



TESIS

**PENGARUH DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DAN INTIMASI
TERHADAP PERSEPSI TINGKAT NYERI PADA PASIEN
MIOKARD INFARK DI RSUD DR. M. YUNUS
BENGKULU**

OLEH

Yusran Hasymi
NPM. 0706195270

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009



TESIS

**PENGARUH DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DAN INTIMASI
TERHADAP PERSEPSI TINGKAT NYERI PADA PASIEN
MIOKARD INFARK DI RSUD DR. M. YUNUS
BENGKULU**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
Memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan

OLEH

Yusran Hasymi
NPM. 0706195270

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2009

Yusran Hasymi
NPM. 0706195270

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2009

Pembimbing I,

Prof. Dra. Elly Nurachmah, S.Kp.,M.App.Sc.,DN.Sc.,RN

Pembimbing II,

Sigit Mulyono, SKp., MN

NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Depok, 21 Juli 2009

Pembimbing I,

Prof. Dra. Elly Nurachmah, S.Kp.,M.App.Sc.,DN.Sc.,RN

Pembimbing II,

Sigit Mulyono, SKp., MN

Anggota,

Sri Yona, S.Kp., MN

Anggota,

Bertha Farida T, S.Kp., M.Kep

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009
Yusran Hasymi

Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi Terhadap Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien
Miokard Infark di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

x + 114 hal + 3 skema + 13 tabel + 1 grafik + 10 lampiran

Abstrak

Dukungan sosial keluarga dan intimasi merupakan dukungan psikologis bagi pasien dalam bentuk bantuan nyata atau tindakan nyata, pemberian informasi, nasehat verbal dan non verbal yang diperoleh dengan kehadiran orang terdekat. Dukungan sosial keluarga dan intimasi dapat diberikan oleh pasangan, keluarga, dan teman dekat pasien. Pasien merasa diperhatikan, dicintai, dihargai, sehingga meningkatkan kestabilan emosi yang akan mempermudah pasien menyesuaikan diri terhadap situasi stres yang mempengaruhi persepsi nyeri pasien. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi pengaruh dukungan keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pada pasien miokard infark di ruang rawat ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Desain penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *quasi experimental*. Sampel penelitian berjumlah 26 orang, terdiri dari 12 responden sebagai kelompok intervensi dan 14 responden sebagai kelompok kontrol. Pengambilan sampel dengan cara *consecutive sampling*. Pengujian perbedaan penurunan rata-rata skor nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah uji *t-test*. Hasil penelitian umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan sosial ekonomi adalah setara. Penurunan rata-rata nyeri setelah mendapat dukungan sosial keluarga dan intimasi pada kelompok intervensi tidak ada perbedaan dengan kelompok kontrol ($p\text{-value}=0,284$). Hasil penelitian didapatkan bahwa kombinasi terapi standar dengan dukungan sosial dan intimasi sama efektif dengan kelompok kontrol untuk menurunkan persepsi tingkat nyeri pasien *miokard infark*. Implikasi penelitian ini dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pasien *miokard infark* serta mendorong kemandirian perawat sehingga tidak berfokus pada tindakan farmakologis.

Kata kunci : dukungan keluarga, intimasi, nyeri

Daftar Pustaka : 64 (1994-2008)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN MEDICAL SURGICAL NURSING
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING

Thesis, Juli 2009
Yusran Hasymi

The Effect of Family Social Support and Intimacy to Pain Perception on Patient with Acute
Miocard Infarc at Dr. M. Yunus Hospital in Bengkulu

x + 114 pages + 3 schemes + 13 table + 1 pigure + 10 appendices

ABSTRACT

Social support of family and intimacy are psychologist to patient as exactly support, information, verbal and non verbal support on family and social environment. Social support and intimacy could be given by spouse, family and friend. Patient get caring, love, prestige, that could be increased emotion stability, so helped to adapted with stress that affect the pain. The objective this study was to identify family sosial support and intimacy to pain perception on patient with acute myocard infarc in ICCU room at RSUD Dr. M. Yunus in Bengkulu. Research design was quantitatif with quasy experiment method. The sample were 26 respondent, 12 respondent were intervention group and the remaining were as control group. The concecutive sampling was used to sampling methods. T-test was used to examine the mean of pain score between intervention and control group. The decrease of pain score after get social support and intimacy in intervention group not different with control group (p value = 0,284). The result show the combination of standart therapy with social support and intimacy as effective ascontrol group to decrease pain perception on patient with myocard infarc. The implication was directy used to reduce pain perception on patient with myocard infarc, also to encourage nurse ability, in order doesnt farmacologist therapy oriented.

Key words : family support, intimacy, pain

References : 64 (1994-2008)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah.....puji syukur selalu Penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas anugerah, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi Terhadap Persepsi Tingkat Nyeri pada Pasien Miokard Infark di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2009”.

Penulis menyadari terselesaikannya tesis ini tidak lepas dari bimbingan, dorongan, kerjasama, dan doa dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan terima kasih terutama kepada Ibu Prof. Dra. Elly Nurachmah, S.Kp.,M.App.Sc.,DN.Sc.,RN selaku Pembimbing I yang telah memberi bimbingan dan arahan dengan penuh tanggungjawab dan keramahan, Bapak Sigit Mulyono, S.Kp, M.Kes selaku Pembimbing II yang ikut membimbing di tengah kesibukan kuliah S3 beliau.

Juga untuk kedua orang tua saya, Mama Papa yang ikut memberi dorongan dan doa yang tulus bagi Penulis, tidak ada kata-kata yang pantas selain selalu memohon kepada Allah untuk selalu memberi lindungan dan ampunan Mama Papa. Uda-uda dan adik-adik yang ikut memberi dukungan bagi Penulis selama mengikuti pendidikan serta keponakan-keponakanku yang heboh-heboh. Spesial untuk istriku tercinta Iin yang hebat, sabar, banyak berkorban, dan memberikan doanya yang tulus, serta empat putriku yang selalu memberi dan membangkitkan semangat belajarku, semoga Allah selalu membimbing keluarga kita sebagai keluarga yang memperoleh kemuliaan-Nya di dunia dan akhirat.

Tidak lupa teman-teman seangkatan Program Magister Keperawatan Medikal Bedah angkatan 2007, tempat bertanya dan diskusi berbagai hal dalam suka dan duka serta memberi semangat dalam penyelesaian tesis ini. Tidak lupa Penulis ucapkan ribuan terima kasih kepada Mbak Defi yang supel dan ramah, Sekretaris Program S2 FIK yang banyak menolong Penulis dalam proses penyelesaian tesis ini, semoga Mbak Defi mendapat balasan yang setimpal dari Allah, amin. Bagi pihak-pihak yang telah ikut membantu kelancaran dalam penyusunan proposal tesis ini yang tidak dapat Penulis ucapkan satu per satu, semoga Allah akan selalu memberi balasan atas bantuannya selama ini.

Penulis menyadari bahwa dengan keterbatasan pengetahuan, kemampuan, dan waktu yang ada, Penulis merasa masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini. Untuk itu saran dan kritik yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan.

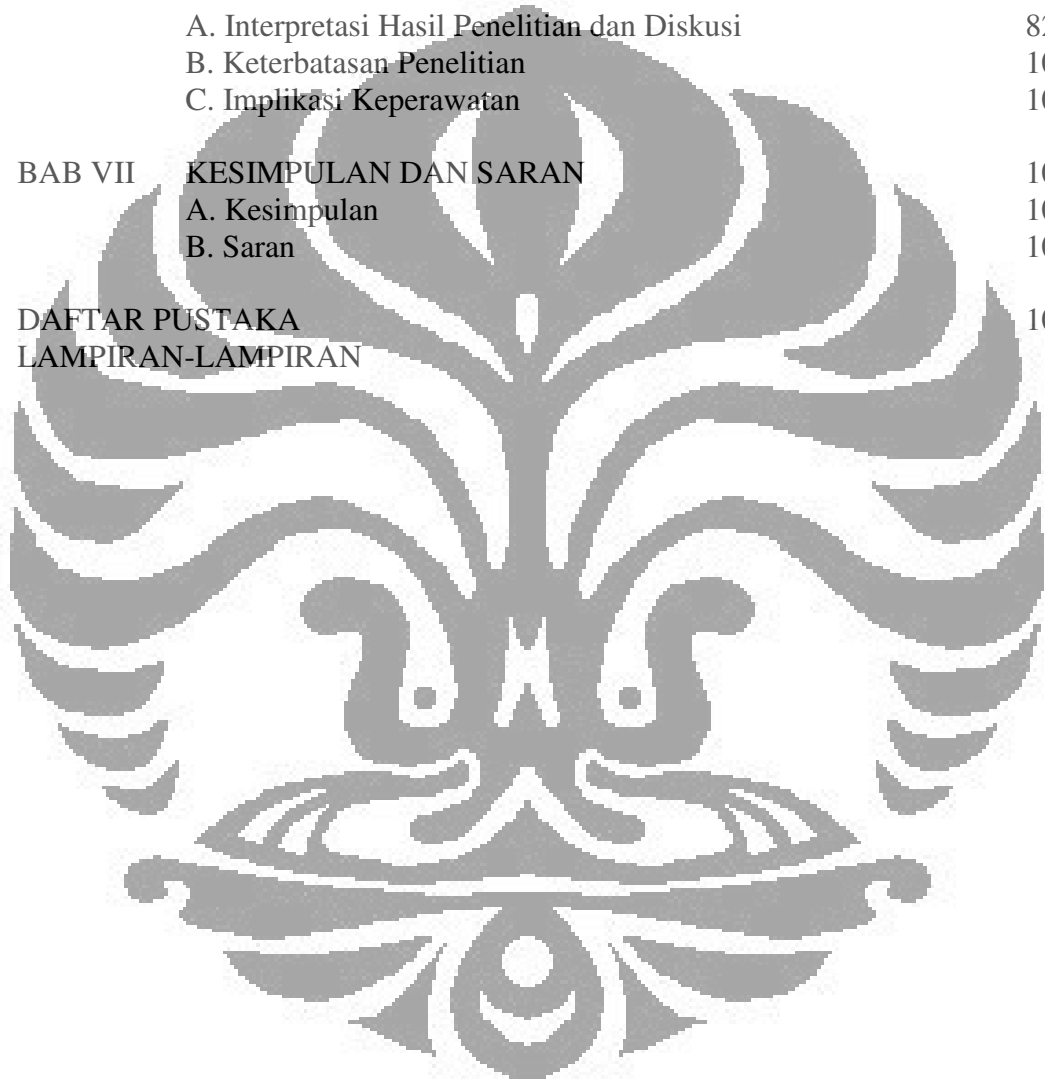
Depok, Juli 2009

Penulis,

DAFTAR ISI

| | Hal |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING | iii |
| ABSTRAK | iv |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR SKEMA | xi |
| DAFTAR GRAFIK | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 10 |
| C. Tujuan | 11 |
| D. Manfaat Penelitian | 12 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 13 |
| A. Dukungan Sosial Keluarga | 13 |
| B. Intimasi | 20 |
| C. Faktor Psikososial dan Penyakit Kardiovaskular | 23 |
| D. Nyeri Miokard Infark | 28 |
| E. Terapi Standar | 31 |
| F. Hubungan Aspek Psikologis dan MI | 33 |
| G. Teori Adaptasi Roy | 39 |
| H. Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Terhadap Nyeri | 44 |
| | |
| BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL | 46 |
| A. Kerangka Konsep | 46 |
| B. Hipotesis | 47 |
| C. Definisi Operasional | 48 |
| | |
| BAB IV METODE PENELITIAN | 51 |
| A. Rancangan Penelitian | 51 |
| B. Populasi dan Sampel | 52 |
| C. Tempat Penelitian | 56 |
| D. Waktu Penelitian | 56 |
| E. Etika Penelitian | 56 |
| F. Alat Pengumpulan Data | 59 |

| | | |
|---------|--|-----|
| | G. Prosedur Pengumpulan Data | 64 |
| | H. Rencana Analisis Data | 69 |
| BAB V | HASIL PENELITIAN | 72 |
| | A. Analisis Univariat | 73 |
| | B. Uji Homogenitas Karakteristik | 75 |
| | C. Analisis Bivariat | 77 |
| BAB VI | PEMBAHASAN | 82 |
| | A. Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi | 82 |
| | B. Keterbatasan Penelitian | 103 |
| | C. Implikasi Keperawatan | 104 |
| BAB VII | KESIMPULAN DAN SARAN | 106 |
| | A. Kesimpulan | 106 |
| | B. Saran | 107 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 109 |
| | LAMPIRAN-LAMPIRAN | |

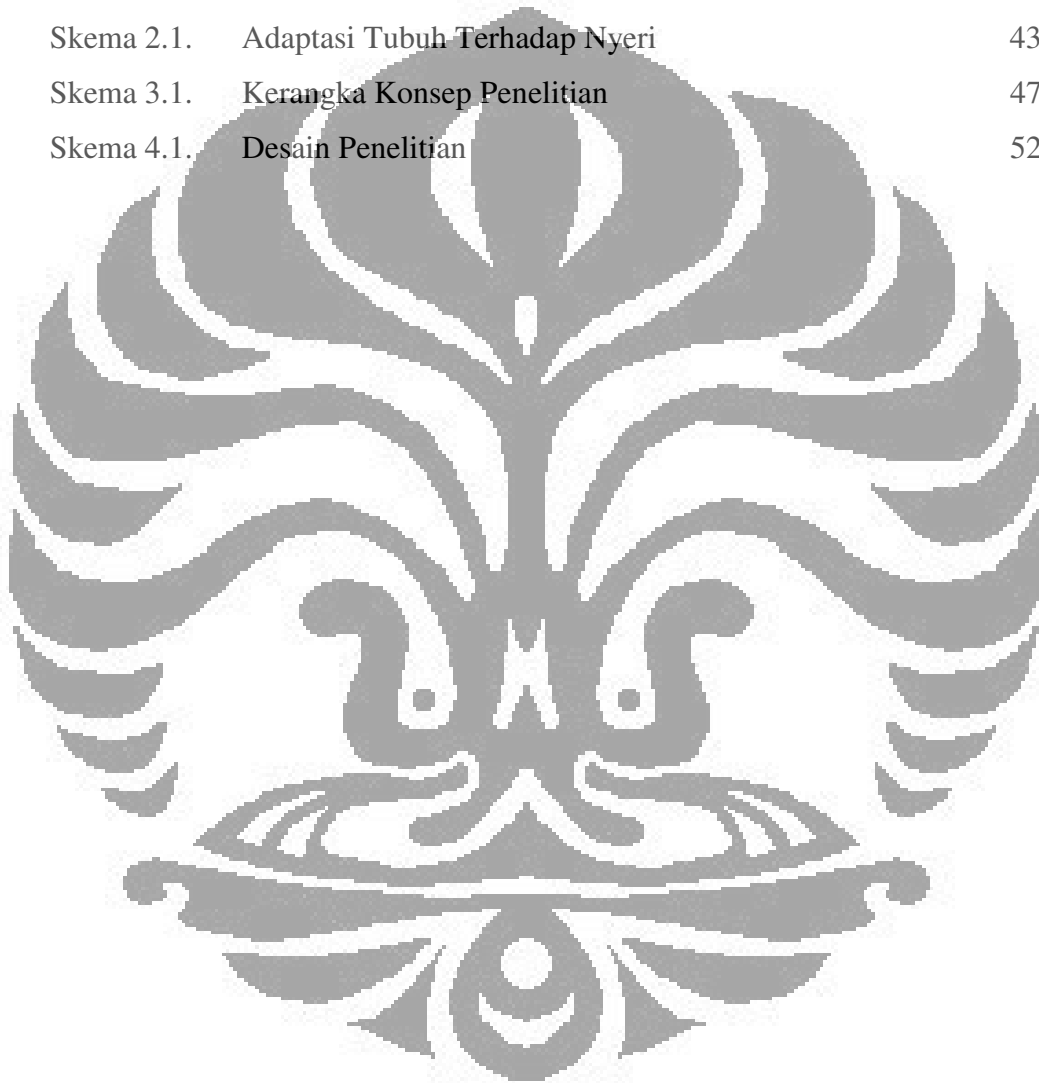


DAFTAR TABEL

| | | Hal |
|-----|--|-----|
| 1. | Tabel 2.1. Pertimbangan Psikologis | 33 |
| 2. | Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian | 48 |
| 3. | Tabel 4.1. Nilai Pra-Test dan Post-Test Alat Ukur | 68 |
| 4. | Tabel 4.2. Uji Homogenitas | 70 |
| 5. | Tabel 4.3. Analisis Bivariat Variabel Dependen | 71 |
| 6. | Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur | 73 |
| 7. | Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Status Sosial Ekonomi | 74 |
| 8. | Tabel 5.3. Hasil Uji Homogenitas Berdasarkan Umur | 75 |
| 9. | Tabel 5.4. Hasil Uji Homogenitas Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Status Sosial Ekonomi | 76 |
| 10. | Tabel 5.5. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum Treatment | 77 |
| 11. | Tabel 5.6. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Setelah Treatment | 78 |
| 12. | Tabel 5.7. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum dan Setelah Treatment Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol | 79 |
| 13. | Tabel 5.8. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol | 80 |

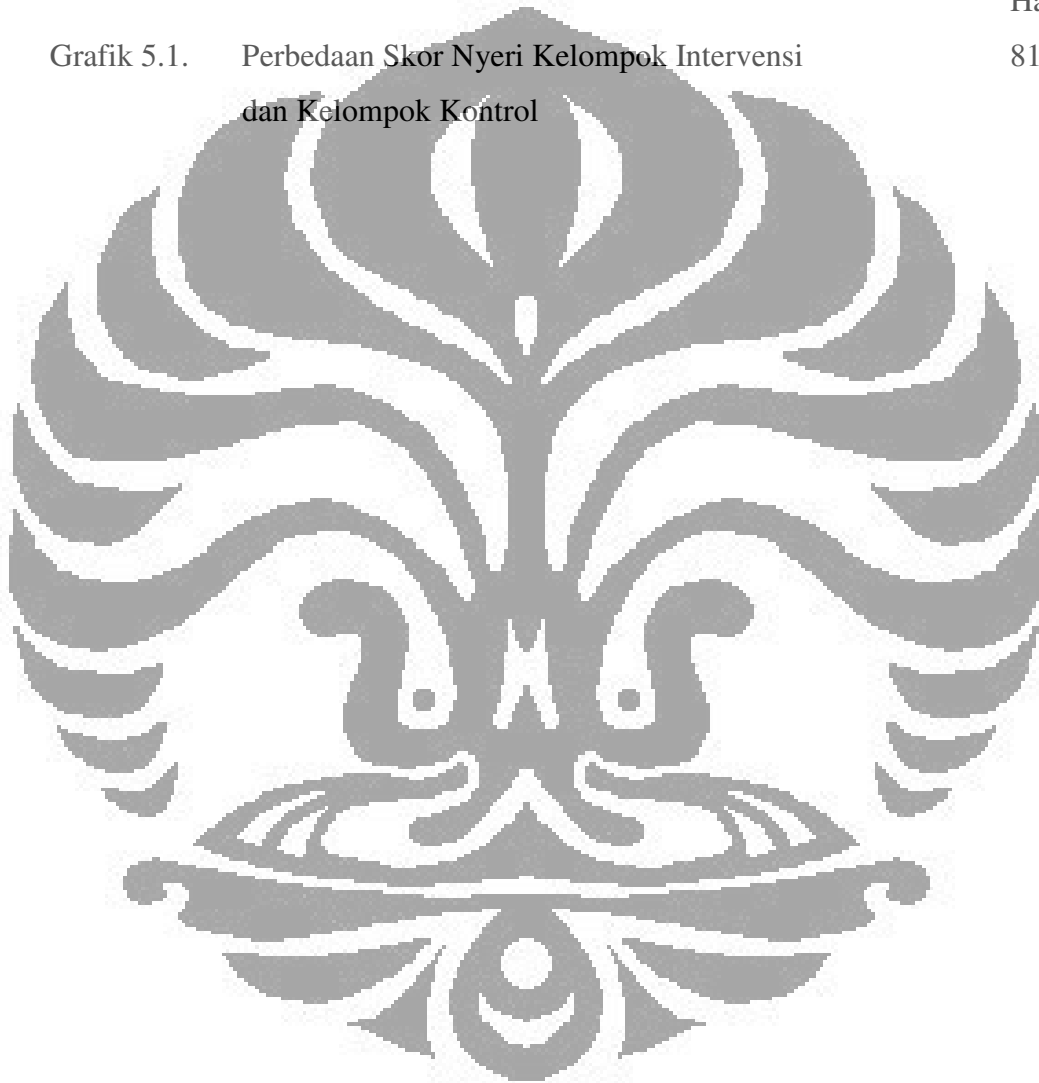
DAFTAR SKEMA

| | Hal |
|---|-----|
| 1. Skema 2.1. Adaptasi Tubuh Terhadap Nyeri | 43 |
| 2. Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian | 47 |
| 3. Skema 4.1. Desain Penelitian | 52 |



DAFTAR GRAFIK

- | | Hal |
|--|-----|
| 1. Grafik 5.1. Perbedaan Skor Nyeri Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol | 81 |



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Penjelasan Tentang Penelitian
2. Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian
3. Lampiran 3 Lembar Kuesioner
4. Lampiran 4 Index of Family Relationship (IFR)
5. Lampiran 5 The Personal of Intimacy in Relationship (PAIR)
6. Lampiran 6 Visual Analog Scale (VAS) Kombinasi Numeric Rating Scale (NRS)
7. Lampiran 7 Pedoman Intervensi bagi Suami/Istri/Keluarga Pasien MI
8. Lampiran 8 Jadwal Pelaksanaan Tesis
9. Lampiran 9 Surat Permohonan Izin Penelitian
10. Lampiran 10 Surat Keterangan Penelitian
11. Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit kardiovaskuler setiap tahun meningkat. Peningkatan disebabkan semakin tinggi tingkat stressor, pola hidup tidak sehat, dan faktor-faktor lain. Fakta dari WHO menyebutkan bahwa terjadi satu kematian akibat penyakit kardiovaskular setiap dua detik, serangan jantung setiap lima detik, dan stroke setiap enam detik. Tahun 2020 diperkirakan akan terjadi perubahan komposisi penyebab kematian utama di dunia. Penyakit jantung iskemik akan menempati urutan pertama, depresi urutan kedua, dan penyakit serebrovaskular (stroke) di urutan keempat (Dewi & Boestan, 1992; Everson-Rose & Lewis, 2005).

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di USA dan berbagai Negara lain. Pada 1999 diperkirakan 17 juta orang di dunia meninggal karena serangan jantung. Tahun 2001 di USA kurang lebih 38% kematian terjadi karena kontribusi penyakit kardiovaskuler (Everson-Rose, 2005). Rata-rata 700.000 orang di USA mengalami *miokard infark* (MI) pertamanya, 500.000 menderita MI lanjutan. Tahun 2002 hampir 492.000 orang meninggal karena penyakit jantung koroner. Insiden beberapa

penyakit kronis, termasuk *Cronic Heart Diseases*, stroke, hipertensi, dan gagal jantung, akan meningkat pada semua populasi usia beberapa dekade ke depan. Dari sisi pembiayaan kesehatan secara langsung dan tidak langsung kurang lebih tersedot dana sebesar \$386 milyar per tahun. Dampak personal, ekonomi, dan populasi pada penyakit jantung sangatlah besar (NHLBI, 2004 dalam LeMone, 2005).

Tingginya dampak penyakit jantung juga diberikan oleh *miokard infark* (MI), salah satu penyakit jantung utama sebagai penyebab kematian.. Miokard infark (*acute myocardial infarction*) adalah kematian sel miokard, merupakan kejadian yang mengancam hidup. Jika sirkulasi yang mempengaruhi miokardium tidak tepat dipulihkan, maka terjadi kehilangan fungsi yang mempengaruhi keseimbangan jantung untuk mempertahankan efektifitas *cardiac output* (LeMone, 2005). Pada umumnya kematian akibat MI terjadi selama periode setelah munculnya gejala : kira-kira 60% terjadi dalam 1 jam pertama, dan 40% sebelum di rawat. MI jarang terjadi pada pasien tanpa didahului penyakit jantung koroner. Banyak faktor risiko munculnya MI, seperti usia, gender, keturunan, ras, merokok, obesitas, hiperlipidemia, hipertensi, diabetes, gaya hidup kurang gerak, diet dan lainnya (Lett, Blumenthal, Babyak, dan Strumen, 2005).

Penderita yang mengalami episode serangan jantung sering dihadapkan pada kemungkinan perubahan pola hidup sehari-hari, dan kondisi ini akan dipengaruhi oleh berat dan kompleksitas penyakitnya. Hal ini dapat diketahui lebih jauh dengan mengenal suami, istri dan keluarganya, serta kehidupan bermasyarakat dari penderita (Dewi & Boestan, 2002). Dukungan suami atau istri serta keluarga serta kehidupan bermasyarakat yang baik akan

mampu meningkatkan kesiapan pasien menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi. Faktor kecemasan dan depresi akan mempengaruhi atau memperberat perubahan-perubahan yang terjadi tersebut, terutama nyeri sebagai ciri khas MI.

