

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Penyakit Cardiovaskular

1.1.1 Pengertian penyakit jantung

Penyakit jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik, sehingga kerja jantung sebagai pemompa Darah dan oksigen ke seluruh tubuh terganggu. Terganggunya peredaran oksigen dan darah tersebut dapat disebabkan karena otot jantung yang melemah, adanya celah antara serambi kiri dan serambi kanan yang mengakibatkan darah bersih dan darah kotor tercampur (Anies, 2017).

Penyakit jantung biasanya terjadi karena kerusakan sel otot-otot jantung dalam memompa aliran darah keseluruh tubuh, yang disebabkan kekurangan oksigen yang dibawa darah ke pembuluh darah di jantung atau juga karena terjadi kejang pada otot jantung yang menyebabkan kegagalan organ jantung dalam memompa darah, sehingga menyebabkan kondisi jantung tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik (Wahyudi dan Hartati, 2017). Penyakit jantung dapat terjadi pada siapa saja di segala usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan gaya hidup, selain itu penyakit jantung tidak bisa disembuhkan (Hadi, 2015).

1.1.2 Jenis-jenis penyakit jantung

Menurut WHO (2016) ada beberapa jenis penyakit jantung antara lain adalah :

1. Penyakit Jantung Koroner adalah kelainan pada pembuluh darah yang menyuplai otot jantung yang menjadikan jantung tidak dapat memompa darah dengan baik karena timbunan plak.
2. Penyakit Serebrovaskular (CVD) adalah kelainan pada pembuluh darah yang menyuplai otak yang berupa penyumbatan, terutama arteri otak.

3. Penyakit Arteri Perifer adalah sebuah kondisi penyempitan pembuluh darah arteri yang menyebabkan aliran darah tersumbat. Penyempitan ini disebabkan oleh timbunan lemak pada dinding arteri yang berasal dari kolesterol atau zat buangan lain.
4. Penyakit Jantung Rematik adalah kerusakan pada otot jantung dan katup jantung dari demam rematik, yang disebabkan oleh bakteri streptokokus.
5. Penyakit Jantung Bawaan adalah kelainan struktur jantung yang dialami sejak bayi dilahirkan.
6. Gagal jantung adalah kondisi saat otot jantung menjadi sangat lemah sehingga tidak bisa memompa cukup darah ke seluruh tubuh pada tekanan yang tepat

1.2 Konsep Penyakit Jantung Koroner (PJK)

1.2.1 Definisi Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri koronaria karena penumpukan plak didinding arteri yang menyuplai darah ke jantung sehingga suplai darah ke otot jantung dan bagian tubuh lainnya berkurang. Plak terdiri dari endapan kolesterol dan zat lainnya yang berada di arteri. Penumpukan plak menyebabkan bagian dalam arteri menyempit seiring bertambahnya waktu, yang dapat menghalangi sebagian atau seluruhnya aliran darah. Proses ini disebut aterosklerosis (Alamsyah 2019).

1.2.2 Etiologi Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Penyebab utama penyakit jantung koroner (PJK) adalah aterosklerosis yang dapat muncul dari beberapa faktor risiko. Terdapat 2 kelompok faktor risiko yang berhubungan dengan PJK adalah karena adanya faktor gaya hidup yang tidak sehat akibat revolusi industri modern. Berdasarkan dari World Heart Federation beberapa faktor risiko yang menyebabkan PJK dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Modifiable risk faktor : Merupakan faktor risiko yang dapat dirubah antara lain hipertensi, merokok, diabetes melitus, kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat dan obesitas.
2. Unmodifiable risk faktor : Merupakan factor risiko yang tidak dapat dirubah, antara lain umur, jenis kelamin dan riwayat keturunan (Rachmawati, Martini, and Artanti 2021).

1.2.3 Manifestasi klinis Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Tanda dan gejala awal yang dapat ditemukan akibat aterosklerosis atau penyumbatan pembuluh darah pada pasien PJK antara lain (Djamaludin 2021):

1. Sesak nafas saat istirahat atau aktivitas
2. Angina atau nyeri dada seperti tertekan benda berat
3. Edema ekstremitas
4. Fatigue
5. Penurunan kemampuan beraktivitas
6. Batuk dengan sputum jernih

Menurut (Analiza 2022) pada pasien dengan PJK dapat ditemukan tanda dan gejala klinis :

1. Iskemia

Iskemia merupakan suatu keadaan kurangnya aliran darah ke jantung yang dapat menyebabkan nekrosis atau infark miokardium.

2. Palpitasi

Palpitasi atau jantung berdetak lebih cepat atau kencang dari normal merupakan suatu manifestasi klinis penyakit jantung yang tidak spesifik.

3. Sesak nafas

Sesak nafas pada pasien PJK disebabkan karena suplai darah yang mengandung oksigen menuju jantung berkurang karena terdapat aterosklerosis atau penyumbatan. Sehingga terjadi metabolisme anaerob

yang menghasilkan asam laktat. Sehingga pola nafas meningkat dan menyebabkan sesak.

4. Angina pectoris

Suatu jenis nyeri dada yang disebabkan oleh kurangnya suplai darah yang mengandung oksigen ke jantung. Angina terasa seperti terjepit, tertekan benda berat, sesak atau nyeri dada. Dapat terjadi kekambuhan tiba-tiba.

5. Infark miokard

Suatu sumbatan aliran darah menuju otot jantung yang merupakan suatu kondisi kegawatan medis. Serangan jantung biasanya terjadi ketika gumpalan darah menghalangi aliran darah ke jantung yang dapat menyebabkan suplai oksigen menurun dan kematian sel.

1.2.4 Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Penyakit jantung koroner dapat terjadi dikarenakan adanya faktor resiko pada penyakit jantung. Faktor resiko tersebut ada 2 yaitu; yang dapat dirubah (hipertensi, hiperkolesterlimia, obesitas, merokok) dan tidak dapat dirubah (usia dan jenis kelamin).

Pada faktor faktor tersebut dapat memicu terjadinya penumpukan plak dalam pembuluh darah arteri koroner. Apabila penumpukan terjadi terus menerus tumpukan plak akan mengakibatkan penyempitan dan menyumbat arteri jantung koroner dan terjadilah penyakit jantung koroner. Penumpukan berlebihan pada dinding arteri dapat menyebabkan suplai darah yang mengandung oksigen dan nutrisi keotot jantung berkurang maka terjadinya penurunan cardiac output sehingga muncul masalah keperawatan penurunan curah jantung.

