang. yang disajikan pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.4 Hasil Distribusi Silang Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=95)

Dukungan Keluarga	Tingkat Kecemasan								%	Total	<i>P value</i>	<i>R</i>
	Tidak Cemas		Cemas Ringan		Cemas Sedang		Cemas Berat					
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Baik	14	23	37	60.7	9	14.8	1	1.6	61	100	0.0001	0.597
Kurang Baik	5	14.7	7	20.6	16	47.1	6	17.6	34	100		
Total	19	20	44	46.3	25	26.3	7	7.4	95	100		

Berdasarkan hasil uji *Gamma* terlihat bahwa pada kolom *P value* adalah 0,0001 atau probabilitas < 0.05 maka H_0 di tolak artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang dan nilai $r : 0.597$ artinya tingkat keeratan hubungan pada kategori sedang.

Selanjutnya dari hasil tabel 4.7 responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik dan tidak cemas sebanyak 14 orang (23%), dukungan keluarga baik dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 37 orang (60.7 %), dukungan keluarga baik dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 9 orang (14.8%), dukungan keluarga baik dan tingkat kecemasan berat sebanyak 1 orang (1.6%)

Dari hasil tabel 4.7 juga diperoleh responden yang mendapatkan dukungan keluarga kurang baik dan tidak cemas sebanyak 5 orang (14.7%), dukungan keluarga kurang baik dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 7 orang (20.6 %), dukungan keluarga kurang baik dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 16

orang (47.1%), dukungan keluarga kurang baik dan tingkat kecemasan berat sebanyak 6 orang (17.6%)



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan pembahasan sesuai dengan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu tentang analisa univariat berupa penjelasan gambaran karakteristik responden dan gambaran masing masing variabel. Serta pembahasan hasil pengujian hipotesa tentang hubungan dukungan keluarga dan tingkat kecemasan pasien SKA di RS Sari Asih Karawaci Tangerang.

A. Analisa Univariat

1. Gambaran Karakteristik Responden

a) Usia

Diketahui hampir setengahnya berumur >55 tahun yaitu sebanyak 33 orang (34.74%), hal ini menunjukkan bahwa pada rentang usia ini, angkakejadian penyakit sindrom coroner akut banyak terjadi.

Usia merupakan kurun waktu sejak adanya seseorang dan dapat diukur menggunakan satuan waktu dipandang dari segi kronologis, individu normal dapat dilihat derajat perkembangan anatomis dan fisiologis sama (Sonang et al., 2019). Semakin bertambahnya usia maka pembuluh darah seseorang akan mengalami perubahan yang berangsur secara terus menerus yang dapat mempengaruhi fungsi jantung (Susilo, 2015). (Singer, AJ,

2018) Semakin bertambah umur seseorang menyebabkan kemungkinan untuk mengidap sindrom koroner akut lebih tinggi dibandingkan orang lebih muda. Ini disebabkan oleh karena adanya penumpukan plak aterosklerosis yang terjadi selama bertahun-tahunakhirnya dapat menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah jantung. Sindrom Koroner Akut merupakan penyakit kronis sehingga memerlukan waktu yang cukup lama untuk menimbulkan gejala yang diakibatkan kerusakan pada pembuluh darah, dan patofisiologinya dapat dimulai saat individu masih muda dan muncul saat individu berusia lanjut.

Seiring bertambahnya usia kerentanan individu terhadap sindrom koroner akut semakin meningkat. Pada usia 40-60 tahun insiden SKA meningkat sebanyak 5 kali lipat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Capewell et al., bahwa kelompok usia terbanyak pasien yaitu 45-54 tahun (Capewell et al., 2019). Hasil Penelitian lain dari Sianipar (2021), bahwa kelompok umur terbanyak yang menderita SKA yaitu 56-65 tahun sebanyak 34 (52,5%).

