

## ***Emotional Freedom Techniques dan Tingkat Kecemasan Pasien yang akan Menjalani Percutaneous Coronary Intervention***

**Weni Widya Shari<sup>1</sup>, Suryani<sup>2</sup>, Etika Emaliyawati**

<sup>1</sup>PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, <sup>2</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

*E-mail: when2\_ners@ymail.com*

### **Abstrak**

Kecemasan yang terjadi pada pasien yang akan dilakukan *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) dapat memperparah kondisi penyakit, memengaruhi status hemodinamik, gangguan imunitas dan gangguan metabolisme yang mengakibatkan suplai oksigen dan perfusi jaringan semakin terganggu. *Emotional Freedom Techniques* (EFT) merupakan salah satu intervensi pilihan, karena berdasarkan beberapa literatur, EFT dapat menurunkan kecemasan, mengatasi kecemasan langsung di bagian korteks serebri serta mengatasi kecemasan berdasarkan akar permasalahannya. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi pengaruh intervensi EFT terhadap tingkat kecemasan pasien yang akan menjalani PCI di RS. X. Peneliti menggunakan metode *quasi experimental* dengan rancangan *one group pretest dan posttest*. Jumlah sampel 30 orang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Kelompok intervensi diberikan EFT selama 15 menit. Sebelum dan sesudah intervensi diukur tingkat kecemasannya dengan menggunakan kuesioner *state trait anxiety inventory* (STAI-S). Data dianalisis dengan *uji t*. Hasil menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi EFT ( $p < 0.05$ ) dan terdapat perbedaan yang bermakna intensitas kecemasan sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kontrol ( $p < 0.05$ ). Kesimpulan penelitian yaitu EFT dapat menurunkan tingkat kecemasan pada pasien yang akan menjalani PCI. Penggunaan EFT dalam mengatasi kecemasan pasien di ranah kritis merupakan sesuatu yang perlu dipertimbangkan karena berdasarkan bukti empiris, memberikan manfaat, menggunakan teknik yang sederhana, mudah digunakan oleh siapapun, serta tanpa efek samping.

**Kata kunci:** *Emotional Freedom Techniques*, kecemasan, komplementer, Intervensi Koroner Perkutan.

## **Emotional Freedom Techniques and Anxiety Level of Patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention**

### **Abstract**

Anxiety that happen before Percutaneous Coronary Intervention (PCI) can aggravate the condition of disease, affecting hemodynamic status, immune disorders and metabolic disorders that result in tissue perfusion and oxygen supply disruption, if. Emotional Freedom Techniques (EFT) is one of the preferred interventions, because based on some literature, EFT can reduce anxiety, overcoming anxiety directly on the cerebral cortex and also address the root causes of anxiety based. The objective of research to determine the effect of EFT intervention on level anxiety of patients undergoing PCI in Hospital X. The research using quasi experimental method to design one group pretest and posttest. 30 people were divided into intervention and control groups by using a consecutive sampling technique. The intervention group received EFT for 15 minutes. Anxiety level is measured before and after intervention using State Trait Anxiety Inventory questionnaire (STAI-S). Data were analyzed by t test. The result showed there were significant differences between anxiety levels before and after the EFT intervention ( $p < 0.05$ ) and significant difference intensity of anxiety after intervention between intervention and control groups ( $p < 0.05$ ). The Conclusion of research is EFT can reduce anxiety levels on patients undergoing PCI. EFT is something that needs to be considered as based on empirical evidence, provide benefits, easy and without side effects.

**Key words:** Emotional Freedom Techniques, anxiety, complementary, Percutaneous Coronary Intervention.

## Pendahuluan

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyebab utama dari angka kematian di Indonesia, yakni sebesar 26,4% (Depkes, 2006). Hal ini juga sesuai dengan pendapat Trotter, Gallagher dan Donoghue (2011), yang menyatakan bahwa PJK merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas utama serta memengaruhi kualitas hidup pasien. Salah satu penatalaksanaan PJK adalah dengan *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI). Alat PCI berfungsi untuk memperbaiki penyempitan dan sumbatan pada pembuluh darah koroner di jantung, yang dilakukan dengan cara balonisasi dan atau pemasangan ring (*stent*) (TIMUPFDI-INB PJNHK, 2010). Di Kanada, pelaksanaan PCI meningkat 36% dari tahun 1994 sampai dengan 2001 (Hearth & Stroke Foundation, 2003). Di Indonesia, pelaksanaan PCI juga semakin meningkat, pada tahun 2013 tercatat sebanyak 469 orang yang menjalani PCI di Rumah Sakit X.

Penerapan alat PCI dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang dan menurunkan risiko kekambuhan (Jamal, Shrive, Ghali, Knudtson, & Eisenberg, 2003) serta dapat menurunkan kejadian infark, vaskularisasi menjadi membaik, dan komplikasi perdarahan menjadi berkurang (Patel, Kim, Karajgikar, Kodali, Kaplish, Lee, dkk., 2010). Namun demikian, beberapa pasien menyatakan cemas dengan prosedur ini. Menurut Trotter, dkk. (2011) sekitar 24%–72% pasien yang akan dilakukan PCI mengalami kecemasan. Kecemasan yang terjadi meliputi perasaan takut, tegang atau panik, serta harapan bahwa sesuatu yang tidak menyenangkan akan terjadi. Kondisi kecemasan ini harus segera diatasi, karena dapat memperberat penyakit yang diderita, memengaruhi status hemodinamik, gangguan imunitas tubuh dan gangguan metabolisme yang mengakibatkan suplai darah dan perfusi jaringan terganggu, padahal suplai oksigen ke jantung mungkin sudah berkurang. Dengan demikian, penyembuhan pasien akan terhambat sehingga lama rawat menjadi lama (Sole, Klein & Moseley, 2012). Selain itu, kecemasan akan menimbulkan komplikasi berupa infark berulang, iskemia berkepanjangan, fibrilasi ventrikel, takikardi ventrikel, aritmia bahkan kematian (Halm,

2009; Ruz, Lennie & Moser, 2011).

