

NASKAH PUBLIKASI

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN *ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION* DENGAN REHABILITASI JANTUNG FASE 1 DI IPI
RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**



Disusun oleh:

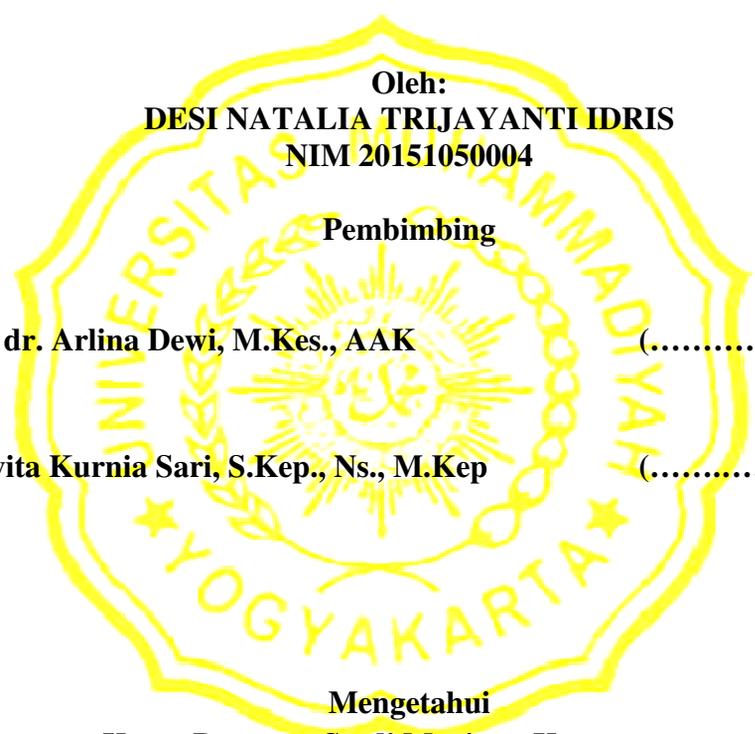
**DESI NATALIA TRIJAYANTI IDRIS
20151050004**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2017**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN *ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION* DENGAN REHABILITASI JANTUNG FASE 1 DI IPI RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI



Oleh:

**DESI NATALIA TRIJAYANTI IDRIS
NIM 20151050004**

Pembimbing

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK (.....)

Novita Kurnia Sari, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)

Mengetahui

**Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**

Fitri Arofiati, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D

GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN *ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION* DENGAN REHABILITASI JANTUNG FASE 1 DI IPI RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI

THE QUALITY OF LIFE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH PHASE 1 CARDIAC REHABILITATION IN KEDIRI BAPTIS KHOSPITAL

Desi Natalia Trijayanti Idris^{*}, Arlina Dewi^{}, Novita Kurnia Sari^{***}**

^{*}Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

^{**}Dosen Prodi Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

^{***} Dosen Prodi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: idrisdede@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kondisi sakit maupun sehat merupakan interaksi antara tiga aspek, yaitu biologis, psikologis, dan sosial. Prevalensi Pasien AMI semakin meningkat setiap tahunnya, dan menjadi masalah kesehatan utama saat ini. AMI menyebabkan ketidaknyamanan dan penurunan fungsi tubuh yang berdampak berupa gejala fisik dan psikospiritual dan sosial, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari gambaran kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* dengan rehabilitasi jantung fase di IPI Rumah Sakit Baptis Kediri.

Metode penelitian: Penelitian ini menggunakan metode Deskriptif. Sampel penelitian diambil dengan menggunakan teknik *quota sampling* dengan jumlah sampel 20. Pengumpulan data dengan kuesioner *MacNew QLMI* yang sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis data penelitian ini menggunakan distribusi frekuensi.

Hasil: Hasil penelitian kualitas hidup pasien AMI rata-rata 57.20, dengan dilihat dari 3 domain yaitu fisik, emosional dan sosial.