Menurut peneliti masih tingginya BSK usia pada usia >55 tahun hal ini dikarenakan oleh sudah terjadi perubahan aspek fungsi fisiologis tubuh sehingga lebih rentan terkena penyakit. Oleh karena itu pentingnya sosialisasi kepada masyarakat agar tidak terkena syndrome koroner akut dengan menjaga pola hidup sehat secara fisik dan psikologis sehingga dapat mempertahankan

kualitas hidupnya dan mencegah terjadinya komplikasi.



2) Jenis Kelamin

Diketahui sebagian besar responden yang menderita sindrom koroner akut memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 57 orang (60%).

Jenis kelamin secara biologis merupakan penafsiran atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis, bersifat permanen (tidak dapat dipertukarkan antara laki-laki dan perempuan), dibawa sejak lahir dan merupakan pemberian Tuhan sebagai seorang laki-laki atau seorang perempuan. Melalui penentuan jenis kelamin secara biologis ini maka dikatakan bahwa seseorang akan disebut berjenis kelamin laki-laki jika ia memiliki penis, jakun, kumis, janggut, dan memproduksi sperma. Sementara seseorang disebut berjenis kelamin perempuan jika ia mempunyai vagina dan rahim sebagai alat reproduksi, memiliki alat untuk menyusui (payudara) dan mengalami kehamilan dan proses melahirkan. Ciri-ciri secara biologis ini sama di semua tempat, di semua budaya dari waktu ke waktu dan tidak dapat dipertukarkan satu sama lain (KBBI, 2020).

Hasil Penelitian ini sejalan dengan pernyataan WHO yang menyatakan bahwa pasien yang terdiagnosis sindrom koroner akut mayoritas terjadi pada laki-laki. Penelitian Indrawati et al., juga menyebutkan bahwa penderita SKA terbanyak pada laki-laki dengan jumlah 44 orang (77%) dari 71 responden (Indrawati et al., 2018). Penelitian lain yang dilakukan

oleh Sianipar (2021) yang menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan yaitu sebanyak 60%.

Menurut peneliti banyak pasien SKA pada penelitian ini dengan jenis menunjukkan faktor resiko dimana SKA lebih rentan terjadi pada laki-laki, disebabkan gaya hidup yang tidak sehat seperti perilaku merokok dan obesitas. Oleh karena itu pentingnya edukasi oleh tenaga medis tentang pencegahan syndrome coroner akut terutama pada laki laki dengan perbaikan pola hidup seperti menghindari rokok, meningkatkan aktivitas fisik, membiasakan pola makan dan menu makanan yang baik dll.

3) Pekerjaan

Diketahui responden dengan SKA sebagian besar karyawan swasta yaitu sebanyak 45 orang (47.37%).

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempermudah, mendasari atau memotivasi untuk melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, atau dengan kata lain faktor ini berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak atas perilaku tertentu termasuk perilaku pencegahan penyakit (Notoatmodjo, 2018). Ramadini et al (2017), menyatakan adanya perbedaan pekerjaan menyebabkan kesenjangan rutinitas yang berbeda. Pekerjaan yang membutuhkan

aktifitas sedang sampai tinggi dan dilakukan secara teratur dapat mencegah terjadinya serangan Sindrom Koroner Akut.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sianipar (2021) yang menunjukkan bahwa sebagian besar penderita SKA adalah karyawan swasta (40%)

Berdasarkan penjelasan diatas menurut peneliti responden yang dilakukan ESWL adalah karyawan swasta karena lokasi RS yang merupakan kawasan industry sehingga sebagian besar merupakan karyawan swasta selain itu pekerjaan terlalu sering duduk dan tempat yang bersuhu dingin/berAC dapat mempercepat proses terjadinya resiko pembentukan batu ginjal. hal ini disebabkan karena kurangnya asupan air pada tubuh Faktor lainnya karena perilaku yang menunjukkan kurangnya kesadaran akan pentingnya kesehatan termasuk pencegahan BSK pada pasien dengan faktor resiko pekerjaan yaitu pasien dengan banyak melakukan aktifitas duduk dalam bekerja.

4) Pendidikan

Diketahui sebagian besar responden yang dilakukan yang menderita SKA adalah dengan tingkat pendidikan SLTA yaitu sebanyak 55 orang (57.89%).

