

## **Efek *Spiritual Emotional Freedom Technique* terhadap Cemas dan Depresi, Sindrom Koroner Akut**

**Derison Marsinova Bakara<sup>1</sup>, Kusman Ibrahim<sup>2</sup>, Aat Sriati<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Poltekkes Kemenkes Bengkulu, <sup>2</sup> Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

E-mail: derisonmarsinovab@yahoo.com

### **Abstrak**

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan penyakit jantung penyebab kematian. Gejala depresi, kecemasan, dan stres meningkat pada pasien SKA. Gejala ini dapat memengaruhi proses pengobatan dan penyembuhan serta menimbulkan komplikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh SEFT terhadap penurunan gejala depresi, kecemasan, dan stres pada pasien SKA yang dirawat di ruang rawat intensif jantung. Rancangan penelitian menggunakan quasi eksperimen, teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*, sebanyak 42 orang. Penetapan jumlah responden untuk kontrol dan kelompok intervensi menggunakan *number random trial*, sehingga ditetapkan kelompok intervensi berjumlah 19 responden dan untuk kelompok kontrol berjumlah 23 responden. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol diukur tingkat depresi, kecemasan, dan stres menggunakan kuesioner *The Depression Anxiety Stres Scales 21* (DASS 21) kemudian pada kelompok intervensi diberikan intervensi SEFT satu kali selama 15 menit dan diukur kembali tingkat depresi, kecemasan, dan stres pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data dianalisis dengan Wilcoxon dan Mann Whitney. Hasil menunjukkan perbedaan yang bermakna antara tingkat depresi, kecemasan, dan stres sebelum dan sesudah intervensi SEFT antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p < 0.05$ ). Intervensi SEFT membantu menurunkan depresi, kecemasan, dan stres pada pasien SKA.

**Kata kunci:** Depresi, intervensi SEFT, kecemasan, stres

## **Effect of Spiritual Emotional Freedom Technique on Anxiety and Depresseion in Patients with Acute Coronary Syndrome**

### **Abstract**

Acute coronary syndrome (ACS) is a cause of heart disease deaths. Symptoms of depression on anxiety, and stres is increased in patients with ACS. These symptoms may affect treatment and healing process and cause complications. This study aims to determine the effect of intervention Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) to decrease depression, anxiety, and stres in patients with ACS who were treated in the cardiac intensive care unit. The research design was quasi-experimental, and using consecutive sampling as sampling technique, 42 respondents were divided into intervention and control groups. Determination the number of respondents for the control and intervention groups using a number random trial, 19 respondents intervention group and 23 respondents the control group. Intervention group and control group measure levels of depression, anxiety, and stres using questionnaires The Depression Anxiety Stres Scales 21 (DASS 21) later in the intervention group was given SEFT intervention once for 15 minutes and measured return rates of depression, anxiety, and stres in the intervention group and the control group. Data were analyzed with the Wilcoxon and Mann Whitney. Results show significant differences between levels of depression, anxiety, and stres before and after the intervention SEFT between the intervention group and the control group ( $p < 0.05$ ). SEFT interventions help reduce depression, anxiety, and stres in patients with ACS. Limitations of this study is the difficulty in controlling the characteristics of the respondents as a confounding variable. This research benefits that SEFT interventions can be used to reduce depression, anxiety, and stres in patients with ACS, and can be consider as one intervention.

**Key words:** Anxiety, depression, stres, SEFT Intervention

## Pendahuluan

Penyakit jantung dan pembuluh darah menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 memperlihatkan data prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7%, sedangkan penyakit Jantung 7,2%. Salah satu penyakit Jantung yang merupakan ancaman serius bagi kehidupan seseorang adalah sindroma koroner akut (SKA) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Depkes RI], 2007).

