



Tinjauan Kepustakaan

Aspek Psikologis Pasien Gagal Jantung dengan Penyakit Jantung Koroner: Kecemasan, Depresi, Efikasi Diri, dan Kualitas Hidup

Psychological Aspects of Heart Failure Patients with Coronary Artery Disease: Anxiety, Depression, Self-Efficacy, and Quality of Life

Mokhammad Afifuddin¹, Cholid Tri Tjahjono², Veny Mayangsari²

¹Program Pendidikan Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, RSUD Saiful Anwar, Malang, Jawa Timur, Indonesia

²Divisi Pencegahan dan Rehabilitasi Jantung dan Pembuluh Darah, Departemen Jantung dan Pembuluh Darah, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, RSUD Saiful Anwar, Malang, Jawa Timur, Indonesia

Diterima 9 September 2025; direvisi 4 Oktober 2025; publikasi 26 Oktober 2026

INFORMASI ARTIKEL

Penulis Korespondensi:

Mokhammad Afifuddin, Program Pendidikan Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Universitas Brawijaya, Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar, Malang, Jawa Timur, Indonesia
Email: em.afif@gmail.com

ABSTRAK

Penyakit kardiovaskular yang mencakup penyakit arteri koroner (PJK) dan gagal jantung, merupakan beban kesehatan global yang utama. Selain dampak fisiologisnya yang mendalam, kondisi ini terkait erat dengan komorbiditas psikologis yang signifikan, terutama depresi dan kecemasan. Tinjauan ini merangkum bukti terkini mengenai prevalensi, mekanisme patofisiologis, dan pengaruh timbal balik dari gangguan psikologis ini pada pasien PJK dan gagal jantung. Tinjauan ini mengeksplorasi peran krusial efikasi diri dalam memediasi luaran pasien dan kepatuhan terhadap regimen terapi, sekaligus mengkaji dampak mendalam dari distress psikologis terhadap kualitas hidup terkait kesehatan. Lebih lanjut, artikel ini membahas intervensi psikologis berbasis bukti dan pengobatan farmakologis, mengidentifikasi faktor risiko utama dan prediktor distress psikologis, serta menguraikan implikasi klinis dan rekomendasi pengobatan. Meskipun terdapat kemajuan, depresi dan kecemasan pada pasien jantung masih kurang dikenali dan kurang ditangani. Tinjauan ini menggarisbawahi pentingnya perawatan terpadu dan multidisiplin yang menangani kebutuhan kesehatan fisik dan mental dari populasi pasien yang rentan ini, menawarkan wawasan tentang keterbatasan dan arah masa depan untuk penelitian dan praktik klinis.

Kata Kunci: Aspek Psikologis, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVDs), encompassing coronary artery disease (CAD) and heart failure (HF), represent a leading global health burden. Beyond their profound physiological impact, these conditions are intricately linked with significant psychological comorbidities, primarily depression and anxiety. This review synthesizes current evidence regarding the prevalence, pathophysiological mechanisms, and reciprocal influences of these psychological disorders in patients with CAD and HF. It explores the crucial role of self-efficacy in mediating patient outcomes and adherence to therapeutic regimens, while also examining the profound impact of psychological distress on health-related quality of life (HRQoL). Furthermore, this article discusses evidence-based psychological interventions and pharmacological treatments, identifies key risk factors and predictors of psychological distress, and outlines clinical implications and treatment recommendations. Despite advancements, depression and anxiety in cardiac patients remain under-recognized and undertreated. This review underscores the imperative for integrated, multidisciplinary care that addresses both the physical and mental health needs of this vulnerable patient population, offering insights into limitations and future directions for research and clinical practice.