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap seseorang termasuk dalam hal pencarian informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan seseorang terhadap dunia luar (L green, 2005). Semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi pengetahuannya. Informasi kesehatan juga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan seseorang (Notoatmodjo, 2018). Ramadini et al (2017), tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan sehingga mempengaruhi gaya hidup seseorang. Pendidikan yang masih rendah dan informasi yang kurang mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman tentang penyakit SKA sehingga berpengaruh terhadap sikap dan kemampuan melakukan pencegahan maupun penanganan pertama faktor resiko SKA, misalnya beraktifitas teratur, olahraga teratur, pola makan/gizi seimbang, istirahat yang cukup, menghindari stress dan mengontrol kebiasaan merokok. Persepsi diri yang baik tentang penyakit yang diderita dapat meningkatkan motivasi dan kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan factor resiko penyakit SKA.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyanti (2019) dan widyastuti (2020) menunjukkan lebih dari 50% penderita SKA berpendidikan SMA.

Menurut peneliti menunjukkan bahwa kesadaran pasien masih sangat rendah untuk mengakses informasi tentang kesehatan. Informasi kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam rangka mengurangi angka kejadian penyakit, penyebaran penyakit, angka kesakitan dan angka kematian. Kurangnya terpapar pada informasi mengenai kesehatan pasti akan membuat masyarakat rentan terhadap suatu penyakit termasuk penyakit SKA. Oleh karena itu pentingnya sosialisasi pendidikan kesehatan tentang SKA melalui promosi kesehatan.

5) **Gambaran dukungan keluarga pada pasien SKA di RS**

Sari Asih Karawaci Tangerang

Berdasarkan tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 61 orang (64.21 %).

Menurut Notoatmodjo (2018) dukungan keluarga adalah salah satu faktor penguat (*reinforcing factor*) yang sangat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Anggota keluarga berpandangan bahwa seseorang yang bersifat mendukung pasti siap memberikan sebuah pertolongan dan bantuan jika diperlukan anggota keluarganya. Dukungan keluarga bisa diartikan juga sebagai dukungan kenyamanan, perhatian, penghargaan, pertolongan dan penerimaan dari keluarga yang membuat individu merasa dicintai. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang dimana seseorang tersebut merasa diperhatikan atau merasa

diperdulikan dan dihargai. Menurut Friedman (2014) dukungan keluarga adalah bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga baik dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan/penilaian, informasi dan instrumental.

Keluarga berfungsi mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktifitas tinggi dalam bentuk mengenal masalah kesehatan, kemampuan mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan yang baik dari anggota keluarga kepada pasien dapat membantu proses penyembuhan, hal ini didukung oleh sebagian besar anggota keluarga yang merawat memiliki tingkat dukungan yang baik sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat dalam mendukung pengobatan. Dukungan keluarga yang baik dikarenakan adanya keeratan hubungan antara anggota keluarga yang masih terjalin baik, kesadaran dari keluarga yang saling peduli antar anggota keluarga sehingga fungsi keluarga bisa berjalan sebagai mana mestinya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Sianipar (2021) yaitu 60% dukungan keluarga pada pasien SKA dengan kategori baik. Penelitian lain oleh Widyastuti (2019) dengan dukungan keluarga yang baik sebesar 76%.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan antara fakta dan teori tidak ada kesenjangan, dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar

pasien yang mendapatkan dukungan keluarga kategori baik mendapatkan dukungan emosional yang tinggi pula dari keluarga, ditandai dengan keluarga menerima segala kondisi pasien, keluarga yang selalu mendampingi pasien ketika di rumah sakit, keluarga yang selalu memperhatikan keadaan pasien selama sakit, keluarga yang selalu berusaha mendengarkan setiap kali pasien mengeluh mengenai penyakitnya atau keadaannya dan keluarga selalu ramah dalam membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien. Keluarga juga memberikan dukungan informasi seperti slalu menceritakan hasil perkembangan perawatan dan pengobatan pasien. Dan yang paling dominan responden dengan dukungan keluarga kategori baik dengan mayoritas pendidikan terakhir terbanyak adalah SMA. Sesuai dengan teori bahwa tingkat pendidikan pasien sangat berkaitan dengan dukungan dari keluarga, kurangnya pengetahuan dapat mengakibatkan pasien kurang menjaga kesehatannya. Karena semakin tinggi pendidikan maka keluarga akan menjaga kesehatannya serta dapat menerima informasi dengan baik dari keluarganya.