Beberapa faktor yang memengaruhi perkembangan penyakit kardiovaskuler dari aspek psikososial diantaranya marah, isolasi sosial, depresi, kecemasan dan stres (Januzzi, Stern, Pasternak, & De Sanctis, 2000). Faktor depresi dan kecemasan umum terjadi pada pasien dengan SKA, atau penyakit kardiovaskuler lain. Kedua faktor tersebut dapat memengaruhi proses pengobatan selama di rumah sakit dan akan berdampak jangka panjang pada pasien SKA. Pada pasien SKA yang dirawat di rumah sakit mengalami gejala depresi berat sebanyak 94% dalam waktu lebih dari satu bulan dan 61% mengalami depresi sedang dalam waktu lebih dari enam bulan (Huffman, Celano, & Januzzi, 2010), sedangkan faktor kecemasan sering dialami pasien penyakit jantung dan menjadi dampak yang serius bila tidak ditangani, akan tetapi hal tersebut jarang dikaji dan mendapat perhatian. Pengkajian dan penanganan kecemasan harus menjadi bagian dari perawatan pada pasien jantung yang bertujuan untuk pemulihan dan mengurangi risiko serangan berikutnya (Moser, 2007).

Penelitian Ruz, Lennie, dan Moser (2011) menyimpulkan bahwa pasien jantung yang mengalami kecemasan memiliki risiko komplikasi lebih besar. Komplikasi lanjut yang mungkin terjadi dapat berupa infark berulang, iskemia berkepanjangan, fibrilasi ventrikel, dan takikardi ventrikel.

Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk menangani kecemasan adalah *self emotional freedom technique*. SEFT adalah pengembangan dari *emotional freedom technique* (EFT). Intervensi EFT merupakan teknik mengatasi emosi yang dilakukan dengan cara mengetuk ringan ujung jari dengan stimulasi titik-titik meridian tertentu pada tubuh individu sambil merasakan

masalah yang sedang dihadapi (Craig, 2003). Pada praktik klinis, EFT terbukti efektif untuk mengatasi berbagai masalah psikologis. Hasil penelitian Rowe dan Allen (2004) menunjukkan bahwa EFT efektif untuk mengatasi masalah psikologis jangka panjang. Hasil penelitian Jacobs (2001) menunjukkan bahwa EFT efektif mengatasi kecemasan berbicara di depan umum.

Intervensi EFT kemudian dikembangkan oleh Zainuddin (2008) menjadi SEFT. Intervensi SEFT yaitu suatu teknik yang menghubungkan antara spiritualitas berupa doa, keikhlasan dan kepasrahan dengan energi psikologi berupa seperangkat prinsip dan teknik memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku melalui tiga teknik sederhana yaitu *set-up*, *tune-in* dan *tetaping*.

Intervensi SEFT pernah dilakukan oleh Zainuddin (2008) saat membantumeringankan beban korban gempa bumi di Yogyakarta, Klaten dan beberapa kota di sekitarnya pada tahun 2006. Intervensi SEFT yang dilakukan oleh Zainuddin (2008) dapat menurunkan rasa sakit dan kesemutan pada kaki dan tangan, pegal-pegal, sakit pinggang dan rasa pusing. Intervensi tersebut dilakukan selama 15 menit. Penelitian lain yang telah dilakukan adalah penelitian mengenai pengaruh SEFT dalam menurunkan stres pasca trauma pada emaja korban erupsi Gunung Merapi yang telah dilakukan oleh Ulfah (2012). Namun demikian, belum ada penelitian pengaruh SEFT terhadap kecemasan pada pasien dengan SKA. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan membuktikan pengaruh SEFT pada tingkat gejala depresi, kecemasan dan stres pada pasien SKA.

## Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan kuasi eksperimen, menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Sastroasmoro & Ismael, 2002; Polit & Beck, 2006). Penelitian dilakukan terhadap 42 pasien SKA yang berusia 40 tahun lebih, tidak dalam masa serangan dan setelah 24 jam perawatan, kesadaran kompos mentis dan mengalami depresi, kecemasan dan stres. Penetapan

jumlah responden untuk kontrol dan kelompok intervensi menggunakan *number random trial*. Pada awalnya jumlah kelompok intervensi dan kelompok kontrol sama yaitu sebanyak 23 orang, namun 4 orang dari kelompok intervensi *drop out* sehingga ditetapkan jumlah sampel pada kelompok intervensi berjumlah 19 orang dan kelompok kontrol berjumlah 23 orang.