Intervensi untuk mengatasi kecemasan pasien harus dilakukan secara terintegrasi yaitu meliputi farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan terapi yang dilakukan secara terintegrasi dapat menjadi lebih efektif dalam mengatasi kecemasan (Huffman, dkk., 2011). Vural, Acer dan Akbar (2008) menyatakan penatalaksanaan terapi yang tidak terintegrasi dapat menyebabkan serangan berulang, perawatan yang lebih lama, meningkatkan kecemasan, ketakutan sampai depresi berat. Perawat sebagai tenaga kesehatan, berperan untuk mengatasi kecemasan pada pasien PCI, salah satu caranya dengan intervensi non farmakologis.

Intervensi terapi non farmakologis yang paling banyak digunakan di rumah sakit untuk menurunkan kecemasan adalah *emotional freedom techniques* (EFT) (Craig, 2011; Salas, Brooks, & Rowe, 2011). EFT adalah terapi komplementer yang dikembangkan oleh Gary Craig untuk manajemen stres dan kecemasan (Salas, dkk., 2011). EFT merupakan tindakan *non invasive* yang menggunakan *tapping* di 16 titik di jalur energi meridian tubuh, yang akan mengirimkan sinyal peredam ketakutan langsung ke bagian amigdala (Iskandar, 2010; Zainuddin, 2013).

Beberapa penelitian menyatakan bahwa EFT efektif sebagai terapi perilaku kognitif yang dapat mengurangi gejala kecemasan (Church & Mahron, 2013). Intervensi EFT dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan psikologis berupa fobia, gangguan kecemasan dan stres prajanjian serta pasien dengan gangguan fisik, yakni pada pasien nyeri akibat *fibromyalgia* dan cedera kepala. Penelitian Benor, Ledger, Toussaint, Hett, dan Zaccaro (2009) menunjukkan bahwa EFT dapat menurunkan kadar kortisol saliva yang berperan saat terjadinya stres, salah satunya kecemasan (Church, Yount & Brooks, 2012). Intervensi EFT memenuhi aspek safety karena teknik ini dilakukan secara *non-invasive* dan tidak menggunakan jarum, bahan kimia atau prosedur pembedahan.

Berdasarkan data yang terdapat di ruang rekam medis di RS. X, jumlah pasien yang menjalani prosedur PCI pada bulan Januari sampai bulan Desember 2013 sebanyak 469 pasien. Hasil wawancara pada dua orang

pasien menunjukkan bahwa pasien mengalami kecemasan terhadap suatu tindakan yang akan dilakukan pada dirinya serta kesembuhan penyakitnya. Pasien mengatakan jantungnya sering terasa berdebar, gelisah, bingung dan khawatir atas kondisinya setelah dilakukan PCI. Perawat di ruangan tersebut biasanya memberikan pendidikan kesehatan berupa informasi mengenai prosedur pada semua pasien yang akan menjalani PCI. Akan tetapi, informasi tersebut diberikan tanpa mengkaji secara mendalam sumber dari kecemasan pasien. Menurut Zarren dan Eimer (2002), walaupun alam sadar manusia (*conscious*) menerima informasi tersebut, namun jika alam bawah sadar manusia (*unconscious*) dalam kondisi menolak informasi, maka mereka tidak bisa menerima informasi tersebut. Hal ini terjadi karena hal tersebut dapat menyebabkan konflik antara keinginan alam sadar dan alam bawah sadar untuk mengubah dan mengontrol perilaku. Konflik ini menghasilkan stres dan ketidaknyamanan pada seseorang. Selain itu, dalam kondisi cemas, manusia pun tidak dapat mengolah informasi yang ada karena kecemasan sebagai salah satu faktor penghambat dalam belajar yang dapat mengganggu kinerja fungsi-fungsi kognitif seseorang, seperti kesulitan dalam berkonsentrasi, kesulitan mengingat, kesulitan dalam pembentukan konsep, dan kesulitan untuk memecahkan masalah (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Terapi *emotional freedom techniques* (EFT) dapat mengatasi masalah kecemasan seseorang berdasarkan akar permasalahan utamanya melalui proses *set up* yang akan dilakukan serta dapat memengaruhi alam bawah sadar manusia dengan cara menyugesti diri sendiri. Sumber kecemasan tersebut itulah yang akan dijadikan kalimat afirmasi pada saat melakukan *tapping*. Dalam EFT juga terdapat unsur teknik *eye movement desensitization repatterning* (EMDR) melalui *nine gamut procedure* (gerakan mata) untuk mengendalikan emosi kecemasan. Teknik ini untuk merangsang keseimbangan otak kiri dan otak kanan (Iskandar, 2010; Zainuddin, 2013). Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang pengaruh intervensi EFT terhadap tingkat

kecemasan pasien yang akan menjalani PCI di RS. X.

### Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperimental, dengan desain *pre* dan *post test* dengan grup kontrol. Tujuan penelitian ini untuk mengukur pengaruh intervensi EFT terhadap tingkat kecemasan pada pasien yang akan menjalani prosedur *percutaneous coronary intervention* (PCI) di RS. X.