Kesimpulan: Disimpulkan bahwa kualitas hidup pasien AMI dengan rehabilitasi jantung fase 1 adalah baik.

Kata kunci: *Acute myocardial infarction*, Rehabilitasi jantung fase 1, kualitas hidup

ABSTRACT

Background: Painful and healthy conditions are interactions between three aspects, namely biological, psychological, and social. The prevalence of AMI patients is increasing every year, and is a major health problem right now. AMI causes discomfort and decline in body function that impacts physical and psychospiritual and social phenomena, which can affect the quality of life.

Research Objectives: This study aimed to study the quality of life of acute myocardial infarction patients with cardiac phase rehabilitation at IPI Kediri Baptis Hospital.

Research method: This research using Descriptive. The sample was taken using quota sampling technique with 20 samples. Data collecting with MacNew QLMI questionnaire which had previously been tested for its validity and reliability. Analysis of this research data using frequency distribution.

Results: The results of the quality of life of patients with an average AMI 57.20, with views from 3 domains of physical, emotional and social.

Conclusion: It was concluded that the quality of life of AMI patients with phase 1 cardiac rehabilitation was good.

Keywords: *Acute myocardial infarction, Phase 1 cardiac rehabilitation, quality of life*

Pendahuluan

Acute Myocardial Infarction (selanjutnya disebut AMI) adalah nekrosis miokard yang diakibatkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen otot jantung¹. AMI memberikan dampak pada gejala fisik dan psikoemosional, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasiennya. Kualitas hidup atau *Quality of Life* (QOL) secara umum terdiri dari sejumlah besar domain yang meliputi fungsi fisik, psikologis (emosional) dan sosial. Secara fisik penderita akan merasakan sesak, mudah lelah, mengalami gangguan seksual, serta nyeri dada¹, selain masalah fisik AMI juga berdampak pada masalah psikososial seperti cemas dan depresi sering dialami oleh pasien AMI². Distres spiritual yang dapat terjadi pada pasien dengan penyakit terminal seperti kanker, mungkin juga terjadi pada pasien AMI, karena penyakit ini merupakan penyakit akut dan mengancam kehidupan, AMI membutuhkan pemberian asuhan keperawatan dan penyesuaian gaya hidup yang terus-menerus sepanjang hidup pasien³.

Berdasarkan penelitian Amerika ditemukan bahwa meskipun disana pengobatan telah maju namun untuk penyakit jantung masih menjadi penyebab utama kematian. Diperkirakan bahwa setiap 29 detik 1 orang mengalami serangan jantung, dan setiap 60 detik ada 1 orang meninggal karena Serangan jantung⁴. Data *American Heart Association* pada tahun 2014 penyakit jantung merupakan

penyebab 1 dari setiap 6 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2010⁵.

Hasil survei yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2013 yang menunjukkan bahwa prevalensi AMI di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2013, terdapat kurang lebih 478.000 pasien di Indonesia didiagnosa infark miokard saat ini⁶. Jawa timur adalah salah satu dari propinsi yang di miliki Indonesia, di Jawa Timur memiliki 356 Rumah Sakit yang tersebar kota-kota di jawa timur. Kediri sendiri memiliki 14 rumah sakit salah satunya Rumah Sakit Baptis Kediri. Menurut data rekam medis IPI RS. Baptis Kediri (November 2016) didapatkan 15 pasien datang dengan diagnosa medis AMI.