Oleh karena itu dukungan emosional, dukungan informasional, ,dukungan instrumental, serta dukungan penilaian dari keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien SKA yang dapat mempengaruhi status psikososial dan mentalnya yang akan ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya.

6) **Gambaran tingkat kecemasan pasien SKA di RS Sari Asih KarawaciTangerang**

Berdasarkan tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pasien hampir setengahnya dalam kategori ringan yaitu sebanyak 44 orang (46.3%)

Anxiety atau kecemasan adalah keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya) (Muyasaroh, 2020). Sedangkan menurut (Sumirta, Rasdini and Candra, 2019) mengungkapkan bahwa kecemasan merupakan ketegangan, rasa tidak aman, dan kekhawatiran yang timbul karena akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sebagian besar sumber penyebab tidak diketahui dan manifestasi kecemasan dapat melibatkan somatik dan psikologis. Kecemasan pada pasien SKA dapat bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan yang dialami pasien memiliki beberapa alasan, diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas dan takut akan kematian (Sianipar, Suryagustina and Indriyani, 2021)

Hasil penelitian ini sejalan dengan Widyastuti (2019) sedangkan peneliti lain yaitu oleh sianipar (2021) diperoleh sebagian besar kecemasan pasien SKA pada kategori sedang (60%)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan antara fakta dan teori tidak ada kesenjangan, dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada responden dengan yang tidak cemas akan merasa semua baik baik saja dan tidak akan ada hal buruk yang terjadi, tenang dan duduk dengan nyaman. Bernafas seperti biasa, istirahat dan tidur dengan tenang. Responden tingkat kecemasan ringan yaitu dikarenakan adanya rasa khawatir yang menggejolak didalam hati responden yang disebabkan adanya ketegangan terhadap kondisi penyakitnya sehingga menyebabkan responden akan berhati-hati dan waspada. Pasien dengan tingkat cemas berat merasakan panik, merasa tubuhnya seperti hancur berantakan dan akan hancur berkeping-keping. Ini sesuai dengan teori Stuart yang mengatakan bahwa cemas ringan bisa menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapangan persepsinya. Sedangkan responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang dikarenakan responden belum siap untuk menghadapi penyakit yang dideritanya sehingga mengakibatkan perubahan. Hal ini sesuai dengan teori Stuart yang mengatakan bahwa cemas sedang adalah yang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Responden yang mengalami tingkat kecemasan berat dikarenakan adanya kebingungan ketakutan dan kecemasan yang tinggi tentang penyakit dan resiko kematian. Ini sesuai dengan teori Stuart yang mengatakan individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang yang lain. Kecemasan ini dapat

menjadi faktor risiko untuk terjadinya prognosis yang lebih buruk dan peningkatan risiko kematian pada pasien SKA (Abdolahi Shahvali *et al.*, 2022).

Oleh karena itu pentingnya mengurangi resiko kecemasan yang tinggi pada pasien SKA dengan memberikan dukungan secara fisik, psikologi dan sosial oleh tenaga medis dan keluarga pada saat perawatan berupa kegiatan pendidikan kesehatan secara rutin bagi pasien beserta keluarganya sehingga bisa saling tukar pengalaman dan informasi mengenai penyakit SKA.