Kelompok intervensi pada penelitian ini adalah pasien yang akan menjalani prosedur PCI yang sedang mengalami kecemasan dan mendapatkan intervensi EFT selama 15 menit. Sedangkan kelompok kontrol mendapatkan terapi standar dari ruangan berupa informasi kesehatan. Saat satu jam sebelum menjalani PCI, pasien diukur terlebih dahulu tingkat kecemasannya dan segera dilakukan kembali pengukuran tingkat kecemasan pada pasien sesudah mendapatkan tindakan, baik pada kelompok intervensi maupun kontrol. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu menggunakan teknik *non probability sampling* dan metode *consecutive sampling*. Sampel pada penelitian adalah seluruh pasien yang akan menjalani prosedur PCI di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia ikut serta dalam penelitian dengan mengisi *informed consent*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 15 sampel sebagai kelompok kontrol dan 15 sampel sebagai kelompok intervensi.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah untuk mengukur kecemasan yaitu *state trait anxiety inventory-state* (STAI-S). Instrumen ini disusun oleh Spielberger, Gorsuch, and Lushene pada tahun 1964 dan telah distandarisasi (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; McDowell, 2006). STAI sudah diadaptasi kedalam 40 bahasa atau lebih untuk berbagai macam studi di bidang penelitian kesehatan (McDowell, 2006). STAI juga sudah digunakan pada berbagai pasien medis, bedah, *neuro psychiatric*, siswa, orang dewasa di komunitas, personil militer, dan bahkan narapidana (Spielberger, dkk., 1970; McDowell, 2006). Penelitian Trotter, dkk., 2011; McDowell, 2006; Tluczek,

Henriques, dan Brown, 2009 menunjukkan instrumen STAI *valid* dan *reliabel* dalam menilai kecemasan. Instrumen ini juga sudah digunakan untuk mengukur kecemasan pada pasien jantung (Rudini, 2013).

### Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang didapatkan di dalam penelitian ini yaitu yang pertama adalah distribusi frekuensi responden dan uji beda pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu pada kelompok intervensi sejumlah delapan orang (53,3%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 13 orang (86,7%). Berdasarkan usia, sebagian besar responden berusia antara 56–65 tahun yaitu pada kelompok intervensi sejumlah enam orang (40,0%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berusia antara 45–55 tahun yaitu tujuh orang (46,7%). Pada karakteristik pendidikan didapatkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan sekolah menengah atas (SMA) atau sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTA) yaitu pada kelompok intervensi delapan orang (53,3%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan diploma atau lebih tinggi lagi yaitu delapan orang (53,3%).

Karakteristik pekerjaan didapatkan data bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu pada kelompok intervensi enam (40,0%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar bekerja sebagai pegawai negeri sipil (PNS) atau tentara negara Indonesia (TNI) atau polisi Republik Indonesia (Polri) yaitu enam orang (40,0%). Pada karakteristik sumber kecemasan, sebagian besar responden mengatakan bahwa cemas karena komplikasi penyakit yaitu pada kelompok intervensi lima (33,3%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar mengatakan cemas karena ancaman kematian yaitu sejumlah empat orang (26,7%), sedangkan pada karakteristik tingkat kecemasan seseorang, sebagian besar responden mengalami tingkat kecemasan sedang baik kontrol maupun intervensi, yaitu 12 orang (80,0%) pada kelompok intervensi dan 13 orang (87,3%) pada kelompok kontrol.

Hasil uji beda pada semua karakteristik responden pada tabel 1 tersebut didapatkan nilai  $p > 0.05$ , artinya tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara karakteristik kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil yang kedua yang didapatkan pada penelitian ini adalah mengenai uji normalitas tingkat kecemasan seseorang sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok Intervensi. Hal ini ditunjukkan pada tabel 2, tabel ini menunjukkan hasil uji normalitas dengan menggunakan uji *shapiro wilk*. Hasil uji normalitas menunjukkan

**Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden dan Uji Beda Karakteristik Responden pada Kelompok Intervensi (n=15) dan Kelompok Kontrol (n=15)**

Karakteristik	Kelompok		X <sup>2</sup>	Nilai <i>p</i>
	Intervensi Frekuensi (%)	Kontrol Frekuensi (%)		
<b>Jenis Kelamin</b>			3,750	0.53
Laki-laki	7 (46,7)	13 (86,7)		
Perempuan	8 (53,3)	2 (13,3)		
<b>Usia (tahun)</b>			1,409	0.49
45-55	4 (26,7)	7(46,7)		
56-65	6 (40,0)	5 (33,3)		
66-78	5 (33,3)	3 (20,0)		
<b>Pendidikan</b>			4,359	0.36
Tidak sekolah	0 (0,0)	1 (6,7)		
SD	1 (6,7)	0 (0,0)		
SMP	2 (13,3)	1 (6,7)		

Karakteristik	Kelompok		X <sup>2</sup>	Nilai <i>p</i>
	Intervensi Frekuensi (%)	Kontrol Frekuensi (%)		
SMA/SLTA	8 (53,3)	5 (33,3)		
Diploma/lebih Tinggi	4 (26,7)	8 (53,3)		
<b>Pekerjaan</b>			7,738	0.10
Tidak Bekerja	6 (40.0)	1 (6,7)		
Pensiunan	3 (20.0)	5 (33,3)		
Swasta	4 (26,7)	2 (13,3)		
PNS/TNI/Polri	2 (13,3)	6 (40.0)		
Petani	0 (0.0)	1 (6,7)		
<b>Sumber Kecemasan</b>			1,643	0.89
Pengalaman nyeri	3 (20.0)	3 (20.0)		
Lingkungan RS	0 (0.0)	1 (6,7)		
Ancaman kematian	3 (20.0)	4 (26,7)		
Perubahan konsep diri	1 (6,7)	1 (6,7)		
Tidak tahu prosedur	3 (20.0)	3 (20.0)		
Komplikasi penyakit	5 (33,3)	3 (20.0)		

nilai *p* yaitu tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi  $p > 0.05$ , yang berarti bahwa data rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berdistribusi normal, sehingga uji statistik yang tepat untuk dilakukan adalah dengan menggunakan statistik parametrik yaitu uji *t*.

Hasil yang ketiga adalah mengenai perbedaan rerata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol. Pada tabel 3 didapatkan nilai  $p < 0.05$ , yang berarti terdapat perbedaan rerata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol. Interpretasi nilai CI 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini pengurangan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah antara 3,18 sampai 7,22.