Perubahan pada kondisi fisik, psikososial dan spiritual pada pasien AMI dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien AMI. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa terdapat efek negatif yang besar dari penyakit AMI terhadap kualitas hidup penderitanya⁷. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan⁸ menjelaskan bahwa ada penurunan yang signifikan pada dimensi fungsi fisik, kesehatan secara umum, dan vitalitas setelah adanya serangan jantung. Kualitas hidup diartikan sebagai ukuran kebahagiaan yang berarti merasa senang dengan aktivitas sehari-hari yang dilakukan, menganggap hidupnya penuh arti dan menerima dengan tulus kondisi hidupnya, merasa telah berhasil mencapai cita-cita atau sebagian besar hidupnya, mempunyai citra diri yang positif, mempunyai sifat optimistis dan suasana hati bahagia⁹. Berkaitannya dalam dunia kesehatan, kualitas hidup diartikan sebagai konsep

multidimensional yang meliputi fisik, emosional, dan sosial seseorang terhadap kesehatannya¹⁰.

Program rehabilitasi jantung dengan pendekatan multidisiplin ilmu sangat memberikan manfaat dengan tujuan yaitu memberikan rasa nyaman, memulihkan kondisi pasien dari sakitnya, meningkatkan kualitas hidup dan mengembalikan kepercayaan diri pasien. Tujuan rehabilitasi jantung fase 1 yaitu membantu pasien melakukan mobilisasi, mempersiapkan pasien, keluarga dan keluarga lainnya bergaya hidup sehat, sehingga mengurangi risiko lebih lanjut dari penyakit arteri koroner, untuk mengurangi gangguan psikologis dan emosional yang sering menyertai pada pasien AMI, untuk menciptakan sikap positif yang akan memotivasi pasien untuk membuat komitmen pengobatan jangka panjang. Manfaat program rehabilitasi jantung fase 1 yaitu menurunkan angka morbiditas maupun mortalitas, menurunkan depresi dan kecemasan pasien, serta waktu perawatan pasien lebih singkat¹¹. Evaluasi program dilakukan pada akhir fase 1, yang mencakup perubahan aspek fisik, psikologi, dan sosial yang meliputi keluhan nyeri berkurang, adanya perbaikan kapasitas fungsional, perubahan aspek mental seperti pasien tampak tenang, dan perubahan aspek pengetahuan berupa kepatuhan menjalani program latihan¹¹. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Baptis Kediri ruang IPI, peneliti tertarik ingin melakukan penelitian yang bertujuan mempelajari gambaran kualitas hidup pasien *acute myocardial infraction* dengan rehabilitasi jantung

fase 1 di ruang IPI rumah sakit Baptis Kediri.

Metoda Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka penelitian ini menggunakan metode Deskriptif. Penelitian ini bertujuan mempelajari gambaran kualitas hidup pasien *acute myocardial infraction* dengan rehabilitasi jantung fase 1 di ruang IPI rumah sakit Baptis Kediri. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa *Acute Myocardial Infarction*. Besar sampel dalam penelitian ini 20 responden yang diambil menggunakan quota sampling. Pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang sudah baku yaitu *MacNew QLMI*. Penghitungan skor *MacNew QLMI* dibagi menjadi 3 yaitu >126 dikategorikan kurang dan ≤126 cukup dan ≤63 adalah baik. Sebelum digunakan untuk pengambilan data kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan nilai alpha cronbach 0.76. Variabel dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien dengan AMI.

Hasil Penelitian

Pasien dengan AMI memiliki banyak karakteristik, dalam penelitian ini karakteristik yang dilihat dari pasien yaitu Jenis kelamin, Riwayat

Pendidikan, Riwayat Hipertensi, Riwayat Diabetes Mellitus, dan Riwayat Penyakit Keluarga dan usia.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri Berdasarkan Jenis kelamin, Riwayat Pendidikan, Riwayat Hipertensi, Riwayat Diabetes Mellitus, dan Riwayat Penyakit Keluarga Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	Kelompok Intervensi	
	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	60
Perempuan	8	40
Pendidikan Terakhir		
Tamat SD	8	40
Tamat SMP	5	25
Tamat SMA	5	25
Tamat PT	2	10
Riwayat Hipertensi		
Ya	10	50
Tidak	10	50
Riwayat Diabetes Mellitus		
Ya	5	25
Tidak	15	75
Riwayat Keluarga		
Ya	3	15
Tidak	17	85