Nyeri MI sangat berfluktuasi antar pasien sesuai dengan jenis dan perjalanan penyakitnya. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap tingkat keparahan nyeri pasien MI, seperti kondisi penyakit jantung itu sendiri dan masalah psikologis pasien. Berbagai referensi menyebutkan masalah psikologis sebagai salah satu faktor presipitasi timbulnya nyeri yang kadangkala tidak diperhatikan oleh perawat. Selama ini yang menjadi acuan utama dalam pemberian tindakan oleh perawat adalah keluhan fisik (pusing, sesak nafas, tekanan darah tinggi, gula darah), tanpa melihat secara komprehensif faktor psikologi dan sosial pasien.

Intervensi keperawatan dengan melibatkan peran anggota keluarga dalam proses perawatan sangat penting, seperti kunjungan rutin, membangkitkan *support system* yang menyenangkan, kegembiraan, dan semangat. Kegembiraan dapat meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi terhadap penyakit. Kesenangan dan hal-hal yang indah akan memberi semangat baru pasien untuk pulih lebih cepat. (Myers, Robinson, & Sheffield., 2005). Sebaliknya permasalahan yang dipersepsikan bukan sebagai bentuk dukungan oleh pasien akan menimbulkan serangan nyeri pada pasien MI.

Penelitian Myers (2005) tentang lingkungan dan studi epidemiologi melihat hubungan antara lingkungan sosial keluarga dan risiko penyakit kardiovaskular, menyebutkan orang dengan dukungan sosial yang tinggi mempunyai risiko kematian yang rendah dibandingkan

dengan mereka yang rendah dukungan sosialnya. Selanjutnya ada hubungan antara perilaku dan lingkungan sosial keluarga dengan risiko penyakit kardiovaskular. Melalui uji dengan menggunakan alat ukur *Family Environment Scale (FES)* peneliti melihat hubungan keluarga (benturan dan konflik) dan perilaku (aktifitas, merokok) dengan kejadian penyakit kardiovaskular. Dari penelitian di atas menunjukkan bahwa dimensi lingkungan sosial keluarga, khususnya adanya benturan dan konflik merupakan kelompok risiko terjadinya penyakit jantung.

Perkembangan penyakit kardiovaskular dimulai lebih cepat dibandingkan dengan manifestasi penyakitnya yang akan memperberat keluhan saat cetusan penyakit kardiovaskuler terjadi. Lingkungan keluarga sangat berkontribusi pada perkembangan penyakit kardiovaskular dan mempengaruhi perilaku serta fisiologi faktor risiko kardiovaskular. Individu dengan dukungan sosial yang besar mempunyai risiko kematian yang lebih kecil dibandingkan dengan integrasi sosial yang rendah (Pope & Hollis, 1992). Dukungan sosial termasuk *social integration*, status pernikahan, frekuensi dan sering kontak dengan keluarga, dan partisipasi dalam kelompok mampu meningkatkan kemampuan individu untuk beradaptasi pada penyakit yang diderita, termasuk pengaruh usia, gender, dan perbedaan *stage* keluarga (Antonucci & Jonhson, 1994 dalam Lett, et.al., 2005).

Penelitian dari Brown, Sheffield, Leary, dan Robinson (2003) mengemukakan bahwa pengalaman nyeri pasien dapat dimodifikasi oleh faktor emosi, faktor situasi dan faktor perhatian. Lett, et.al. (2005) mengatakan ada 2 domain dalam dukungan sosial, yaitu

structural support dan *functional support*. *Structural support* adalah ukuran, tipe, densitas dan frekuensi kontak dengan orang atau lingkungan sekitar. *Functional support* adalah dukungan emosional, kualitas perkawinan, dukungan nyata, dan kemampuan bercakap. Berbagai literatur dari disiplin ilmu yang berbeda mendukung hipotesis bahwa faktor psikososial berkaitan dengan angka kesakitan dan kematian pada pasien penyakit kardiovaskuler (Everson-Rose & Lewis, 2005). Faktor psikososial tersebut meliputi keadaan emosi negatif (termasuk depresi, marah dan permusuhan, dan kecemasan), stressor psikososial akut dan kronis, perilaku sosial, dukungan sosial, dan konflik sosial. Stres termasuk interaksi sejumlah respon yang segera dan memiliki sejumlah variasi.

Setiap individu akan berbeda dalam merespon gejala MI. Ada yang marah, depresi, atau sebaliknya (Lazarus & Folkman, 1984). Respon yang muncul bisa marah, cemas, takut, malu, tidak berguna, sedih, iri, cemburu dan muak dengan kondisinya. Cemas merupakan komponen utama respon stres psikologis, paling mudah berubah sebagai respon defensif (Kaplan & Sadock, 1985). Respon stres dari aspek psikologi diukur menggunakan *Multiple Affect Adjective Check List (MAACL)* dimana pengukuran cemas mampu menilai tingkat depresi dan permusuhan pasien (Frizzel, 1997).

Pengaruh psikososial terhadap penyakit kardiovaskular disampaikan juga Pratt dalam Everson-Rose dan Lewis (2005), mengatakan bahwa depresi mayor sangat signifikan meningkatkan MI 4,5 kali, dan dysphoria 2,7 kali. Data dari *Women's Health Initiative Observational Study* yang melakukan penelitian terhadap 94.000 wanita dari multi etnis berusia 50-79 tahun rata-rata setelah 4 tahun mengalami gejala depresi akan berisiko mati

1,5 kali setelah dikontrol pendidikan, pendapatan, dan faktor risiko koroner tradisional. Putus asa adalah salah satu gejala depresi yang terlihat dan memberi efek yang merugikan bagi kesehatan. American Heart Association (AHA) memprediksi rasa putus asa menyebabkan iskemik sebesar 2 kali lebih besar. Everson-Rose (2005) memperkirakan terjadi peningkatan risiko kematian penyakit jantung sebesar 2 kali pada orang yang mempunyai rasa putus asa. Keputusan ini akan terasa lebih berat apabila tidak ada atau kurang dukungan sosial keluarga dan keakraban dalam keluarga.

Pentingnya dukungan sosial bagi pasien penyakit kardiovaskular disampaikan juga oleh Komalasari (2006) dalam penelitiannya tentang Dukungan Sosial pada Penderita Sakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta. Dukungan sosial yang dapat diterima oleh penderita penyakit jantung berupa dukungan emosional, seperti perhatian sehingga merasakan nyaman, aman, dan dicintai, dukungan penghargaan diberikan dengan tidak selalu dilibatkan pada masalah yang mengganggu kesehatannya, dukungan instrumental diberikan melalui tindakan atau bantuan fisik, dukungan informasional diberikan melalui penyuluhan atau dari rumah sakit itu sendiri, dukungan persahabatan yang dapat meringankan beban penderita sakit jantung, dukungan motivasional diberikan melalui nasehat dan saran. Bentuk dukungan antara lain memberikan nasehat, berkata yang menyenangkan, memberikan sesuatu yang menyenangkan, menghibur, memberikan semangat, dan dorongan. Dukungan ini dapat diberikan terutama oleh pasangan suami/istri dan keluarga terdekatnya.

Pentingnya peran suami/istri dan keluarga secara psikologis dapat dijelaskan melalui konsep intimasi, yaitu proses berbagi yang berjalan secara timbal balik antara dua orang atau lebih dimana mereka berada, transparan dalam perasaan nyaman dan terbuka, transparan dalam menerima kecaman dari seseorang, empati, menerima orang lain dan perasaan memiliki (Hershey, 2004). Dukungan yang diberikan lebih mengarah kepada penerapan intimasi dalam interaksi antara keluarga atau pasangan dengan penderita. Intimasi dapat dialami oleh semua orang dan dimana saja. Setiap kategori intimasi saling berkaitan dan mempengaruhi, yaitu intimasi kerja, intimasi rekreasi, intimasi intelektual, intimasi emosional, intimasi fisik diluar pernikahan, intimasi konflik, intimasi krisis, intimasi fisik yang terkait pernikahan, dan intimasi spiritual (Gordon, 2006).

Intimasi didefinisikan sebagai hubungan yang timbal balik dan mendalam, baik verbal maupun non-verbal, antara dua orang yang berdampak pada kedalaman bentuk penerimaan orang lain sesuai dengan komitmen untuk melakukan hubungan tersebut. Intimasi meliputi suatu proses yang terjadi dalam waktu yang lama (L'Abate & Bagarozzi, 1993 dalam Nurachmah, 1998). Intimasi difasilitasi oleh keterbukaan diri dengan kedekatan, kasih sayang, cinta, atau kepercayaan yang ada diantara dua orang (L'Abate, 1986 dalam Nurachmah, 1998) yang digambarkan sebagai hubungan dalam lima area, yaitu emosi, sosial, seksual, intelektual, dan rekreasi (Schaffer & Olson, 1991 dalam Nurachmah, 1998).

Pasien yang sering membutuhkan dukungan sosial keluarga serta hubungan yang akrab sebagai cerminan yang positif adalah pasien dengan MI. Hal ini dikarenakan pasien MI

mempunyai rasa takut akan kematian dan merasa asing serta sepi pada ruangan perawatan khusus. Pada pasien yang dirawat, asuhan keperawatan ditujukan untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan yang dapat dikurangi dengan adanya kehadiran fisik orang lain (Smeltzer, 2005). Perasaan cemas, takut kematian, dan depresi dapat meningkatkan persepsi nyeri pasien sehingga akan memperberat kondisi dan memperburuk prognosis penyakit.

Karakteristik yang khas dari MI adalah nyeri dada. Nyeri dada pada MI merupakan suatu kondisi yang memerlukan penanganan yang cepat dan tepat. Keluhan nyeri dada ini muncul menandakan terjadinya proses *ischemia* pada *miokard* jantung sedang berlangsung. Apabila proses *ischemia* ini tidak diintervensi dengan baik dan berlangsung lama, maka akan terjadi nekrosis atau kematian otot jantung yang bersifat *irreversibel*. Penyebab nyeri dada adalah ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen miokard yang disebabkan suplai oksigen berkurang atau kebutuhan oksigen meningkat (Lewis, 2005; Kobo, 2008).

Keluhan nyeri yang dirasakan pasien merupakan keluhan utama pasien MI yang perlu segera ditangani di rumah sakit. Rumah sakit di Propinsi Bengkulu merupakan rumah sakit rujukan tipe B milik pemerintah daerah, terus meningkatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan yang optimal, khususnya pada pasien MI (Rakyat Bengkulu, 2005).

Hasil survei pendahuluan dari buku registrasi ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2008, jumlah pasien yang dirawat dengan MI setiap bulan rata-rata 25 pasien, dan

sebagian besar merupakan keluhan dengan serangan pertama kali. Persepsi nyeri yang dirasakan pasien dapat diperberat karena pasien berada pada ruangan yang baru dan asing, peralatan canggih yang belum dilihat selama ini, kesepian dan kesunyian ruangan, dan tanpa disertai oleh orang terdekat serta keluarga. Hal ini diperberat dengan aturan ruangan yang mengatur kunjungan keluarga karena ingin memberikan waktu istirahat yang cukup bagi pasien serta belum adanya struktur di ruangan yang memberikan kesempatan keluarga memberikan dukungan positif bagi pasien.

Saat ini belum banyak riset yang mengkaji tentang dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap tingkat nyeri pasien MI di ruang ICCU. Berdasarkan hal ini maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian **"Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi terhadap Persepsi Tingkat Nyeri pada Pasien Miokard Infark"**.

B. Rumusan Masalah

Jumlah penderita MI terus meningkat dari tahun ke tahun dan membawa dampak tingginya angka kematian dan kesakitan penderita. Pendekatan psikososial dengan dukungan sosial keluarga dan intimasi belum banyak dilakukan. Sebaliknya dukungan dari orang terdekat dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mendapatkan kenyamanan dan berpengaruh pada penurunan persepsi nyeri. Perasaan cemas, takut kematian, dan depresi dapat meningkatkan persepsi nyeri pasien sehingga akan memperberat kondisi dan memperburuk prognosis penyakit. Permasalahan di pelayanan adalah faktor psikososial dan dukungan sosial keluarga masih terabaikan dan jarang menjadi perhatian saat pengkajian, intervensi

hingga tahap rehabilitasi. Sebagai seorang perawat profesional harus mampu melakukan tahapan asuhan keperawatan secara komprehensif, biopsikososial spiritual.

Penelitian tentang pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi dalam menurunkan nyeri belum banyak diteliti di berbagai negara. Di Indonesia sendiri hasil penelitian terkait belum ditemukan. Berdasarkan hal di atas maka peneliti merumuskan pertanyaan penelitian, yaitu : "Bagaimana pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap tingkat persepsi tingkat nyeri pada pasien *miokard infark* di ruang rawat ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu?"

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pada pasien MI di ruang rawat ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik (umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi) pasien *miokard infark*.
- b. Mengidentifikasi tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* sebelum mendapat *treatment* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- c. Mengidentifikasi tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* setelah mendapatkan mendapat *treatment* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- d. Mengidentifikasi tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* sebelum dan setelah *treatment* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- e. Mengidentifikasi perbedaan tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan keperawatan : penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi institusi RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dalam rangka penerapan tindakan mandiri keperawatan secara komprehensif, terutama yang berhubungan dengan dukungan sosial keluarga pasien dan intimasi. Diharapkan tingkat keberhasilan tindakan keperawatan mempercepat pemulihan pasien, menurunkan lama rawat dan biaya perawatan pasien serta menurunkan angka kematian pasien MI.
2. Ilmu keperawatan : dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, terutama yang berkaitan dengan perawatan pasien MI. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan perawat tentang pentingnya peranan dukungan sosial keluarga dan intimasi dalam implementasi keperawatan.
3. Penelitian keperawatan : sebagai landasan bagi pengembangan penelitian tentang dukungan sosial keluarga. Selain itu penelitian ini dapat dijadikan kerangka acuan bagi penelitian selanjutnya serta memberikan informasi awal bagi pengembangan penelitian sejenis di masa yang akan datang.

4. Keluarga dan masyarakat : sebagai acuan keluarga untuk memberi dukungan positif bagi pasien sesuai dengan perkembangan penyakitnya, menambah wawasan keluarga dan masyarakat tentang pentingnya dukungan psikologis bagi kesembuhan pasien.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dukungan Sosial Keluarga

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan), dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain, apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan, dan dicintai. Contoh nyata yang paling sering kita lihat dan alami adalah bila seorang pasien sakit dan dirawat di rumah sakit, maka keluarga, saudara,

ataupun teman-teman dekat biasanya datang berkunjung. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit merasa mendapat dukungan sosial (Koentjoro, 2002).

Dukungan sosial menurut Gottlieb (dalam Koentjoro, 2002) adalah sebagai informasi verbal dan non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan sosialnya atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang mendapat dukungan sosial secara emosional merasa lega karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan dirinya. Sarason (dalam Koentjoro, 2002) berpendapat bahwa dukungan sosial mencakup dua hal, yaitu :

- a. Jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas).
- b. Tingkatan kepuasan akan dukungan sosial yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

Hal ini penting dipahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan sosial, karena menyangkut persepsi tentang keberadaan (*availability*) dan ketepatan (*adequacy*) dukungan sosial bagi seseorang. Dukungan sosial bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang penting adalah bagaimana persepsi si penerima terhadap makna bantuan tersebut. Hal ini erat hubungannya dengan ketepatan dukungan sosial yang diberikan, dalam arti seseorang

yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya, karena sesuatu hal yang aktual dan memberikan kepuasan.

Beberapa penulis meletakkan dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab dan kualitas hubungan. Coyne dan Downey (dalam Smed, 1994) mengemukakan dukungan sosial berhubungan dengan hubungan intim. Selain itu dukungan yang bermutu kurang baik atau banyak pertentangan jauh lebih banyak mempengaruhi kurangnya dukungan yang dirasakan daripada tidak ada hubungan sama sekali. Menurut Rittler (dalam Smed, 1994) dukungan sosial mengacu pada bantuan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi dari seseorang. Sedangkan Rook (dalam Smed, 1994) menambahkan faktor fungsional, menganggap dukungan sosial sebagai fungsi pertalian atau ikatan sosial. Faktor fungsional mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, pemberian nasehat atau informasi, pemberian bantuan material, selain itu dukungan sosial merujuk pada hubungan interpersonal yang melindungi orang-orang terhadap konsekuensi negatif dari stres. Definisi dukungan sosial yang mendukung adanya anggapan bahwa dukungan sosial merupakan variabel lingkungan dikemukakan oleh Gottlieb (dalam Smed, 1994), yaitu dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

House (dalam Spacapan & Oscamp, 1998) membedakan jenis dimensi dukungan sosial, yaitu ;

- a. Dukungan emosional ; mencakup empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang-orang yang bersangkutan, misalnya umpan balik dan penegasan.
- b. Dukungan informasi ; mencakup nasehat, petunjuk-petunjuk, dan saran-saran.

Jenis dukungan sosial yang diterima dan diperlukan orang lain sangat tergantung pada keadaan yang penuh stres, misalnya dukungan informasi tentang manfaat jika terjadi kurang pengetahuan dan keterampilan serta dalam hal yang tidak pasti terkait persoalan pasien. Sarafino (1994) mengatakan ada lima tipe dasar dukungan sosial, yaitu :

1. Dukungan emosional ; dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki, dan dicintai pada saat stress.
2. Dukungan penghargaan ; dukungan ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dari orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu, perbandingan yang positif dengan orang lain, seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Jenis dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten, dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu dibandingkan dengan dukungan sosial. Bentuk dukungan penghargaan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan keterampilan dan prestasi yang dimiliki seseorang. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total, meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya.

3. Dukungan instrumental atau dukungan yang sifatnya nyata ; dukungan ini berupa bantuan langsung, misalnya seseorang memberikan atau meminjamkan uang dan dapat juga berupa bantuan langsung mengerjakan tugas tertentu pada saat mengalami stres.
4. Dukungan informasi ; dukungan ini berupa pemberian saran, pengarahan, atau umpan balik tentang bagaimana ia melakukan sesuatu. Contoh ketika seseorang mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, ia menerima dan menerima umpan balik tentang ide-idenya dari rekan sekerjanya.
5. Dukungan jaringan sosial ; bentuk dukungan ini tampil dalam kondisi dimana seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok tertentu yang dipercaya dan memiliki kesamaan dalam hal minat, perhatian, kepedulian, atau kegiatan yang disukai. Dukungan ini dapat muncul dalam suasana bercanda atau percakapan santai.

Menurut Wortman (dalam Sarafino, 2004) tipe dukungan yang diterima dan yang dibutuhkan seseorang tergantung dari situasi yang menimbulkan stres, misalnya dukungan emosional dan informasi lebih penting bagi orang yang mengalami sakit yang serius. Sebagai makhluk sosial manusia tidak lepas dari hubungannya dengan orang lain. Keberadaan orang lain dapat menimbulkan hubungan yang positif ataupun yang sifatnya negatif. Positif apabila hubungan tersebut menguntungkan atau cenderung memberikan dukungan, seperti memberikan kasih sayang, rasa aman, dan kebahagiaan. Sedangkan yang bersifat negatif adalah hubungan yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, mengancam, bahkan dapat menimbulkan stres. Orang-orang yang memberikan dukungan sosial ini dikatakan sebagai sumber dukungan sosial. Dalam kehidupan sehari-hari dukungan sosial

berasal dari berbagai sumber, seperti suami, istri atau pasangan, keluarga, teman-teman, rekan sekerja, dokter, perawat, atau organisasi masyarakat (Sarafino, 2004).

Dukungan sosial dapat bersumber dari jaringan sosial yang dimiliki individu, yaitu lingkungan keluarga (suami, istri, anak, saudara, tetangga), lingkungan pekerjaan (atasan, rekan sekerja, bawahan), profesional (dokter, perawat, konselor), atau dari organisasi sosial dimana individu terlibat, seperti organisasi olahraga, seni, dan budaya (Quick & Quick, 1994). Sarafino (2004) menjelaskan beberapa hal yang mempengaruhi perolehan dukungan sosial dari orang lain, yaitu :

- a. Penerima dukungan (*recipient*) ; seseorang tidak akan memperoleh dukungan bila mereka tidak ramah, tidak mau menolong orang lain, dan tidak membiarkan orang lain mengetahui bahwa mereka membutuhkan pertolongan. Ada orang yang kurang asertif untuk meminta bantuan, merasa tidak seharusnya bergantung dan tidak membebani orang lain, merasa tidak enak mempercayakan sesuatu pada orang lain, tidak tahu siapa yang dapat dimintai bantuan, atau tidak tahu bagaimana menyampaikan pertolongan.
- b. Penyedia dukungan (*provider*) ; individu tidak akan memperoleh dukungan jika penyedia dukungan tidak memiliki sumber-sumber yang dibutuhkan individu, penyedia dukungan sedang dalam kondisi stres dan sedang membutuhkan bantuan, atau mungkin juga mereka tidak cukup sensitif terhadap orang lain.
- c. Komposisi dan struktur jaringan sosial (hubungan individu dengan keluarga dan masyarakat) ; hubungan ini bervariasi dalam hal (1) ukuran, yaitu jumlah orang yang biasa dihubungi, (2) frekuensi hubungan, yaitu seberapa sering individu bertemu dengan orang tersebut, (3) komposisi, yaitu apakah orang tersebut keluarga, teman,

rekan sekerja, atau yang lainnya, (4) keintiman, yaitu kedekatan hubungan individu dan adanya keinginan untuk saling mempercayai dengan suami/istri atau pasangannya.

Menurut Sarason dan Sarason (1997) ada tiga cara untuk mengukur besarnya dukungan sosial, yaitu *perceived social support*, *social embeddness*, dan *enacted support*. Ketiganya tidak memiliki korelasi yang signifikan antara satu dengan yang lain dan masing-masing berdiri sendiri, yaitu :

1. *Perceived social support* ; cara pengukuran ini berdasarkan pada perilaku subjektif yang dirasakan individu mengenai tingkah laku orang disekitarnya, apakah memberikan dukungan atau tidak. Fokus pengukuran ini berdasarkan kualitas dan keadekuatan dukungan sosial yang dirasakan individu.
2. *Social embeddness* ; cara pengukuran ini berdasarkan ada atau tidaknya hubungan antara individu dengan orang lain disekitarnya. Semakin banyak jumlah orang yang melakukan interaksi dengan individu, maka semakin besar pula jumlah dukungan sosial yang diterima individu. Fokus pengukuran ini tidak melihat pada kualitas dan keadekuatan, tetapi hanya melihat jumlah orang yang berhubungan dengan individu.
3. *Enacted support* ; cara pengukuran ini memfokuskan pada seberapa sering perilaku dari orang disekitar individu yang dapat digolongkan kedalam pemberian dukungan sosial tanpa melihat adanya persepsi akan dukungan sosial yang diterima individu.

Pada penelitian ini pengukuran sosial dilakukan dengan cara *perceived social support*. Dalam hal ini faktor subjektifitas sangat mempengaruhi karena melibatkan persepsi penerimanya. Adanya penilaian kognitif bahwa individu telah menerima dukungan sosial

membuatnya merasa diperhatikan, dicintai, dihargai, serta memiliki keyakinan bahwa ia akan menerima bantuan jika sedang membutuhkannya. Jika kondisi emosi seperti ini telah terpenuhi, maka untuk selanjutnya akan mempermudah individu untuk menyesuaikan diri terhadap situasi stres tertentu. Dengan demikian, dukungan tidak otomatis terjadi bila individu memiliki orang lain disekitarnya, yang penting diketahui apakah individu merasakan adanya dukungan sosial dari lingkungannya.

B. Intimasi

Intimasi didefinisikan sebagai hubungan timbal balik dan mendalam, baik verbal maupun non-verbal, antara dua orang yang berdampak pada kedalaman bentuk penerimaan orang lain sesuai dengan komitmen untuk melakukan hubungan tersebut. Intimasi meliputi suatu proses yang terjadi dalam waktu yang lama (L'Abate & Bagarozzi, 1993 dalam Nurachmah, 1998). Intimasi difasilitasi oleh keterbukaan diri dengan kedekatan, kasih sayang, cinta, atau kepercayaan yang ada diantara dua orang. Intimasi dapat digambarkan sebagai hubungan yang meliputi lima area, yaitu (1) emosi, (2) sosial, (3) seksual, (4) intelektual, dan (5) rekreasi. Secara operasional intimasi diartikan sebagai skor yang diperoleh dari *Personal Assesment of Intimacy in a Relationship Inventory* (PAIR) (Schaeffer dan Olson, 1991 dalam Nurachmah, 1998).

Intimasi emosional menggambarkan pengalaman kedekatan perasaan, kemampuan untuk berbagi perasaan pada situasi yang membangkitkan semangat untuk memberi dukungan dan memahami tingkah laku. Intimasi sosial menjelaskan pengalaman memiliki

teman/sahabat dan interaksi dalam hubungan sosial. Intimasi seksual merefleksikan pengalaman untuk saling membelai, kasih sayang, kedekatan fisik, dan dalam hubungan suami-istri. Intimasi intelektual adalah kemampuan berbagi ide-ide, mendiskusikan pekerjaan, keyakinan, dan kejadian-kejadian yang dialami. Sedangkan intimasi rekreasi menggambarkan kemampuan untuk berbagi dalam hal minat yang sama (hobi), keterlibatan yang sama pada olahraga, *entertainment*, dan aktifitas rekreasi.