Hasil yang keempat adalah perbedaan rerata tingkat kecemasan antara sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi. Hasil ini dapat dilihat pada tabel 4. Tabel 4 didapatkan nilai  $p < 0.05$ , yang berarti bahwa terdapat perbedaan rerata tingkat kecemasan antara sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi. Interpretasi nilai CI 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini selisih tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi EFT didapatkan nilai sebesar 15,94 sampai 24,19.

Hasil yang kelima pada penelitian ini adalah perbedaan rerata tingkat kecemasan sebelum intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Hal ini ditunjukkan pada tabel 5. Tabel 5 menunjukkan nilai  $p > 0.05$ , yang berarti bahwa nilai varian data dari kedua kelompok sebelum intervensi

**Tabel 2 Hasil Uji Normalitas Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Skala Pengukuran	Waktu	Kelompok	Rerata	SD	Nilai <i>p</i>
Kecemasan	Sebelum	Kontrol	49,00	6,59	0.16
		Intervensi	49,93	7,17	0.31
	Sesudah	Kontrol	43,80	7,74	0.13
		Intervensi	29,86	4,43	0.66

**Tabel 3 Perbedaan Rerata Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol**

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SD	p	CI 95%
Kecemasan	Sebelum	49,0000	6,89	0.000	3,18-7,22
	Sesudah	43,8000	7,75		

adalah sama, sehingga hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna. Interpretasi nilai CI 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa selisih tingkat kecemasan sebelum intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi adalah sebesar 4,22 sampai dengan 6,09.

Hasil yang keenam adalah mengenai perbedaan rerata tingkat kecemasan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Tabel 6 menunjukkan bahwa nilai  $p < 0.05$ . Hasil tersebut berarti bahwa nilai varian data kedua kelompok setelah dilakukan intervensi hasilnya tidak sama sehingga ada perbedaan yang bermakna. Interpretasi nilai IK 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini selisih tingkat kecemasan setelah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi adalah antara 22,60 sampai dengan 13,94.

### Pembahasan

Hasil penelitian ini mengenai karakteristik berdasarkan jenis kelamin dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih banyak menderita PJK dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Astin, Jones, Thompson, dan David (2005) bahwa dari total 117 pasien PTCA atau PCI yang akan diukur tingkat kecemasan dan depresinya sebanyak 88 orang (75%) adalah laki-laki dan 29 orang (25%) adalah perempuan. Hasil penelitian lain juga menggambarkan bahwa sebanyak 80 orang (80%) dari 100 orang yang akan menjalani PCI adalah berjenis kelamin laki-laki (Trotter, dkk., 2011).

Penelitian *American Heart Association* (AHA, 2008) menyatakan bahwa seseorang dengan jenis kelamin laki-laki mempunyai risiko lebih besar menderita penyakit jantung dibandingkan dengan seseorang yang berjenis kelamin perempuan serta mengalami serangan jantung lebih awal dari kehidupannya. Selain itu, penyakit jantung koroner lebih sering menyerang laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Jenis kelamin laki-laki memiliki faktor risiko yang lebih besar. Gaya hidup laki-laki menjadi faktor presipitasi seperti kebiasaan merokok, budaya dalam meminum alkohol, serta mengonsumsi makanan tinggi lemak (Corwin, 2009).

Karakteristik kecemasan responden dan sumber kecemasan responden didapatkan bahwa tingkat kecemasan yang dialami responden yaitu bahwa sebagian besar responden baik kelompok kontrol sebesar 87,13% maupun intervensi sebesar 80,0% mengalami tingkat kecemasan sedang. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Ikram (2012) yang menyebutkan bahwa sebanyak 70–80% pasien jantung mengalami kecemasan pada fase akut dan tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani PCI berada pada tingkat kecemasan ringan sampai sedang.

Saat penelitian ini berlangsung, peneliti mengamati tentang reaksi fisiologis, kognitif, dan afektif yang terjadi pada responden. Beberapa pasien saat dipegang tubuhnya teraba dingin, wajah menjadi terlihat tegang, pasien menjadi mudah tersinggung, dan sering beberapa kali pasien ke kamar mandi karena ingin buang air kecil (BAK). Pada saat diukur tingkat kecemasan, responden termasuk kategori cemas berat. Respon tersebut merupakan respon tubuh terhadap

**Tabel 4 Perbedaan Rerata Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Intervensi**

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SD	p	CI 95%
Kecemasan	Sebelum	49,93	7,18	0.000	15,94-24,19
	Sesudah	29,87	4,44		

**Tabel 5 Perbedaan Rerata Tingkat Kecemasan Sebelum Intervensi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SD	<i>p</i>	Perbedaan Rerata (CI 95%)
Kecemasan	Kontrol	49,93	7,18	0.586	0.93 (4,22-6,09)
	Intervensi	49,00	6,59		

adanya rasa cemas terhadap sesuatu. Hal ini sesuai dengan pendapat dari penelitian Stuart and Suden (2006) yang menyatakan bahwa reaksi fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan diantaranya adalah jantung terasa berdebar, nafas cepat, dangkal dan pendek, gelisah, wajah pucat, tegang, tremor, bingung, tidak bisa menahan kencing, ketakutan serta pasien dapat sampai melarikan diri.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar kelompok intervensi mengatakan bahwa cemas yang dirasakan karena komplikasi penyakit, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar mengatakan merasa cemas karena ancaman kematian. Hal ini sejalan dengan teori Galagher, Trotter dan Donoghue (2010) dan Ruz, dkk., (2011) bahwa sumber kecemasan klien PJK yang akan menjalani prosedur PCI bisa disebabkan oleh banyak faktor antara lain cemas terhadap perubahan lingkungan rumah sakit, pengalaman rasa nyeri, tidak mengetahui prosedur yang akan dilaksanakan, perubahan konsep diri, cemas tentang kondisi tubuh responden akibat dari komplikasi penyakit, cemas terhadap hasil akhir dari prosedur PCI, serta cemas karena ancaman kematian.