Berdasarkan tabel 1 untuk data jenis kelamin paling banyak responden berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat pendidikan kurang dari 50% adalah SD, dengan komposisi yang

sama terkait riwayat hipertensi 50%, dan sebagian besar tidak memiliki riwayat diabetes mellitus serta tidak memiliki riwayat keluarga dengan AMI.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Umur Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri, Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	Rata-rata	n	Std. Deviasi	Min-mak	95% CI
Usia	60.60	20	9.276	45-82	-1.68-1.76

Berdasarkan tabel 2 mean umur 60.60 tahun. Usia responden paling

muda 45 tahun dan usia responden paling tua 82 tahun.

Tabel 3. Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Kualitas Hidup pada pada Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri Mei – Juni 2017 (n=20)

Variabel	Kelompok Intervensi n=20		
	Rata-rata	SD	min-maks
Domain Fisik	27.5	10.70	14-61
Domain Emosional	27.1	10.80	14-60
Domain Sosial	24.7	9.76	13-55

Berdasarkan tabel 3 nilai rata-rata pada domain Fisik 27.5, domain Emosional 27.1 dan domain sosial

24.7. Dari ketiga domain semua dikategorikan memiliki kualitas hidup baik.

Tabel 4. Kualitas Hidup pada Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Mei – Juni 2017 (n=20)

Variabel	N	Rata-rata	Std. Deviasi	95% CI
Kualitas hidup pasien AMI	20	57.20	28.356	-0.199-0.309

Berdasarkan tabel 4, didapatkan bahwa rata-rata kualitas hidup pada pasien AMI yaitu 57.20. Dari rata-rata tersebut kualitas hidup pasien AMI dikategorikan baik.

Pembahasan

Kualitas Hidup pada Pasien *Acute Myocardial Infarction*

Penelitian tentang kualitas hidup pada pasien AMI yang dilaksanakan di ruang IPI RS. Baptis Kediri pada Mei-Juni 2017, didapatkan hasil kualitas hidup pada pasien AMI memiliki tingkat kualitas hidup baik, dibuktikan bahwa rata-rata pada kualitas hidup pada kelompok intervensi kurang dari 63. Hasil penelitian juga mencatat bahwa tingkat kualitas hidup yang dibagi menjadi 3 domain yaitu fisik, emosional, dan sosial.

Bedrest total ditempat tidur dapat menyebabkan pasien merasa tidak berharga dan merasa tidak berguna. Selama ini pasien AMI yang selama perawatan dianjurkan untuk *bedrest* total, dahulu tujuan *bedrest* total ini bertujuan untuk mengembalikan pada kondisi sebelum sakit. Tetapi dengan keadaan *bedrest* total ini membuat pasien merasa dirinya tidak dapat berbuat hal yang harusnya bisa dilakukan, yang akhirnya membuat pasien merasa tidak berharga. Penyakit AMI berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan penderitanya. Perubahan kondisi fisik, psikososial dan spiritual pada pasien AMI berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup baik pada pasien AMI, hal ini dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, kelamin laki-laki lebih banyak daripada jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin adalah salah

satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Perempuan mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan bertanggung jawab untuk tugas-tugas rumah tangga dibandingkan dengan laki-laki yang berdampak terhadap pemulihan kesehatan, hal ini sesuai dengan survey dimana perempuan lebih banyak memiliki masalah kesehatan setelah infark miokard seperti seringnya nyeri dada dibandingkan dengan laki-laki¹². Hal ini didukung oleh penelitian yang ditulis oleh¹³ menyatakan bahwa tingkat kekambuhan penyakit jantung pada perempuan jauh lebih tinggi dibandingkan laki-laki sehingga pasien jantung perempuan cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pasien jantung laki-laki.