Pada tahap awal, mungkin masih bisa bernafas normal dan darah mengalir ke otot jantung tercukupi. Pada suatu kondisi dimana saat melakukan aktivitas yang melelahkan, terjadilah penyempitan arteri

koroner yang menyebabkan suplai darah tidak cukup ke otot-otot jantung menyebabkan produksi energi menurun. Saat produksi energi menurun mengakibatkan terjadinya kelemahan pada fisik sehingga muncul masalah keperawatan intoleransi aktifitas.

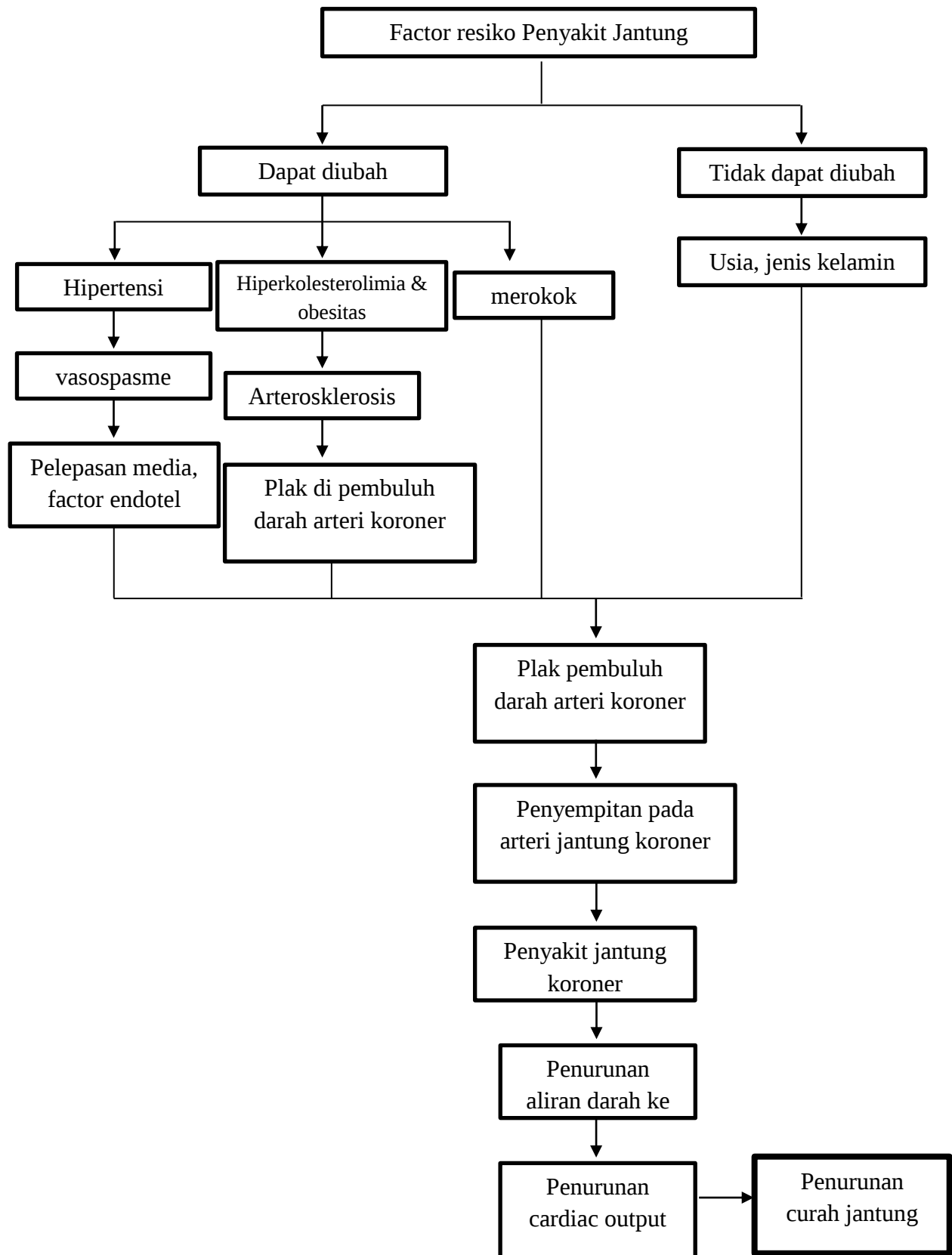
Penurunan cardiac output menyebabkan volume akhir diastolik ventrikel kiri dan tekanan atrium kiri meningkat. Ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru menimbulkan edema paru dan muncul masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.