Perbedaan antara rerata tingkat kecemasan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan nilai  $p < 0.05$ . Hasil tersebut diartikan bahwa varian data kedua kelompok setelah intervensi tidak sama sehingga ada perbedaan yang bermakna. Hal ini menunjukkan ada

pengaruh intervensi EFT terhadap penurunan kecemasan pada pasien yang akan menjalani PCI. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi EFT tetapi hanya mendapatkan terapi standar dari ruangan, berupa informasi kesehatan juga mengalami penurunan tingkat kecemasan. Perbedaan selisih tingkat kecemasan antara sebelum dan sesudah intervensi EFT standar ruangan yaitu sebesar 3,17–7,22, hal ini tidak sebesar penurunan yang terjadi pada kelompok yang mendapatkan terapi EFT yaitu didapatkan sebesar 15,94–24,19. Hasil dari estimasi CI diartikan bahwa dari tingkat kepercayaan 95% diyakini rata-rata penurunan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol diantara 3,17 sampai dengan 7,22 sedangkan pada kelompok intervensi rata-rata penurunan tingkat kecemasannya antara 15,94 sampai 24,19.

Pengurangan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol yang tidak sebesar pada kelompok intervensi ini terjadi karena sejalan dengan teori yang dinyatakan oleh Zarren dan Eimer (2002), walaupun alam bawah sadar manusia (*conscious*) menerima informasi mengenai kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan, hal ini tidak menurunkan secara signifikan tingkat kecemasan. Hal ini disebabkan karena dalam kondisi cemas, manusia tidak bisa mengolah informasi yang ada serta mengalami gangguan informasi dan daya ingat (Hawari, 2004). Pengalaman kecemasan memiliki dua komponen yaitu kesadaran akan sensasi fisiologis (seperti

**Tabel 6 Perbedaan Rerata Tingkat Kecemasan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SD	<i>p</i>	Perbedaan Rerata (CI 95%)
Kecemasan	Kontrol	25,60	2,19	0.02	18,20 (22,60-13,94)
	Intervensi	43,80	7,75		

palpitasi dan berkeringat) serta kesadaran bahwa merasa gugup atau ketakutan. Selain pengaruh viseral dan motorik, kecemasan dapat juga memengaruhi pikiran, persepsi, dan pembelajaran. Kecemasan cenderung dapat menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi pada responden, tidak hanya persepsi waktu dan ruang tetapi juga orang dan arti peristiwa. Distorsi ini juga dapat mengganggu proses pembelajaran seseorang, yaitu dengan menurunkan konsentrasi pasien, mengurangi daya ingat, dan mengganggu kemampuan dalam menghubungkan satu hal dengan hal lainnya yaitu membuat asosiasi (Sadock & Sadock, 2010).

Penelitian oleh Spielberger, Gorsuch, dan Lushene (1970) juga menyatakan bahwa kecemasan merupakan salah satu faktor penghambat dalam proses belajar seseorang yang dapat mengganggu kinerja fungsi-fungsi kognitif seseorang, seperti kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam mengingat, kesulitan pembentukan konsep, dan kesulitan dalam pemecahan masalah. Selain itu, pada penelitian Zaren dan Eimer (2002) juga mengungkapkan bahwa jika alam bawah sadar manusia (*unconscious*) dalam kondisi menolak informasi, maka mereka tidak bisa menerima informasi tersebut. Hal ini terjadi karena hal tersebut menyebabkan konflik antara keinginan alam sadar dan alam bawah sadar untuk mengubah dan mengontrol perilaku. Konflik ini menghasilkan stres dan ketidaknyamanan, sehingga menjadi faktor penghambat dalam pengolahan informasi.

Hasil uji mengenai perbedaan rerata tingkat kecemasan sebelum intervensi EFT pada kelompok intervensi didapatkan bahwa nilai  $p < 0.05$ . Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi EFT pada kelompok intervensi. Dengan tingkat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa selisih pengurangan tingkat kecemasan responden antara sebelum dan sesudah intervensi EFT yaitu antara nilai 15,94 sampai 24,19.

Pembahasan sebelumnya menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat kecemasan responden setelah intervensi EFT. Rata-rata pasien yang mengalami tingkat kecemasan sedang-berat dapat menurun menjadi ringan setelah diberikan intervensi EFT. Penurunan

tingkat kecemasan ini terjadi karena pengaruh dari paduan unsur teknik yang terdapat pada EFT.

Ranah keperawatan kritis mendefinisikan cemas merupakan suatu gejala psikologi yang dialami pasien dalam keadaan sadar. Gejala cemas ini sering sulit dikaji karena banyak pasien kritis tidak bisa mengomunikasikan perasaan mereka secara adekuat. Selain itu, kondisi fisik yang terjadi serta adanya nafas buatan juga menjadi alasan tidak bisa mengomunikasikan perasaan mereka (Potter, & Perry, 2005). Ketika rasa cemas pasien dapat diidentifikasi, maka tujuan terapi akan jelas.

Intervensi EFT memiliki paduan unsur teknik diantaranya adalah teknik *neuro linguistic program* (NLP), *psychoanalisa*, dan *hypnosis* yang dilakukan pada saat proses terapi. Teknik tersebut dapat membantu mengidentifikasi terhadap adanya kecemasan serta dapat mengatasi kecemasan yang terjadi pada pasien berdasarkan pada akar permasalahan utamanya melalui proses *set up* yang dilakukan. Sumber kecemasan tersebut itulah yang akan dijadikan kalimat afirmasi pada saat melakukan *tapping*.