Uji statistik terlebih dahulu dilakukan *preliminary analysis* untuk mengetahui normal atau tidaknya distribusi data tersebut, dengan menggunakan rumus uji Shapiro Wilk, karena sampel berjumlah kurang dari 50 orang. Pada penelitian ini didapatkan data tidak terdistribusi normal, maka uji statistik dilakukan dengan menggunakan rumus Mann Whitney U-Test untuk menilai perbedaan depresi, kecemasan, dan stres *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok

intervensi dan kelompok kontrol (dua sampel independen). Menentukan perbedaan depresi, kecemasan, dan stres antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (dua sampel berkolerasi) dengan menggunakan rumus *test Wilcoxon Signed-rank*. Ha disimpulkan dapat diterima bila nilai  $z$  hitung  $> z_{2/\alpha}$ .

Sebelum dilakukan intervensi pada kedua kelompok, dilakukan pengukuran tingkat gejala depresi, kecemasan, dan stres, kemudian pada kelompok intervensi diberikan SEFT sekali selama 15 menit. Kemudian diukur kembali tingkat depresi, kecemasan, dan stres. pada kedua kelompok. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian adalah menggunakan *Depression Anxiety Sress Scale 21 (DASS 21)* (Crawford & Henry, 2003). DASS 21 merupakan hasil revisi dari DASS 42 yang digunakan untuk mengukur depresi, kecemasan, dan stres.

**Tabel 1 Hasil Uji Beda Karakteristik Responden pada Kelompok Intervensi (n=19) dan Kelompok Kontrol (n=23)**

| Karakteristik          | Kelompok                    |                          | X <sup>2</sup> | Nilai p |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|---------|
|                        | Intervensi<br>Frekuensi (%) | Kontrol<br>Frekuensi (%) |                |         |
| <b>Jenis kelamin :</b> |                             |                          |                |         |
| Perempuan              | 5 (26,3)                    | 12 (52,2)                | 2,888          | 0.089   |
| Laki-laki              | 14 (73,7)                   | 11 (47,8)                |                |         |
| <b>Usia (tahun) :</b>  |                             |                          |                |         |
| ≤ 55                   | 14 (73,7)                   | 11 (47,8)                | 2,888          | 0.089   |
| 56 ke atas             | 5 (26,3)                    | 12 (52,2)                |                |         |
| Rerata (SD)            | 53,6 (8,17)                 | 58,0(9,20)               |                |         |
| <b>Pendidikan</b>      |                             |                          |                |         |
| SD                     | 11 (57,9)                   | 11 (57,9)                |                |         |
| SMP                    | 1 (5,3)                     | 1 (5,3)                  | 9,841          | 0.016   |
| SMA/SLTA               | 6 (31,6)                    | 6 (31,6)                 |                |         |
| PT                     | 1 (12,5)                    | 1 (12,5)                 |                |         |
| <b>Pekerjaan</b>       |                             |                          |                |         |
| Bekerja                | 6 (31,6)                    | 13 (56,5)                | 2,613          | 0.130   |
| Tidak bekerja          | 13 (68,4)                   | 10 (43,5)                |                |         |
| <b>Diagnosis SKA</b>   |                             |                          |                |         |
| STEMI                  | 7(36,8)                     | 14 (60,9)                | 3,039          | 0.219   |
| NSTEMI                 | 3(15,8)                     | 1(4,3)                   |                |         |
| UAP                    | 9(47,4)                     | 8 (34,8)                 |                |         |

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

| Skala Pengukuran | Waktu   | Kelompok   | Rerata | SD    | Nilai p |
|------------------|---------|------------|--------|-------|---------|
| Depresi          | Sebelum | Kontrol    | 17,04  | 3.296 | 0.002   |
|                  |         | Intervensi | 16,74  | 2.766 | 0.007   |
|                  | Sesudah | Kontrol    | 17,04  | 3.296 | 0.002   |
|                  |         | Intervensi | 12,32  | 2.237 | 0.009   |
| Kecemasan        | Sebelum | Kontrol    | 15,65  | 2.870 | 0.034   |
|                  |         | Intervensi | 14,32  | 1.529 | 0.001   |
|                  | Sesudah | Kontrol    | 15,65  | 2.870 | 0.034   |
|                  |         | Intervensi | 8,82   | 1.071 | 0.001   |
| Stres            | Sebelum | Kontrol    | 23,65  | 3.113 | 0.019   |
|                  |         | Intervensi | 21,68  | 1.797 | 0.003   |
|                  | Sesudah | Kontrol    | 23,65  | 3.113 | 0.019   |
|                  |         | Intervensi | 17,58  | 1.710 | 0.005   |