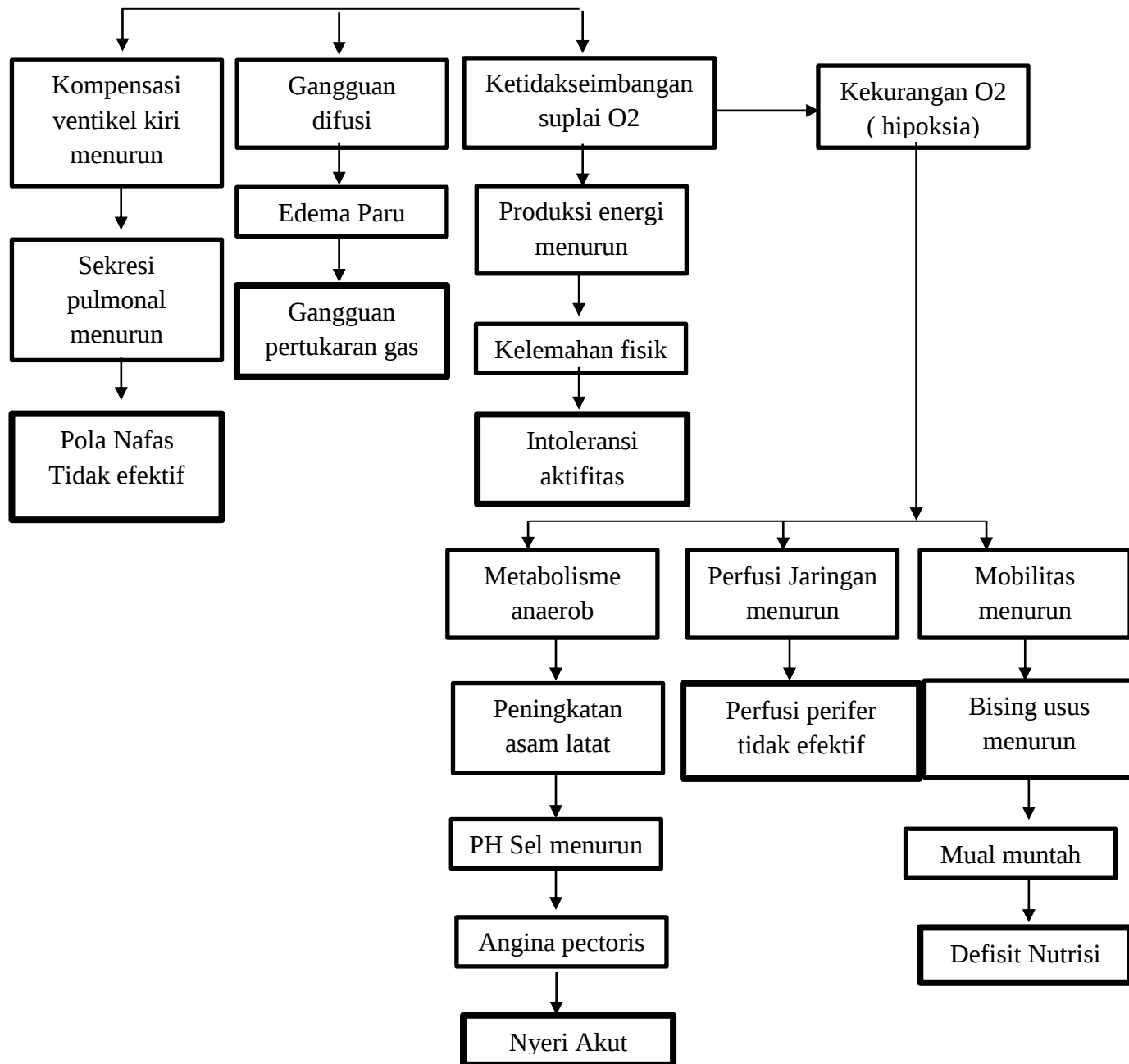
Ketidakseimbangan suplai oksigen dan nutrisi ke bagian miokard jantung berkurang yang menyebabkan terjadinya metabolisme secara anaerob yang menghasilkan asam laktat sehingga terjadi nyeri serta fatigue pada penderita penyakit jantung koroner. Proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehingga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri dada yang berkaitan dengan angina pectoris sehingga muncul masalah keperawatan Nyeri Akut.

Penurunan cardiac output dapat membuat kompensasi pada ventrikel kiri menurun dan sekresi pulmonal menurun sehingga muncul masalah keperawatan pola nafas tidak efektif. Ketidakseimbangan suplai oksigen dan nutrisi ke bagian miokard jantung berkurang yang menyebabkan terjadinya kekurangan oksigen. Pada saat kekurangan oksigen maka perfusi jaringan menurun dan muncul masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif. Ketidakseimbangan suplai oksigen dan nutrisi ke bagian miokard jantung berkurang yang menyebabkan terjadinya kekurangan oksigen akan berakibat pada mobilitas fisik menurun dan bising usus menurun. Sehingga terjadi tanda gejala mual muntah dan muncul masalah keperawatan Defisit nutrisi.

1.2.5 Pathway Penyakit Jantung Koroner

Bagan 3. 1 Pathway Penyakit Jantung Koroner





1.2.6 Pemeriksaan penunjang Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Pemeriksaan penunjang untuk mendiagnosis PJK secara lebih tepat diperlukan pemeriksaan (Naryadi, 2019):

1. EKG (electro cardiografi)

EKG bertujuan untuk merekam aktivitas listrik jantung, mendeteksi gangguan irama jantung, gangguan otot jantung, pembesaran jantung dan observasi pengaruh obat-obatan jantung. Mengidentifikasi adanya gelombang T inverted dan ST elevasi.

2. Pemeriksaan Ekokardiografi

Dengan memanfaatkan gelombang USG untuk memeriksa bagian dinding dan katup jantung apakah berfungsi dengan baik dalam memompa darah.

3. Chest X-Ray (foto dada)

Thorax foto mungkin normal atau adanya kardiomegali, CHF (gagal jantung kongestif) atau aneurisma ventrikuler.

4. Treadmill

Treadmill merupakan pemeriksaan penunjang yang standar dan banyak digunakan untuk mendiagnosis PJK, ketika melakukan treadmill detak jantung, irama jantung, dan tekanan darah terus-menerus dipantau, jika arteri koroner mengalami penyumbatan pada saat melakukan latihan maka ditemukan segmen depresi ST pada hasil rekaman.

1.2.7 Manajemen Penatalaksanaan Penyakit Jantung Koroner

Menurut Kowalak, et.al (2017), penanganan PJK dapat meliputi:

1. Pemberian preparat nitrat, seperti nitrogliserin (yang diberikan secara sublingual, oral, transdermal atau topical dalam bentuk salep), isosorbid mononitrat (yang diberikan per oral) untuk mengurangi konsumsi oksigen oleh miokardium.

2. Pemberian beta-blocker (penyekat beta-adrenergik) untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen dengan menurunkan frekuensi jantung dan resistensi perifer terhadap aliran darah.
3. Pemberian penyakit saluran kalsium (calcium-channel blockers) untuk mencegah spasme arteri koronaria.
4. Pemberian obat-obat antirombosis untuk mengurangi agregasi trombosit dan risiko oklusi koroner.
5. Pemberian obat-obat antilipemik untuk menurunkan kadar kolesterol dan trigliserid serum.
6. Pemberian obat-obat antihipertensi untuk mengendalikan hipertensi.
7. Terapi sulih hormone estrogen untuk mengurangi risiko PJK pada wanita pasca menopause.
8. Pencangkakan bypass arteri koronaria atau *coronary artery bypass grafts* (CABG) melalui pembedahan untuk memulihkan aliran darah melalui pemintasan (bypassing) arteri yang tersumbat dengan pembuluh darah lain.
9. Pembedahan "keyhole" (endoskopik) atau pembedahan noninvasive sebagai alternative CABG yang tradisional.