Teknik NLP, *psychoanalisa*, dan *hypnosis* yang terdapat pada EFT ini menerapkan prinsip komunikasi terapeutik yang ada pada keperawatan. Terapi EFT ini menggunakan pendekatan teknik komunikasi terapeutik pada tahap persiapan dengan cara membina hubungan saling percaya dan hubungan saling menghormati, sehingga masalah dan sumber kecemasan pasien tersebut dapat diidentifikasi. Teknik ini dapat menguntungkan perawat di ranah kritis karena kecemasan sering tidak muncul di gejala fisik pada pasien kritis serta pengkajian dan evaluasi klinis yang dilakukan oleh perawat di ranah kritis masih berdasarkan indikator perilaku dan fisiologis (Trotter, dkk., 2011). Pengkajian kecemasan seharusnya masuk ke dalam komponen tindakan yang harus dilakukan oleh perawat di ranah kritis khususnya pada pasien yang akan menjalani PCI. Pengkajian kecemasan memungkinkan perawat untuk membantu dalam mengontrol kecemasan pasien, atau menyediakan tenaga untuk kesehatan mental dan manajemen stres (Trotter, dkk., 2011).

Teknik komunikasi terapeutik pada EFT

ini juga tidak hanya memberikan keuntungan bagi pasien tetapi juga bagi perawat karena dengan menerapkan komunikasi terapeutik, perawat akan menjadi lebih mudah menjalin hubungan saling percaya (*trust*) dengan klien sehingga akan menjadi lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan serta memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan. Hal ini juga dapat meningkatkan citra profesi perawat (Damaiyanti, 2010).

Hasil observasi di ruangan, penanganan pada pasien yang akan menjalani PCI belum mengintegrasikan semua aspek baik aspek fisik, aspek psikologi, aspek sosial maupun aspek spiritual dan masih difokuskan pada penanganan aspek fisik saja seperti pemberian obat dan tindakan invasif yang dilakukan oleh dokter. Penjelasan mengenai prosedur PCI juga belum dijelaskan secara optimal dan selama masa menunggu tindakan PCI pasien hanya ditampilkan video mengenai prosedur PCI yang ditayangkan secara berulang-ulang dan tanpa kehadiran perawat khusus untuk mengkaji permasalahan psikologis pasien tersebut. Hal ini dapat menyebabkan respon psikologi dapat cemas terus-menerus terjadi selama pasien menunggu prosedur PCI. Permasalahan ini terlihat dari hasil penelitian yang menggambarkan bahwa masih terdapat pasien yang menyatakan cemas karena tidak mengetahui prosedur PCI yaitu tiga orang sebanyak 20.0% pada kelompok kontrol, dan tiga orang sebanyak 20.0% pada kelompok intervensi. Penyakit yang tiba-tiba atau trauma merupakan ancaman homeostatis. Penatalaksanaan pada pasien jantung yang menitikberatkan hanya pada aspek medik saja tanpa melibatkan aspek lainnya sebagai dampak dari penyakitnya itu sendiri atau tindakan medis, maka hal itu dapat menyebabkan serangan berulang, perawatan yang lebih lama dan meningkatkan kecemasan, serta ketakutan sampai kondisi depresi berat (Vural, dkk., 2008).

Kehadiran perawat, sentuhan terapeutik, *supporting social*, dan konsep spiritual dengan mengajak pasien untuk pasrah dan ikhlas kepada Tuhan terhadap sakit yang diderita juga digunakan dalam tahapan intervensi EFT. Penerapan intervensi ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh

Morton dan Fontaine (2009) tentang asuhan keperawatan yang harus diterapkan di ranah kritis bahwa perawat di ranah keperawatan kritis harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif, tidak hanya mengatasi permasalahan fisik pasien saja. Asuhan keperawatan tersebut meliputi aspek bio, psikososial, dan spiritual yang dilakukan melalui tindakan promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Penelitian Morton dan Fontaine juga mengungkapkan bahwa aspek fisik dan psikologis saling berkaitan satu sama lain dan saling memengaruhi, sehingga apa yang terjadi dengan kondisi fisik manusia akan memengaruhi pula kondisi psikologisnya.

Terapi EFT mempunyai unsur teknik *eye movement desensitization repatterning* (EMDR) melalui *nine gamut procedure* (gerakan mata). Teknik tersebut bertujuan untuk mengendalikan emosi kecemasan, di dalam gerakan tersebut pasien diminta untuk memutar bola mata secara berlawanan dan searah jarum jam, bersenandung selama tiga detik dan berhitung dari satu sampai lima. Pada teknik psikoterapi kontemporer, gerakan ini mempunyai fungsi, yaitu untuk merangsang bagian otak tertentu serta dapat menyeimbangkan antara otak kanan dan kiri (Iskandar, 2010; Zainuddin, 2013).

Terapi EFT juga mempunyai teknik yang disebut *musclerelaxation*, yang merupakan salah satu intervensi yang bisa dipakai oleh perawat untuk mengatasi kecemasan pasien di ranah kritis (Chulay & Burns, 2006). Pada saat melakukan *tapping*, pasien dalam keadaan relaksasi. Dampak dari melakukan relaksasi tersebut adalah dapat menurunkan aktivitas saraf simpatis yang dapat menyebabkan irama pernapasan menjadi lambat, tekanan darah menjadi turun, sehingga dapat menurunkan konsumsi oksigen jantung (Halm, 2009). Keadaan relaksasi tersebut juga berpengaruh pada kondisi mental pasien serta menurunkan ketegangan otot-otot karena terjadi interaksi dari hormon psikoneuroendokrin dan dapat menurunkan produksi katekolamin, sehingga menimbulkan suasana yang nyaman dan menurunkan perasaan cemas (Halm, 2009; Haruyama, 2013). Efek relaksasi ini bisa diamati langsung pada respon pasien setelah mendapatkan intervensi EFT. Berdasarkan hasil observasi sebelum dilakukan intervensi

EFT, beberapa pasien terlihat tegang, gelisah, bingung dan sering ke kamar mandi bahkan ada yang sampai menitikkan airmata dan menangis saat dilakukan EFT. Namun pada saat dilakukan evaluasi setelah EFT, beberapa responden terlihat lebih tenang dan tampak tersenyum serta terlihat lebih lega.