Keywords: *Psychological aspects, Heart Failure, Coronary Artery Disease*



PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskular, khususnya penyakit jantung koroner (PJK) dan gagal jantung, merupakan krisis kesehatan masyarakat global yang utama, serta menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. PJK yang ditandai oleh penyempitan arteri koroner dan berkurangnya suplai darah ke jantung, bertanggung jawab atas 9,43 juta kematian secara global pada tahun 2016. Gagal jantung merupakan sebuah sindrom klinis kompleks di mana jantung tidak mampu memompa darah secara adekuat sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien, menyebabkan hospitalisasi berulang, dan meningkatkan risiko kematian dini. Prevalensi global PJK diperkirakan mencapai 200 juta, sementara gagal jantung memengaruhi 64 juta individu, dan fibrilasi atrium memengaruhi 60 juta individu.^[1]

Di luar gejala fisik yang telah terdokumentasi dengan baik seperti angina, kelelahan, sesak napas, dan retensi cairan^[1], pasien dengan penyakit kardiovaskular sering kali mengalami distress psikologis yang substansial.^[2] Depresi dan kecemasan memiliki prevalensi yang tinggi pada populasi pasien jantung, sering kali terjadi bersamaan dan secara signifikan memengaruhi kesejahteraan serta prognosis secara keseluruhan.^{[1][3]} Hubungan timbal balik antara kesehatan mental dan kardiovaskular ini semakin diakui di mana faktor-faktor psikologis tidak hanya menjadi konsekuensi dari penyakit kronis tetapi juga merupakan faktor risiko independen untuk kejadian kardiovaskular yang merugikan dan luaran kesehatan yang lebih buruk.^[4-6]

Gangguan Psikologis pada Penyakit Jantung Koroner dan Gagal Jantung

Gangguan psikologis, terutama depresi dan kecemasan, sangat umum terjadi pada individu yang didiagnosis dengan PJK dan gagal jantung. Prevalensinya pada populasi pasien ini secara signifikan

melebihi populasi umum, terutama pada kelompok yang memerlukan perhatian klinis dan perawatan terpadu.^{[7][8]} Depresi adalah komorbid yang melekat pada pasien kardiovaskular. Studi menunjukkan bahwa antara 20% hingga 40% pasien penyakit jantung menunjukkan gejala depresi yang meningkat, dengan 15% hingga 20% memenuhi kriteria untuk Gangguan Depresi Mayor.^[7] Dalam konteks spesifik gagal jantung, prevalensi gejala depresi atau diagnosis gangguan depresi mayor diperkirakan antara 19% dan 21,5%.^{[9][10]} Sebuah tinjauan sistematis dan meta-analisis global mengonfirmasi prevalensi depresi yang substansial pada pasien penyakit kardiovaskular.^[11] Bagi pasien dengan sindrom koroner akut, depresi diakui sebagai faktor risiko signifikan untuk prognosis yang buruk.^{[12][13]} Kondisi ini tidak hanya umum tetapi juga persisten, sering kali tidak terdeteksi dan tidak tertangani, meskipun implikasinya parah terhadap luaran pasien.^[4]

Gangguan kecemasan tampaknya lebih umum daripada depresi pada pasien penyakit kardiovaskular.^[7] Sebuah meta-analisis baru-baru ini menunjukkan bahwa lebih dari 50% pasien gagal jantung mengalami tingkat kecemasan yang meningkat, dengan 13% memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan kecemasan.^[7] Serupa dengan depresi, kecemasan adalah faktor risiko yang sudah mapan untuk penyakit kardiovaskular^{[14][15]}. Pada pasien gagal jantung dengan fraksi ejeksi yang menurun dan fraksi ejeksi yang sedikit menurun, gejala kecemasan yang signifikan lebih sering terjadi pada pasien gagal jantung dengan penurunan fraksi ejeksi (34% berbanding 14%).^[16] Prevalensi global kecemasan pada pasien jantung juga telah menjadi perhatian dalam tinjauan sistematis baru-baru ini.^{[13][17]}

Depresi pada penyakit jantung sering digambarkan sebagai kondisi yang umum, persisten, kurang terdiagnosis, dan

mematikan.^[4] Ini adalah faktor risiko independen untuk morbiditas dan mortalitas jantung, terpisah dari faktor risiko jantung tradisional.^[4] Demikian pula, kecemasan dan depresi diakui sebagai faktor penting yang memengaruhi onset, perkembangan, pengobatan, dan rehabilitasi penyakit jantung koroner.^[18] Hubungan mendalam antara distress psikologis dan luaran jantung yang merugikan diyakini melibatkan interaksi kompleks antara efek fisiologis dan perilaku.^[4] Wawasan ini menggarisbawahi kebutuhan kritis untuk skrining rutin dan manajemen terpadu gangguan psikologis dalam tatanan perawatan jantung.