Pembedahan endoskopik dilakukan menggunakan kamera serat-optik yang disisipkan melalui sayatan kecil pada dinding dada da bertujuan mengoreksi sumbatan dalam satu atau dua pembuluh arteri, yang bisa diakses lewat teknik ini.

10. Angioplasty untuk mneghilangkan penyumbatan pada pasien oklusi arteri koronaria tanpa kalsifikasi dan pasien oklusi parsial.
11. Angioplasty sinar laser untuk mengoreksi penyumbatan dengan membakar timbunan lemak.
12. PCI atau Pemasangan stent (semacam alat yang diletakkan di dalam pembuluh darah) dalam arteri yang sudah terbuka kembali untuk mempertahankan patensi arteri.
13. Pemasangan stent elektif dan Drug-Eluting Stent (DES), pemasangan stent dapat mengurangi restenosis dan ulangan PCI dibandingkan dengan

tindakan balloon angioplasty. Saat ini telah tersedia stent dilapisi dengan obat (DES) seperti serolimus, paclitaxel, dil. Dibandingkan dengan bare-metal stensts, pemakaiaian DES dapat mengurangi restenosis bahkan sampai 0%.

14. Modifikasi gaya hidup untuk mengurangi progresivitas PJK.

Modifikasi ini meliputi penghentian kebiasaan merokok, latihan teratur, manajemen stres, upaya mempertahankan berat badan yang ideal, dan diet rendah lemak serta rendah garam.

1.3 Peran perawat Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung adalah penyebab kematian terbesar di dunia; Peran perawat di masa depan sangat menarik, dan hal ini memerlukan pendidikan dan pengalaman untuk menyelidiki asuhan keperawatan penyakit jantung koroner yang berkualitas tinggi. Perawat harus menjadi teladan dalam memerangi penyakit jantung, namun mereka juga harus mempromosikan penyakit peringatan di seluruh dunia yang dikenal sebagai penyakit jantung koroner. Perawat jantung sangat penting dalam pencegahan, diagnosis, dan pengobatan penyakit jantung, serangan jantung, dan masalah kardiovaskular lainnya. Perawat jantung berperan penting dalam memerangi penyakit jantung karena mereka dibutuhkan tidak hanya untuk merawat pasien tetapi juga untuk mendorong pilihan gaya hidup yang baik (Tiwari, 2021)

Pelayanan keperawatan spesialis telah terbukti meningkatkan hasil bagi pasien dengan gagal jantung kronis (CHF), menurunkan frekuensi rawat inap yang tidak direncanakan, durasi rawat inap, biaya rumah sakit, dan kematian. Penyakit arteri koroner adalah penyebab paling umum dari CHF. Ketika kerusakan jantung telah terjadi, risiko gagal jantung dapat dikurangi dengan menyediakan lingkungan yang mendukung. Meskipun klinik rehabilitasi jantung memungkinkan pasien memantau penggunaan obatnya, tujuan utamanya adalah meningkatkan kesejahteraan fisik setelah serangan jantung. Selain itu, data menunjukkan bahwa bahkan untuk

pasien dengan gagal jantung yang terdokumentasi, dokter umum sering ragu untuk memulai terapi yang tepat dan meningkatkan dosis resep.

1.4 Konsep Asuhan Keperawatan PJK

1.4.1 Pengkajian

1. Keluhan utama

Mengkaji keluhan yang paling dirasakan oleh pasien dengan diagnosis PJK. Pada umumnya keluhan utama yang muncul pada pasien PJK adalah sesak nafas.

2. Riwayat penyakit sekarang

Melakukan pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan yang dirasakan. Keluhan lain yang dirasakan pada umumnya terdapat nyeri dada, edema ekstremitas, fatigue, penurunan kemampuan beraktivitas dan batuk dengan sputum jernih.

3. Riwayat penyakit dahulu

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah diderita seperti hipertensi, diabetes melitus, sesak nafas, ginjal, stroke dan jantung koroner. Mengkaji penggunaan obat masa lalu dan riwayat alergi terhadap obat.

4. Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji riwayat penyakit yang diderita oleh keluarga seperti hipertensi, diabetes melitus, sesak nafas, ginjal, stroke dan jantung koroner.

5. Pemeriksaan fisik

- a. Inspeksi : Observasi dari kepala sampai ujung kaki untuk mengkaji kulit, warna membran mukosa (pucat, sianosis), tingkat kesadaran, keadekuatan
- b. sirkulasi sistemik, distensi vena jugularis, gambaran EKG.
- c. Palpasi : Pengisian kapiler (> 3 detik), nadi perifer teraba lemah, titik impuls jantung maksimal, derajat edema, batas jantung
- d. Perkusi : Perkusi apabila terdapat suara tambahan

- e. Auskultasi : Auskultasi untuk mendengar bunyi paru dan jantung pemeriksa harus mengidentifikasi lokasi, intensitas dan kualitas. Auskultasi bunyi paru dan jantung dilakukan dengan mendengarkan sepnajang lapang paru dan batas jantung. Biasanya ada bunyi tambahan pada suara jantung, adanya murmur pada jantung dan adanya suara nafas tambahan.

1.4.2 Masalah keperawatan

Masalah keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017). Berikut ini adalah masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosis PJK:

1. Pola nafas tidak efektif
2. Nyeri Akut
3. Penurunan Curah Jantung
4. Gangguan perfusi jaringan
5. Intoleransi Aktifitas

1.4.3 Rencana tindakan keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan segala terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

Adapun rencana tindakan keperawatan dengan diagnosis Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas: Observasi pasien PJK lakukan Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) dan Monitor sputum (jumlah, warna, aroma); Intervensi Terapeutik pada pasien PJK Posisikan semi fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu dan Berikan oksigen, jika perlu; Untuk

Intervensi Edukasi dapat Ajarkan teknik batuk efektif; intervensi Kolaborasi pada pasien PJK ialah pemberian bronkodilator, ekspektorat, mukolitik, jika perlu.

1.4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan suatu cara dalam melaksanakan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang spesifik yang telah ditentukan. Seorang perawat harus memiliki keahlian dalam bidang kognitif, hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan agar dapat merealisasikan rencana tindakan keperawatan secara baik (Hadinata 2022).

1.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan sebuah kegiatan menilai dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rencana tindakan keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Evaluasi dapat membantu perawat dalam menentukan target capaian selanjutnya berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien (Hadinata 2022).