**Hasil Penelitian**

Hasil uji beda karakteristik responden pada tabel 1 dapat menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada data karakteristik jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan diagnosa SKA antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan nilai  $p > 0.05$ .

Hasil uji normalitas pada tabel 2 menunjukkan bahwa rerata tingkat depresi, kecemasan, dan stres sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi data tidak berdistribusi normal dengan nilai  $p < 0.05$ . Data tersebut menunjukkan uji statistik yang tepat untuk dilakukan adalah dengan menggunakan statistik non parametrik yaitu Wilcoxon. Hasil uji statistik pada tabel 3 menunjukkan tidak

ada perbedaan yang bermakna rerata tingkat depresi, kecemasan, dan stres sebelum intervensi pada kelompok kontrol.

Hasil uji statistik pada tabel 4 dapat diartikan ada perbedaan yang bermakna rerata tingkat depresi, kecemasan, dan stres sebelum intervensi pada kelompok intervensi yang ditampilkan didapatkan nilai  $p < 0.05$ . Tabel 5 menunjukkan hasil tidak ada perbedaan rerata yang bermakna tingkat depresi dan tingkat kecemasan sebelum intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan nilai  $p > 0,05$ . Perbedaan rerata tingkat stres sebelum intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ada perbedaan yang bermakna didapatkan nilai  $p < 0.05$ .

Hasil uji statistik pada tabel 6 menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara rerata

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

| Skala Pengukuran | Kelompok | Rerata | Z     | P     |
|------------------|----------|--------|-------|-------|
| Depresi          | Sebelum  | 17,04  | 0.001 | 1.000 |
|                  | Sesudah  | 17,04  |       |       |
| Kecemasan        | Sebelum  | 15,65  | 0.001 | 1.000 |
|                  | Sesudah  | 15,65  |       |       |
| Stres            | Sebelum  | 23,65  | 0.001 | 1.000 |
|                  | Sesudah  | 23,65  |       |       |

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

| Skala Pengukuran | Kelompok | Rerata | Z      | P     |
|------------------|----------|--------|--------|-------|
| Depresi          | Sebelum  | 16,74  | -3.356 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 12,32  |        |       |
| Kecemasan        | Sebelum  | 14,32  | -4.117 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 8,42   |        |       |
| Stres            | Sebelum  | 21,68  | -3.688 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 17,58  |        |       |

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

| Skala Pengukuran | Kelompok | Rerata | Z      | P     |
|------------------|----------|--------|--------|-------|
| Depresi          | Sebelum  | 17,04  | -0.210 | 0.834 |
|                  | Sesudah  | 16,74  |        |       |
| Kecemasan        | Sebelum  | 15,65  | -1.719 | 0.086 |
|                  | Sesudah  | 14,32  |        |       |
| Stres            | Sebelum  | 23,65  | -2.213 | 0.027 |
|                  | Sesudah  | 21,68  |        |       |

tingkat depresi, kecemasan, dan stres sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan nilai  $p < 0.05$ . Pada tabel 6 juga menunjukkan ada perbedaan yang bermakna rerata tingkat depresi sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ada perbedaan yang bermakna dengan nilai z adalah -4.516 dan  $p > 0.05$ . Hal ini menunjukkan ada pengaruh intervensi SEFT terhadap penurunan depresi pada pasien SKA.

Hasil uji statistik pada tabel 7 menunjukkan ada perbedaan yang bermakna selisih rerata tingkat depresi, kecemasan, dan stres sesudah

intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan nilai  $p < 0.05$ .