Menurut Gordon (2006) intimasi dapat dialami oleh semua orang dan dimana saja. Setiap kategori intimasi saling berkaitan dan mempengaruhi, yaitu :

- 1) Intimasi kerja : membagi pekerjaan, terkait keprofesionalan ; terjadi ketika setiap orang respek dan menghargai untuk mencapai tujuan kerja, pekerjaan yang penuh arti.
- 2) Intimasi rekreasi : bebas untuk memperoleh kesenangan bersama, termasuk bermain, santai, tertawa, rehat bekerja.
- 3) Intimasi intelektual; saling terbuka dalam hal ide, nilai bersama, berpikir dalam kerangka kerja bersama untuk memperoleh sesuatu, berbagi persepsi tentang apa yang baik dan tidak.
- 4) Intimasi emosional ; kemampuan berbagi emosi dengan orang lain, perasaan terdalam, pikiran melihat perasaan terdalam seseorang
- 5) Intimasi fisik diluar pernikahan ; kemampaun menghargai setiap orang secara tepat dan untuk memperoleh kasih sayang melalui sentuhan, melihat, dan sebagainya untuk mengekspresikan persahabatan

- 6) Intimasi konflik ; proses berbagi dengan dua kondisi, berbagi keinginan dengan diri dan orang jauh yang berbeda untuk meningkatkan hubungan, munculnya perbedaan atau pendapat yang berbeda atau kejadian yang tidak diinginkan
- 7) Intimasi krisis ; berbagi dalam pengalaman hidup, termasuk rintangan dan nyeri diantara hubungan yang baik, melihat nyeri pada hubungan dan mempertahankan hubungan
- 8) Intimasi fisik yang terkait pernikahan ; berbagi dan menghargai secara fisik, komunikasi fisik melalui sentuhan, berjabat tangan, pelukan, termasuk hubungan seksual.
- 9) Intimasi spiritual ; hubungan dengan Tuhan, kaitan antara hubungan Tuhan dan manusia.

Disfungsi seksual dapat menjadi petunjuk hilangnya intensitas intimasi diantara pasangan suami istri. Intimasi mengarah pada hubungan yang mendalam antara dua orang yang diperantarai oleh keterbukaan diri, cinta, kasih sayang, dan kepercayaan. Intimasi merupakan pola penerimaan yang mendalam dengan orang lain sesuai dengan komitmen dalam berinteraksi. Intimasi diasumsikan sebagai karakteristik yang ideal dari pernikahan dan hubungan keluarga (L'Abate, et.al. dalam Nurachmah, 1998).

Bral, et.al. (2002) mengatakan bahwa salah satu masalah utama pada pasien dengan nyeri dada adalah penurunan intimasi, yang didefinisikan sebagai hubungan timbal balik untuk berbagi pikiran dan perasaan, yang mengandung hubungan saling percaya bahwa semua orang adalah sederajat. Perawat mempunyai peran, khususnya yang terlatih untuk

menggunakan intimasi dalam membantu interaksi dengan pasien. Intimasi secara khusus dapat membantu pasien nyeri, karena nyeri dapat mengakibatkan kemunduran seseorang dari lingkungan, atau pasien dengan nyeri dapat menarik diri dari orang lain. Kehilangan intimasi merupakan akibat lanjut dari nyeri pasien, disamping untuk siap menerima kenyataan negatif akibat nyeri.

C. Faktor Psikososial dan Penyakit Kardiovaskular

Penelitian dari berbagai literatur telah berbicara tentang kaitan faktor psikologis dengan angka kesakitan dan kematian pada penyakit kardiovaskular.

Faktor psikologis tersebut meliputi (1) emosi yang negatif, termasuk depresi, marah, rasa permusuhan, dan kecemasan, (2) stressor psikososial akut dan kronis, (c) hubungan sosial, dukungan sosial, dan konflik sosial (Everson-Rose & Lewis, 2005). Semua domain psikososial ini sangat signifikan meningkatkan faktor risiko kematian dan kesakitan penyakit kardiovaskular. Penyakit kardiovaskular memimpin sebagai penyebab kematian dari semua ras atau etnis di USA. Laki-laki dan perempuan Afro-Amerika mengalami ketidakseimbangan saat hipertensi, CHD, MI dan stroke dibanding Kaukasia serta lebih banyak terjadi pada usia muda.

Penyakit depresi mayor, gejala depresi, dan yang mempunyai riwayat depresi meningkatkan risiko terjadi penyakit kardiovaskular. Dari berbagai penelitian didapatkan pasien yang masuk dengan depresi psikiatri mempunyai insiden untuk terjadi penyakit kardiovaskular lebih besar dibandingkan dengan yang bukan psikiatri. Diantara pasien jantung, diakui secara klinis bahwa rata-rata kejadian depresi lebih tinggi setelah miocard

infark, bahwa depresi membawa dampak prognosis yang sangat merugikan dari penyakit kardiovaskular. Angka kematian mendadak juga lebih besar pada pasien depresi (Everson-Rose & Lewis, 2005).

Anda dan Colleague (dalam Lett et al., 2005) melaporkan bahwa depresi secara signifikan memberi risiko lebih besar 50%-60% kematian akibat *ischemic heart disease* (IHD) setelah dikontrol faktor risiko setelah 12 tahun didiagnosa. Pratt (dalam Everson-Rose, 2005) mengatakan bahwa depresi mayor sangat signifikan meningkatkan MCI 4,5 kali, dan dysphoria 2,7 kali. Data dari *Women's Health Initiative Observational Study* yang melakukan penelitian terhadap 94.000 wanita dari multi etnis berusia 50-79 tahun rata-rata setelah 4 tahun mengalami gejala depresi akan berisiko mati 1,5 kali setelah dikontrol pendidikan, pendapatan, dan faktor risiko koroner tradisional. Putus asa adalah salah satu gejala depresi yang terlihat dan memberi efek yang merugikan bagi kesehatan. NHEFS memprediksi rasa putus asa menyebabkan iskemik sebesar 2 kali lebih besar. Bral, Shaughnessy, dan Eisenman, (2006) memperkirakan terjadi peningkatan risiko kematian penyakit jantung sebesar 2 kali pada orang yang mempunyai rasa putus asa. Putus asa berkaitan juga dengan progresifitas dari *Intimal-Medial Thickening* (IMT) pada arteri karotis dan risiko tiga kali lebih besar terjadinya hipertensi.

Marah dan rasa permusuhan mempunyai efek untuk risiko penyakit kardiovaskular dalam waktu yang lama. Berdasarkan analisis psikodinamik dan psikoanalitik menunjukkan individu yang mempunyai karakter marah, rasa permusuhan, agresif, pekerja keras, dan keras hati yang mengarah pada pola perilaku Tipe A berisiko terjadinya penyakit jantung

atau hipertensi. Pola perilaku Tipe A adalah individu pekerja keras, ambisius, penuh persaingan, mementingkan waktu, dan mudah marah serta menekan perasaan (Rosenman & Friedman, 2005). Penelitian dari *Western Collaborative Group Study* secara prospektif pada 3.100 responden, didapatkan ternyata Tipe A mempunyai risikopenyakit kardiovaskular dua kali lebih besar dibandingkan dengan karakter Tipe B setelah 8,5 tahun didiagnosis penyakit jantung, dan diiringi dengan faktor risiko

Stres termasuk interaksi sejumlah respon yang segera dan bervariasi. Masing-masing individu berbeda dalam merespon gejala MI. Ada yang marah, atau ada yang depresi, atau sebaliknya (Myers, et.al, 2005). Kelompok respon bisa marah, cemas, takut, malu, tidak berguna, sedih, iri, cemburu dan muak. Cemas merupakan komponen utama respon stres psikologi, paling mudah berubah sebagai respon defensif (Hawkley, et.al., 2008). Respon stres dari aspek psikologi diukur menggunakan *Multiple Affect Adjective Check List (MAACL)* dimana pengukuran cemas sebaik depresi dan permusuhan. (Frizzel, J.P, 1997 dalam Emslie, C. 2004).

Pada penelitian tentang lingkungan dan studi epidemiologi untuk melihat hubungan antara lingkungan keluarga dan risiko kardiovaskular menyebutkan orang dengan *support social* yang tinggi mempunyai risiko kematian yang rendah dibandingkan dengan mereka yang rendah dukungan sosialnya (Brown, Sheffield, Leary, & Robinson, 2003). Selanjutnya ada hubungan antara perilaku dan lingkungan keluarga dengan risiko penyakit kardiovaskular. Melalui uji dengan menggunakan alat ukur *Family Environment Scale (FES)* menguji hubungan keluarga (benturan dan konflik) dan perilaku (aktifitas, merokok) dengan

kejadian penyakit kardiovaskular. Dimensi lingkungan keluarga, khususnya adanya benturan, termasuk dalam kelompok risiko terjadinya penyakit jantung (Brown, et.al, 2003).

Lingkungan keluarga sangat berkontribusi pada perkembangan penyakit kardiovaskular dan mempengaruhi perilaku serta fisiologi faktor risiko kardiovaskular. Individu dengan *social support* yang besar mempunyai risiko kematian yang lebih kecil dibandingkan dengan integrasi sosial yang rendah (Pope & Hollis, 1992 dalam Brown, et.al., 2003). Sosial support termasuk *social integration*, status pernikahan, frekuensi dan sering kontak dengan keluarga, dan partisipasi kelompok. *Social support* seperti usia, gender, dan perbedaan stage keluarga (Antonucci & Jonhson, 1994 dalam Lett, et.al., 2005)

Brown, et.al. (2003) mengadakan penelitian tentang pengalaman nyeri pasien yang dapat dimodifikasi oleh faktor emosi, faktor situasi dan faktor perhatian. Lett, H.S. (2005) mengatakan ada 2 domain dalam *social support*, yaitu *structural factor* dan *functional support*. *Social support* adalah ukuran, tipe, densitas dan frekuensi kontak dengan orang atau lingkungan sekitar. *Fungsional support* adalah dukungan emosional, kualitas perkawinan, dukungan nyata, dan kemampuan bercakap.

Lynch & Galbraith (2003) melakukan penelitian tentang hubungan antara penyakit jantung koroner dengan *panic disorder* (PD) di ruang emergensi. PD sangat mahal dari kondisi non-psikiatrik, sistem kedokteran umum dibandingkan dengan kondisi psikiatrik yang lain. Di ruang emergensi, pasien PD dengan nyeri dada terjadi tidak terdiagnosis sebesar 98%.

PD merupakan kejadian yang sering terjadi pada pasien di ruang emergensi, terutama pada pasien dengan nyeri dada. Secara umum pintu masuk pengobatan untuk pasien dengan PD adalah di ruang emergensi, dimana pasien PD sering memperlihatkan nyeri dada dan pasien salah karena merasa mendapat serangan jantung. Dari 441 pasien dengan nyeri dada, 108 mengalami PD. Pasien PD secara keliru menghubungkan gejala somatik dengan kondisi penyakit serius dan karena itu mencari dan memperoleh pengobatan medik dibanding dengan psikiatrik.

Studi-studi tentang depresi pada pasien penyakit jantung menunjukkan angka prevalensi sebesar 18%-60%. Studi epidemiologis menunjukkan adanya peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pasien penyakit jantung dengan depresi. Depresi akan memperlambat proses penyembuhan, memperberat gejala fisik, mengganggu program rehabilitasi, dan meningkatkan angka kematian (Nita, Mediacastore, 2008).

D. Nyeri Miokard Infark

Myocard infark (MI) adalah kematian atau nekrosis jaringan miokardium akibat oklusi pembuluh darah koroner (Hanun, 2002; Sugiyanto, 2007). MI adalah nekrosis miokard yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Faktor risiko terjadinya MI adalah kebiasaan merokok, tingginya kadar kolesterol total dan LDL, hipertensi, Diabetes Mellitus, usia lanjut, aktifitas yang berlebihan pada pasien yang pernah mengalami serangan jantung (Lewis, 2005).

Jantung dapat memberi serangkaian reflek yang dapat mencegah memburuknya curah jantung, tetapi semua respon kompensasi ini akhirnya dapat memperburuk keadaan miokardium karena meningkatnya kebutuhan miokardium akan oksigen (Hudak Gallo, 1997). MI klasik memberi gambaran klinis, seperti nyeri dada yang berlangsung lama dan hebat disertai mual, keringat dingin, muntah, dan perasaan seakan-akan akan mati. Lokasi nyeri dada angina adalah berada di daerah substernal, retrosternal, prekordial. Sifat nyeri yang terasa seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat, seperti ditusuk, rasa diperas, dan dipelintir; penjaran biasa ke lengan kiri, leher, rahang bawah, gigi, punggung/interskapula, perut, dan dapat juga ke lengan kanan. Nyeri akan membaik dengan istirahat, atau dengan pemberian obat nitrat. Faktor pencetus nyeri adalah latihan fisik, stress emosi, udara dingin, dan sesudah makan dengan gejala yang menyertai, seperti mual, muntah, sulit bernafas, keringat dingin, cemas, dan lemas. Mengurangi/menghilangkan nyeri dada sangat penting, karena nyeri dikaitkan dengan aktivasi simpatis yang menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan beban jantung (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2006).

Pada saat normal suplai oksigen ke jaringan sesuai dengan kebutuhannya. Apabila terjadi penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah, maka perfusi jaringan terhambat sehingga suplai oksigen tidak sesuai dengan kebutuhan jaringan, akibatnya jaringan menjadi iskemik dan terjadilah metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob akan menghasilkan asam laktat yang menimbulkan nyeri, jika pembuluh darah yang tersumbat adalah arteri koronaria, maka nyeri dirasakan pada dada disebelah kiri. Jantung yang telah mengalami iskemik, lama kelamaan akan mengalami nekrosis atau infark.

Nyeri mempunyai komponen emosional dan spiritual serta dapat membatasi fungsi sosial pasien, keluarga, dan orang-orang terdekat (Kinghorn & Gamlin, 2004). Nyeri fisik dapat meningkatkan distress emosional, sosial, dan kehidupan pada pasien dengan MI. Nyeri adalah suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan secara aktual dan potensial. Nyeri didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dialami dan dikatakan oleh seseorang sebagai rasa nyeri, kapanpun yang dikatakan seseorang (Lewis, 2005).

Respon fisiologi terhadap nyeri terjadi akibat aktivasi hipotalamik dari sistem saraf simpatetik yang berhubungan dengan respon stress (Chulay, 2006). Menurut Lewis (2005), antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktifitas listrik di reseptor nyeri. Transmisi nyeri melibatkan proses penyaliran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal di medulla spinalis dan jaringan neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak. Modulasi nyeri melibatkan aktifitas saraf jalur-jalur saraf desendens dari otak yang dapat mempengaruhi transmisi nyeri setinggi medulla spinalis. Modulasi juga melibatkan faktor-faktor kimiawi yang meningkatkan aktifitas di reseptor nyeri aferen primer. Persepsi nyeri adalah pengalaman subjektif nyeri yang dihasilkan oleh aktifitas transmisi nyeri oleh saraf. Crisp (2001) mengatakan persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap rasa nyeri.

Menurut Smeltzer dan Bare (2005) banyak faktor yang menimbulkan nyeri dada, yaitu :

- 1) Latihan fisik, memicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung
- 2) Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen
- 3) Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesentrik untuk pencernaan, sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung
- 4) Stres atau berbagai emosi akibat situasi yang menegangkan, menyebabkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah, yang berakibat peningkatan beban kerja jantung.

E. Terapi Standar

Terapi standar adalah terapi farmakologis yang diberikan pada pasien melalui prosedur standar yang disepakati institusi. Penatalaksanaan medis pada MI adalah MONA (Morfin, Oksigen, Nitrogliserin, Aspirin) (Sudoyo, et.al., 2006). Suplemen oksigen yang diberikan pada pasien jika saturasi oksigen arteri <90%. Pada pasien STEMI (ST Elevasi Miocard Infark) tanpa komplikasi dapat diberikan oksigen selama 6 jam pertama.

Nitrogliserin sebagai obat utama untuk menangani nyeri, yang diberikan untuk menurunkan konsumsi oksigen miokard dengan menurunkan *preload* dan meningkatkan suplai oksigen dengan cara dilatasi pembuluh darah koroner yang akan mengurangi iskemia serta mengurangi nyeri dada (Smeltzer & Bare, 2005; Sudoyo,et.al., 2006; Kobo, 2008). Nitrogliserin adalah bahan vasoaktif yang berfungsi melebarkan vena dan arteri sehingga

mempengaruhi sirkulasi perifer. Dengan pelebaran vena terjadi pengumpulan darah vena diseluruh tubuh, akibatnya hanya sedikit darah yang kembali ke jantung dan terjadilah penurunan tekanan pengisian (*preload*). Nitrat melemaskan arteriol sistemik dan menyebabkan penurunan tekanan darah (penurunan *afterload*). Hal ini mengakibatkan penurunan kebutuhan oksigen jantung. Pemberian nitrogliserin diletakan di bawah lidah (*sublingual*) atau bagian dalam pipi (kantong bukal), dan akan menghilangkan nyeri iskemia dalam tiga menit.

Pemberian Aspirin merupakan tatalaksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI dan efektif pada spektrum Sindroma Koroner Akut (SKA). Inhibisi cepat *siklooksigenase* trombosit yang dilanjutkan dengan reduksi kadar tromboksan A2 dicapai dengan absorpsi Aspirin bukkal. Morfin sangat efektif mengurangi nyeri dada. Efek samping yang harus diwaspadai pada pemberian morfin adalah konstiksi vena dan arteriolar melalui penurunan simpatis, sehingga terjadi *pooling* vena yang akan mengurangi curah jantung dan tekanan arteri. Morfin juga menyebabkan efek vagotonik yang menyebabkan bradikardi atau blok jantung derajat tinggi.

F. Hubungan Aspek Psikologis dan MI

Pasien MI akan memberikan dampak psikologis yang disebabkan dari kondisi fisik dan fase lingkungan yang dilewatinya. Menurut Dewi dan Boestan (1992) secara skematis MI dapat memberikan pertimbangan psikologis yang dibagi dalam enam fase, yaitu : (1) *pre-illness*, (2) *acute illness-before medical contact*, (3) *acute illness-initiating medical contact*,

(4) *acute illness-coronary care unit*, (5) *acute illness-convalescence*, (6) *post-hospital convalescence*.

Tabel 2.1.
Pertimbangan Psikologis

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--|---|---|--|---|
| ? | | | | | |
| Pre-illness | Acute illness | | | Convalescence | |
| Primary Prevention | Secondary Prevention | | | Tertiary Prevention | |
| Predisposing factors : | Initiating factors : | | | Psychological sequelae : | |
| a) psychological b) smoking c) diet d) blood pressure | a) affects b) exaggerated characters traits | | | a) inhibitions b) phobias c) disturbance of affect (anxiety, depression) | |

Sumber : Cermin Dunia Kedokteran, 1994

1. Fase *pre-illness* (fase sebelum terdapat gejala yang khas atau belum ada bukti subjektif penyakit). Pada fase ini dicari faktor predisposisi MI, misalnya pola perilaku serta faktor risiko MI lainnya. Reissei mengusulkan agar faktor-faktor non psikologis diteliti secara longitudinal, kemudian dibandingkan dan dikaitkan dengan faktor psikologis, seperti pola perilaku tipe A, untuk memperjelas hubungan dengan terjadinya MI. Dari hasil penelitian klinis dapat disimpulkan bahwa pemberian nasihat/saran dari orang yang ahli dan latihan fisik secara teratur dapat mempengaruhi pola perilaku penderita tersebut dan selanjutnya terbukti mempengaruhi angka kesakitan dan kematian penderita pasca serangan jantung. Pada dasarnya pencegahan fase *pre-illness* dapat dicapai dengan meminimalkan faktor predisposisi tersebut.

2. Fase *acute-illness* (sebelum mendapatkan pertolongan medis). Penyuluhan kesehatan yang baik akan mampu memberikan bekal pada seseorang untuk bereaksi positif apabila terkena serangan jantung. Hackett (1988 dalam Dewi & Boestan, 1992) mengatakan bahwa penderita yang tidak mampu bereaksi sewaktu mengalami serangan jantung, mempunyai kaitan yang erat dengan mekanisme psikologis dari penderita itu sendiri. Kaitan ini disanggah oleh Green yang berpendapat bahwa pada dasarnya penderita-penderita ini biasanya cukup waspada terhadap gejala kardiak karena menyangkut ancaman terhadap kehidupannya.

Reisser (1990, dalam Dewi & Boestan, 1992) mempunyai kesan bahwa reaksi seseorang sangat mempengaruhi eksaserbasi penyakit ini. Reaksi ketegangan dari seorang penderita saat mengalami serangan jantung dapat menyebabkan perubahan EKG serta penurunan status fungsional tenaga cadangan jantungnya sendiri (*cardiac reserve*). Sedangkan Brod mengatakan adanya serangan mental menyebabkan peningkatan tekanan darah, *cardiac output*, aliran darah otot dan vasokonstriksi *splachnic*. Dengan mengetahui dan mengenal perubahan-perubahan yang akan terjadi, seorang penderita akan bereaksi secara optimal dan positif sehingga tingkat ketegangan akan berkurang sambil menunggu pertolongan medis.

3. Fase *acute-illness* (kontak medis awal)

Kontak medis awal biasanya dimulai dengan suatu tindakan manipulasi farmakologis terutama ditujukan untuk mengatasi pengaruh otonom kardiovaskular yang ditimbulkan

sebagai akibat reaksi kecemasan penderita pada serangan jantung tersebut. Manipulasi farmakologis ini secara tidak langsung akan mempengaruhi aspek psikologis serta lingkungan penderita.

4. Fase *acute-illness* (di unit perawatan intensif)

Reaksi seseorang terhadap rasa sakit dapat memberikan kesan tertentu, terutama ditampilkan dalam raut wajahnya. Hal ini diteliti oleh Stein yang menunjukkan adanya peningkatan morbiditas penderita yang bermuka muram di ICCU. Penelitian dari Hackett dan Cassen (1988, dalam Dewi & Boestan, 1992) menunjukkan bahwa angka mortalitas ternyata menurun secara bermakna pada penderita yang juga ditangani oleh psikiater. Pada kelompok penderita dengan reaksi *denial* justru mempunyai nilai yang positif, karena penderita dapat meniadakan efek yang secara umum muncul dalam kondisi ini; ini merupakan mekanisme yang bermanfaat untuk penyesuaian diri di ICCU. Hal ini terbukti dari hasil penelitian dimana angka morbiditas lebih rendah dibandingkan dengan kelompok penderita yang non-denial.

Kurangnya pemahaman terhadap proses yang terjadi akan memberikan beraneka ragam reaksi psikologis yang mungkin dapat menetap. Tingkah laku aneh dapat timbul karena kekuatiran yang berlebihan mengenai ketergantungan hidup, kerusakan tubuh, kehilangan identitas seksual, atau merasa penyakit yang diderita merupakan hukuman akibat kesalahannya diwaktu lampau. MI sering terjadi secara tiba-tiba, yang membuat penderita tampak bingung, panik dan kaku. Setelah serangan dapat timbul berbagai

reaksi, terutama kecemasan, depresi, dan perubahan karakter, yang akhirnya dapat menambah ketegangan pada jantung.

Menurut Strain (dalam Dewi & Boestan, 1992) pada dasarnya penderita yang mengalami serangan jantung akan mengalami ketegangan psikologis yang dapat dibagi menjadi tujuh kelompok :

- a) gangguan integritas dasar kepribadian
- b) ketakutan akan orang baru (bagi yang telah berkeluarga)
- c) ketakutan untuk ditinggalkan atau meninggalkan
- d) ketakutan akan kehilangan sesuatu yang dicintai atau peranannya dalam keluarga
- e) ketakutan atas berkurangnya kemampuan kontrol dari fungsi tubuh
- f) adanya rasa malu dan bersalah, dan mungkin disertai dengan kekuatiran sebagai akibat kesalahan masa lalu

Intervensi psikologis selama fase ini bertujuan untuk mencegah timbulnya gejala atau mengurangi intensitasnya. Keadaan ini dapat diselesaikan dengan dua pendekatan :

- a) psikofarmakologi, merupakan mekanisme pendekatan yang cepat dan efisien
- b) psikologis, merupakan mekanisme pendekatan yang lambat, ditujukan untuk mengurangi gejala dengan menghilangkan sumbernya dan secara bersamaan meningkatkan kemampuan penderita untuk menanggulangnya.

5. Fase *acute-illness* (pemulihan rumah sakit)

Pada stadium ini intervensi psikologis ditujukan untuk mengatasi kekuatiran penderita yang akan kembali ke rumah dengan cara menubuhkan rasa percaya diri dan sebagai persiapan diri untuk bekerja seperti semula.

Tenaga kesehatan berkewajiban menelusuri kecemasan pasien sebelumnya agar mudah kembali ke lingkungan keluarga, pekerjaan, dan kehidupan sosial. Dukungan psikologis sangat berperan terutama untuk menyiapkan pasien agar mampu mengatasi setiap pengaruh psikologis yang mungkin muncul.

6. Fase pemulihan

Pada fase ini intervensi psikologis dilakukan dengan pencegahan menurut konsep Strain dan Grossman, yaitu :

- a) membantu pasien menyesuaikan diri dengan keadaan fisiologis dan psikologisnya
- b) mencegah timbulnya gangguan fungsi psikologis dengan menangani hambatan-hambatan yang terdapat disekitar pekerjaan dan seks, juga gejala psikologis pasca serangan jantung, seperti depresi dan kecemasan somatik.
- c) mencegah kekambuhan dengan mengurangi ketegangan.