1.5 Konsep *Illness Uncertainty*

1.5.1 Definisi *Illness Uncertainty*

Uncertainty didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk menentukan makna peristiwa yang berhubungan dengan penyakit. Teori *Illness uncertainty* menjelaskan bagaimana pasien secara kognitif memproses penyakit yang berhubungan dengan stimuli dan membangun makna dari peristiwa (Smith & Liehr, 2018). *Uncertainty* memiliki empat dimensi:

1. *Ambiguity* : Ambiguitas didefinisikan sebagai isyarat tubuh yang tidak jelas atau selalu berubah tentang keadaan penyakit yang mungkin dikacaukan dengan masalah penyakit lainnya.

2. *Complexity*: Kompleksitas mengacu pada kesulitan memahami perawatan seseorang atau sistem perawatan kesehatan
3. *Inconsistensi*: Inkonsistensi ditandai dengan menerima informasi dari penyedia layanan kesehatan yang sering berubah atau tidak dipandang konsisten dengan informasi yang diterima sebelumnya.
4. *Unpredictable*: Tidak terprediksi didefinisikan sebagai ketidaksesuaian antara pengalaman penyakit saat ini dan sebelumnya.

Menurut Mishel, *uncertainty* ada dalam situasi penyakit yang ambigu, kompleksitas, dan tidak dapat diprediksi. *Uncertainty* merupakan keadaan kognitif yang diciptakan ketika individu tidak dapat secara memadai menyusun atau mengkategorikan peristiwa penyakit karena isyarat yang tidak mencukupi. Teori ini menjelaskan bagaimana pasien secara kognitif menyusun skema untuk interpretasi subjektif dari *uncertainty* dengan pengobatan dan hasil (Smith & Liehr, 2018).

Teori *Illness Uncertainty* yang telah direkonseptualisasikan dikembangkan untuk mengatasi pengalaman hidup dengan *uncertainty* terus menerus baik dalam penyakit kronis yang membutuhkan manajemen berkelanjutan atau penyakit dengan kemungkinan kambuh (Smith & Liehr, 2018). Teori yang telah direkonseptualisasikan mempertahankan definisi *uncertainty* dan tema-tema utama seperti dalam teori awal. Hanya saja dalam konsep terbaru, Mishel membahas proses yang terjadi ketika seseorang hidup dengan *uncertainty* terus menerus, yang ditemukan pada penyakit kronis atau penyakit dengan potensi kekambuhan. Hasil yang diinginkan dari teori ini adalah pertumbuhan ke sistem nilai baru, sedangkan hasil dari teori awal adalah kembalinya ke tingkat adaptasi atau fungsi sebelumnya (Smith & Liehr, 2018).

Pada tahun 2017, Y. Zhang, (2017) memperluas teori *Illness Uncertainty* pada pasien kanker dengan menambahkan konsep bahwa *uncertainty* tidak hanya dialami oleh pasien kanker, tetapi kenyataannya

pasangan/partner pasien juga mengalami *uncertainty* yang berkaitan dengan diagnosis kanker, pengobatan, dan prognosis. Pasangan dari pasien melaporkan sedikit lebih banyak *uncertainty* dan lebih sedikit dukungan daripada pasien dengan kanker, yang mungkin disebabkan oleh kurangnya informasi tentang penyakit pasien atau kekhawatiran mereka atau pertanyaan yang langsung ditangani oleh profesional perawatan kesehatan. Oleh karena itu, pasien dan pasangannya perlu mengatasi *uncertainty* terkait penyakit. Namun, dalam penelitian ini, peneliti hanya mengkhususkan meneliti *uncertainty* yang dialami pasien saja.

1.5.2 Bagian-Bagian Teori *Uncertainty in Illness*

Bagian-bagian dari *uncertainty*: (Smith & Liehr, 2018)

1. Skema kognitif

Adalah interpretasi subjektif pasien tentang penyakit, pengobatan, dan perawatan.

2. Kerangka stimulus

Membahas mengenai bentuk, susunan, dan struktur stimulus yang dipersepsikan seseorang. Kerangka stimulus memiliki tiga komponen, yaitu:

- a. Pola gejala Pola gejala mengacu pada sejauh mana gejala hadir dengan konsistensi yang cukup untuk dianggap memiliki pola atau konfigurasi.
- b. Familiaritas kejadian Familiaritas kejadian merupakan sejauh mana situasinya menjadi kebiasaan, berulang, atau mengandung isyarat yang dikenali.
- c. Kesesuaian kejadian Kesesuaian kejadian mengacu pada konsistensi antara kejadian yang diharapkan dan yang dialami terkait penyakit.

3. Penyedia struktur

Penyedia struktur adalah sumber daya yang tersedia untuk membantu individu dalam interpretasi kerangka stimulus. Penyedia struktur termasuk:

- a. Otoritas yang kredibel

Otoritas yang kredibel mengacu pada derajat kepercayaan dan kepercayaan diri seseorang terhadap pemberi pelayanan kesehatan.

- b. Dukungan sosial
- c. Edukasi

4. Kapasitas kognitif

Kapasitas kognitif adalah kemampuan individu dalam memproses informasi.

5. Inferensi

Inferensi mengacu pada kepercayaan secara umum terhadap dirinya sendiri dan hubungannya dengan lingkungan.

6. Ilusi

Ilusi didefinisikan sebagai kepercayaan yang dibentuk akibat *uncertainty*.

7. Koping

Koping digunakan ketika *uncertainty* dinilai sebagai bahaya atau peluang. *Uncertainty* yang dinilai sebagai bahaya akan menghasilkan stress pada individu. Ketika dinilai sebagai bahaya, koping diarahkan untuk mengurangi *uncertainty* dan mengelola emosi yang dihasilkan. Ketika *uncertainty* dinilai sebagai bahaya, terdapat dua koping yang digunakan:

- a. Mobilisasi, terdiri dari strategi tindakan langsung, kewaspadaan, dan pencarian informasi.
- b. *Affect-management*, terdiri dari metode kepercayaan atau keimanan, pelepasan, dan dukungan kognitif. Ketika *uncertainty* dinilai sebagai peluang koping yang digunakan adalah metode buffering/menyangga untuk mendukung *uncertainty*. Buffering bertujuan memblokir masuknya stimulus baru yang dapat mengubah pandangan *uncertainty* sebagai peluang. Strateginya termasuk penghindaran, pengabaian selektif, menyusun ulang prioritas, dan menetralkan.