Menurut teori perubahan hormon, peranan hormon endorfin pada sinaps sel-sel saraf dapat mengakibatkan penurunan sensasi nyeri serta gejala psikologis yaitu kecemasan (Haruyama, 2013). Hormon endorfin merupakan neurotransmitter yang menyerupai morfin yang dihasilkan oleh tubuh secara alami serta mempunyai reseptor pengikatan yang spesifik dalam sel otak (Rokade, 2011). Keberadaan hormon ini dapat meningkatkan fungsi kekebalan tubuh serta melindungi tubuh dari rasa cemas, hipertensi, depresi, dan serangan jantung karena mengurangi kerja sistem saraf simpatis (Haruyama, 2013; Rokade, 2011). Saat pasien distimulus untuk mencapai keadaan relaksasi, hormon endorfin ini berikatan dengan reseptor *opioid* di neuron yang menghambat pelepasan neurotransmitter dan pada akhirnya memblokir sinyal rasa sakit ke otak. Hal ini yang dapat menurunkan efek kecemasan pasien (Rokade, 2011).

Beberapa literatur yang telah didapatkan, menjelaskan bahwa produksi hormon endorfin yang terjadi pada proses EFT bisa dihasilkan dari efek relaksasi pasien yang ada dan juga *tapping* yang dilakukan pada pasien. Kedua hal di atas dapat memberikan kontribusi dalam pengeluaran hormon endorfin. Bouge, dkk., (2013) dan Karatzias, dkk., (2011) menyebutkan bahwa menstimulasi secara spesifik titik-titik akupuntur mempunyai pengaruh dalam pengeluaran  $\beta$ -endorphins.

Teori dasar terapi EFT mengungkapkan bahwa semua penyebab emosi negatif adalah karena adanya gangguan dalam sistem energi meridian tubuh (Iskandar, 2010; Church, 2011; Hartmann, 2002). Sehingga *tapping* yang dilakukan pada terapi EFT berfungsi untuk melancarkan aliran energi meridian tubuh.

Teknik *tapping* atau pemberian rangsangan yang dilakukan secara manual terhadap titik meridian pada tubuh mempunyai pengaruh dalam mengatur aktivitas pada sistem limbik dengan memproduksi *opioid*, *serotonine* dan

GABA dibagian amigdala serta memperbaiki regulasi kortisol. Terapi *neurochemical* yang dihasilkan tersebut mampu menurunkan nyeri, menurunkan *heart rate*, menurunkan kecemasan, memperbaiki *fight* atau *flight* atau *freeze response*, memperbaiki regulasi sistem saraf otonom dan memberikan perasaan yang nyaman (Lane, 2009; Karatzias, dkk., 2011; Bougea, dkk., 2013). Pengeluaran hormon inilah yang menekan produksi glukokortikoid sehingga hormon ini bisa membuat *tapping* yang dilakukan saat terapi EFT, sehingga dapat menurunkan kecemasan pasien.

Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa terapi EFT adalah terapi yang efektif untuk mengatasi kecemasan, depresi, dan gangguan psikologis lainnya (Feinstein, 2012). Menekan atau melakukan *tapping* pada titik-titik dengan akupuntur, hal ini efektif dalam mengobati berbagai gangguan kecemasan tertentu (Temple & Mollon, 2011; Darby & Hartung, 2012).

## Simpulan

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terapi EFT merupakan salah satu terapi komplementer yang bisa dijadikan sebagai salah satu intervensi keperawatan di ranah kritis untuk mengatasi kecemasan pasien yang akan menjalani PCI dengan tingkat sedang sampai berat. Pemilihan terapi ini cocok sebagai intervensi untuk mengatasi kecemasan pasien karena dari beberapa hasil penelitian terapi ini sudah dibuktikan secara empiris manfaat dan pengaruh positif, teknik yang sederhana, mudah digunakan oleh siapapun, tanpa efek samping penggunaannya, mengatasi kecemasan langsung di bagian korteks serebri serta mengatasi kecemasan dari akar permasalahannya. Diharapkan terapi EFT dapat dijadikan sebagai salah satu SOP di pelayanan rumah sakit untuk mengatasi kecemasan pasien yang akan menjalani terapi PCI, serta dijadikan salah satu materi ajar tentang terapi komplementer di pendidikan. Bagi penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian dengan jumlah responden yang lebih banyak, metode eksperimen yang digunakan adalah metode murni, yaitu dengan membandingkan

efektifitas terapi farmakologi dan terapi EFT serta mengendalikan seluruh variabel perancu dan waktu penelitian yang lebih lama.

### Daftar Pustaka

American Heart Association (AHA). (2008). *Heart disease and stroke statistics update*. Dallas: American Heart Association.

Astin, F., Jones, K., Thompson, David R. (2005). Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung, 34*(6):393–401. [www.heartandlung.org](http://www.heartandlung.org).

Benor, D. J., Ledger, K., Toussaint, L., Hett, G., & Zaccaro, D. (2009). Pilot study of emotional freedom techniques, wholistic hybrid derived from eye movement desensitization and reprocessing and emotional freedom technique and cognitive behavioral therapy for treatment of test anxiety in university students. *Explore: The Journal of Science and Healing, 5*(6), 338–340.

Bougea, A. M., Spandideas, N., Alexopoulos, E. C., Thomaidis, T., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2013). Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: A randomized controlled trial. *Explore: The Journal of Science and Healing, 9*(2), 91–99.

Chulay, M., & Burns, S. M. (2006). *American association of critical care nurses (AACN) essentials of critical care nursing* (1st ed.) USA: The McGraw Hill Companies.

Church, D., & Mahron S. (2013). *Clinical EFT handbook: A definitive resource for practitioners, scholar, clinicians and researchers*. USA Energy Psychology Press.