Latihan relaksasi dan pengendalian stres ternyata mampu memperbaiki keadaan psikis dan penyakit pasien. Cay (1990, dalam Dewi & Boestan, 1992) menyimpulkan metode perawatan dengan cara :

- a) menjelaskan riwayat penyakit dan kelanjutannya pada pasien

- b) pengobatan yang rasional
- c) memberi ketenteraman hati dan dorongan semangat
- d) membantu memecahkan masalah yang konkrit
- e) memberi petunjuk yang tidak bersifat perintah
- f) secara bertahap meningkatkan latihan fisik

Hal ini semuanya dapat dilakukan secara individu, keluarga, dan kelompok. Pembahasan per kelompok memungkinkan pertukaran informasi mengenai perasaan dan cara pemecahannya serta memperoleh dukungan sosial. Penyuluhan terhadap keluarga untuk memberikan informasi tentang penyakit jantung koroner dan penatalaksanaannya, yang memungkinkan pasien dan keluarga mengambil tanggung jawab untuk perawatan kesehatan di rumah.

G. Teori Adaptasi Roy

Teori Adaptasi Roy merupakan model keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang maladaptif. Sebagai individu dan makhluk holistik manusia memiliki sistem adaptif yang selalu beradaptasi secara keseluruhan. Menurut Roy (1991 dalam Tomey & Aligood, 2006) sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan saling ketergantungan antar bagian-bagiannya. Sistem ini terdiri dari proses input, output, dan umpan balik (Tomey & Aligood, 2006), yaitu :

1. Input : Roy mengidentifikasi input sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan, atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Tiga tingkatan adaptasi menurut Roy adalah :
 - a. Stimulus fokal, yaitu yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap individu tersebut.
 - b. Stimulus kontekstual, merupakan stimulus lain yang dihadapi seseorang. Stimulus internal maupun eksternal dapat mempengaruhi seseorang dan dapat dilakukan observasi.
 - c. Stimulus residual, merupakan stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.
2. Kontrol : proses kontrol adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme koping terbagi atas regulator dan kognator yang merupakan sub-sistem. Sub-sistem regulator mempunyai komponen input, proses, dan output. Stimulus input berupa internal dan eksternal. Sistem transmitter regulator adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom merupakan respon neural otak dan *spinal cord* yang diteruskan sebagai perilaku output dari sistem regulator. Sedangkan stimulus sub-sistem kognator juga dapat eksternal dan internal. Perilaku output dari sub-sistem regulator dapat menjadi umpan balik untuk sub-sistem kognator. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkaitan dengan proses imitasi, penguatan, dan pengertian yang mendalam. Sedangkan penyelesaian masalah dan

pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Output : sistem output merupakan respon yang adaptif atau maladaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang secara keseluruhan yang dapat terlihat apabila seseorang mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon maladaptif merupakan respon yang menghambat seseorang mencapai tujuan.

Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor yang terdiri dari empat metode adaptasi, yaitu :

1. Fungsi fisiologis, diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktifitas, dan istirahat, integritas kulit, sensori, cairan, dan elektrolit, fungsi neurologi dan fungsi endokrin.
2. Konsep diri, yaitu bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam hubungan dengan orang lain.
3. Fungsi peran, merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang untuk mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
4. Interdependen, merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

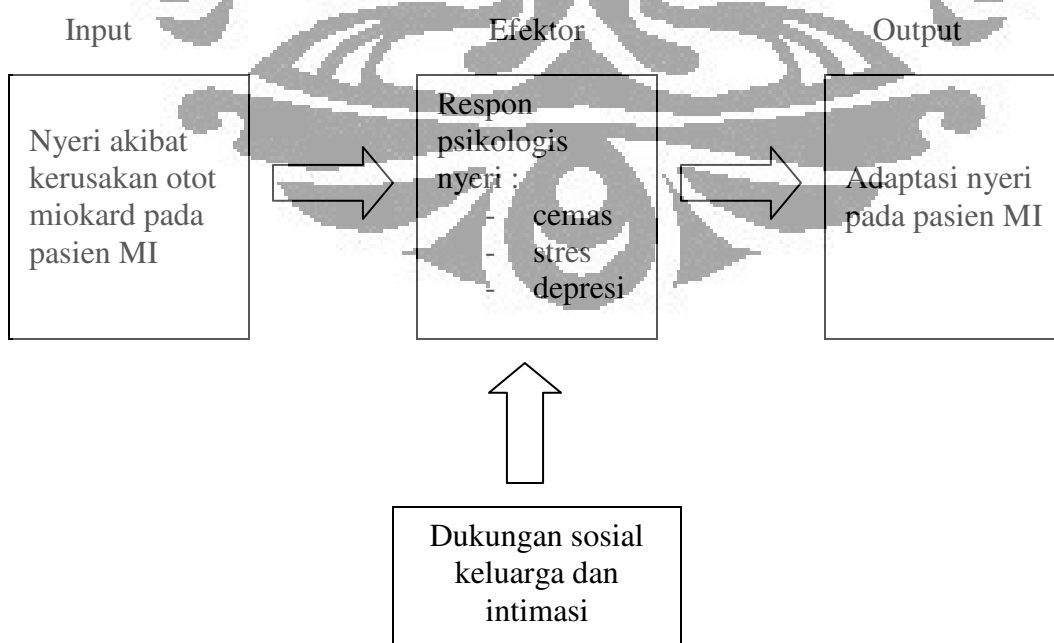
Roy mengemukakan bahwa individu sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual sebagai satu kesatuan yang utuh memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan, sehingga individu selalu berinteraksi terhadap perubahan lingkungan. Model konsep praktik keperawatan berasumsi bahwa sebagai makhluk individu yang utuh dan sehat, individu mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biopsikososial. Setiap orang selalu menggunakan koping yang bersifat positif maupun negatif. Kemampuan adaptasi setiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri serta kemampuan akan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri. Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan dengan koping yang efektif dalam memelihara proses adaptasi.

Pasien MI akan mengalami nyeri dan tubuh pasien akan melakukan adaptasi atau respon fisiologis terhadap nyeri. Adaptasi yang terjadi pada pasien dapat berupa adaptasi adaptif maupun maladaptif. Respon fisiologis nyeri berupa peningkatan frekuensi pernafasan, peningkatan denyut jantung, dan peningkatan ketegangan otot. Respon psikologis MI berupa kecemasan, gelisah, merasa asing, stress, takut mati, dan depresi. Berdasarkan konsep adaptasi Roy, maka pasien harus mampu mempertahankan kesehatannya dengan menggunakan koping yang adaptif terhadap perubahan kenyamanan akibat dari nyeri MI (Skema 2.1.). Faktor input dapat berasal dari faktor stres emosional dan depresi yang telah berlangsung lama. Sedangkan proses kontrol adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan, baik fisiologis maupun psikologis. Respon psikologis yang digunakan berasal

dari sistem yang ada disekitar pasien, yaitu keluarga dekat, suami atau istri dalam bentuk dukungan sosial keluarga yang positif, kelompok sosial, dan tempat kerja.

Dukungan sosial keluarga akan memberikan dampak pada atensi pasien merasa diperhatikan dan mendapatkan dukungan positif. Pemberian dukungan berupa informasi yang dibutuhkan pasien, penguatan dan pengertian yang mendalam dapat meningkatkan atensi pasien terhadap kemampuan beradaptasi secara adaptif. Pemberian perhatian dan kasih sayang akan menyeimbangkan emosi negatif sehingga kecemasan pasien MI dapat berkurang dan akhirnya persepsi nyeri berkurang. Hal ini menunjukkan kemampuan pasien meningkatkan integritas adaptifnya. Pasien sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan yang terjadi.

Skema 2.1.
Adaptasi Tubuh terhadap Nyeri



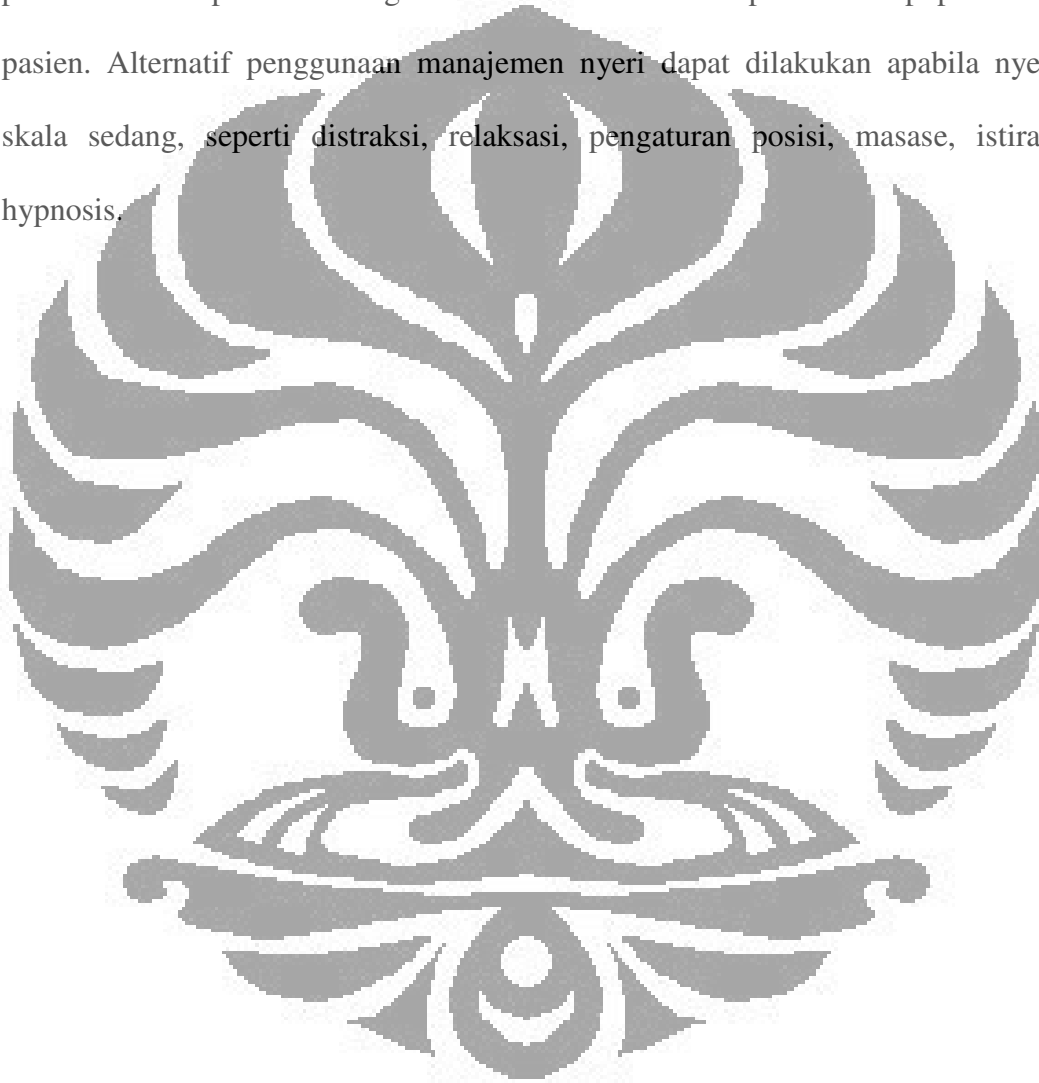
Sumber : Tomey & Alligood (2006), Sudoyo, et.al. (2006)

H. Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah terhadap Nyeri

Nyeri akibat oklusi oksigen di koroner jantung menyebabkan pasien cemas, takut, gelisah, bahkan secara fisiologis menyebabkan perubahan tanda-tanda vital, penurunan kesadaran hingga kematian. Nyeri menyebabkan pasien menarik diri dari kontak sosial sehingga memperberat keadaan stres dan depresi. Peran perawat untuk mengurangi nyeri dengan mengimplementasikan dukungan psikologis bagi pasien yang dipadukan dengan terapi farmakologis sangatlah penting.

Perawat melakukan pengkajian tingkat persepsi nyeri sejak awal untuk menentukan sifat dan karakter nyeri. Pemberian terapi standar MONA (Morfin, Oksigen, Nitrogliserin, Aspirin) dipantau ketat oleh perawat. Ketepatan jumlah dan cara pemberian oksigen harus sesuai dengan tingkat kondisi penyakit pasien dan pemantauan obat-obat per oral. Peran perawat terkait pemberian obat adalah melakukan pengkajian secara kontinyu tingkat persepsi nyeri. Penggunaan skala nyeri *Visual Analog Scale* (VAS) merupakan metode efektif bagi perawat untuk mengkaji nyeri akut, mengevaluasi respon pasien terhadap analgetik, dan mendokumentasikan beratnya nyeri secara objektif (Scott, 1994 dalam Potter & Perry, 2006).

Apabila nyeri tidak berkurang dengan penggunaan nitrogliserin, maka perlu penggunaan morfin sesuai kolaborasi dengan dokter. Analgesik narkotik umumnya diberikan untuk mengatasi nyeri berat dengan meningkatkan sirkulasi oksigen di pembuluh darah dan mengurangi kontraktilitas jantung. Perawat perlu mewaspadaai kondisi memburuknya pasien bila terapi farmakologis tidak memberikan dampak terhadap penurunan nyeri pasien. Alternatif penggunaan manajemen nyeri dapat dilakukan apabila nyeri dalam skala sedang, seperti distraksi, relaksasi, pengaturan posisi, masase, istirahat, dan hypnosis.





BAB III

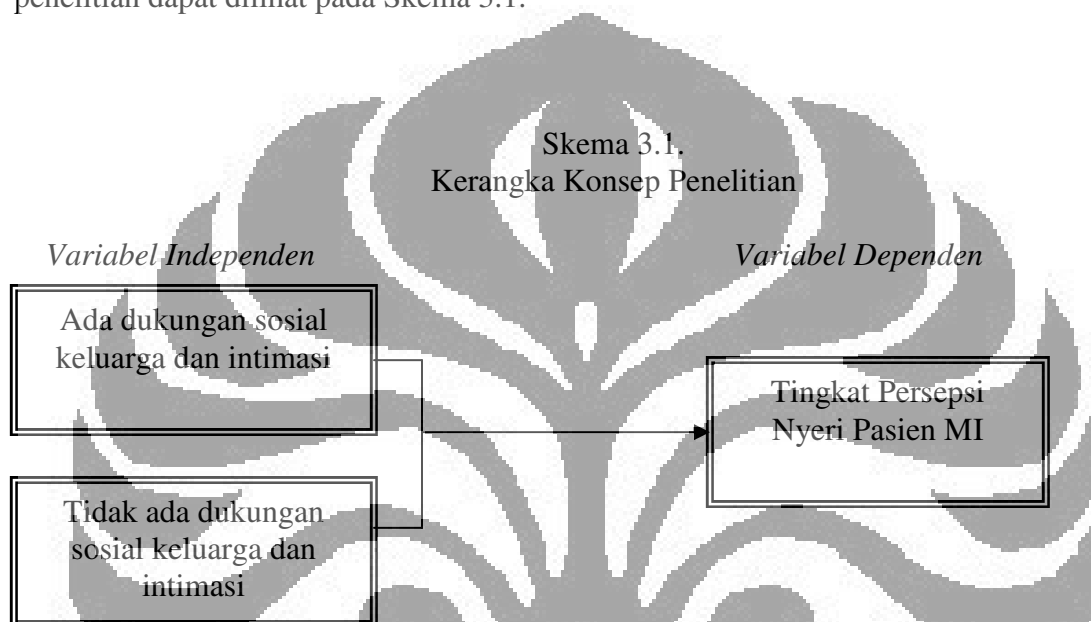
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan membahas tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian, dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan bagan hubungan antara variabel yang akan diteliti dan memberikan arahan peneliti dalam menentukan hipotesis penelitian. Variabel independen dalam penelitian ini adalah *treatment* dukungan sosial keluarga, intimasi, dan terapi standar farmakologi. Variabel dependen adalah persepsi nyeri.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel, baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2003). Kerangka konsep merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang telah dibahas dalam tinjauan teori. Kerangka konsep penelitian menghubungkan variabel-

variabel penelitian dan pada penelitian ini menggambarkan ada tidaknya pengaruh dukungan keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pasien MI. Variabel independen adalah pemberian terapi standar ditambah dengan dukungan keluarga dan intimasi, yang akan menentukan variabel dependen, yaitu tingkat persepsi nyeri pada pasien MI. Kerangka kerja penelitian dapat dilihat pada Skema 3.1.



B. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2003). Dari kerangka konsep dan hubungan antar variabel-variabel penelitian, maka hipotesa yang akan diuji dalam penelitian ini adalah :

Tidak ada pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap penurunan persepsi tingkat nyeri pasien pada kelompok intervensi.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian dijelaskan dalam tabel di bawah ini :

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian

| Variabel | Definisi Operasional | Alat dan Cara | Hasil Ukur | Skala |
|------------------------------|--|---|---|---------|
| Variabel Independen : | | | | |
| Dukungan sosial keluarga | Total skor dari IFR yang menggambarkan dukungan yang diberikan suami/istri/keluarga dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan, instrumental, informasi, dan sosial | Alat ukur : <i>Index of Family Relations</i> (IFR) dengan 10 item pertanyaan Cara ukur : pasien mengisi pada lembar kuesioner yang telah disiapkan | Nilai total dikali 2,5 : 1. Tinggi >25; kelompok intervensi 2. Rendah <25; kelompok kontrol | Ordinal |
| Intimasi | Total skor dari PAIR yang menggambarkan hubungan yang hangat, verbal dan non-vebal, antara pasien dan suami/istri, meliputi 5 area : emosi, sosial, seksual, intelektual, dan rekreasi | Alat ukur : <i>Personal Assesment of Intimacy in a Relationship Inventory</i> (PAIR) dengan 10 item pertanyaan Cara ukur : pasien mengisi pada lembar kuesioner yang telah disiapkan | Nilai total : 1. Tinggi > 33; kelompok intervensi 2. Rendah <33; kelompok kontrol | Ordinal |

| Variabel | Definisi Operasional | Alat dan Cara | Hasil Ukur | Skala |
|----------------------------------|--|---|--|---------|
| Variabel Dependen : | | | | |
| Tingkat persepsi nyeri pasien MI | Nilai dari kondisi perasaan yang tidak menyenangkan saat ini diakibatkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah dikarenakan adanya sumbatan pada arteri koroner | Alat ukur : <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> yang dikombinasikan dengan <i>Numeric Rating Scale</i> , skala yang digunakan adalah 0-10 Cara ukur : Pasien menunjuk skala nilai nyeri yang dirasakan saat ini | Mean, median, SD, Rasio min-maks, 95% CI | |
| Karakteristik responden : | | | | |
| Umur | Umur pasien yang dihitung sejak ulang tahun terakhir dengan pembulatan, dihitung dalam tahun | Alat ukur : Kuesioner Cara ukur : pasien mengisi umur dalam tahun | Mean, median, SD, Rasio min-maks, 95% CI | |
| Jenis kelamin | Identitas seksual pasien yang dibawa sejak lahir | Alat ukur : Kuesioner Cara ukur : pasien mengisi dan memilih satu diantara dua pilihan | 1. Laki-laki 2. Perempuan | Nominal |

| Variabel | Definisi Operasional | Alat dan Cara | Hasil Ukur | Skala |
|------------------------|--|---|---|---------|
| Pekerjaan | Penggolongan pasien yang terdiri bekerja dan tidak bekerja, yang menyebabkan risiko MI | Alat ukur : Kuesioner Cara ukur : pasien mengisi dan memilih satu diantara dua pilihan | 1. Bekerja 2. Tidak bekerja | Nominal |
| Tingkat sosial ekonomi | Kemampuan individu untuk mendapatkan barang/jasa yang dibutuhkan dihitung dari pendapatan yang diperolehnya dalam satu bulan, dan dikelompokkan berdasarkan upah minimum regional (UMR) Bengkulu | Alat ukur : Kuesioner Cara ukur : pasien memilih dan mengisi tentang kategori pendapatan pasien secara keseluruhan yang dapat dibawa pulang dari hasil pekerjaannya. | 1. \leq Rp 690.000 2. $>$ Rp 690.000 | Ordinal |



BAB IV

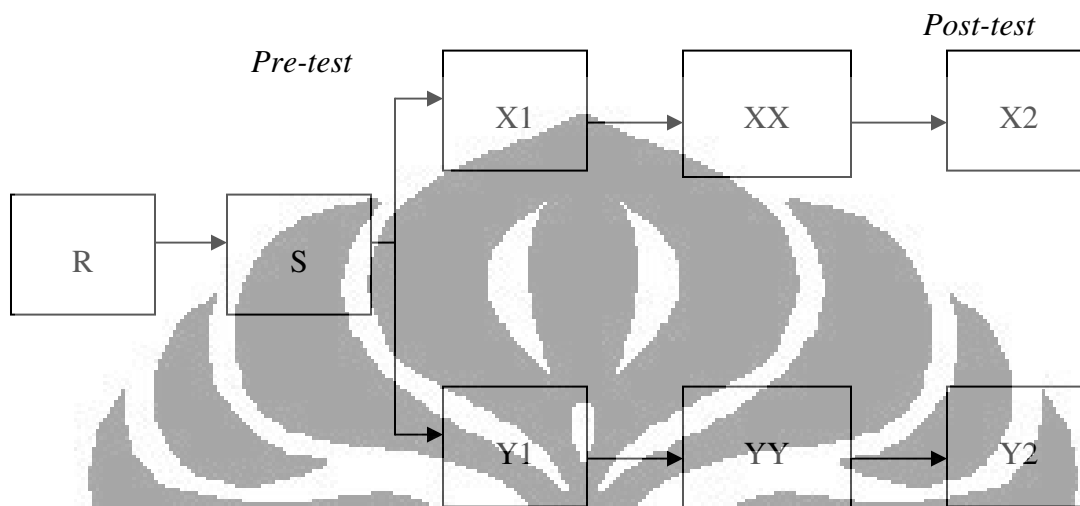
METODE PENELITIAN

Metodologi mencakup rancangan penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Quasi Experimental with pre-post control group*, terdiri dari satu perlakuan pada kelompok intervensi, yaitu responden yang diberikan kombinasi terapi standar dengan *treatment* dukungan sosial keluarga dan intimasi. Kelompok kontrol adalah responden yang diberikan hanya terapi standar. Prosedur yang dilakukan dengan memilih unit percobaan, yaitu pasien MI yang dirawat di ruang rawat inap ICCU.

Skema 4.1.
51 Penelitian



Keterangan :

- R : Responden penelitian
- S : *Screening*
- X1 : Hasil pengukuran nyeri sebelum *treatment* pada kelompok intervensi
- XX : *Treatment* : dukungan sosial keluarga, intimasi, dan terapi standar
- X2 : Rata-rata hasil pengukuran nyeri setelah *treatment* kelompok intervensi
- Y1 : Hasil pengukuran nyeri sebelum *treatment* pada kelompok kontrol
- YY : *Treatment* : terapi standar
- Y2 : Rata-rata hasil pengukuran nyeri setelah *treatment* kelompok kontrol

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2002).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien MI yang dirawat di ruang rawat inap

ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dari bulan April s.d. Juni 2009.

2. Sampel

Berdasarkan penelitian Roscoe, et al (2003), maka peneliti membuat perhitungan besar sampel minimal. Penelitian tersebut menyebutkan nilai rata-rata nyeri pada kelompok kontrol (μ) sebesar 3,0 dan kelompok intervensi (μ) sebesar 2,6.

Pada penelitian ini, peneliti memperkirakan skor nyeri kelompok kontrol sebesar 3,0 dan kelompok intervensi sebesar 2,5 dengan standar deviasi sekitar 0,55. Perhitungan sampel penelitian ini menggunakan uji hipotesis beda rata-rata dua kelompok independent dengan derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 80%, menggunakan rumus Ariawan (1998), yaitu :

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

σ = standar deviasi dari beda dua rata-rata berpasangan penelitian awal

μ_1 = rata-rata nyeri pada kelompok kontrol

μ_2 = rata-rata nyeri pada kelompok intervensi

α = tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti)

β = nilai Z pada kekuatan uji (*power*) (ditetapkan peneliti)

$$\begin{aligned} n &= \frac{2(0,55)^2 * (1,96 + 0,84)^2}{(3 - 2,5)^2} \\ &= 18 \end{aligned}$$

Hasil perhitungan tersebut ditambahkan 10% untuk menghindari adanya responden yang *dropout* selama penelitian berlangsung, sehingga penelitian ini memakai 20 orang yang masuk ke dalam kelompok intervensi, dan 20 orang masuk ke dalam kelompok kontrol.