Kualitas hidup sendiri dapat diartikan sebagai ukuran kebahagiaan yaitu merasa senang dengan aktivitas sehari-hari, menganggap hidupnya penuh arti dan menerima dengan tulus kondisi hidupnya, merasa telah berhasil mencapai cita-cita atau sebagian besar hidupnya, mempunyai citra diri yang positif, mempunyai sifat hidup yang optimistis dan suasana hati yang bahagia⁹. Tetapi dalam kaitannya dengan kesehatan, kualitas hidup diartikan sebagai konsep multidimensional meliputi fisik, emosional, dan sosial seseorang terhadap kesehatannya¹⁰. Penyakit AMI memberikan dampak gejala fisik dan psikoemosional, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup atau *Quality of Life (QOL)* secara umum terdiri dari sejumlah besar domain yang meliputi fungsi fisik,

psikologis (emosional) dan sosial. Meskipun pelayanan kesehatan selalu berfokus untuk mengatasi dan mencegah morbiditas dan mortalitas, namun saat ini sudah berkembang terhadap kekhawatiran terhadap dampak bahaya yang dapat mempengaruhi penderita dalam kehidupan sehari-hari¹⁴. Keadaan patologis adanya gangguan pada jantung seperti adanya arterosklerosis dan fungsi jantung secara tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup pasien tetapi sudah diawali saattimbulnya tanda dan gejala penyakit¹⁵. Tingginya angka kejadian rehospitalisasi dan mortalitas menyebabkan keterbatasan fungsional, sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien. Keterbatasan fungsional ini merujuk pada keterbatasan fisik, sosial, fungsi peran dan fungsi mental sebagai dampak dari penyakit AMI¹⁶.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh¹⁷ menyatakan bahwa Penyakit AMI memiliki dampak terhadap berbagai aspek kehidupan dari penderitanya, yang dalam hal ini mencakup kualitas hidup, baik ada domain fisik, emosional dan sosial. Secara domain fisik pasien merasakan nyeri dada, sesak, mudah lelah, mengalami gangguan pada kebutuhan seksual. Selain domain fisik kualitas hidup yang menurun pada penderita AMI adalah pada domain emosional berupa kesemasan, depresi, ketakutan kematian menyebabkan pasien AMI lebih sering terlihat emosinya meninggi¹⁸. Distres spiritual seperti takut mati yang dapat terjadi pada pasien kanker³, mungkin juga dialami oleh pasien AMI, karena penyakit ini merupakan penyakit akut dan

mengancam kehidupan pasien. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa stress, depresi, rendahnya dukungan sosial dan spiritual dapat meningkatkan perburukan kondisi penyakit pada pasien AMI¹⁹. Perubahan kondisi fisik, psikososial dan spiritual pada pasien AMI berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Penelitian yang menunjukkan hal tersebut seperti yang ditulis⁷ menjelaskan tentang efek negatif yang besar dari penderita yang penyakit jantung terhadap kualitas hidup penderitanya.

Kesimpulan

Kualitas hidup pasien AMI dengan rehabilitasi jantung fase 1 adalah baik. Dilihat dari ketiga domain fisik, emosional dan sosial juga dikategorikan baik.

Saran

Pasien AMI harus menjalani pengobatan dengan baik dan menjalani rehabilitasi jantung fase 1 dengan baik sehingga akan memperbaiki fungsi fisik yang akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien.

Bagi Rumah Sakit, Manajemen Rumah Sakit dapat memprogramkan pelaksanaan aktivitas rehabilitasi jantung fase 1 pada pasien gangguan kardiovaskuler yang tertuang dalam SOP atau protap rumah sakit. Dokter penanggungjawab pasien AMI dan perawat melaksanakan meningkatkan mutu dan pengembangan program rehabilitasi jantung fase 1 di Rumah Sakit yang ditujukan pada pasien gangguan kardiovaskuler sehingga

pasien AMI dapat meningkatkan kualitas hidup.