B. Bivariat

1. Hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pada pasien SKA di RS Sari Asih Karawaci Tangerang

Berdasarkan hasil pengolahan data yang didapat pada penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang diperoleh nilai r 0.597 dan nilai p value 0.000, karena nilai p value <0.05 maka koefisien korelasi tersebut memenuhi syarat yang signifikan. Artinya terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RS Sari Asih Karawaci Tangerang dengan tingkat keamatan pada kategori sedang.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang suportif selalu siap memberikan bantuan dan dukungan saat dibutuhkan (Friedman, 2014). Dukungan keluarga meningkatkan harapan dan kualitas hidup, karena keluarga adalah sistem pendukung utama bagi mereka untuk mengembangkan respons koping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik terhadap stresor fisik, psikologis, dan sosial yang terkait dengan penyakit mereka (Wahyudi, et al 2018). Dukungan keluarga yang baik pada pasien SKA dapat mengurangi kecemasan dalam menjalani perawatan. Kecemasan pasien perlu segera diatasi karena akan mempengaruhi kondisi kesehatan pasien. Keluarga memegang peranan penting dalam mengurangi kecemasan pada pasien SKA untuk dapat memberikan dukungan pada pasien agar pasien tidak mengalami kecemasan yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan pasien dalam menjalani pengobatan (Sianipar, 2021). Menurut (Nofriani *et al.*, 2019) dukungan keluarga yang sangat besar terhadap anggota keluarga yang sakit secara psikologis dapat menambah semangat hidup yang berdampak pada tingkat kecemasan yang rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Partovi (2019). Widyastuti (2019) dan Sianipar (2020) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga yang baik pada pasien SKA memiliki kecemasan yang ringan. (Kitko *et al.*, 2020) menyatakan dukungan keluarga yang baik dapat membantu mengelola kecemasan pada pasien SKA dan membantu dalam perawatan diri pasien saat

kebutuhan meningkat enam kali lebih tinggi dari pada dukungan keluarga yang kurang baik.

Tingkat kecemasan pasien SKA juga dipengaruhi beberapa faktor diantaranya faktor usia, pekerjaan dan tingkat pendidikan yang menentukan tingkat pemahaman mengenai penerimaan dukungan. dukungan keluarga didapatkan responden yang di dampingi oleh suami, orang tua, keluarga besar dan sahabat akan mendapatkan dukungan yang lebih baik (Sianipar, 2021).

Pada penelitian diketahui dukungan keluarga baik dan pasien dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 33 orang (82.5%) hal ini menunjukkan peran dari keluarga sangat berperan penting dalam proses perawatan anggota keluarganya karena keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan pasien dan merupakan perawat utama bagi pasien sehingga semakin baik dukungan keluarga dalam memotivasi anggota keluarganya yang menderita SKA akan memberikan keyakinan kepada pasien bahwa pasien akan baik-baik saja dan merasa dicintai dan diperhatikan oleh keluarganya, sehingga dampak positif yang akan muncul adalah berkurangnya tingkat kecemasan yang dialami pasien ketika menjalani pengobatan.

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga dari 62 responden dengan dukungan keluarga kurang baik terdapat 16 orang (72.7%) mengalami kecemasan tidak ringan (sedang-berat-panik), hal ini dikarenakan keluarga yang jarang menjenguk atau menunggu ketika pasien di rumah sakit, sehingga akan berdampak pada kecemasan yang berat dikarenakan pasien merasa tidak

diperhatikan. Selain itu dapat disebabkan juga karena keluarga kurang menyediakan waktu dan fasilitas baik keperluan yang diperlukan pasien ketika dirawat maupun fasilitas uang untuk keperluan biaya perawatan pasien. Keluarga yang tidak pernah memberikan informasi terkait dengan penyakit dan hal-hal yang bisa memperburuk penyakit pasien dan keluarga yang kurang memberikan support agar pasien cepat sembuh

Hasil penelitian juga diperoleh masing-masing 7 orang pasien dengan dukungan keluarga baik akan tetapi tingkat kecemasan tidak ringan (sedang-berat-panik) (17.5%). Selain itu responden dengan dukungan keluarga kurang baik akan tetapi kecemasan ringan sebanyak 6 orang (27.3%) hal ini mungkin dipengaruhi dari faktor lain seperti genetik, lingkungan perubahan kehidupan, riwayat trauma, kondisi medis (*American Psychiatrik Association, 2023*). Karakteristik juga mempengaruhi kecemasan pasien. Usia dewasa akan lebih mudah memahami lingkungan disekitarnya termasuk perawatan dan resiko dampak penyakit yang dialami pasien akibat pengalaman dan kematangan jiwanya, wanita lebih mudah mengalami ansietas disebabkan wanita lebih cenderung menggunakan perasaan sedangkan pria lebih menggunakan logika, pendidikan mempengaruhi kecemasan pasien berkaitan dengan penerimaan informasi dan pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya

Oleh karena itu pentingnya dukungan oleh keluarga terhadap pasien SKA dengan perasaan yang nyaman, merasa dicintai untuk meningkatkan rasa

percaya diri, semangat dan motivasi agar dapat meningkatkan status kesehatannya secara optimal.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa ada keterbatasan dalam melakukan penelitian yang telah dilakukan, antara lain :

1. Adanya keterbatasan waktu penelitian, tenaga dan kemampuan peneliti
2. Adanya kemampuan responden yang kurang memahami pernyataan pada kuesioner dan juga kejujuran dalam mengisi kuesioner sehingga adanya kemungkinan hasil kurang akurat.
3. Penelitian ini hanya melakukan pengkajian terhadap pengaruh beberapa faktor kualitas pelayanan terhadap pasien.

D. Implikasi Penelitian Bagi Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh perawat penyakit dalam, dan tenaga kesehatan lainnya untuk dapat memberikan rencana tindak lanjut seperti terapi untuk mengurangi kecemasan dan merencanakan program penyuluhan kepada pasien dengan SKA seperti memberikan edukasi kepada keluarga bahwasannya pasien dengan SKA butuh perhatian lebih dari keluarganya. Penelitian ini tidak diberikan adanya tindakan khusus untuk mengurangi rasa cemas pada responden dan didapatkan bahwa dukungan keluarga mempengaruhi tingkat kecemasan pasien SKA

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan perolehan analisis data yang telah dilakukan maka ditarik kesimpulan penelitian sebagai berikut. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Dukungan keluarga juga sangat diperlukan dalam hal psikologis kaitannya dengan penurunan kecemasan sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien, dukungan yang diberikan keluarga dapat berupa kunjungan rutin, membangkitkan support system yang menyenangkan, kegembiraan, dan semangat. Kegembiraan dan kesenangan akan memberikan semangat baru pasien dan meningkatkan respon pasien terhadap penyakit sehingga pasien pulih lebih cepat. Dukungan keluarga berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang suportif selalu siap memberikan bantuan dan dukungan saat dibutuhkan. Dalam hal ini, penerima dukungan keluarga mengetahui bahwa ada orang lain yang merawat, menghargai, dan menyayangnya.

Dukungan keluarga meningkatkan harapan dan kualitas hidup, karena keluarga adalah sistem pendukung utama bagi mereka untuk mengembangkan respons coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik terhadap stresor fisik, psikologis, dan sosial yang terkait dengan penyakit mereka. Dukungan keluarga yang baik pada pasien SKA dapat mengurangi kecemasan dalam menjalani perawatan. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap seseorang termasuk dalam hal pencarian informasi yang dapat

meningkatkan pengetahuan dan wawasan seseorang terhadap dunia luar Semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi pengetahuannya. Informasi kesehatan juga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan seseorang tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan sehingga mempengaruhi gaya hidup seseorang.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian yang menyatakan adanya pengaruh

1. Agar dapat digunakan sebagai bahan referensi khususnya dalam penelitian berikutnya khususnya tentang dukungan keluarga dengan kecemasan pada pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) sehingga penelitian ini dapat terus dikembangkan dengan mengikuti ilmu bidang kesehatan secara kontinyu.
2. Hasil penelitian ini sebagai bahan masukan kepada RS Sari Asih Karawaci Tangerang untuk membantu memfasilitasi dan menyiapkan media yang diperlukan bagi tiap ruangan dalam mengadakan kegiatan pendidikan kesehatan secara rutin bagi pasien beserta keluarganya. Rumah sakit dapat membantu menyediakan media untuk pendidikan kesehatan seperti pembagian leaflet, penempelan poster atau pengadaan banner untuk dipasang di tiap ruangan. Ruangan juga perlu mengadakan kegiatan sharing antar pasien SKA serta keluarganya, dokter dan perawat sehingga bisa saling tukar pengalaman dan informasi mengenai penyakit PJK. Tenaga kesehatan dapat meningkatkan peran dan keahliannya dalam memberikan pendidikan kesehatan secara rutin tiap seminggu sekali pada pasien dan keluarganya khususnya pasien dengan SKA di Rumah Sakit.
3. Bagi peneliti selanjutnya, sebagai bahan informasi bagi peneliti selanjutnya

untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Rumah Sakit seperti faktor dukungan sosial dan dukungan dari keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Alexandri, A. *et al.* (2017) 'Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction', *Archives of Medical Science – Atherosclerotic Diseases*, 2(1), pp. 90–99. Available at: <https://doi.org/10.5114/amsad.2017.72532>.
- Annisa, D.F. and Ifdil, I. (2016) 'Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia)', *Konselor*, 5(2), p. 93. Available at: <https://doi.org/10.24036/02016526480-0-00>.
- Arifiati, R.F. and Wahyuni, E.S. (2020) 'Peningkatan Sense of Humor untuk Menurunkan Kecemasan pada Lansia', *IJIP : Indonesian Journal of Islamic Psychology*, 1(2), pp. 139–169. Available at: <https://doi.org/10.18326/ijip.v1i2.139-169>.
- Center for Disease Control (2020) *About Stroke, National center for chronic disease prevention and health promotion, division for heart disease and stroke prevention*. Available at: https://www-cdc-gov.translate.google.com/translate/stroke/about.htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc.
- Friedman, J.D. (2016) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktek (9th ed.)*. EGC. Jakarta.
- Kamali, S.H. *et al.* (2020) 'Effect of Programmed Family Presence in Coronary Care Units on Patients' and Families' Anxiety', *Journal of Caring Sciences*, 9(2), pp. 104–112. Available at: <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.016>.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) 'Riskendas 2018', *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 44(8), pp. 181–222. Available at: [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf).
- Kitko, L. *et al.* (2020) 'Family Caregiving for Individuals with Heart Failure: A Scientific Statement from the American Heart Association', *Circulation*, 141(22), pp. e864–e878. Available at: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000768>.
- Muhibbah, M. *et al.* (2019) 'Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulip Di Rsud Ulin Banjarmasin', *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), p. 6. Available at: <https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i1.1567>.
- Nofriani, M. *et al.* (2019) 'Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rsud Andi Makkasau Kota Parepare', *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 2(3), pp. 388–400. Available at: <https://doi.org/10.31850/makes.v2i3.183>.
- Nursalam (2020) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- Partovi, L.H. *et al.* (2017) 'Effect of family presence on anxiety of acute coronary syndrome patients at cardiac care unit', <http://www.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT2017030732939N1>, pp. 1–4. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01893314/full>.

Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler indonesia (PERKI) (2018) *pedoman tata laksana sindrom koroner akut*. empat. Jakarta.

Sianipar, S.S., Suryagustina and Indriyani, E.E. (2021) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner', 12(1), pp. 231–249. Available at: <https://doi.org/10.33859/dksm.v12i2.683>.

Sumirta, I.N., Rasdini, I.A. and Candra, I.W. (2019) 'Intervensi Kognitif Terhadap Kecemasan Remaja Paska Erupsi Gunung Agung', *Jurnal Gema Keperawatan*, 12(2), pp. 96–102. Available at: <https://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JGK/article/download/1017/362>.

WHO, D. of H. and H.S. (2021) 'The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of Hight Blood Pressure. National Institutes of Health: National Hearth, Lung, and Blood Institute'.

Widiyanti, P.P. and Rahmandani, A. (2020) 'Hubungan Persepsi Terhadap Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Penyakit Jantung', *Jurnal EMPATI*, 10(2), pp. 107–113. Available at: <https://doi.org/10.14710/empati.2020.27697>.