Sampel penelitian adalah pasien yang dirawat di Ruang Rawat Inap ICCU, baik laki-laki maupun perempuan dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan EKG menunjukkan gambaran STEMI dan non-STEMI
- b) Pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan CK/CKMB atau peningkatan Total kolesterol.
- c) Pasien yang dirawat di ruang perawatan ICCU, baik perawatan pertama atau perawatan berulang
- d) Mendapatkan terapi farmakologi standar sesuai SPM rumah sakit
- e) Mempunyai pasangan suami atau istri.
- f) Kondisi stabil dengan kesadaran *composmentis*
- g) Tidak ada riwayat penyakit jiwa psikosa, kondisi psikiatri organik, dan gangguan personalitas antisosial serta jenis penyakit jiwa lainnya.
- h) Memahami bahasa Indonesia dan dapat berkomunikasi dengan orang lain
- i) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian

Sedangkan kriteria eksklusi adalah :

- a) Mendapat serangan hebat dengan skala nyeri 10.
- b) Penurunan tingkat kesadaran yang disertai dengan kondisi asidosis.
- c) Mendapatkan terapi farmakologis Diazepam.

3. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *non-probability sampling* jenis *consecutive sampling*, yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dan dimasukkan ke dalam kelompok penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah pasien yang dibutuhkan telah terpenuhi. *Consecutive sampling* ini merupakan jenis *non-probability sampling* yang paling baik dan seringkali merupakan cara yang termudah (Sastroasmoro, 2002). Penentuan sampel yang akan menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol didasarkan *screening* nilai dukungan keluarga dan nilai intimasi. Jika nilai dukungan keluarga di atas *mean/cut of point* >25 dan nilai intimasi di atas *mean/cut of point* >33 maka dimasukkan sebagai kelompok kontrol. Sebaliknya jika nilai dukungan keluarga *mean/cut of point* >25 dan nilai intimasi di bawah *mean/cut of point* <33 maka dimasukkan sebagai kelompok intervensi. Jumlah sampel yang diperoleh adalah 12 responden kelompok intervensi dan 14 responden kelompok kontrol.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, termasuk rumah sakit tipe B dengan standar pelayanan dan tenaga dokter Spesialis Penyakit Dalam yang sama.

D. Waktu Penelitian

Pengambilan data penelitian dilakukan mulai tanggal 12 April 2009 sampai dengan 4 Juni 2009. Secara lengkap tabel waktu dan tahapan penelitian dapat dilihat dalam lampiran.

E. Etika Penelitian

Penelitian ini merupakan eksperimen semu, dilakukan intervensi terhadap subjek penelitian dalam kelompok perlakuan. Meskipun intervensi dalam penelitian ini tidak membahayakan responden, namun peneliti tetap memperhatikan aspek sosioetika dan menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan (Jacob, 2004).

Penelitian ini telah mengikuti uji etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sehingga layak untuk diteliti tanpa melanggar standar etik yang berlaku.

Penelitian ini akan melewati pertimbangan sesuai dengan aturan hak asasi manusia yang dikeluarkan oleh *American Nurse Association* (ANA). Menurut ANA (1985, dalam LoBiondo-Wood & Haber, 2006; Polit & Beck, 2006), ada lima kode etik penelitian untuk profesi keperawatan, yaitu :

1. Self Determination

Hak ini berdasarkan prinsip etik yang respek terhadap individu. Responden sebagai individu memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan. Responden yang memenuhi kriteria inklusi diberikan penjelasan tentang prosedur penelitian dan intervensi yang dilakukan. Dampak yang dirasakan serta efek samping secara psikologis dapat muncul dijelaskan secara rinci. Responden diberikan kesempatan untuk bertanya sebelum memberikan persetujuan untuk menjadi responden. Pasien sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri sebagai responden penelitian tanpa mempengaruhi terapi yang diberikan rumah sakit. Prinsip ini diaplikasikan melalui penjelasan oleh peneliti dan responden secara sukarela memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*.

Kriteria *informed consent* yang diterapkan pada penelitian ini sesuai dengan kriteria yang disampaikan Portney dan Watkins (2000), yaitu :

- a. Subjek penelitian mengetahui sepenuhnya informasi tentang penelitian, efek samping maupun keuntungan yang diperoleh subjek penelitian.
- b. Informasi yang diperoleh dari responden dirahasiakan dan *anonymity* subjek dijaga ketat.
- c. Lembar *informed consent* menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- d. Persetujuan dibuat dengan sukarela dan tidak ada sanksi apapun jika subjek menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- e. Mempertimbangkan kemampuan subjek untuk memberikan persetujuan dengan penuh kesadaran.

- f. Subjek penelitian dapat mengundurkan diri dari penelitian, kapanpun dan dengan alasan apapun.

2. *Privacy and Dignity*

Penelitian ini dilakukan pada selama pasien di rawat di ruang ICCU. Intervensi dilakukan di samping tempat tidur pasien dan menjamin harga diri selama sesi penelitian dilakukan, yaitu di ruang rawat inap ICCU. Responden diberikan informasi khusus yang tidak dilakukan pada pasien di luar responden penelitian terkait. Pasien diberikan kebebasan untuk mengisi sendiri kuesioner jika diperlukan.

3. *Anonimity and Confidentiality*

Kuesioner dan pedoman observasi dalam penelitian ini menggunakan kode responden sehingga informasi yang didapatkan dalam penelitian ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan analisis data, tidak dapat diketahui secara luas untuk dipublikasikan.

4. *Fair Treatment*

Responden dalam penelitian ini, baik dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol mendapatkan terapi farmakologis standar sesuai dengan indikasi medis. Secara umum pasien memperoleh terapi Nitrogliserin. Kelompok intervensi mendapatkan dukungan sosial keluarga dan intimasi secara terstruktur, sedangkan kelompok kontrol akan mendapatkan dukungan sosial keluarga secara fokus di luar waktu penelitian yang telah ditetapkan, yaitu pada hari keempat.

5. *Protection From Discomfort and Harm*

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap langsung disamping pasien untuk meningkatkan kenyamanan dan dampak buruk fisik, psikologis, sosial, atau ekonomi. Saat dilakukan penelitian, pasien diberikan kebebasan untuk menyampaikan ketidaknyamanan, baik sebelum, selama, dan sesudah intervensi. Pasien diberikan bantuan untuk meningkatkan rasa nyamannya sesuai situasi dan tempat serta pengaturan posisi dan lingkungan yang nyaman dan aman. Pasien dilindungi dari bahaya kecelakaan maupun dampak buruk akibat prosedur penelitian. Apabila terjadi serangan mendadak, maka peneliti berkoordinasi dengan kepala ruangan serta berkolaborasi dengan dokter ruangan untuk penanganan selanjutnya. Pasien ini dikeluarkan sebagai responden.

F. **Alat Pengumpulan Data**

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah :

1. Data karakteristik responden

Data ini diperoleh dengan cara wawancara dengan responden, meliputi data tentang umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendapatan per bulan. Studi dokumentasi juga dilakukan untuk mendapatkan data tentang diagnosa miokard infark, yaitu hasil pemeriksaan *electrocardiogram* (EKG) dan hasil pemeriksaan laboratorium (CK/CKMB dan Trigliserida/Total Kolesterol).

2. Data dukungan sosial keluarga

Dukungan sosial keluarga diukur dengan menggunakan instrument *Index of Family Relationship (IFR)* (Hudson, 1992). IFR terdiri dari 10 pernyataan yang mengukur tingkat, kepelikan, atau besarnya masalah antar anggota keluarga terkait hubungan antar satu dan lainnya. Responden diberi kesempatan untuk mengisi lembar pertanyaan. IFR memberi responden untuk menggolongkan beratnya masalah keluarga secara umum dan dapat mengukur secara keseluruhan stres dalam keluarga. IFR mempunyai dua nilai potong, yaitu 1) nilai di atas 25 menandakan tidak ada masalah dukungan keluarga yang signifikan, 2) nilai di bawah 25 mengindikasikan pasien mengalami kepelikan stres dengan kemungkinan beberapa pertimbangan tingkat stress, atau digunakan untuk menyepakati masalah.

3. Data intimasi

Data ini diperoleh dengan menggunakan instrument *The Personal Assesment of Intimacy in Relationship (PAIR)* (Nurachmah, 1998). PAIR terdiri dari 10 pernyataan yang digunakan untuk mengukur intimasi dengan menguji lima area intimasi, yaitu emosional, sosial, seksual, intelektual, dan rekreasi. Responden diberi untuk mengisi lembar pertanyaan. Pengukuran PAIR dengan dua cara, yaitu : (1) mengidentifikasi persepsi responden tentang bagaimana hubungan intimasi dengan suami/istrinya, (2) mengidentifikasi bagaimana hubungan intimasi yang

diinginkan responden. Alat ini mempunyai enam sub-skala : intimasi emosional, intimasi sosial, intimasi seksual, intimasi intelektual, dan intimasi rekreasi. PAIR terdiri dari 10 soal, 2 soal untuk setiap sub-skala, dan menggunakan kuesioner tipe Likert dengan empat poin respon. Setiap soal dijawab dari bentuk penerimaan diri (kenyataan) dan perspektif ideal yang diinginkan responden (harapan). Nilai dari setiap soal dijumlahkan sebagai total skor dari setiap area. PAIR mempunyai dua nilai potong, yaitu 1) nilai di atas 33 menandakan tidak ada masalah intimasi dengan pasangan masing-masing yang signifikan, 2) nilai di bawah 33 mengindikasikan klien mengalami kepelikan stres dengan kemungkinan beberapa pertimbangan tingkat stress dengan pasangannya. Reliabilitas PAIR ditunjukkan oleh Cronbach's Alpha untuk setiap skala adalah 0,70 dan dengan korelasi signifikansi yang tinggi (Hudson, 1992).

4. Data Tingkat Nyeri

Data ini diperoleh dengan menggunakan instrument *Visual Analog Scale* (VAS) dengan kombinasi angka. Wong (2002) mengatakan untuk menjaga validitas skala nyeri pada populasi dewasa (usia 21 s.d. 67 tahun) dengan menggunakan *Numeric Pain Rating Scale* (NPRS), yang memungkinkan pasien untuk memilih skala nyeri dari 0 – 10. Skala ini sangat baik untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Menurut Crisp dan Taylor (2001), suatu skala skala nyeri harus didesain sehingga mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu pasien untuk melengkapinya. Skala ini memberikan kebebasan total bagi pasien dalam mengidentifikasi beratnya nyeri yang dirasakan saat ini. Validitas

alat ukur ini dijaga dengan memberikan penjelasan mengenai pemakaian instrument secara jelas kepada responden sehingga benar-benar memahami cara lapor diri. Responden diminta untuk lapor diri apa adanya dengan memilih satu angka yang paling tepat sesuai dengan tingkat persepsi nyeri yang dirasakan. Untuk menjaga reliabilitas alat ukur ini digunakan oleh peneliti kepada seluruh responden yang diteliti.

5. Validitas dan reliabilitas

Kualitas data ditentukan oleh tingkat validitas dan reliabilitas alat ukur. Validitas adalah kesahihan, yaitu seberapa dekat alat ukur mengatakan apa yang seharusnya diukur (Sastroasmoro, 2002). Instrumen yang valid harus mempunyai validitas internal dan eksternal. Instrumen yang mempunyai validitas internal apabila kriteria yang ada dalam instrumen secara teoritis telah mencerminkan apa yang diukur. Sementara validitas eksternal instrumen dikembangkan dari fakta empiris (Sugiyono, 2007). Validitas instrumen dalam penelitian ini dicapai dengan menggunakan alat ukur yang sesuai dengan apa yang akan diukur, seperti pembuatan kuesioner IFR dan PAIR yang telah dimodifikasi sesuai dengan tata bahasa dan konsultasi dengan pembimbing.

Reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran. Suatu pengukuran disebut handal apabila alat tersebut memberikan nilai yang sama atau hampir sama bila pemeriksaan dilakukan berulang-ulang (Sastroasmoro, 2002). Pengukuran realibilitas instrumen dapat dilakukan secara internal dan eksternal.

Secara internal realibilitas instrumen dapat diuji dengan menganalisa konsistensi butir-butir yang ada pada instrumen. Sementara secara eksternal pengujian dapat dilakukan dengan *test-retest (stability)*, *equivalent* dan gabungan keduanya (Sugiyono, 2007).

Validitas IFR sangat sempurna untuk validitas kelompok, signifikan membedakan responden yang dinilai oleh mereka sendiri dan konselor. Konsepsi validitas IFR sangat baik, korelasi jelek dengan pengukuran bukan korelasi, dan korelasi baik dengan pengukuran lain dengan korelasi seperti orang tua-anak, dan rating hubungan keluarga (Hudson, 1992). Reliabilitas IFR mempunyai mean alpha 0,95 mengindikasikan konsistensi sempurna.

Sebelum kuesioner digunakan dilakukan uji coba pada responden yang mempunyai karakteristik sama dengan responden penelitian, yaitu pada 10 orang pasien MI di Poliklinik RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Uji validitas menggunakan Pearson dan uji reabilitas menggunakan Alpha Cronbach (Triton, 2006; Tommy, 2006). Uji validitas IFR didapatkan semua item pertanyaan valid ($r > 486$), kemudian uji reliabilitas pada semua item yang valid didapatkan semua item pertanyaan reliabel dengan nilai r Cronbach's Alpha 0,841, hasil ini lebih besar dibandingkan dengan r tabel. Uji validitas PAIR didapatkan semua item pertanyaan valid ($r > 437$), kemudian uji reliabilitas pada semua item yang valid didapatkan semua item pertanyaan reliabel dengan nilai r Cronbach's Alpha 0,926, hasil ini lebih besar dibandingkan dengan r tabel.

Hasil validitas dan reliabilitas IFR dan PAIR ini hanya diperuntukkan untuk karakteristik responden setempat yang belum tentu akan memiliki skor yang sama pada tipe penelitian yang lain. Diperlukan uji ulang apabila akan diaplikasikan pada karakteristik responden yang berbeda.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti menempuh prosedur pengumpulan data, yaitu :

1. Prosedur administrasi : dilakukan sesuai dengan aturan yang berlaku di rumah sakit.

Prosedur izin penelitian yang ditempuh adalah :

- a. Izin penelitian diajukan kepada Direktur rumah sakit, yang akan dilimpahkan kepada Kabid Pendidikan dan Latihan (Diklat) untuk ditelaah lebih lanjut.
 - b. Sosialisasi rencana penelitian kepada Kepala Bidang Perawatan dan Kepala Ruang Perawatan ICCU, untuk mendapatkan masukan sesuai dengan kondisi setempat.
 - c. Izin penelitian diberikan setelah seluruh pertimbangan disampaikan kepada direktur melalui Kabid Diklat.
2. Prosedur teknis : merupakan alur yang dilalui responden dan peneliti dalam pengambilan data maupun intervensi yang dilakukan. Secara rinci alur responden sampai kepada peneliti serta dilakukan intervensi, sebagai berikut :

- a. Perawat ruangan ICCU akan meromendasikan pasien MI kepada peneliti sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan serta diagnosa medis yang ditetapkan oleh dokter Spesialis Penyakit Dalam.
- b. Nama inisial pasien dimasukkan ke dalam daftar urut calon responden penelitian.
- c. Peneliti akan memantau kondisi pasien hingga stabil, memastikan pasien telah mendapatkan tindakan sesuai prosedur ruangan, serta telah diperiksa ulang oleh dokter di ruangan.
- d. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian serta risiko yang mungkin muncul akibat intervensi yang dilakukan pada pasien.
- e. Pasien diberi penawaran kesediaan untuk menjadi responden penelitian, dan bagi yang menyetujui akan mengisi dan menandatangani *informed consent* disaksikan oleh keluarga dan perawat ruangan.
- f. Kuesioner IFR dan PAIR diisi oleh peneliti dengan wawancara. Pasien menjawab pertanyaan peneliti, jawaban ditulis pada lembar kuesioner sesuai skala Likert yang disebut pasien. Data IFR dan PAIR ini merupakan data *pre-test* untuk dukungan sosial keluarga dan intimasi.
- g. Peneliti menetapkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol didasarkan *screening* nilai dukungan keluarga. Jika nilai dukungan keluarga (IFR) di atas >25 dan PAIR >33 maka dimasukkan sebagai kelompok kontrol, sebaliknya jika nilai dukungan keluarga (IFR) di bawah <25 dan PAIR <33 maka dimasukkan sebagai kelompok intervensi.

- h. Kuesioner diberi *coding* responden sebagai kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta diberikan nomor urut responden sesuai dengan kelompoknya pada lembar penelitian.
- i. Kuesioner diisi oleh peneliti dengan wawancara meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, dan tingkat pendapatan. Pasien menjawab pertanyaan peneliti, jawaban ditulis pada lembar kuesioner dan diberi tanda 'ceklist' pada lembar observasi untuk pertanyaan dikotom dan diisikan oleh peneliti pada isian singkat.
- j. Pada kelompok intervensi :
- 1) Dilakukan pengukuran tingkat persepsi nyeri pasien dengan menggunakan *Visual Analog Scale* yang dikombinasi dengan *Numeric Rate Scale* 0-10. Data ini merupakan data *pre-test* untuk tingkat nyeri.
 - 2) Suami/istri/keluarga dari responden dikumpulkan di ruang khusus untuk diintervensi berupa pemberian *treatment* terkait pentingnya dukungan sosial keluarga (dukungan emosional, penghargaan, instrumental, informasi, jaringan sosial) dan intimasi (emosi, sosial, seksual, intelektual, rekreasi). *Treatment* yang diberikan kepada suami/istri/keluarga sesuai dengan pedoman yang telah dibuat peneliti, setiap sesi pertemuan 60 menit dan dapat diulang setiap hari bila diperlukan.
 - 3) Suami/istri/keluarga dari responden diberi kesempatan untuk bertemu responden pada pagi hari dan sore hari sesuai jam kunjungan pasien, selama tiga hari berturut-turut.

- 4) Pada akhir hari ke tiga dilakukan pengukuran persepsi tingkat nyeri pasien dengan menggunakan *Visual Analog Scale* yang dikombinasi dengan *Numeric Rate Scale* 0-10. Data ini merupakan data *post-test*.
- 5) Peneliti meminta responden untuk mengisi instrumen *Index of Family Relations* (IFR) dan *The Personal Assesment of Intimacy in a Relatiopnship* (PAIR) yang telah disiapkan didampingi peneliti. Data ini merupakan data *post-test*.

k. Pada kelompok kontrol :

- 1) Dilakukan pengukuran persepsi tingkat nyeri pasien dengan menggunakan *Visual Analog Scale* yang dikombinasi dengan *Numeric Rate Scale* 0-10. Data ini merupakan data *pre-test*.
- 2) Peneliti membuat kontrak dengan responden untuk bertemu lagi pada hari ketiga perawatan.
- 3) Pada akhir hari ke tiga dilakukan pengukuran persepsi tingkat-nyeri pasien dengan menggunakan *Visual Analog Scale* yang dikombinasi dengan *Numeric Rate Scale* 0-10. Data ini merupakan data *post-test*.
- 4) Pada hari ke empat diberikan *treatment* berupa pedoman dukungan keluarga dan intimasi.

Berikut ini adalah data hasil *pre-test* dan *post-test* IFR dan PAIR :

Tabel 4.1.
Nilai Pre-test dan Post-test Berdasarkan Alat Ukur

| Alat Ukur | Pre-test | | Post-test | | N |
|-----------|----------|--------|-----------|--------|----|
| | Tinggi | Rendah | Tinggi | Rendah | |
| IFR | 14 | 12 | 17 | 9 | 26 |
| PAIR | 17 | 9 | 21 | 5 | |

Dari tabel 4.1. terlihat nilai IFR dan PAIR berbeda pada pre-test maupun post-test, sehingga dilakukan uji korelasi dengan $r = 0,225$ yang berarti hubungan lemah antara nilai IFR dan nilai PAIR. Berdasarkan konsep teori yang menyebutkan dukungan sosial keluarga dapat menggambarkan hubungan dengan pasangannya masing-masing, maka Peneliti mengambil acuan nilai IFR sebagai standar untuk menentukan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Meski demikian terlihat adanya kenaikan skor rata-rata dukungan sosial keluarga (IFR) dan intimasi (PAIR) sebelum dan sesudah treatment.

H. Rencana Analisis Data

Setelah data terkumpul, maka selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi :

- a. Data editing : dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh telah terisi lengkap dan dapat dibaca dengan baik. Editing dilakukan untuk memeriksa validitas data yang masuk. Kegiatan ini terdiri dari pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuesioner dan alat ukur, langkah-langkah yang dilakukan adalah memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan memeriksa keseragaman data.
- b. *Coding* setiap nomor kuesioner pada lembar ceklist untuk memudahkan saat memasukan data. Kode yang digunakan pada kelompok intervensi adalah “KI”

- dengan diikuti nomor urut mulai dari angka 1, dan “KK” untuk kelompok kontrol diikuti nomor urut dari angka 1.
- c. Data *cleaning* dilakukan untuk memastikan data yang dimasukan tidak terdapat kesalahan. Setelah dipastikan data dimasukan secara benar, maka dapat dilanjutkan ke tahap analisis data menggunakan program komputer.

Analisis data dilakukan menggunakan aplikasi statistik yang dilakukan secara bertahap, yaitu :

- a. Univariat : analisis univariat dengan tujuan untuk menganalisis secara deskriptif variabel penelitian dan menguji normalitas data atau mengidentifikasi distribusi responden. Analisa data kategorik menggunakan jumlah dan proporsi, sedangkan data numerik dianalisa dengan tendensi sentral, yaitu mean, median, standar deviasi (SD), dan minimum-maksimum pada 95% *confidence interval* (CI). Sebelum dilakukan analisis dengan tendensi sentral, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data dengan uji *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel kurang dari 30 responden. Dari hasil uji data terdistribusi normal, maka digunakan mean.
- b. Bivariat : analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji homogenitas, *pooled t-test* dan *paired t-test*. Setelah didapatkan data penelitian, peneliti melakukan uji homogenitas untuk memastikan homogenitas sampel pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 4.2.
Uji homogenitas

| Karakteristik | Uji statistik |
|---------------|---------------|
|---------------|---------------|

| | |
|-------------------|----------------------|
| 1. Jenis kelamin | <i>Chi-square</i> |
| 2. Pekerjaan | |
| 3. Sosial Ekonomi | |
| 4. Umur | <i>Pooled t-test</i> |

Uji normalitas data juga dilakukan untuk memastikan data yang didapatkan berdistribusi normal atau tidak. Jika data berdistribusi normal, keputusan menggunakan uji t sebagai analisis bivariat dapat dilakukan. Adapun syarat uji perbedaan dua mean dependen adalah 1) distribusi normal, 2) kedua kelompok dependen/ paired, dan 3) jenis variabel ada dua kelompok (Sabri dan Hastono, 2007).

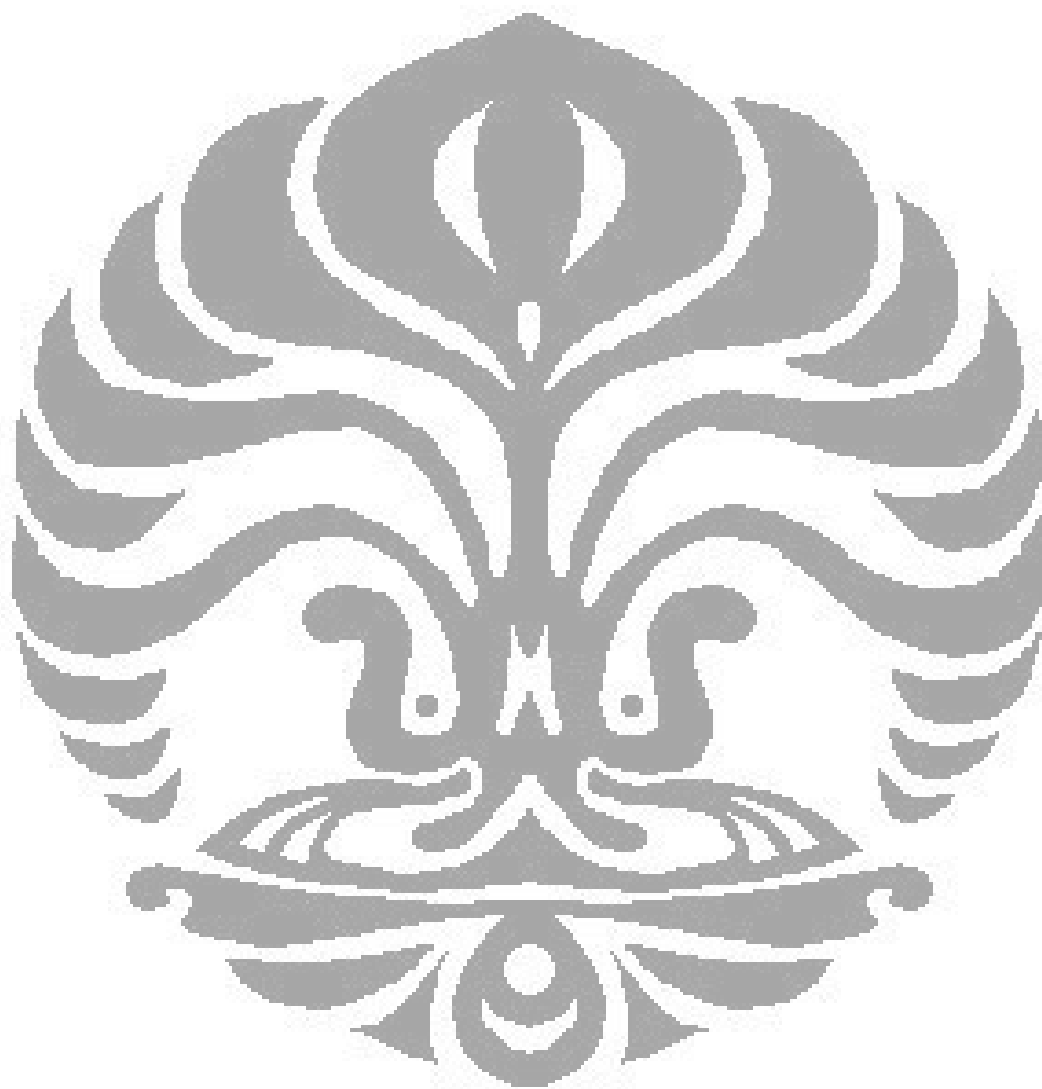
Analisis data bivariat penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.2. dan tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3.
Analisis Bivariat Untuk Menguji Perbedaan Mean antara
Dua Kelompok Data yang Dependen

| Kelompok Data | Kelompok Data | Uji Statistik |
|--|--|---------------------|
| Rata-rata nyeri sebelum <i>treatment</i> pada kelompok intervensi | Rata-rata nyeri sebelum <i>treatment</i> pada kelompok kontrol | <i>Uji t pooled</i> |
| Rata-rata nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok intervensi | Rata-rata nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok kontrol | <i>Uji t pooled</i> |
| Rata-rata nyeri sebelum <i>treatment</i> pada kelompok intervensi | Rata-rata nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok intervensi | <i>Uji t paired</i> |
| Rata-rata nyeri sebelum <i>treatment</i> pada kelompok kontrol | Rata-rata nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok kontrol | <i>Uji t paired</i> |
| Rata-rata selisih (penurunan) nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok | Rata-rata (selisih) penurunan nyeri setelah <i>treatment</i> pada kelompok | <i>Uji t pooled</i> |

intervensi

kontrol



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada Bab V akan menyajikan dan menjelaskan tentang hasil penelitian pengaruh dukungan keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pada pasien *miokard infark* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Penjelasan tersebut meliputi gambaran karakteristik responden, yaitu gambaran umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat sosial ekonomi. Juga disajikan tentang analisis bivariat dengan uji statistik *paired t-test* dan *pooled t-test/t-test independent between different two samples*.

Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 12 April 2009 sampai dengan tanggal 4 Juni 2009 di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dengan total sampel yang diperoleh 37 responden. Dari 37 responden, 11 responden *drop-out* karena masuk kriteria eksklusi (kondisi nyeri berat dan mendapat terapi Diazepam). Sampel yang diidentifikasi lebih lanjut sebanyak 26 responden yang terbagi dalam 2 kelompok berdasarkan hasil *screening* IFR dan PAIR, yaitu kelompok intervensi 12 responden dan 14 responden kelompok kontrol. Seluruh proses pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian dilakukan oleh peneliti. Data yang terkumpul dan telah memenuhi syarat selanjutnya dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

A. Analisis Univariat

Analisis univariat berikut ini menjelaskan distribusi frekuensi dari seluruh variabel, meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat sosial ekonomi).

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RSUD Dr. M. Yunus
Bengkulu April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Mean | SD | Minimal – Maksimal | n | 95% CI |
|--------------|-------|------|-----------------------|----|---------------|
| Umur | | | | | |
| - Intervensi | 54,33 | 5,58 | 46-64 | 12 | 50,79 - 57,88 |
| - Kontrol | 51,79 | 7,92 | 33-62 | 14 | 47,21 - 56,36 |

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur responden pada kelompok intervensi adalah 54,33 tahun (95% CI : 50,79 – 57,87), dengan standar deviasi 5,58 tahun. Umur termuda pada kedua kelompok adalah 33 tahun dan umur tertua 64 tahun. Dari hasil estimasi interval kelompok intervensi dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah diantara 50,79 sampai dengan 57,88 tahun.

2. Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Status Sosial Ekonomi

Karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, dan status sosial ekonomi responden dapat dilihat pada Tabel 5.2. :

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Status
Sosial Ekonomi di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni
Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Kontrol (n=14) | Intervensi (n=12) | Total (%) |
|------------------|-------------------|----------------------|------------|
| Jenis Kelamin : | | | |
| - Laki-laki | 12 (85,7%) | 8 (66,7%) | 20 (76,9%) |
| - Perempuan | 2 (14,3%) | 4 (33,3%) | 6 (23,1%) |
| Total | | | 26 (100%) |
| Pekerjaan : | | | |
| - Bekerja | 8 (57,1%) | 8 (66,7%) | 16 (61,5%) |
| - Tidak bekerja | 6 (42,9%) | 4 (33,3%) | 10 (38,5%) |
| Total | | | 26 (100%) |
| Sosial Ekonomi : | | | |
| - Rendah | 3 (21,4%) | 3 (25%) | 6 (23,0%) |
| - Tinggi | 11 (78,6%) | 9 (75%) | 20 (77,0%) |
| Total | | | 26 (100%) |

Distribusi jenis kelamin responden pada kedua kelompok sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yaitu 20 responden (76,9%) dan perempuan 6 (23,1%). Pada kelompok intervensi laki-laki 8 (66,7%), dan perempuan 4 (33,3%).

Sebagian besar responden (61,5%) mempunyai pekerjaan. Pada kelompok intervensi sebagian besar responden bekerja (66,7%), pada kelompok kontrol responden yang bekerja 57,1%.

Distribusi tingkat sosial ekonomi responden sebagian besar masuk dalam kelompok tinggi dengan 20 responden (77,0%) dan rendah 6 responden (23,0%). Sebagian besar responden pada kelompok intervensi masuk kategori dengan pendapatan yang tinggi (75%).

B. Uji Homogenitas Karakteristik

Uji homogenitas telah dilakukan untuk menguji kesetaraan penyebaran faktor karakteristik. Pengujian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa perubahan nyeri terjadi bukan karena variasi responden, tetapi karena efek dari *treatment*.

1. Hasil Uji Homogenitas Menurut Kelompok Umur

Tabel 5.3.
Hasil Uji Homogenitas Responden Berdasarkan Umur di RSUD
Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| | Kelompok | Mean | SD | n | p Value |
|------|------------|-------|------|----|---------|
| Umur | Intervensi | 54,33 | 5,58 | 12 | 0,655 |
| | Kontrol | 51,79 | 7,92 | 14 | |

Rata-rata umur responden pada kelompok intervensi adalah 54,33 tahun dengan standar deviasi 5,58 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata umur responden adalah 51,79 dengan standar deviasi 7,92 tahun. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa variabel umur setara dengan kata lain tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p > 0,05$).

2. Hasil Uji Homogenitas pada Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Status Sosial Ekonomi.

Tabel 5.4.
Hasil Uji Homogenitas Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan,
dan Sosial Ekonomi di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Kontrol (n=14) | Intervensi (n=12) | p Value |
|------------------|-------------------|----------------------|---------|
| Jenis Kelamin : | | | |
| - Laki-laki | 12 (85,7%) | 8 (66,7%) | 0,365 |
| - Perempuan | 2 (14,3%) | 4 (33,3%) | |
| Pekerjaan : | | | |
| - Bekerja | 8 (57,1%) | 8 (66,7%) | 0,701 |
| - Tidak bekerja | 6 (42,9%) | 4 (33,3%) | |
| Sosial Ekonomi : | | | |
| - Rendah | 3 (21,4%) | 3 (25%) | 1,000 |
| - Tinggi | 11 (78,6%) | 9 (75%) | |

Dari tabel di atas rata-rata responden penelitian baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berjenis kelamin laki-laki. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, atau dengan kata lain tidak memiliki perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Rata-rata responden penelitian baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi mempunyai pekerjaan. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa variabel pekerjaan setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, atau dengan kata lain tidak memiliki perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Sebagian besar rata-rata responden penelitian baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi mempunyai status sosial ekonomi tinggi (lebih dari Rp. 630.000,- per bulan). Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa variabel status sosial ekonomi setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, atau dengan kata lain tidak memiliki perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

C. Analisis Bivariat

1. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum *Treatment* Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Tabel 5.5.
Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Sebelum *Treatment* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Mean | SD | N | p Value |
|------------|------|------|----|---------|
| Intervensi | 8,41 | 0,90 | 12 | 0,588 |
| Kontrol | 8,57 | 0,51 | 14 | |

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi sebelum dilakukan treatment adalah 8,41 dengan standar deviasi 0,90. Sedangkan rata-rata nyeri pada kelompok kontrol adalah 8,57 dengan standar deviasi 0,51. Metode analisis yang digunakan adalah *independent sample t-test*, hasil yang diperoleh menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,558. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dilakukan *treatment* ($\alpha > 0,005$).

2. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Setelah *Treatment* Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Tabel 5.6.
Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Setelah *Treatment* Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Mean | SD | N | p Value |
|------------|------|------|----|---------|
| Intervensi | 2,08 | 0,79 | 12 | 0,532 |
| Kontrol | 2,28 | 0,82 | 14 | |

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi setelah dilakukan *treatment* adalah 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nyeri adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Metode analisis yang digunakan adalah *independent sample t-test*, hasil yang diperoleh menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,532. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri sesudah *treatment* pada kedua kelompok ($\alpha > 0,05$).

3. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum dan Sesudah *Treatment* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.7.
Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum dan Sesudah *Treatment*
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD
Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni Tahun 2009(N=12)

| Variabel | Mean | SD | p Value |
|--------------|------|------|---------|
| Intervensi : | | | |
| Sebelum | 8,41 | 0,90 | 0,000 |
| Sesudah | 2,08 | 0,79 | |

| | | | |
|-----------|------|------|-------|
| Kontrol : | | | |
| Sebelum | 8,57 | 0,51 | 0,000 |
| Sesudah | 2,28 | 0,82 | |

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi sebelum dilakukan *treatment* adalah 8,41 dengan standar deviasi 0,90. Setelah dilakukan *treatment* rata-rata nyeri adalah 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Metode analisis yang digunakan adalah *paired sample t-test*, hasil yang diperoleh menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000. Nilai ini berada di bawah batasan signifikansi sebesar 0,05. Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri sebelum dan sesudah *treatment* pada kelompok intervensi ($\alpha < 0,05$).

Rata-rata nyeri pada kelompok kontrol saat masuk ruang perawatan adalah 8,57 dengan standar deviasi 0,51. Setelah tiga hari perawatan rata-rata nyeri adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Metode analisis yang digunakan adalah *paired sample t-test*, hasil yang diperoleh menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000. Nilai ini berada di bawah batasan signifikansi sebesar 0,05. Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri sebelum dan sesudah *treatment* pada kelompok kontrol ($\alpha < 0,05$).

4. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol

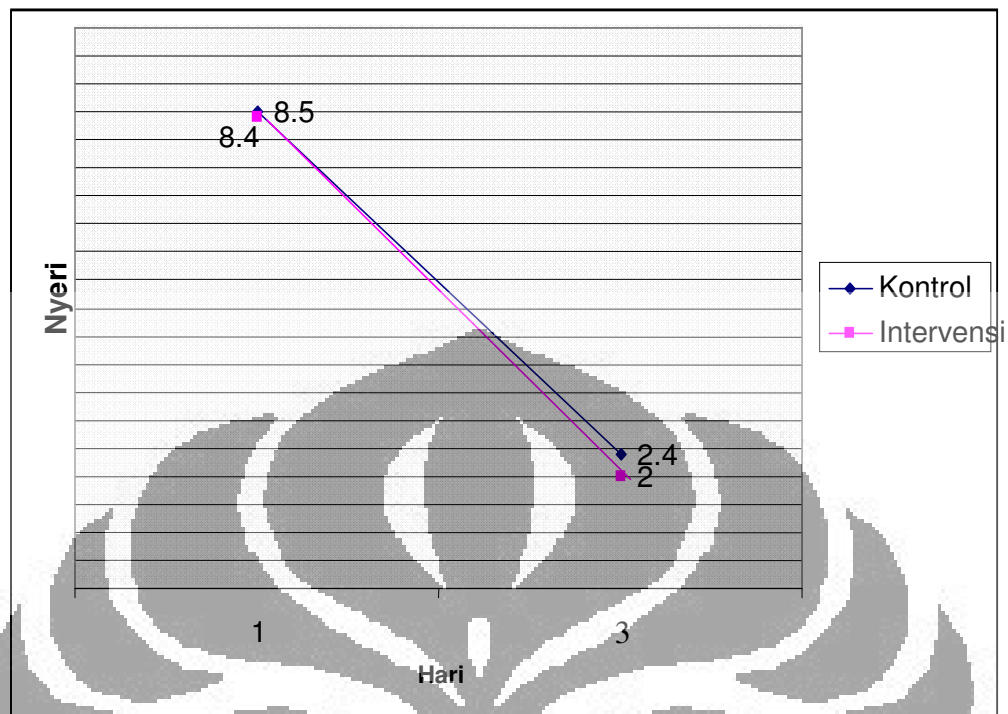
Tabel 5.8.
Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Antara Kelompok Intervensi dengan
Kelompok Kontrol di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
April-Juni Tahun 2009 (N=26)

| Variabel | Mean | SD | p Value |
|------------|------|------|---------|
| Intervensi | 2,08 | 0,79 | 0,562 |
| Kontrol | 2,28 | 0,82 | |

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi setelah tiga hari perawatan rata-rata nyeri adalah 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nyeri adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Metode analisis yang digunakan adalah *independent t-test*, hasil yang diperoleh menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,562. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Penurunan rata-rata skor nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terlihat jelas pada Grafik 5.1. :

Grafik 5.1.
Perbedaan Skor Rata-rata Nyeri Sebelum dan Sesudah Treatment
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD
Dr. M. Yunus Bengkulu April-Juni Tahun 2009



Dari grafik 5.1. memperlihatkan perbedaan rata-rata skor nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah *treatment*. Perbedaan rata-rata nyeri pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah *treatment*.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada Bab VI akan diuraikan tentang pembahasan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil terkait pengaruh dukungan keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pasien miokard infark. Juga akan dijelaskan tentang berbagai keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian untuk ilmu keperawatan.

A. Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi karakteristik (umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi); mengidentifikasi tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* sebelum *treatment* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol; mengidentifikasi tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* setelah *treatment* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol; mengidentifikasi perbedaan tingkat persepsi nyeri pasien *miokard infark* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pembahasan dan diskusi hasil penelitian secara lengkap sebagai berikut :

1. Karakteristik Umur Responden

Rentang umur responden pada tahun ini antara 33 tahun sampai dengan 64 tahun dengan rata-rata umur 52,96 tahun dan standar deviasi 6,931. Rata-rata umur kelompok intervensi adalah 54,33 tahun dengan standar deviasi 5,58, sedangkan rata-rata umur kelompok kontrol adalah 51,79 tahun dengan standar deviasi 7,92. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata umur antara kelompok intervensi dan

kelompok kontrol (p value = 0,655). Dengan demikian dapat disimpulkan umur responden antar kelompok setara atau homogen. Hal ini juga mengindikasikan bahwa pengaruh umur responden terhadap nyeri telah dapat dikontrol.

Berbagai literatur menunjukkan bahwa umur memegang peran terjadinya *miokard infark*. Selain itu umur kurang dari 75 tahun merupakan penyebab yang paling sering untuk penyakit jantung, serta 60%-70% yang berkaitan dengan jantung koroner adalah pasien dengan usia lanjut (Wikipedia, ¶ 1, <http://id.wikipedia.org>, tanggal 12 Juni 2009). Menurut *American Heart Association* (2008, ¶ 1, <http://www.americanheart.org>, tanggal 15 Juni 2009) menyebutkan bahwa lebih dari 83% orang mempunyai kelainan kardiovaskular pada usia 65 tahun.

Menurut Lewis (2000) infark miokard lebih sering menyerang usia dewasa tua karena pada usia dewasa tua memiliki faktor risiko yang lebih besar, seperti adanya riwayat merokok, kadar kolesterol total dan LDL tinggi, hipertensi, Diabetes Melitus, dan faktor usia sendiri.

Umur mempunyai hubungan dengan ambang nyeri seseorang (Smeltzer, 2004). Menurut Perry Potter (2006) pasien usia lanjut menganggap nyeri sebagai komponen alamiah yang harus mereka terima dari proses penuaan sehingga keluhan sering diabaikan. Orang dewasa tua mengalami perubahan neurofisiologis dan mungkin mengalami penurunan persepsi sensorik stimulus serta peningkatan ambang nyeri.

Pada orang dewasa tua diperkirakan 85% mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis yang dapat menyebabkan nyeri. Mereka cenderung mengabaikan sebelum melaporkan atau mencari perawatan kesehatan karena sebagian dari mereka menganggap nyeri menjadi bagian dari proses penuaan normal dan sebagian tidak mencari perawatan kesehatan karena mereka takut nyeri tersebut menandakan penyakit yang serius (Harnawati, 2007, conclusion section, ¶ 2, <http://harnawatiaj.wordpress.com>, tanggal 15 Juni 2009).

Dari analisis di atas dapat diasumsikan bahwa ekspresi nyeri terkait dengan umur lebih disebabkan oleh hambatan psikologis sehingga individu menutupi sensasi nyeri yang sebenarnya dirasakan. Menurut Smeltzer (2004) penilaian tentang nyeri dan ketepatan pengobatan harus didasarkan pada laporan nyeri pasien daripada didasarkan umur pasien.

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan hasil yang berbeda dimana data responden termuda berumur 33 tahun dengan rata-rata umur 52,96 tahun. Hal ini dimungkinkan karena adanya pergeseran insidensi penyebab morbiditas penyakit kardiovaskular dari penyakit degeneratif menjadi penyakit yang berkaitan dengan stres psikologis yang didukung perubahan pola hidup yang menafikan olahraga dan menyukai makanan yang berkolesterol tinggi. Peneliti mendapatkan sebagian besar responden berasal dari etnis Sumatera yang menyukai makanan makanan berkolesterol, makanan bersantan, serta kurang makanan berserat. Umur rata-rata responden pada penelitian lebih rendah dari rata-rata umur responden penelitian lain, tetapi dapat disimpulkan

bahwa rata-rata umur pasien miokard infark berada pada usia di atas 50 tahun, dengan beberapa catatan ada beberapa pasien miokard infark terjadi pada umur dewasa muda.

2. Karakteristik Jenis Kelamin

Penelitian ini tidak didesain sedemikian rupa sehingga rata-rata jenis kelamin merata. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 20 orang (76,9%) dan jenis kelamin perempuan 6 orang (23,1%). Mayoritas pada kedua kelompok adalah laki-laki, dimana pada kelompok intervensi laki-laki 8 (66,7%) dan pada kelompok kontrol laki-laki 12 (85,7%). Tidak ada perbedaan yang signifikan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p value = 0,365). Dapat disimpulkan jenis kelamin antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara atau homogen, sehingga dapat diindikasikan bahwa pengaruh jenis kelamin terhadap nyeri telah dapat dikontrol.

Penelitian ini sejalan dengan berbagai penelitian terkait. Menurut AHA (2008, ¶ 3, <http://www.Americanheart.org>, tanggal 12 Juni 2009) yang menyebutkan bahwa laki-laki mempunyai risiko lebih besar menderita penyakit jantung dibandingkan dengan perempuan serta serangannya lebih awal dari kehidupannya. Namun pada perempuan pasca menopause angka kematian akan meningkat yang disebabkan penyakit jantung.

Menurut Hanun (2002) MI banyak menyerang laki-laki dan memiliki faktor risiko yang lebih besar karena faktor gaya hidup sebagai presipitasi, seperti kebiasaan merokok dan mengkonsumsi makanan tinggi lemak. Sedangkan menurut Djohan

(2004) sebagian besar kasus MI terjadi pada laki-laki dan meningkat dengan bertambahnya usia. Insidensi MI sebelum usia 60 didapatkan 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 7 perempuan, yang berarti laki-laki mempunyai risiko MI 2-3 kali lebih besar daripada perempuan.

Brostrom (2001) dalam sampel penelitiannya yang berjumlah 20 rerata umur yang menderita *miokard infark* pada laki-laki dengan rentang umur 38-82 tahun, sedangkan untuk perempuan pada rentang 55-85 tahun. Sedangkan pasien paling banyak ditemukan pada laki-laki, yaitu 13 orang, dan sisanya perempuan.

Hasil penelitian Velerand (1995) tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya dibandingkan laki-laki. Teori lain menyatakan bahwa laki-laki dan perempuan secara signifikan tidak berbeda untuk berespon terhadap nyeri (Gill, 1990 dalam Crisp & Taylor, 2001). Disebutkan pula bahwa toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Penelitian terkait lain menurut Meek (1994 dalam Vanderbilt, 2003) di *hospice setting*, pasien laki-laki dan perempuan menunjukkan adanya penurunan rasa nyeri setelah dilakukan terapi. Kunstler, et al (2004) menyatakan laki-laki cenderung lebih cepat menikmati pemberian aromaterapi secara masase karena laki-laki tanpa ragu mampu mengekspresikan rasa nyaman pada awal intervensi dibandingkan perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian ini dan studi literatur di atas dapat diasumsikan bahwa hasil penelitian ini selaras atau mendukung literatur dan hasil penelitian sebelumnya bahwa penderita MI sebagian besar adalah laki-laki. Hal ini dikarenakan laki-laki mempunyai faktor risiko tinggi terserang MI karena gaya hidup yang tidak sehat (merokok, hipertensi, DM, dll) serta pengaruh psikososial (depresi, cemas, kurang dukungan sosial, keperibadian tipe A). Dalam merespon nyeri pasien laki-laki dan perempuan mempunyai kecenderungan yang sama dalam mengekspresikan nyerinya, tetapi perempuan lebih tergantung dengan dukungan keluarga dan pasangannya dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dikarenakan laki-laki lebih dapat mengontrol emosi dan mempunyai mekanisme koping yang lebih baik saat menghadapi penyakit akut.

3. Karakteristik Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan distribusi pekerjaan untuk setiap responden paling banyak adalah bekerja, yaitu 16 responden (61,5%), sedangkan untuk responden yang tidak bekerja 10 (38,5%). Pada kelompok intervensi responden yang bekerja sebanyak 8 (66,7%) dan tidak bekerja 4 (33,3%). Dari hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p value = 0,701). Dapat disimpulkan pekerjaan antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara atau homogen, sehingga dapat diindikasikan bahwa pengaruh pekerjaan terhadap nyeri telah dapat dikontrol.

Pekerjaan tidak secara langsung sebagai penyebab MI, tetapi pekerjaan memberikan efek pada emosi seseorang yang tidak stabil dan mudah depresi serta putus asa. Stres atau berbagai emosi akibat situasi yang menegangkan, menyebabkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatkan tekanan darah yang berakibat peningkatan beban kerja jantung (Smeltzer, 2005).

Menurut Kopp, et.al. (1998, dalam Koertge, 2003) mengatakan banyak faktor sebagai risiko terjadinya MI. Selain status kondisi fungsi jantung juga dipengaruhi oleh faktor psikologis, usia, gender, status perkawinan, tidak bekerja, beban kerja yang tinggi pada perempuan, dan konflik keluarga.

Berdasarkan analisis psikodinamik dan psikoanalitik menunjukkan individu yang mempunyai karakter marah, rasa permusuhan, agresif, pekerja keras, dan keras hati yang mengarah pada pola perilaku Tipe A berisiko terjadinya penyakit jantung atau hipertensi. Pola perilaku Tipe A adalah individu pekerja keras, ambisius, penuh persaingan, mementingkan waktu, dan mudah marah serta menekan perasaan (Rosenman & Friedman, 2005). Penelitian dari *Western Collaborative Group Study* secara prospektif pada 3.100 responden, didapatkan ternyata Tipe A mempunyai risiko penyakit kardiovaskular dua kali lebih besar dibandingkan dengan karakter Tipe B setelah 8,5 tahun didiagnosis penyakit jantung, dan diiringi dengan faktor risiko

Anda dan Colleague (dalam Lett et al., 2005) mengatakan bahwa depresi secara signifikan memberi risiko lebih besar 50%-60% kematian akibat *ischemic heart disease* (IHD) setelah dikontrol faktor risiko setelah 12 tahun didiagnosa.

Hal ini juga sejalan dengan Pratt (dalam Everson-Rose, 2005) mengatakan bahwa depresi mayor sangat signifikan meningkatkan MCI 4,5 kali. Data dari *Women's Health Initiative Observational Study* yang melakukan penelitian terhadap 94.000 wanita dari multi etnis berusia 50-79 tahun rata-rata setelah 4 tahun mengalami gejala depresi akan berisiko mati 1,5 kali setelah dikontrol pendidikan, pendapatan, dan faktor risiko koroner tradisional.

Temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan sebagai faktor presipitasi terjadinya serangan infark miokard. Orang yang bekerja lebih berisiko terjadinya tingkat stressor yang besar sehingga meningkatkan risiko terjadinya *infark miokard*, terutama bagi mereka yang mempunyai kepribadian tipe A. Peneliti menemukan sebagian besar faktor pencetus terjadinya serangan nyeri sesaat setelah bekerja keras secara fisik dan psikis yang melelahkan.