8. Adaptasi

Adaptasi didefinisikan sebagai perilaku biopsikososial di dalam diri individu dalam rentang perilakunya secara umum.

9. Pandangan hidup baru tentang kehidupan

Menggambarkan pandangan hidup dan perasaan baru seseorang yang dihasilkan dari uncertainty yang terjadi secara terus menerus dan menerima uncertainty sebagai ritme alami kehidupan.

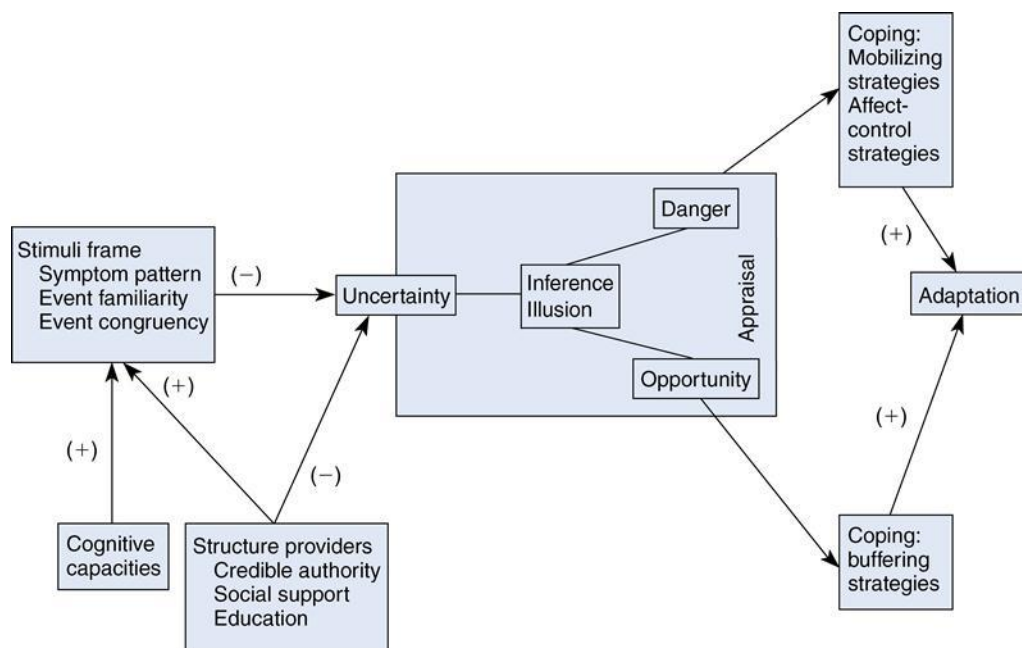
10. Pengorganisasian diri

Pengorganisasian diri adalah perumusan kembali rasa keteraturan baru, yang dihasilkan dari integrasi uncertainty terus-menerus ke dalam struktur diri seseorang di mana uncertainty diterima sebagai ritme alami kehidupan.

11. Pemikiran probabilitas

Pemikiran probabilistik adalah keyakinan dalam kehidupan di mana harapan kepastian dan prediktabilitas dihentikan.

1.5.3 Hubungan Antara Bagian-Bagian Teori *Uncertainty in Illness*



Gambar 2. 1 Model Illness Uncertainty

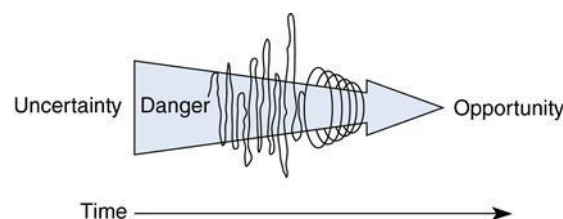
Sumber : (M. Mishel, 1990 dalam Y.hang, 2017)

Seperti yang terlihat pada Gambar 2.1 *Illness Uncertainty* ditampilkan sebagai model linier tanpa loop umpan balik. Menurut model ini, *uncertainty* adalah hasil dari anteseden. Jalan utama menuju *uncertainty* adalah melalui variabel kerangka stimulus. Kapasitas kognitif mempengaruhi variabel bingkai stimulus. Kapasitas kognitif dipengaruhi oleh kondisi individu seperti demam, infeksi, nyeri, atau obat yang mengubah pikiran, jika individu mengalami hal tersebut maka kejelasan variabel kerangka stimulus kemungkinan akan berkurang sehingga menghasilkan *uncertainty*. Dalam situasi seperti itu, diasumsikan bahwa variabel kerangka stimulus jelas, berpola, dan berbeda. Kerangka stimulus hanya dapat menjadi kurang karena keterbatasan kapasitas kognitif (Smith & Liehr, 2018).

Ketika kapasitas kognitif memadai, variabel kerangka stimulus masih dapat kekurangan pola gejala atau tidak terbiasa dan tidak kongruen karena kurangnya informasi, informasi yang kompleks, informasi yang berlebihan, atau informasi yang saling bertentangan. Variabel penyedia struktur kemudian ikut bermain untuk mengubah variabel kerangka stimulus dengan menafsirkan, memberikan makna, dan menjelaskan. Tindakan ini berfungsi untuk menyusun kerangka stimulus, sehingga mengurangi atau mencegah *uncertainty*. Penyedia struktur juga dapat berdampak langsung pada *uncertainty*. Penyedia layanan kesehatan dapat menawarkan penjelasan atau menggunakan pendekatan lain yang secara langsung mengurangi *uncertainty*. Demikian pula, *uncertainty* dapat dikurangi dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dihasilkan seseorang. Dukungan sosial juga mempengaruhi kerangka stimulus dengan memberikan informasi dari orang lain yang serupa, memberikan contoh, dan menawarkan informasi yang mendukung (Smith & Liehr, 2018).