### Pembahasan

Kozier, Erb, Berman, dan Snyder (2010), keyakinan spiritual ini akan memberikan rasa tenang dan harapan positif bagi yang mengalami sakit, sehingga diharapkan dapat menurunkan kecemasannya. Menurut Lewis, Dirkse, Heitkemper, Bucher, dan Camera (2004), pendekatan spiritual dapat dan membantu mengatasi permasalahan

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

| Skala Pengukuran | Kelompok | Rerata | Z      | P     |
|------------------|----------|--------|--------|-------|
| Depresi          | Sebelum  | 17,04  | -4.516 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 12,32  |        |       |
| Kecemasan        | Sebelum  | 15,65  | -5.639 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 8,42   |        |       |
| Stres            | Sebelum  | 23,65  | -5.342 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 17,58  |        |       |

**Tabel 7 Perbedaan Selisih Rerata Tingkat Depresi, Kecemasan, dan Stres Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

| Skala Pengukuran | Kelompok | Rerata | Z      | P     |
|------------------|----------|--------|--------|-------|
| Depresi          | Sebelum  | 17,04  | -4.516 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 12,32  |        |       |
| Kecemasan        | Sebelum  | 15,65  | -5.639 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 8,42   |        |       |
| Stres            | Sebelum  | 23,65  | -5.342 | 0.001 |
|                  | Sesudah  | 17,58  |        |       |

psikososial akibat penyakit. Syed (2003), terapi spiritual menimbulkan respons relaksasi dan kesehatan, dapat menimbulkan keyakinan dalam perawatan diri, dan bermanfaat terhadap kecemasan dan panik pada pasien terminal yang dapat menimbulkan ketenangan. Hasil penelitian lain menyebutkan terdapat perbedaan penurunan tingkat depresi pada pasien gagal jantung yang mendapatkan bimbingan spiritual, dimana bimbingan spiritual dapat meningkatkan motivasi sosial, gejala fisik dan peningkatan status kesehatan yang berhubungan dengan depresi (Bekelman, dkk., 2007).

Hasil uji statistik pada tabel 6 menunjukkan rerata tingkat kecemasan sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, ada perbedaan yang bermakna dengan nilai z adalah -5.639 dan  $p < 0.05$ . Perbedaan tersebut menunjukkan ada pengaruh intervensi SEFT terhadap penurunan kecemasan pada pasien SKA.

Kepercayaan spiritual memiliki efek yang kuat terhadap fungsi psikologis dalam penelitian yang dilakukan pada pasien kanker. Tingkat putus asa, keinginan bunuh diri dan kematian lebih rendah pada pasien kanker yang mendapatkan terapi spiritual. Keyakinan ini memiliki hubungan dengan tingkat depresi atau kecemasan, karena spiritual didefinisikan sebagai tujuan hidup dan keyakinan seseorang (Scoot, 2007).

Hasil penelitian lain menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kecemasan dan religiusitas pada pasien *preoperatif* (Kalkhoran & Karimollahi, 2007). Hasil penelitian lain juga mengemukakan bahwa spiritual berpengaruh terhadap stres pada pasien penyakit kronik dan berpengaruh terhadap ketenangan psikologis (Rowe &

Allen, 2004).

Terapi spiritual berpengaruh terhadap aktivitas sistem saraf simpatis, dampak dari relaksasi tersebut pernapasan menjadi lebih lambat iramanya, nadi lambat, tekanan darah turun, menurunkan konsumsi oksigen otot jantung dan ketegangan otot. Respons relaksasi juga berpengaruh pada kondisi mental dan menurunkan ketegangan otot sehingga menimbulkan suasana yang nyaman, dapat menurunkan stres juga memengaruhi interaksi dari *psychoneuroendocrine* (Halm, 2009). Respons relaksasi dapat memperbaiki prognosis pada penyakit jantung koroner dan meningkatkan fungsi kekebalan tubuh, relaksasi dapat mengurangi intervensi sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis (Jacobs, 2001).

Hasil uji statistik pada tabel 6 menunjukkan rerata tingkat stres sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ada perbedaan yang bermakna dengan nilai z adalah -5.342 dan  $p < 0.05$ . Perbedaan tersebut menunjukkan ada pengaruh intervensi SEFT terhadap penurunan stres pada pasien SKA.