Bagi peneliti selanjutnya Perlu adanya kepedulian kita sebagai seorang perawat mengupayakan pemberian asuhan keperawatan yang baik dengan melakukan penelitian-penelitian dalam kasus gawat darurat salah satunya pada pasien AMI.

DaftarPustaka

1. Rosidawati, I., Ibrahim, K., & Nuraeni, A. (2015). *Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Arteri Koroner (BPAK) di RSUP DR Hasan Sadikin Bandung*. Universitas Padjadjaran. Bandung.
2. Gustad, L. T., Laugsand, L. E., Janszky, I., Dalen, H., & Bjerkeset, O. (2014). Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. *European Heart Journal*, 35(21), 1394–403. Diakses 31 Agustus 2017 dari <http://doi.org/10.1093/eurheartj/eh387>.
3. Mako, C., Galek, K., & Poppito, S. R. (2006). Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1106–1113. Diakses 31 Agustus 2017 dari <http://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1106>.
4. Kim dan Kwon, (2007). Comfort and Quality of Life of Cancer Patients (Original Article).

- Journal Asian Nursing Research*, September 2007. Vol 1, No 2.
5. Cherrington, Et Al., (2004). Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On In-Hospital Recovery. *American Journal of Critical Care*, March 2004, Volume 13, No. 2.
 6. Alan, (2014). *Heart Disease and Stroke Statistics*. Diakses 4 Oktober 2015 dari <http://circ.ahajournals.org/content>
 7. Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C., dan Mosca, L. (2007). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(3), 363–73. Diakses 31 Agustus 2017 dari <http://doi.org/10.1007/s11136-006-9135-7>.
 8. Failde, I. I., & Soto, M. M. (2006). Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health*, 6, 18. Diakes 31 Agustus 2017 dari <http://doi.org/10.1186/1471-2458-6-18>.
 9. Fauziah. (2010). Quality Of Life Of Acute Coronary Syndrom. *Journal of Southern Arricultural Education Research*, 51 (1).
 10. Sevinc, Sibel and Aisyie D. (2010). Cardiac Risk Factors and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical Nursing* 19;1315-1325.
 11. Mertha, I. N. (2010). *Pengaruh Latihan Aktifitas Rehabilitasi Jantung Fase I Terhadap Efikasi Diri dan Kecemasan Pasien PJK di RSUP Sanglah Denpasar*. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta.
 12. Kristofferzon, M. L. (2005). Coping, Social Support and Quality of Life Over Time After Myocardial Infarction. *Journal of Advanced Nursing* 52(2): 113-114.
 13. Hamzah, Rori (2016). *Hubungan Usia dan Jenis Kelamin Dengan Kualitas Hidup pada Penderita Gagal Jantung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi. Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
 14. Silva, I.A. (2011). Nursing Mother’s Perception About Their Quality of Life. *Rev Esc Enferm USP*.
 15. Kaawoan AY. (2012). *Hubungan self care dan depresi dengan kualitas hidup pasien heart failure di RSUP Kandou Manado*. Tesis. Universitas Indonesia. Depok.
 16. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, & Furze G. (2005). Quality of life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective. *Eur J Heart Fail*.
 17. Rosidawati, I., Ibrahim, K., & Nuraeni, A. (2015). *Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Arteri Koroner (BPAK) di RSUP DR Hasan Sadikin Bandung*. Tesis. Universitas Padjadjaran. Bandung.

18. Gustad, L. T., Laugsand, L. E., Janszky, I., Dalen, H., & Bjerkeset, O. (2014). Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. *European Heart Journal*.
19. Davidson, K. W., Bigger, J. T., Burg, M. M., Carney, R. M., Chaplin, W. F., & Czajkowski, S., M, G. (2013). Centralized, Stepped, Patient Preference–Based Treatment for Patients with Post Acute Coronary Syndrome Depression. *JAMA Internal Medicine*.