Efikasi Diri dan Perannya dalam Luaran Pasien

Efikasi diri yang didefinisikan sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan tugas tertentu atau mengatasi tantangan, memainkan peran penting dalam membentuk perilaku pasien dan luaran kesehatan, terutama dalam konteks kondisi kronis seperti PJK dan gagal jantung.^[19] Sistem keyakinan ini secara langsung memengaruhi motivasi, penetapan tujuan, ketekunan, dan pada akhirnya, kualitas hidup individu secara keseluruhan.^{[19][20]}

Tingkat efikasi diri yang tinggi secara konsisten dan positif berkorelasi dengan kualitas hidup yang lebih baik pada pasien PJK.^[19] Ketika pasien percaya pada kemampuan mereka untuk mengelola kondisi mereka, mematuhi rencana pengobatan, dan terlibat dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan, mereka cenderung melaporkan kepuasan dan kebahagiaan yang lebih besar dalam hidup mereka.^{[19][20]} Rasa kontrol dan kemandirian atas kesehatan mereka ini merupakan komponen krusial dari persepsi kesejahteraan.^[20] Efikasi diri memberdayakan individu untuk menetapkan tujuan kesehatan yang realistis dan bekerja dengan percaya diri untuk men-

capainya, sehingga secara signifikan memperkaya kualitas hidup mereka terkait kesehatan mereka.^{[20][19]}

Efikasi diri adalah prediktor signifikan kepatuhan terhadap pengobatan dan keterlibatan dalam perilaku sehat di kalangan pasien jantung. Studi telah menunjukkan bahwa perbaikan gejala depresi dan kecemasan berhubungan dengan kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan dan perilaku yang lebih sehat pada pasien jantung yang baru saja dirawat di rumah sakit.^{[4][21]} Hubungan ini menggarisbawahi bahwa kesejahteraan psikologis dapat secara langsung memfasilitasi partisipasi aktif pasien dalam perawatan mereka sendiri. Sebaliknya, depresi dapat memprediksi kegagalan dalam menyelesaikan program rehabilitasi jantung fase-II^[22], dan baik depresi maupun kecemasan dapat mengganggu kepatuhan terhadap rehabilitasi jantung.^[23] Pasien dengan efikasi diri yang lebih rendah mungkin lebih kesulitan dalam mengadopsi dan mempertahankan rencana perawatan diri yang kompleks yang diperlukan untuk mengelola gagal jantung.^{[24][25]}

Patofisiologi pada Penyakit Kardiovaskular dan Gangguan Psikologis

Hubungan rumit antara gangguan psikologis dan penyakit kardiovaskular tidak hanya bersifat korelasional. Hubungan ini ditandai oleh mekanisme patofisiologis timbal balik yang kompleks. Mekanisme ini melibatkan jalur biologis bersama yang memperburuk kedua kondisi, menciptakan suatu lingkaran yang memburuk.^{[4][3]} Distres psikologis dapat memicu atau memperparah penyakit kardiovaskular, dan sebaliknya, pengalaman mengalami kejadian jantung dapat memicu atau mengintensifkan kondisi kesehatan mental.^[3] Sebagai contoh, kecemasan dan depresi adalah faktor kritis dalam kejadian, perkembangan, rehabilitasi, dan prognosis PJK.^[18] Kehadiran distress psikologis, terutama depresi, merupakan faktor risiko independen untuk morbiditas

dan mortalitas jantung.^[4]