Uncertainty dipandang sebagai keadaan netral sampai *uncertainty* tersebut dievaluasi. Selama evaluasi *uncertainty*, inferensi dan ilusi ikut bermain. Inferensi dan ilusi didasarkan pada keyakinan dan kepribadian

yang memengaruhi apakah *uncertainty* dinilai sebagai bahaya atau peluang. Karena *uncertainty* membuat situasi menjadi tidak berbentuk dan tidak jelas, ilusi mengarah pada penilaian *uncertainty* sebagai peluang. *Uncertainty* yang dinilai sebagai peluang menyiratkan hasil positif, dan strategi koping buffer/penyangga digunakan untuk mempertahankannya. Inferensi dapat mengakibatkan *uncertainty* yang dinilai sebagai bahaya. Strategi koping yang berfokus pada masalah digunakan untuk mengurangi *uncertainty*. Jika koping yang berfokus pada masalah tidak dapat digunakan, maka strategi koping emosional digunakan untuk menanggapi *uncertainty*. Jika strategi koping efektif, adaptasi terjadi. Kesulitan dalam beradaptasi menunjukkan ketidakmampuan untuk memanipulasi *uncertainty* ke arah yang diinginkan (Smith & Liehr, 2018).



Gambar 2. 2 Uncertainty pada penyakit kronis

Sumber: (Smith & Liehr, 2018)

Berbeda dengan teori awal Illness Uncertainty yang lebih linier, teori Illness Uncertainty yang telah direkonseptualisasi (Gambar 2.2) mewakili proses perpindahan dari *uncertainty* yang dinilai sebagai bahaya ke *uncertainty* yang dinilai sebagai peluang dan pandangan hidup yang baru. Garis bergerigi di dalam panah mewakili invasi *uncertainty* dan ketidakstabilan yang berkembang. Bagian garis melingkar berpola mewakili pola ulang dan reorganisasi yang menghasilkan pandangan *uncertainty* yang direvisi. Panah bawah menunjukkan bahwa ini adalah proses yang berkembang dari waktu ke waktu (Smith & Liehr, 2018).

1.5.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Uncertainty*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *uncertainty* di antaranya adalah:

1. Kognitif

Kapasitas kognitif mempengaruhi variabel bingkai rangsangan. Jika orang tersebut memiliki kapasitas kognitif yang dikompromikan karena demam, infeksi, nyeri, atau obat yang mengubah pikiran, kejelasan dan definisi variabel kerangka rangsangan kemungkinan akan berkurang, menghasilkan ketidakpastian. Dalam situasi seperti itu, diasumsikan bahwa variabel bingkai rangsangan jelas, berpola, dan berbeda, dan hanya menjadi kurang karena keterbatasan kapasitas kognitif. Namun, ketika kapasitas kognitif memadai, variabel bingkai rangsangan mungkin masih kekurangan pola gejala atau tidak terbiasa dan tidak sesuai karena kurangnya informasi, informasi yang kompleks, informasi yang berlebihan, atau informasi yang saling bertentangan.

Demikian pula, ketidakpastian dapat dikurangi dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dihasilkan seseorang. Jaringan dukungan sosial juga mempengaruhi kerangka rangsangan dengan memberikan informasi dari orang lain yang serupa, memberikan contoh, dan menawarkan informasi yang mendukung (Smith & Liehr, 2018).

2. Biofisik

Aspek biofisik seperti perubahan sensorik dan kognitif, usia lanjut, dan penyakit kronis dapat menyebabkan kesalahpahaman dalam penafsiran informasi. Pasien yang memiliki kesulitan dalam komunikasi tertulis dan lisan akan mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan individu dan arahan perawatan lanjutan secara lengkap yang diakibatkan oleh terbatasnya pemahaman istilah, seperti diagnosis dan prognosis yang buruk (Fatarona, 2018).

3. Psikologis

Faktor psikologis dapat berpengaruh terhadap *uncertainty*. Harapan yang dikembangkan oleh individu dan efikasi diri dapat mengurangi dampak *uncertainty* yang dinilai sebagai bahaya. Harapan berhubungan secara negatif terhadap depresi. Individu yang mengalami kondisi *uncertainty* dan kurang memiliki harapan melaporkan suasana hati yang lebih negatif (Smith & Liehr, 2018). Harapan yang baik dapat menurunkan stress dan *uncertainty* sehingga pasien dapat melakukan penyesuaian adaptasi psikososial.

4. Sosial

Penyakit yang diidap pasien dapat membuat pasien ketakutan akan stigmatisasi, peran sosial, isolasi, hilangnya keluarga, dan keuangan yang dapat berpengaruh terhadap pencarian pengobatan dan / atau kepatuhan dalam pengobatan (Fatarona, 2018). Dukungan sosial juga dapat mencegah *uncertainty*. Diskusi dan interaksi sosial yang mendukung dapat mengembangkan kognitif skema pasien. Dukungan sosial dapat memengaruhi *uncertainty* secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung, dukungan sosial dapat berpengaruh terhadap ambiguitas, kompleksitas, dan masa depan yang sulit diprediksi. Sedangkan secara tidak langsung dukungan sosial dapat memengaruhi *uncertainty* dengan menjelaskan pola gejala, membagikan informasi mengenai lingkungan perawatan yang baru, dan pendampingan pengobatan (M. Mishel, 1990 dalam Smith & Liehr, 2018).

1.5.5 Pengukuran Illness Uncertainty

Ada beberapa kuesioner untuk pengukuran illness uncertainty yang dikembangkan oleh Mishel selaku pembuat middle range teori *Illness Uncertainty* yaitu *Mishel Uncertainty Illness Scale* (MUIS-A) dan *Mishel Uncertainty Illness Scale- Community Form* (MUIS-C). *Mishel Uncertainty Illness Scale* (MUIS-A) mengukur Tingkat *uncertainty* pada