Intervensi spiritual yang berorientasi religius menunjukkan aktivitas fisiologis terhadap pengurangan stres, tidak takut akan kematian, dan memiliki ketenangan (Scott, 2007). Intervensi SEFT dapat membantu pasien SKA untuk menerima penyakit yang dideritanya dengan pendekatan spiritual dan memberikan ketenangan pada pasien, sehingga akan menimbulkan respons relaksasi. Halm (2009) mengemukakan bahwa relaksasi merupakan bagian praktik keperawatan, relaksasi merupakan terapi integratif yang dapat menenangkan pikiran dengan mengurangi aktivitas sistem saraf simpatis. Respons relaksasi dapat ditandai dengan

penurunan respirasi, denyut jantung, tekanan darah, dan penurunan kebutuhan oksigen pada jantung. Relaksasi dapat diciptakan dengan lingkungan yang nyaman dan tenang. Relaksasi dapat menimbulkan suasana positif, menurunkan respons stres yang dipengaruhi oleh interaksi pada *psychoneuroendocrine*. Dixhoorn dan White (2005), mengemukakan bahwa relaksasi yang dilakukan secara intensif dapat meningkatkan pemulihan dan memberikan kontribusi untuk pencegahan sekunder pada peristiwa jantung iskemik.

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi SEFT dapat menurunkan tingkat depresi, kecemasan dan stres pada pasien SKA secara bermakna. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa SEFT dapat menjadi salah satu intervensi dalam pelayanan keperawatan pada pasien SKA yang mengalami depresi, kecemasan dan stres.

### Daftar Pustaka

- Bekelman, D.B., Becker, D.M., Wittstein, I. Hendricks, D. E., Yamashita, T.E., & Gottlieb, S.H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 22(4), 470–477. doi: 10.1007/s11606-006-0044-9.
- Crawford, J. R & Henry, J. D (2003). The Depression anxiety stres scales (DASS) : Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal Of Clinical Physiology*, 42, 111–131.
- Craig, G. (2003). *Emotional freedom techinque* (EFT). United Kingdom: Dragon Rising.
- Depkes RI. (2007). Riset kesehatan dasar (Riskesdas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Dixhoorn. J . V. & White. A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12,193–202.
- Halm, M.A. (2009), Relaxation: A self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *The American Association of Critical-Care Nurses AACN*, 18, 169–172. doi: 10.4037/ajcc2009867.
- Huffman, J.C., Celano, C.M., & Januzzi, J.L. (2010) The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 123–136.
- Jacobs, D.G. (2001). Clinical applications of the relaxation response and mind-body interventions. *The Journal Of Altrenative and Complementary Medicine*, 3, 93–101.
- Januzzi, J.L, Jr., Stern, T.A., Pasternak, R.C., & De Sanctis, R.W. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *American Medical Assosiation*, 160.
- Kalkhoran & Karimollahi, M. (2007). Religiousness and preoperative anxiety: A correlational study. *Annals of General Psychiatry*, 6, 17. doi:10.1186/1744-859X-6-17.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Lewis, S.L., Dirkse, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L., & Camera, I. (2004). *Medical surgical nursing : Assesment and management of clinical problems*. USA: Mosby Year.
- Moser, D.K. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care*, 16, 361–369.
- Polit, D. F. & Beck C. T. (2006). *Nursing research principles and methods*. (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.

Rowe, M. M. & Allen, R. G. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. Diunduh dari <http://findarticles.com>.

Sastroasmoro, S. & Ismael S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Scott, E.E. (2007). *Spirituality and mental health: spirituality can benefit your mental and physical health*. Diakses dari <http://www>.

Spirituality and Mental Health.com.

Syed. I.B. ( 2003). *Spiritual medicine in the history of islamic medicine*. Medicine University of Louisville School of Medicine Louisville.

Ulfah, E. Intervensi *spiritual emotional freedom techique* untuk menurunkan gangguan pasca trauma erupsi Gunung Merapi. Tesis: Univeristas Ahmad Dahlan.

Zainuddin, A. (2008). *Spiritual freedom techinque (SEFT) for healing and success*. Jakarta: Afzan Publishing.