Church, D., Yount, G. & Brooks, A. (2012). The effect of emotional freedom technique (EFT) on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and*

*Mental Disease, 200*(10), 891–896.

Corwin, E. J. (2009). *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC.

Craig, G. (2011). *Emotional freedom technique: The manual*, (2nd ed.) Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.

Damaiyanti. (2010). *Komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan*. Bandung: PT Refika Aditama.

Darby, D., & Hartung, J. (2012). Thought field therapy for blood-injection-injury phobia: A pilot study. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, 4*(1), 25–32.

Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pharmaceutical care untuk pasien penyakit jantung koroner. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik*. Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Feinstein D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology, 16*(4):364-380. doi:10.1037/a0028602.

Frazier, S. K., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Blakely, W., Kim, K. A., & Garvin, B. J. (2002). Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: Reliance on physiological and behavioral parameters. *American Journal of Critical Care, 11*(1), 57–64.

Gallagher, R., Trotter, R., Donoghue, J. (2010). Pre procedural concerns and anxiety assesment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventionns. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*, 38–44.

Halm, M. A. (2009). Relaxation: A self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *American Journal of Critical Care, 18*(2), 169–172. doi: 10.4037/ajcc2009867.

Hartmann, S. (2002). *Adventures in EFT; foreward by garycraig*. All Rigth Reserved, Special Ebook Edition. <http://starfields.org>.

- Haruyama, S. (2013). *The miracle of endorphin: Sehat mudah dan praktis dengan hormon kebahagiaan*. Bandung: Mizan.
- Hawari, D. (2004). *Penyakit jantung Koroner: Dimensi psikoreligi*. Jakarta: FK UI.
- Hearth & Stroke Foundation. (2003). *The growing burden of hearth disease and stroke*. Canada: Solvay Pharma.
- Huffman. (2011). Impact of depression care management program for hospitalized cardiac patients. *Journal of the American Hearth Association*, 4, 198–205.
- Ikram. (2012). *Pengaruh health education terhadap tingkat kecemasan pada pasien yang akan menjalani percutaneous coronary interventions (PCI) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. (Tesis tidak dipublikasikan).
- Iskandar, E. (2010). *The miracle of touch: Panduan menerapkan keajaiban EFT (Emotional Freedom Techniques) untuk kesehatan, kesuksesan, dan kebahagiaan*. Bandung: Qanita.
- Jamal, S. M., Shrive, F. M., Ghali, W. A., Knudtson, M. L., Eisenberg, M. J. (2003). In hospital outcomes after percutaneous coronary intervention in Canada. *Canadian Journal Cardiology*, 19(7): 782–9.
- Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., & Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *Journal New Mental Disease*, 199(6), 372–378.
- Lane, J. R. (2009). The neurochemistry of counterconditioning: Acupressure desensitization in psychotherapy. *Energy Psychology*, 1(1), 31–44.
- McDowell, I. (2006). *The state-trait anxiety inventory* (C.H. Spielberger, 1968, 1977). Excerpt from Ian McDowell, "Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires". Copyright © Oxford University Press, New York, 2006.
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2009). *Critical care nursing: A holistic approach*, (9th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Patel, M. R., Smalling, R. W., Thiele, H., Barnhart, H. X., Zhou, Y., Chandra, P., ... & Ohman, E. M. (2011). Intra-aortic balloon counterpulsation and infarct size in patients with acute anterior myocardial infarction without shock: The CRISP AMI randomized trial. *JAMA*, 306(12), 1329–1337.
- Potter, A. G., & Perry. P. A. (2005). *Fundamental Of Nursing* (2nd ed.) Australia: Elsevier.
- Rokade, P. B. (2011). *Release of endomorphin hormone and its effects on our body and moods: A review*. International conference on chemical, biological, and environment sciences (ICCEBS'2011) Bangkok.
- Rudini, D. (2013). *Hubungan dukungan sosial dengan tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani prosedur intervensi koroner perkutan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. (Tesis tidak dipublikasikan).
- Ruz, M. E. A., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2011). Effect of  $\beta$ - blockers and anxiety on complication rates after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 20. 67–74.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Buku ajar psikiatri klinis. alih bahasa: Profitasari dkk*. Jakarta: EGC.
- Salas, M. M., Brooks, A., & Rowe, J. (2011). The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: A pilot study. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 7(3), 155–161.
- Sole, M. L., Klein, D. G., & Moseley, M. J.

- (2012). *Introduction to critical care nursing 6: Introduction to critical care nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual: For the state trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Florida: Consulting Psychologists Press Inc.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2006). *Buku saku keperawatan jiwa* (Edisi ke-5). Jakarta: EGC.
- Temple, G., & Mollon, P. (2011). Reducing anxiety in dental patients using EFT: A pilot study. *Energy psychology: Theory, Research & Treatment*, 3(2), 53–56.
- Tim UPF DI-INB PJNHK. (2010). *Diagnostik invasif dan intervensi non-bedah di Pusat Jantung Nasional Harapan Kita*. Diakses di <http://www.pjnhk.go.id>.
- Tluczek, A., Henriques, J. B., & Brown, R. L. (2009). Support for the reliability and validity of a six-item state anxiety scale derived from the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 17(1), 19.
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011) Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung*, 40(3), 185–192. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.05.054.
- Vural, M., Acer, M., & Akbar, B. (2008). The scores of hamilton, depression, anxiety, and panic agoraphobia rating scale in patients with acute coronary syndrome. *Anadolu Kardiyol Derg*, 8(1), 43–47.
- WHO. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Diakses dari [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf).
- Zainuddin, A. F. (2013). *Spiritual emotional freedom technique (SEFT) for healing, succes, happiness, greatness*, (Edisi Revisi Total). Jakarta: Afzan Publishing.
- Zarren, J. I., & Eimer, E. N. (2002). *Brief cognitive hypnosis: Facilitating the change of the functional behavior*. United States: Springer Publishing Company.