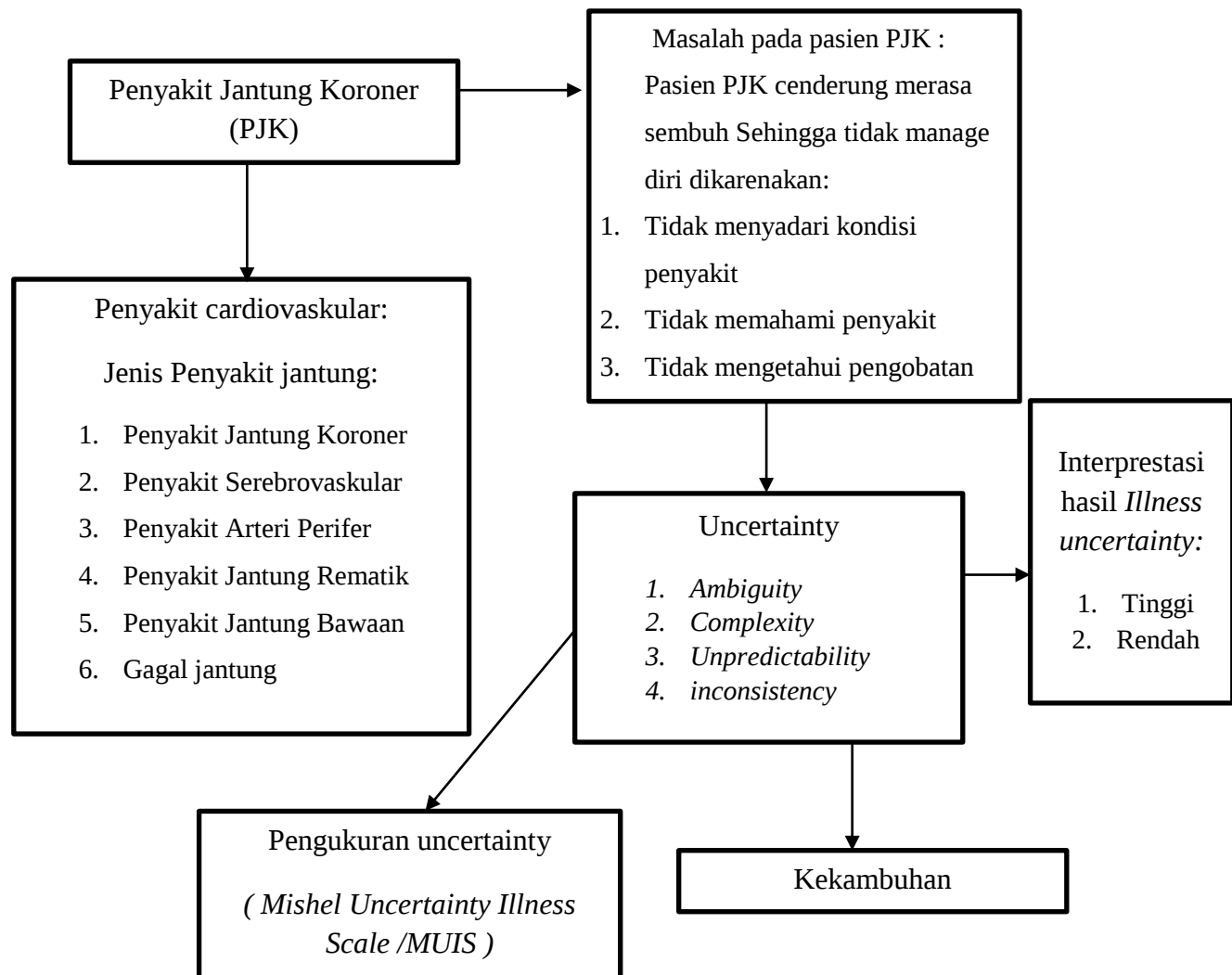
pasien yang berada di lingkungan klinis rawat inap rumah sakit. Kuesioner ini terdiri dari 33 pertanyaan tentang *Uncertainty*. Sedangkan *Mishel Uncertainty Illness Scale-Community Form* (MUIS-C) mengukur tingkat *uncertainty* pada pasien yang berada di lingkungan komunitas Rawat Jalan. Kuesioner terdiri dari 23 pertanyaan tentang *uncertainty*.

Mishel Uncertainty Illness Scale-Community Form (MUIS-C) Kuesioner ini mengukur *ambiguity*, *complexity*, *unpredictability*, dan *Inconsistency* pada pasien penyakit kronis menggunakan pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert. Kuesioner MUIS-C ini telah dilakukan back translate pada penelitian sebelumnya mengenai Diabetes Mellitus tipe 2.

Berdasarkan paparan diatas, peneliti memilih *Mishel Uncertainty in Illness- Community Form* (MUIS-C) sebagai instrumen pengukuran, alasan memilih dan menggunakan instrumen tersebut karena instrumen ini sesuai dengan karakteristik subjek penelitian yaitu pasien penyakit kronis (Penyakit Jantung Koroner) yang berada pada lingkungan komunitas (pasien yang menjalani pengobatan rawat jalan).

1.6 Kerangka Konseptual

Bagan 3. 2 Kerangka Konseptual



Sumber : (Modifikkasi Anies (2017), WHO (2016), Modifikasi Alamsyah (2019), Mishel (1984))

Penyakit jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik, sehingga kerja jantung sebagai pemompa Darah dan oksigen ke seluruh tubuh terganggu. Terganggunya peredaran oksigen dan darah tersebut dapat disebabkan karena otot jantung yang melemah, adanya celah antara serambi kiri dan serambi kanan yang mengakibatkan darah bersih dan darah kotor tercampur (Anies, 2017). Jenis penyakit jantung anantara lain adalah Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Serebrovaskular, Penyakit Arteri Perifer, Penyakit Jantung Rematik, Penyakit Jantung Bawaan, Gagal jantung

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri koronaria karena penumpukan plak didinding arteri yang menyuplai darah ke jantung sehingga suplai darah ke otot jantung dan bagian tubuh lainnya berkurang. Penumpukan plak menyebabkan bagian dalam arteri menyempit seiring bertambahnya waktu, yang dapat menghalangi sebagian atau seluruhnya aliran darah. Proses ini disebut aterosklerosis (Alamsyah 2019). Masalah pada pasien PJK biasa Pasien PJK cenderung merasa sudah sembuh Sehingga tidak manage diri dikarenakan pasien Tidak menyadari kondisi penyakit dan Tidak memahami penyakit.

Karena kurangnya pengetahuan terkait penyakit, dan tidak menyadari kondisinya saat ini, pasien tidak dapat membentuk kerangka kognitif yang benar untuk penyakitnya, yang pada gilirannya menimbulkan rasa ketidakpastian. Ketidakpastian dalam situasi ini yang kemudian disebut *illness uncertainty* adalah situasi di mana pengambil keputusan tidak mampu memberikan nilai pasti terhadap objek atau peristiwa dan/atau tidak mampu memprediksi hasil secara akurat (Mishel, 1984). Ketidakpastian, atau ketidakmampuan menyusun makna, dapat berkembang jika pasien tidak membentuk skema kognitif atas peristiwa penyakitnya. Skema kognitif adalah interpretasi subjektif pasien terhadap penyakit, pengobatan, dan rawat inap. Akibat dari masalah tersebut akhirnya terjadi kekambuhan pada pasien penyakit jantung koroner (PJK).