4. Karakteristik Sosial Ekonomi

Dari Tabel 5.4 terlihat distribusi tingkat sosial ekonomi responden sebagian besar masuk dalam kelompok tinggi dengan 20 responden (77,0%) dan rendah 6 responden (23,0%). Tidak ada perbedaan yang signifikan sosial ekonomi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p value = 1,000). Dapat disimpulkan sosial

ekonomi antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara atau homogen, sehingga dapat diindikasikan bahwa pengaruh sosial ekonomi terhadap nyeri telah dapat dikontrol.

Temuan pada penelitian ini didasarkan bahwa pendapatan ekonomi yang tinggi mempengaruhi gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Dari hasil penelitian ternyata sebagian besar termasuk dalam kategori tingkat pendapatan yang tinggi, berarti pemenuhan kebutuhan sehari-hari dari sisi ekonomi dapat terpenuhi.

5. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum *Treatment* Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi sebelum dilakukan *treatment* adalah 8,41 dengan standar deviasi 0,90. Sedangkan rata-rata nyeri pada kelompok kontrol adalah 8,57 dengan standar deviasi 0,51. Hasil statistik menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,588. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05, menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dilakukan *treatment*.

Terjadinya perbedaan persepsi nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dipengaruhi oleh berbagai hal, seperti kondisi penyakit jantung itu sendiri, tingkat keparahan MI, pengalaman nyeri sebelumnya, dan berbagai faktor psikososial lainnya. Kelompok kontrol merupakan kelompok yang mempunyai nilai dukungan sosial keluarga yang lebih baik dibandingkan kelompok intervensi, yang berarti

bahwa kelompok kontrol mempunyai *support system* yang dapat membantu pasien untuk beradaptasi terhadap persepsi nyerinya.

Nyeri MI sangat berfluktuasi antara satu pasien dengan pasien yang lain disebabkan perbedaan tingkat keparahan oklusi yang terjadi pada arteri koroner jantung. Pada saat darah mengalir ke arteri koroner yang mengalami sumbatan komplit maupun parsial, maka iskemik dan infark dapat terjadi pada otot miokardium (Ignatavicius, Workman & Misshler, 2005). Infark miokard merupakan nekrosis dari miokard yang terjadi akibat insufisiensi aliran darah koroner sehingga aliran tidak mampu mencukupi kebutuhan oksigen jantung. Penyebab infark miokard adalah atherosklerosis, vasokonstriksi dan trombosis arteri koroner yang akan memberikan gambaran klinis khas berupa nyeri dada, kelainan EKG, dan kenaikan serum enzim. Nyeri dada biasanya dirasakan di bawah sternum (sub sternal) yang menjalar ke leher dan bahu. Sensasi terasa di viseral dan dapat digambarkan oleh pasien seperti rasa terbakar, tertekan benda berat, atau rasa tidak enak. Nyeri bahkan dapat muncul saat pasien istirahat bahkan saat tidur.

Menurut Perry dan Potter (2006) mengatakan bahwa setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya. Apabila individu sering mengalami serangan episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat, maka kecemasan dapat muncul. Sebaliknya bila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berulang-ulang, tetapi nyeri berhasil dihilangkan maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan persepsi nyeri. Hal ini akan berdampak

pada kemampuan pasien untuk melakukan tindakan-tindakan untuk menghilangkan nyeri. Apabila seseorang tidak pernah merasakan nyeri sebelumnya, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu koping terhadap nyeri.

Faktor psikologis yang berkontribusi terjadinya penyakit jantung adalah putus asa. Putus asa adalah salah satu gejala depresi yang terlihat dan memberi efek yang merugikan bagi kesehatan. NHEFS memprediksi rasa putus asa menyebabkan iskemik sebesar 2 kali lebih besar. Bral, Shaugnessy, dan Eisenman (2006) memperkirakan terjadi peningkatan risiko kematian penyakit jantung sebesar 2 kali pada orang yang mempunyai rasa putus asa. Putus asa berkaitan juga dengan progresifitas dari *Intimal-Medial Thickening* (IMT) pada arteri karotis dan risiko tiga kali lebih besar terjadinya hipertensi. Marah dan rasa permusuhan mempunyai efek untuk risiko penyakit kardiovaskular dalam waktu yang lama.

Putus asa menggambarkan ketidakmampuan seseorang untuk beradaptasi dengan mekanisme koping. Kemampuan koping pasien dapat mempengaruhi adaptasi terhadap kondisi nyeri. Menurut Cohen (1999) ada dua sumber yang mempengaruhi koping pasien, yaitu sumber internal dan sumber eksternal. Sumber internal : a) kepribadian berpengaruh secara positif atau negatif terhadap stress dan proses koping yang dilakukan. Karakteristik tertentu cenderung mengarahkan pada mekanisme koping tertentu, b) gaya koping, yaitu cara tertentu yang merupakan kecenderungan umum individu dalam menghadapi peristiwa-peristiwa yang menekan. Sumber

eksternal, seperti waktu, pendidikan, status ekonomi, dan dukungan keluarga serta stressor lainnya.

Hasil penelitian Simon (1999) menyebutkan pasien MI cenderung menyerahkan semua persoalan pada Tuhan untuk mengatur emosi yang dirasakannya ketika stres, seperti dengan berdoa dan berzikir, dan melakukan tindakan untuk mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa. Taylor (2005) menyebutkan faktor agama dapat berperan dalam usaha coping yang dilakukan individu dalam menghadapi keluhan-keluhan penyakit kronis.

Temuan pada penelitian ini menemukan pentingnya mengetahui secara tepat perjalanan penyakit, tingkat keparahan, dan pengalaman nyeri sebelumnya. Ketepatan dalam melakukan anamnesa, keakuratan pemeriksaan laboratorium, serta pentingnya pemeriksaan diagnostik lanjutan seperti echocardiografi untuk mengetahui oklusi yang terjadi akan sangat membantu untuk menilai status jantung pasien. Selanjutnya juga didapatkan bahwa dukungan sosial keluarga pada kelompok kontrol lebih baik dibandingkan dengan dukungan sosial keluarga kelompok intervensi.

6. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Setelah *Treatment* Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi setelah dilakukan *treatment* adalah 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Sedangkan rata-rata nyeri pada kelompok kontrol adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Hasil statistik menunjukkan nilai signifikansi sebesar

0,532. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05, menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata nyeri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah dilakukan *treatment*

Tidak adanya perbedaan rata-rata nyeri setelah treatment antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dipengaruhi banyak faktor, seperti makna dukungan sosial dan intimasi bagi pasien. Penelitian Jatiputra (1993) menyebutkan dukungan sosial adalah persepsi individu tentang tersedianya orang lain yang menguntungkan dirinya, yang memberikan bantuan secara verbal atau non-verbal serta bantuan berupa tindakan atau materi. Namun pada penderita pasca MI, dukungan sosial tidak selalu dirasakan bermanfaat, terutama pada bulan pertama pasca serangan. Hal ini disebabkan dukungan sosial bila diberikan secara berlebihan kepada penderita MI dapat memperberat stres dan menyebabkan penderita kehilangan kebebasan pribadi, turun harga diri, atau merasa sebagai seseorang yang cacat dan sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain disekitarnya.

Kualitas dukungan bukan dari banyaknya hubungan sosial yang ada secara objektif, karena perilaku yang dimaksudkan sebagai mendukung sering tidak dipersepsikan sebagai mendukung oleh penerima, dan pada kenyataannya bahkan dapat dipandang sebagai tidak membantu (Simon, 1999). Menurut Cohen & Wills (2005) yang penting bagi individu adalah persepsi akan keberadaan (*availability*) dan ketepatan (*adequacy*) dukungan, bukan hanya karena adanya orang lain yang memberikan

bantuan, tetapi pada persepsi penerima dukungan apakah bantuan yang diberikan sesuai dengan keinginannya.

Hal ini berarti tidak semua dukungan sosial yang diberikan oleh orang lain dirasakan bermanfaat bagi individu, karena dukungan sosial bukanlah sesuatu yang dapat diukur secara objektif (Jatiputra, 1994). Individu merasakan dukungan sosial lebih merupakan pengalaman pribadinya yang melibatkan penghayatan pribadi individu terhadap hubungan sosial dengan orang lain. Berfungsinya dukungan sosial dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap bantuan yang diterimanya.

Temuan dari penelitian ini menunjukkan penurunan persepsi nyeri MI juga dipengaruhi oleh keadekuatan suplai oksigen ke jaringan sesuai kebutuhannya. Berkurangnya kadar oksigen memaksa miokardium merubah metabolisme aerob menjadi anaerob dengan hasil akhirnya adalah asam laktat yang akan tertimbun sehingga menurunkan pH sel. Gabungan efek hipoksia, berkurangnya energi yang tersedia serta asidosis dengan cepat mengganggu fungsi ventrikel kiri. Berkurangnya daya kontraksi dan gangguan gerakan jantung akan merubah hemodinamik yang bervariasi sesuai ukuran segmen yang mengalami iskemik dan derajat respon refleks kompensasi sistem saraf otonom (Price & Wilson, 2005). Penurunan tekanan darah merupakan tanda miokardium mengalami iskemik yang luas, sedangkan EKG dapat menangkap kelainan miokard yang disebabkan oleh terganggunya aliran koroner. Iskemik miokardium secara khas disertai perubahan gambaran EKG, yaitu gelombang

T terbalik akibat perubahan elektrofisiologi selular dan depresi gelombang ST, tetapi pada *infark miokard* akan didapatkan gambaran ST elevasi (Black, 2008).

Menurut peneliti penurunan rata-rata nyeri pada kelompok intervensi lebih baik dibandingkan dengan rata-rata nyeri pada kelompok kontrol. Hal ini mengingat bahwa awalnya dukungan keluarga pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dukungan keluarga pada kelompok kontrol. Dengan kata lain, selama dilakukan *treatment* keluarga ikut berperan mengurangi persepsi nyeri pasien asalkan diberikan sesuai dengan keinginan pasien dan tidak berlebihan memberikan dukungan yang justru dapat membuat pasien merasa tidak dihargai. Pada penelitian ini tidak memperhatikan tingkat keparahan jantung itu sendiri yang sebenarnya sangat mempengaruhi perjalanan fluktuasi nyeri pasien. Meskipun demikian hasil penelitian ini menunjukkan secara statistik tidak signifikan, tetapi secara klinis cukup bermakna.

7. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Sebelum dan Sesudah *Treatment* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata penurunan persepsi tingkat nyeri pada kelompok intervensi yang diberikan *treatment* mengalami penurunan nyeri. Persepsi tingkat nyeri sebelum mendapatkan *treatment* adalah 8,41 dengan standar deviasi 0,90, sesudah mendapatkan *treatment* persepsi tingkat nyeri 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Analisis lebih lanjut dengan uji statistik didapatkan p value = 0,000 pada alpha 5% sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara

rata-rata nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan treatment pada kelompok intervensi.

Rata-rata nyeri pada kelompok kontrol saat masuk ruang perawatan adalah 8,57 dengan standar deviasi 0,51. setelah tiga hari perawatan rata-rata nyeri adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa dari uji statistik didapatkan *p* value 0,000 pada alpha 5% sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan *treatment* pada kelompok kontrol.

Persepsi nyeri responden sebelum *treatment* pada kedua kelompok ini berada pada skala 8 atau nyeri berat. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Guswita (2007) mengenai tingkat nyeri yang paling sering dialami oleh pasien dengan penyakit akut dengan menggunakan visual analogue scale (VAS), diperoleh pasien yang mengalami nyeri ringan sebanyak 18,75%, nyeri sedang sebanyak 54,17%, dan nyeri berat sebanyak 27,08%.

Penurunan persepsi nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dipengaruhi oleh faktor dukungan sosial keluarga dan pemberian terapi farmakologi, yaitu Nitrogliserin dan aspirin sebagai terapi standar. Nitrogliserin sebagai obat utama untuk menangani nyeri, diberikan untuk menurunkan konsumsi oksigen miokard dengan menurunkan *preload* dan meningkatkan suplai oksigen dengan cara dilatasi

pembuluh darah koroner yang akan mengurangi iskemia serta mengurangi nyeri dada (Smeltzer & Bare, 2005; Sudoyo, et.al., 2006; Kobo, 2008).

Aspirin merupakan tatalaksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI dan efektif pada spektrum Sindroma Koroner Akut (SKA). Inhibisi cepat *siklooksigenase* trombosit yang dilanjutkan dengan reduksi kadar tromboksan A2 dicapai dengan absorpsi Aspirin bukal. Morfin sangat efektif mengurangi nyeri dada. Efek samping yang harus diwaspadai pada pemberian morfin adalah konstriksi vena dan arteriolar melalui penurunan simpatis, sehingga terjadi *pooling* vena yang akan mengurangi curah jantung dan tekanan arteri. Morfin juga menyebabkan efek vagotonik yang menyebabkan bradikardi atau blok jantung derajat tinggi. Selain faktor farmakologis, nyeri dapat dipersepsikan oleh pasien apabila mengalami gangguan psikososial.

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan), dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain, apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan, dan dicintai. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit merasa mendapat dukungan sosial (Koentjoro, 2002). Dalam hal ini orang yang mendapat dukungan sosial secara emosional akan merasa

lega karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan dirinya.

Penurunan persepsi nyeri pada kelompok kontrol terjadi karena sejak awal masuk rumah sakit telah memperoleh dukungan keluarga yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok intervensi serta memperoleh terapi standar, yaitu nitrogliserin dan aspirin. Sedangkan penurunan nyeri pada kelompok intervensi cukup signifikan mengingat pada awalnya dukungannya kurang baik, setelah *treatment* terjadinya peningkatan nilai dukungan sosial keluarga yang mempengaruhi penurunan persepsi nyeri pasien.

8. Rata-rata Perbedaan Skor Nyeri Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Rata-rata nyeri pada kelompok intervensi adalah 2,08 dengan standar deviasi 0,79. Rata-rata nyeri pada kelompok kontrol adalah 2,28 dengan standar deviasi 0,82. Hasil statistik menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,562. Nilai ini berada di atas batasan signifikansi sebesar 0,05, menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna/signifikan rata-rata perbedaan nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Penurunan skor nyeri pada kelompok intervensi sebesar 6,4 sedangkan pada kelompok kontrol penurunan skor nyeri 6,3, berarti selisih 0,1. Analisis statistik menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan rata-rata penurunan skor nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nurachmah (1998) yang melihat pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi pada pasien kanker payudara, mendapatkan hasil yang tidak signifikan antara dukungan keluarga dan intimasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Intimasi yang didefinisikan sebagai hubungan yang mendalam antara pasangan hidup meliputi 5 aspek intimasi, yaitu emosional, sosial, seksual, intelektual, dan rekreasi. Nurachmah (1998) menemukan tidak ada interaksi, waktu dan pengaruh kelompok untuk memperoleh intimasi, tetapi ada keinginan dan harapan untuk memperoleh intimasi sosial dan intimasi rekreasi dari pasien.

Hoskins, Budin, dan Maislin (1996) mengatakan untuk memperoleh dukungan emosional membutuhkan proses yang panjang (Hoskins, C.N., Budin, W.C., & Maislin, G., 1996). Menurut Robert, Cox, Shannon, dan Well's (1996) menemukan bahwa dukungan teman mempunyai pengaruh yang lebih baik pada pasien untuk meningkatkan hubungan sosial. Sedangkan Cope's (1995) menemukan dukungan keluarga memberikan keuntungan bagi anggota menolong pasien dan pasangannya untuk meningkatkan hubungan sosial mereka.

Dari berbagai intimasi, intimasi seksual pada masyarakat Indonesia lebih sulit untuk dikuantifikasikan karena adanya ketertutupan masyarakat terhadap hal yang bersifat *privacy* antara suami-istri. Meski demikian ada keinginan dan harapan pasien terhadap intimasi seksual dan intimasi rekreasi (Nurachmah, 1998).

Menurut pandangan peneliti untuk melakukan penilaian dukungan keluarga dan intimasi diperlukan pendekatan secara personal setelah adanya *trust* dengan pasien serta membutuhkan waktu pengkajian yang lebih panjang. Penilaian dengan alat ukur IFR dan PAIR belum mampu menggali secara signifikan untuk mengetahui keadekuatan dukungan pasangan atau orang terdekat. Kesulitan yang ditemui peneliti karena pernyataan dari alat ukur masih dianggap sesuatu yang tabu untuk dibicarakan secara terbuka, sehingga dukungan sosial keluarga perlu digali lebih dalam dengan pendekatan kualitatif.

B. Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan yang ditemui peneliti selama melakukan penelitian adalah:

1. Sampel

Jumlah sampel yang kecil karena banyak responden masuk ke dalam kriteria eksklusi (tingkat nyeri yang tinggi dan memperoleh diazepam) sehingga *drop out*. Selain itu metode rekrutmen sampel dengan cara *consecutive sampling* membuat peneliti hanya mengetahui karakteristik sampel yang berpartisipasi saja, sedangkan sampel yang tidak berpartisipasi tidak dapat diketahui karakteristiknya karena tidak dilakukan randomisasi. diawal penelitian telah dilakukan *screening* terhadap pemilihan sampel sehingga jumlah kelompok intervensi sangat kecil.

2. Alat ukur

IFR dan PAIR yang telah dimodifikasi memiliki validitas dan reliabilitas yang hanya berlaku untuk populasi penelitian ini, karena validitas dan reliabilitas belum baku untuk populasi lain.

3. Tempat Penelitian

Tempat penelitian hanya satu rumah sakit yang memiliki ruang ICCU di Propinsi Bengkulu, yaitu RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu sehingga pengumpulan sampel terbatas. Selanjutnya antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi berada pada satu ruang rawatan yang sama sehingga peneliti tidak mampu mengontrol interaksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Situasi di tempat penelitian saat pengumpulan data juga kurang kondusif karena tidak ada jam bezuk yang pasti dan keluarga bebas keluar masuk ruangan. Disamping itu alat pendingin ruangan (AC) tidak berfungsi.

C. Implikasi Keperawatan

1. Pelayanan Keperawatan

Dibutuhkan tenaga perawat yang telah dibekali kemampuan untuk mengkaji aspek psikososial pasien dan mengaplikasikannya dengan kehadiran keluarga dan pasangan suami/istri. Perlu direncanakan pelatihan-pelatihan dan penyegaran tentang psikososial bagi perawat ruangan.

2. Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar tentang pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pada pasien *miokard infark*. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan pengetahuan baru bagi peneliti keperawatan dan bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya. Penelitian ini juga memperkaya koleksi *evidence based practice* keperawatan yang dapat memperkuat *body of knowledge* ilmu keperawatan.

3. Pendidikan Profesi Keperawatan

Perlu penambahan materi kurikulum tentang dukungan keluarga dan aspek-aspek psikososial bagi pasien *miokard infark*. Materi lebih ditekankan pada aplikasi asuhan keperawatan psikososial yang komprehensif untuk mengatasi masalah pasien. Disamping itu perlu peningkatan supervisi terhadap peserta didik dalam aplikasi konsep bio psiko sosial spiritual di lahan praktik.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap persepsi tingkat nyeri pasien *miokard infark* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, dapat disimpulkan sebagai berikut :

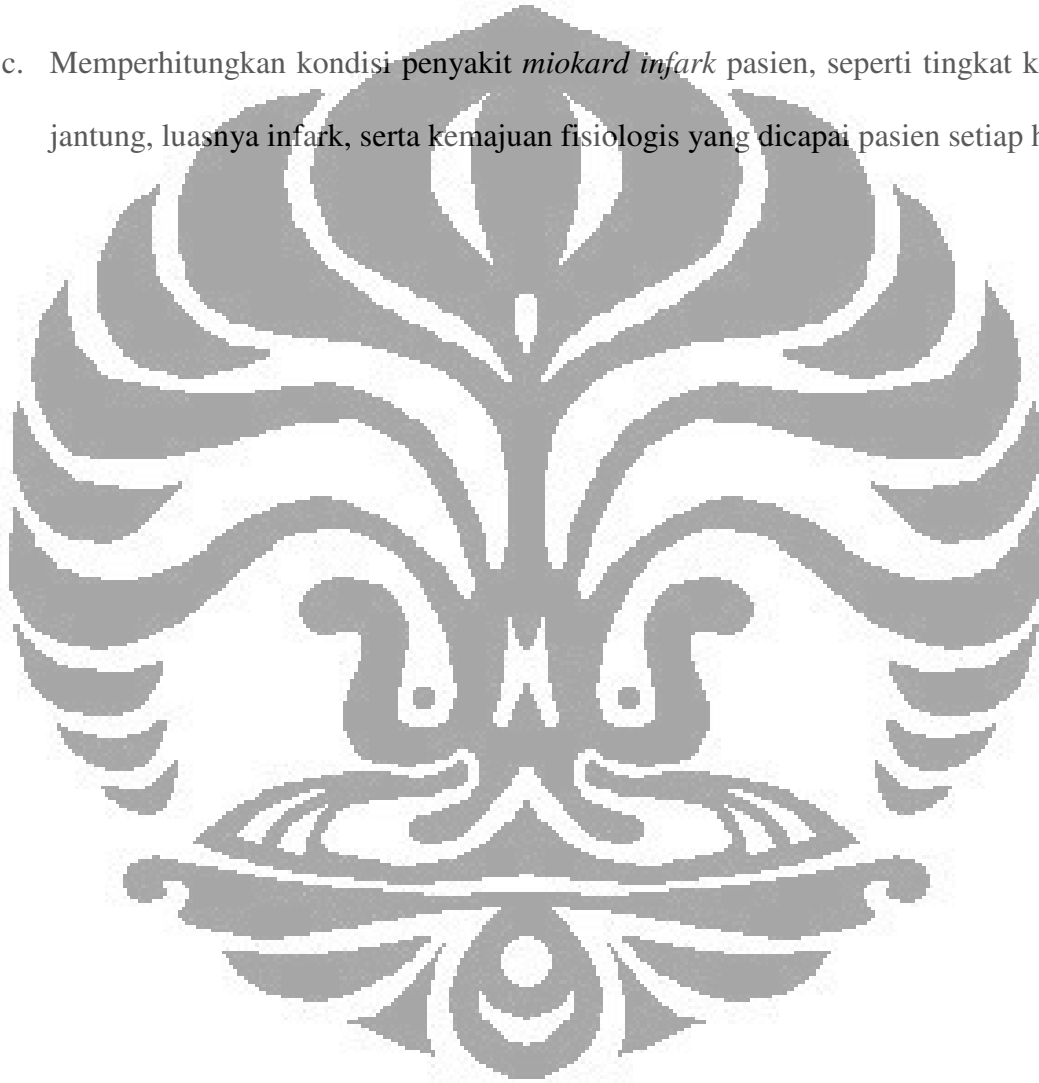
1. Karakteristik dari 26 responden, meliputi : rata-rata umur 52,96 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, sebagian besar bekerja, dan sebagian besar berada pada tingkat sosial tinggi.
2. Rata-rata skor nyeri sebelum *treatment* pada kelompok kontrol lebih besar dibandingkan dengan kelompok intervensi.
3. Rata-rata skor nyeri setelah *treatment* pada kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol.

4. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor nyeri sebelum dan sesudah treatment antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
5. Penurunan rata-rata skor nyeri pada kelompok intervensi hampir sama dengan kelompok kontrol.

B. Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan
 - a. Secara terus menerus melakukan supervisi dan monitoring terkait penerapan dukungan psikososial dalam pemberian asuhan keperawatan pasien *miokard infark*.
 - b. Membuat *parenting class* tentang pentingnya dukungan keluarga dan *system role* untuk membantu proses rehabilitasi pasien dengan melakukan pendidikan kesehatan yang berkesinambungan.
2. Bagi pendidikan keperawatan
 - a. Melakukan aplikasi tindakan saat melakukan laboratorium keperawatan, terutama prinsip pemberian dukungan sosial keluarga dan intimasi dalam kurikulum pembelajaran pendidikan.
3. Bagi penelitian selanjutnya
 - a. Melakukan penelitian yang sama dengan menambah jumlah sampel dan rekrutmen sampel secara random, memisahkan tempat penelitian untuk kelompok intervensi dan

- kelompok kontrol, serta mengendalikan secara ketat faktor-faktor pengganggu yang telah terjadi selama penelitian ini.
- b. Melakukan penelitian kualitatif untuk mengidentifikasi tentang dukungan keluarga dan intimasi serta pengaruhnya terhadap persepsi tingkat nyeri pasien *miokard infark*.
 - c. Memperhitungkan kondisi penyakit *miokard infark* pasien, seperti tingkat keparahan jantung, luasnya infark, serta kemajuan fisiologis yang dicapai pasien setiap hari.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. Gagal Jantung dan Tekanan Darah Tinggi, (2007, http://id.wikipedia.org/wiki/tekanan_darah_tinggi_gagal_jantung#Pengaturan_ttekanan_darah, diperoleh 12 Juni 2009)
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi 6. Jakarta : Rineka Cipta
- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positives Outcomes*. 7th. Missouri : Elsevier Saunders
- Bral, E., Shaugnessy, M.F., & Eisenman, R. (2006). Intimacy in People with Chronic Pain. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/65/2/276>, diperoleh 24 Januari 2009
- Brostorn, A., Stromberg, A., Dahlstrom, U., & Fridlund, B. (2001). *Patients with Congestive Heart Failure and Their Conception*, <http://www.adaa.org/GettingHelp/FocusOn/Sleep.asp>, diperoleh 12 Juni 2009
- Brown, J.L., Sheffield, D., Leary, M.R., & Robinson, M.E. (2003). *Social Support and Experimental Pain*. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/65/2/276> diperoleh 25 Januari 2009
- Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (2004). *Nursing Interventions Effective Nursing Treatment*. 3th. Philadelphia, Pennsylvania : WB Saunders Company
- Carves, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1999) Assessing Coping Strategies : A Theoritacally Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 54. No.4, 454-460

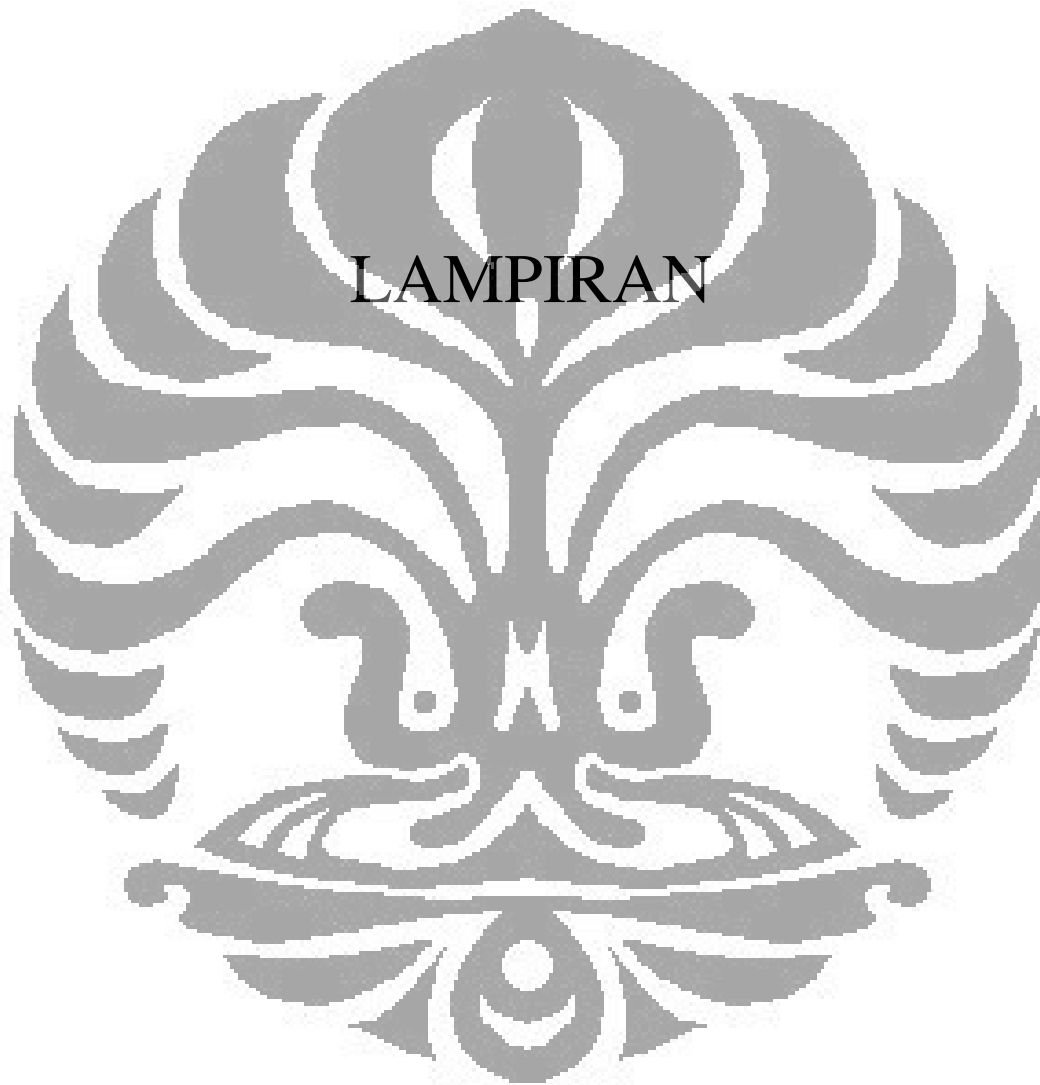
- Chulay, J.E. (2006). Heart Failure Update : Treatment of Heart Failure with a Normal Left Ventricular Ejection Fraction in The Elderly. <http://proquest.com/pqdweb?index=11&did=1106408671&SrchMode=1&sid=20&Fmt=2&VInst=PROD&VType=POD&ROD=309&VName=POD&TS=1213972242&clientId=45625> diperoleh 25 Januari 2009
- Crisp, J., & Taylor, C. (2001). *Potter & Perry's Fundamental of Nursing*. Australia : Harcourt Health Science
- Crisp, S. (2001). Characteristics and Outcomes in African-American Patients with Decompasated Heart Failure. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&did=1496012361&SrchMode=1&sid=6&Fmt=2&VInst=Prod&VType=POD&ROT=309&VName=POD&TS=1213971263&clientId=43625> diperoleh 27 Januari 2009
- Dahlan, M.S.. (2006). *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan, Uji Hipotesis dengan menggunakan SPSS*. Jakarta : Arkans
- Dewi, R.S., & Boestan, I.N. (1992). Aspek Psikologis Pasca Serangan Jantung. *Majalah Cermin Dunia Kedokteran*. 78, 1992, 47-51
- Djohan, B.A. (2004). *Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi*. e-USU Respository. Universitas Sumatera Utara.
- Emslie, C. (2004). Women, Men and Coronary Heart Disease : a Review of The Quality Literature. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (4), 382-395
- Everson-Rose, S.A., & Lewis, T.T. (2005). Psychology Factors and Cardiovascular Diseases. *Annual Riview of Public Health*. 26(32), 469
- Frizzel, (1997). Serangan Jantung. <http://info.medicastore.com/index.php?mod=penyakit&id=13> diperoleh 3 Pebruari 2009
- Gordon, L.H., (2006). *Intimacy : The Art of Relationship*. <http://portal.cbn.net.id/cbprtl/cyberman/detail.aspx?x=Quirkies&y=cyberman/01017173>, diperoleh 29 Januari 2009

- Guswita. (2007). Evaluasi Penggunaan Analgesik Opioid pada Penanganan Nyeri Kanker Pasien Rawat Inap di RS Kanker Dharmais Jakarta September-November 2006. [http://puspasca.ugm.ac.id/files/Abst_\(3572-H-2007\).pdf](http://puspasca.ugm.ac.id/files/Abst_(3572-H-2007).pdf), diperoleh 15 Juni 2009
- Hastono, S.P. (2007). Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Universitas Indonesia. Unpublished.
- Hawkey, L.C., Hughes, M.E., Waite, L.J., Masi, C.M., Thisted, R.A., & Cacioppo, J.T. (2008). The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journal of Gerontology*. 63B (6), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172370?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum, diperoleh 28 Januari 2009
- Hudson, W. W. (1992). *The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe, AZ : WALMYR Publishing Co
- Ignatavicius, D.D., & Workman, L.M. (2006). *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking for Collaborative Care*. Vol.1, 5th edition. Elsevier Saunders
- Jacob (2004). Etika Penelitian Ilmiah. *Warta Penelitian Universitas Gajah Mada*. Edisi Khusus
- Jatiputra, I. (1993). *Dimensi Psikososial dan Kualitas Hidup Pria Pasca Infark Miokard Akut pada Tiga Tahapan Kesembuhan*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Disertasi. Unpublished
- Kabo, P. (2008). *Mengungkap Pengobatan Penyakit jantung Koroner ; Kesaksian Seorang Ahli Jantung dan Ahli Obat*. Jakarta : Gramedia
- Koentjoro, W. (2002). Pendekatan Dukungan Sosial Keluarga. www.e-psikologi.com/index.php?op, diperoleh 26 Pebruari 2009
- Koertge, J. (2003). *Vital Exhaustion and Coronary Artery Disease in Women: Biological Correlates and Behavioral Intervention*. Thesis. Sweden, Stocholm: Karolinska University Press. ISBN 91-7349-564-6.

- Komalasari,E. (2006). *Hubungan Dukungan Sosial dengan Penyakit Kardiovaskular di RS Jantung Harapan Kita*. Jakarta : Gunadarma. Tidak dipublikasikan.
- Kunstler, A.R. (2004). Arometherapy and Hand Massage : Therapeutic Recreation Interventions for Pain Management. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_20040/ai_n9376077/pg_3, diperoleh 12 Juni 2009
- Lazarus, N.A., & Folkman. W. (1984). Aspek Psikologis Pasca Serangan Jantung. <http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/14AspekPsikologi078.pdf/14AspekPsikologi078.html> diperoleh 6 Pebruari 2009
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care*. vol 2 4th. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A. & Struman, T.J., (2005). Social Support and Coronary Heart Disease : Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/59/4/388?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&searchid=1&FIRSTINDEX=0&minscore=5000&resourcetype=HWCIT>, diperoleh 23 Januari 2009
- LoBiondo, W., & Haber, J. (2006). *Nursing Research : Methods and Critical-Thinking for Collaborative Care*. Vo. 1, 5th ed. St. Louis Missouri : Mosby Inc
- Myers,C.D, Robinson,M.E, Riley, J.L, & Sheffield,D. (2005). Sex, Gender, and Blood Pressure : Contributions to Experimental Pain Report. <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2006.15.182>, diperoleh 31 Januari 2009
- Nurachmah, E., (1998). A Dissertation : *The Effect of Participation in Support Group On Body Image, Intimacy, and Self-Efficacy of Indonesian Women with Breast Cancer*. Washington DC : The Catholic University of America. Unpublished
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Penyusunan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2006). *Nursing Research : Methods Appraisal and Utilization, 5th*. Philadelphia : Lippincott Company
- Pope, A., & Hollis, W. (1992). *Social Support and Experimental Pain*. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/65/2/276> diperoleh 27 Januari 2009
- Potter,P.A., & Perry,A.G. (2006). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practice*,4th. Alih Bahasa : Renata,K. Et.al. Jakarta : EGC
- Quick, J.C., & Quick, J.D. (1994). *Organizational Stress and Preventive Management*. New York : Mc.Graw Hill
- Roscoe, et al. (2003). *The Efficacy of Acupressure and Acustimulation Wrist Bands for The Relief of Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting; A University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program Multicenter Study*. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392403002549.pdf>, diperoleh 12 Januari 2009
- Rosenman, A., & Friedman, A.S. (2005). *Impact of Depression on Experimental Pain Perception : a Systematic Review of The Literature with Meta-analysis*. <http://www.google.co.id/search?hl=id&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla:enUS:official&q=cardiovascular+disease%2Bintimacy+theory&start=40&sa=N>, diperoleh 28 Januari 2009
- RSUD Bengkulu akan menjadi Rumah Sakit Internasional. (15 Juli 2005). *Harian Rakyat Bengkulu*. Hal 1&11.
- Sarafino,E.P. (2004). *Health Psychology ; Bio Psychological Interaction*. New York. Mc.Gram Hill
- Sarason, I.G., & Sarason, B. (1997). Interrelation of Social Support Measures ; Theoretical and Practical Implication. *Journal of Personality and Social Psychology* vol.2. hal 25-28

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar Penelitian Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Simon,M.Z. (1999). *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Koping pada Penderita Pasca Infark Miokard Akut*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Skripsi. Unpublished
- Sitorus, R., et.al., (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Smed,B.(1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : Grasindo
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.K., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 11th ed. Philadelphia : Lippincott
- Spacapan, S., & Oscamp, S. (1998). *The Social Psychology of Health*. California, New Byrry Park
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M.M., Setiati, S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FK Universitas Indonesia
- Sugiyanto, E. (2007). Nyeri Dada dan Makna Klinisnya. *Majalah Cermin Dunia Kedokteran*. 116, 2007, 22-24
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Administrasi*. Jakarta : Alfabeta
- Taylor, S.E., (2005). *Health Psychology, 3 Rd.* Singapore. Mc. Grow Hill Inc.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis : Mosby Elsevier
- Vanderbilt, S. (2001). Easing Cancer Pain and Anxiety. http://www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/91, diperoleh 15 Juni 2009



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi Terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien MCI di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Peneliti : Yusran Hasymi

HP : 081213010165

Saya Yusran Hasymi, mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien Miokard Infark di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Hasil penelitian ini direkomendasikan sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan Keperawatan Medikal Bedah, khususnya keperawatan kardiovaskuler.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data hasil penelitian. Peneliti juga menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Dengan penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu untuk bersedia menjadi responden penelitian ini.

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Peneliti

Yusran Hasymi

**LEMBAR PERSETUJUAN
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan tentang penelitian ini serta setelah mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dalam penelitian ini.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif bagi saya, dan saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan Keperawatan Medikal Bedah, khususnya keperawatan kardiovaskuler.

Dengan demikian secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bengkulu, 2009

Responden,

LEMBAR KUESIONER

Kode Responden :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Pekerjaan : 1. Bekerja 2. Tidak bekerja

Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Tidak Menikah

Pendapatan per Bulan : 1. ≤Rp 690.000,- 2. >Rp 690.000,-

INDEX OF FAMILY RELATIONS (IFR)

Petunjuk Pengisian :

Kuesioner ini ditujukan untuk mengukur perasaan Saudara tentang keluarga secara utuh. Kuesioner ini bukan suatu bentuk test, sehingga tidak ada jawaban yang benar atau salah. Jawab setiap item dengan hati-hati sehingga akurat. Setiap item jawaban ditulis disamping nomor pertanyaan.

1 = Tidak sama sekali

2 = Sangat jarang

3 = Kadang-kadang

4 = Sering

| NO | SKALA | PERNYATAAN |
|----|-------|---|
| 1 | | Anggota keluarga saya sangat peduli satu dengan yang lain |
| 2 | | Saya benar-benar tidak peduli dengan kondisi keluarga saya |
| 3 | | Saya berharap saya bukan bagian dari keluarga saya |
| 4 | | Anggota keluarga saya terlalu banyak membantah |
| 5 | | Terlalu banyak rasa kebencian dalam keluarga |
| 6 | | Anggota keluarga saya benar-benar baik antara satu dengan yang lain |
| 7 | | Keluarga saya dihormati oleh orang yang mengenal kami |
| 8 | | Banyak cinta kasih dalam keluarga saya |
| 9 | | Saya merasa bangga pada keluarga saya |
| 10 | | Keluarga saya adalah salah satu yang tidak bahagia |

Sumber : Hudson, W.W. (1992).

Kuesioner ini telah dimodifikasi sesuai dengan bahasa dan adat setempat.

THE PERSONAL ASSESMENT OF INTIMACY IN RELATIONSHIP (PAIR)

Petunjuk pengisian :

Kuesioner ini untuk mengukur intimasi dalam hubungan Saudara. Saudara memberi jawaban dari setiap pernyataan dengan memilih nomor pilihan dari empat nomor yang tersedia. Tidak ada jawaban yang benar atau jawaban salah.

Terdapat dua tabel yang akan diisi. Pada tabel sebelah kiri, untuk menjawab tentang perasaan saudara saat ini dari setiap item pertanyaan (bagaimana kondisi saat ini).

Pada tabel sebelah kanan, untuk menjawab perasaan Saudara yang diinginkan. Atau (bagaimana saya menginginkannya).

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak Setuju
3. Setuju
4. Sangat Setuju

Kenyataan :

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak Setuju
3. Setuju
4. Sangat Setuju

Harapan :

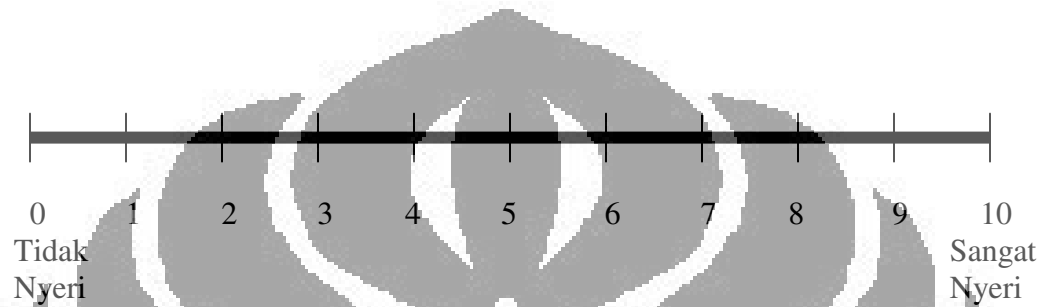
1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak Setuju
3. Setuju
4. Sangat Setuju

| 1 | 2 | 3 | 4 | PERNYATAAN | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | | 1. Suami/istri mendengarkan saya ketika saya ingin mengatakan sesuatu. | | | | |
| | | | | 2. Saya puas dengan hubungan suami-istri yang kami lakukan. | | | | |
| | | | | 3. Saya dapat mengemukakan perasaan tanpa mendapat bantahan dari suami/istri saya. | | | | |
| | | | | 4. Saya merasa hubungan suami-istri kami hanya bersifat rutinitas. | | | | |
| | | | | 5. Saya sering merasa ada jarak dengan suami/istri saya. | | | | |
| | | | | 6. Kami mempunyai beberapa teman akrab. | | | | |
| | | | | 7. Saya akan memberitahu pasangan saya pada saat saya ingin melakukan hubungan suami-istri. | | | | |
| | | | | 8. Kami suka bermain bersama. | | | | |
| | | | | 9. Santai dengan teman sangat penting setelah melakukan beberapa kegiatan. | | | | |
| | | | | 10. Saya merasa tidak ada gunanya untuk mendiskusikan sesuatu dengan suami/istri saya. | | | | |
| | | | | 11. Saya merasa diabaikan setiap saat oleh suami/istri saya. | | | | |
| | | | | 12. Suami/istri saya seringkali mencoba merubah ide-ide saya. | | | | |
| | | | | 13. Kami jarang mempunyai waktu untuk melakukan sesuatu yang menyenangkan secara bersama-sama. | | | | |

Sumber : University of Minnesota, family inventory project dalam Nurachmah, 1998

Kuesioner ini telah dimodifikasi sesuai dengan bahasa dan adat setempat.

**VISUAL ANALOG SCALE (VAS)
KOMBINASI NUMERIC RATING SCALE (NRS)**



Keterangan :

- 0 : tidak nyeri (tidak ada rasa nyeri)
- 1 – 4 : nyeri ringan (ada rasa nyeri, terasa mulai mengganggu, namun Masih dapat ditahan)
- 5 – 6 : nyeri sedang (ada rasa nyeri dan terus mengganggu, ada usaha Kuat untuk menahan nyeri)
- 7 – 10 : nyeri berat (ada rasa nyeri yang sangat mengganggu, ditandai dengan menangis, berteriak).

**PEDOMAN INTERVENSI
BAGI SUAMI/ISTRI/KELUARGA PASIEN MIOKARD INFARK**

Langkah-langkah dibawah ini merupakan bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh Bapak/Ibu/Sdr. sebagai suami/istri/keluarga dari pasien. Dukungan yang diberikan akan sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan dan takut akan keadaannya sehingga menimbulkan nyeri dada. Diharapkan proses penyembuhan pasien di rumah sakit akan lebih cepat, dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien setelah berada di rumah.

Sangat diharapkan dukungan oleh Saudara sebagai suami/istri, anak-anak dan anggota keluarga terdekat, tetangga, teman sekantor, atau teman akrab pasien. Bagaimanapun Saudara sebagai suami/istri/keluarga pasien yang akan memegang peranan dalam proses pemulihan pasien selama di rumah sakit dan kembalinya ke rumah.

Pedoman bagi Suami/Istri/Keluarga/Kelompok sosial/dll

| NO | BENTUK DUKUNGAN YANG DIHARAPKAN |
|----|---|
| 1 | Dukungan emosional : <ul style="list-style-type: none"> • Memahami kondisi pasien (empati) dengan mengungkapkan perasaan dan keluhan pasien. • Memberikan sentuhan/membelai yang hangat kepada pasien, bahwa Anda menyanyangi pasien • Setiap berkunjung menampakan wajah yang cerah, tidak cemberut, menggerutu, menangis • Menunjukkan rasa peduli dan kasih sayang antar anggota keluarga • Berusaha memahami perasaan pasien |
| 2 | Dukungan penghargaan : <ul style="list-style-type: none"> • Memberi ekspresi positif terhadap saran atau ide pasien • Memberi penghargaan yang positif bagi pasien, bahwa dia lebih baik dibanding yang lain • Tidak ribut atau saling berbantahan di depan pasien • Mengakui keberhasilan dan prestasi pasien dalam berumah tangga, bekerja, atau dalam hubungan sosial masyarakat |

| | |
|---|---|
| 3 | <p>Dukungan instrumental :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merespon dan membantu secara langsung semua kebutuhan pasien di rumah sakit, seperti membantu memberi makan, memandikan, memfasilitasi untuk sholat, dll • Memberikan bantuan langsung yang dapat dilihat, seperti uang, makanan kesukaan (tidak bertentangan dengan terapi pasien) • Memberi bantuan untuk menyelesaikan tugas-tugas pasien, baik di rumah atau di tempat kerja • Tidak membicarakan kesulitan dana/keuangan di depan pasien |
| 4 | <p>Dukungan informasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan penjelasan yang sederhana tentang kondisi pasien • Bekerjasama dengan dokter dan perawat untuk selalu memberi informasi tentang perawatan di ruangan, seperti guna obat, kondisi saat ini • Memberikan saran, pengarahannya, dan umpan balik kepada pasien tentang apa yang seharusnya dilakukan pasien terkait kondisinya saat ini, seperti istirahat yang cukup, baik fisik dan psikis |
| 5 | <p>Dukungan jaringan sosial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta kunjungan dari kelompok sosial yang ada disekitar/diikuti pasien, seperti tetangga, kelompok pengajian, kelompok seni, atau kelompok olah raga • Tetangga/anggota kelompok memberikan dukungan kepada pasien untuk tabah dan sabar menghadapi cobaan, dan selalu dekat kepada Tuhan • Memberikan dukungan secara santai dengan gurauan atau humor |

Pedoman bagi Suami/Istri

| NO | BENTUK DUKUNGAN YANG DIHARAPKAN |
|----|--|
| 1 | <p>Intim secara emosi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasakan kondisi pasien saat ini • Membangkitkan semangat hidup pasien • Mendengarkan ketika pasien berbicara sesuatu dan tidak menghentikan isi pembicaraan • Memberi kesempatan pasien bicara tanpa ada bantahan langsung • Menciptakan komunikasi yang akrab, tidak ada jarak, dan saling memahami perasaan • Mencoba memahami kesenangan dan kesedihan pasien • Memberi kecupan dan belaian dengan rasa cinta kasih |
| 2 | <p>Intim secara sosial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajak teman akrab pasien untuk berkunjung • Memberi kesempatan pasien bercerita dengan teman-teman • Mempunyai teman akrab yang saling membantu • Memberi kesempatan pasien mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan |

| | |
|---|---|
| 3 | <p>Intim secara seksual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melayani suami/istri dengan rasa cinta dan kasih sayang • Menciptakan kondisi yang menyenangkan saat melakukan hubungan suami-istri dan tidak membosankan • Menyampaikan keinginan apabila ingin melakukan hubungan suami-istri dan tidak memberi penolakan |
| 4 | <p>Intim secara intelektual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan bersama tentang keluarga, pekerjaan, dan hal-hal lain dengan akrab • Memberi dorongan pada pasien untuk mendekati diri pada Tuhan • Tidak membebani pikiran pasien dengan persoalan rumah tangga, pekerjaan, atau hal-hal lain |
| 5 | <p>Intim dalam rekreasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan waktu untuk berwisata bersama • Melakukan aktifitas yang menyenangkan, seperti hobi sevara bersama • Terlibat secara langsung pada aktifitas minat pasien • Menghabiskan waktu santai dan bermain secara bersama |

Keterangan :

- Pedoman intervensi ini digunakan oleh Peneliti sebagai acuan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga (*treatment*).
- Keluarga akan menggunakan pedoman ini sebagai tindakan yang harus dilakukan terhadap pasien
- Intervensi yang dilakukan Peneliti sebanyak 3 (tiga) kali *treatment*.

JADUAL PELAKSANAAN TESIS

| No | Kegiatan | Pebruari | | | | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | Juni | | | | Juli | | | |
|----|------------------------|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Memilih judul | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Studi Pendahuluan | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Menyusun proposal | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Seminar proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Revisi proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Analisa data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Penyusunan laporan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Seminar hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Revisi hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Sidang Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Perbaikan tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Penyerahan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Depok, 1 Pebruari 2009

Yusran Hasymi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : Ns. Yusran Hasymi, S.Kep

Tempat, tanggal lahir : Ambon, 19 Oktober 1971

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Dosen Akademi Keperawatan Propinsi Bengkulu

Alamat Rumah : Jl. Titiran No. 1A Kel. Cempaka Permai Kota Bengkulu
Telp. (0736) 53817, HP. 081213010165

Alamat Institusi : Jl. Indra Giri No. 3 Padang Harapan Bengkulu

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 15 Bengkulu Tahun 1984
2. SMP Negeri 4 Bengkulu Tahun 1987
3. SMA Negeri 10 Bandung Tahun 1990
4. Akper Depkes RI Padang Tahun 1994
5. PSIK FK Universitas Andalas Padang Tahun 2003

Riwayat Pekerjaan : 1. Staf Balai Pelatihan Kesehatan Bengkulu 1995-2000
2. Dosen Akademi Keperawatan Propinsi Bengkulu 2003
- sekarang