Gangguan psikologis seperti depresi dan stres kronis memicu serangkaian respons patofisiologis yang saling terkait dan berkontribusi terhadap luaran kardiovaskular yang merugikan. Kondisi ini menyebabkan disregulasi pada sistem respons stres utama, yang ditandai oleh hiperaktivitas sumbu *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal* (HPA) dan disfungsi sistem saraf otonom. Hiperaktivitas sumbu HPA yang berkelanjutan menyebabkan peningkatan kadar kortisol, yang secara langsung mendorong hipertensi, resistensi insulin, dan disfungsi endotel^[26], sebuah peristiwa kunci dalam inisiasi aterosklerosis.^{[27][28]} Secara paralel, disfungsi sistem saraf otonom, yang bermanifestasi sebagai penurunan variabilitas denyut jantung dan peningkatan aktivitas simpatis, menjadi prediktor independen untuk aritmia dan prognosis jantung yang lebih buruk.^[29-31] Stres psikologis ini juga memicu peningkatan stres oksidatif yang menyebabkan kerusakan seluler vaskular^{[32][33]} dan mendorong keadaan pro-inflamasi sistemik, yang ditunjukkan oleh peningkatan penanda seperti protein C-reaktif (CRP) dan sitokin^[28], di mana inflamasi ini mempercepat progresi aterosklerosis dan gagal jantung.^{[34][35]} Lebih lanjut, depresi dikaitkan dengan peningkatan aktivasi trombosit^[36], menciptakan keadaan protrombotik yang meningkatkan risiko kejadian koroner akut^[37], suatu proses yang dapat dipengaruhi oleh obat SSRI.^[38] Terakhir, pada tingkat neurobiologis, kadar *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) yang lebih rendah tidak hanya berhubungan dengan depresi, tetapi juga dengan hilangnya efek protektif pada fungsi jantung, dan faktor ini memiliki hubungan timbal balik dengan sumbu HPA yang hiperaktif.^{[39][26]}

Selain faktor fisiologis, aspek perilaku yang dimediasi oleh gangguan psikologis secara signifikan memengaruhi luaran penyakit kardiovaskular. Depresi dan

kecemasan sering kali mengurangi kepatuhan terhadap aktivitas yang meningkatkan kesehatan seperti olahraga, kepatuhan pengobatan, dan pola makan sehat^[4], yang pada gilirannya mempercepat perkembangan penyakit.^[23] Selain itu, distress psikologis meningkatkan kemungkinan terlibat dalam perilaku berbahaya seperti merokok, konsumsi alkohol, dan ketidakaktifan fisik^[7], yang semuanya merupakan faktor risiko yang sudah mapan untuk penyakit kardiovaskular.^[40] Jalur multifaset ini menggarisbawahi perlunya pendekatan perawatan terpadu yang secara bersamaan menangani kebutuhan kesehatan kardiovaskular dan mental pasien.

Dampak terhadap Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Kualitas hidup terkait kesehatan adalah ukuran komprehensif yang mencerminkan persepsi subjektif individu tentang fungsi fisik, psikologis, dan sosial mereka, sebagaimana dipengaruhi oleh status kesehatan mereka.^[41] Pada pasien dengan PJK dan gagal jantung, distress psikologis sangat memengaruhi kualitas hidup, menjadikannya indikator prognostik yang krusial dan fokus utama dari perawatan yang berpusat pada pasien. Pasien dengan distress psikologis, khususnya depresi dan kecemasan, secara konsisten melaporkan kualitas hidup yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki komorbiditas tersebut.^[8]

Memasukkan penilaian kualitas hidup ke dalam terapi dapat secara signifikan meningkatkan keberhasilan pengobatan dan memberikan wawasan tentang kelangsungan hidup pasien.^[2] Sebagai contoh, remisi distress psikososial berhubungan dengan perubahan positif pada kualitas hidup.^[8]

Studi telah menunjukkan bahwa kualitas hidup yang lebih buruk, terutama bila diperparah oleh gejala yang berat, status sosial ekonomi yang buruk^[2], dan dukungan

sosial yang rendah, meningkatkan kemungkinan rehospitalisasi dan mortalitas pada pasien gagal jantung.^[42] Mengingat dampak mendalam dari distress psikologis terhadap HRQoL dan nilai prognostiknya, skrining rutin untuk QoL pada semua pasien penyakit jantung direkomendasikan untuk memastikan perawatan komprehensif berkualitas tinggi.^[42] Pendekatan ini memungkinkan intervensi yang disesuaikan yang tidak hanya mengelola gejala fisik tetapi juga meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

Intervensi Psikologis Berbasis Bukti

Beban signifikan dari distress psikologis pada pasien penyakit kardiovaskular menuntut intervensi psikologis berbasis bukti yang efektif. Intervensi ini bertujuan untuk meringankan gejala depresi dan kecemasan, meningkatkan mekanisme koping, dan meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan secara keseluruhan.^[1] Sebuah tinjauan sistematis dan meta-analisis mengonfirmasi bahwa intervensi psikologis menghasilkan perbaikan signifikan pada depresi, kecemasan, dan kualitas hidup terkait kesehatan mental pada pasien PJK, gagal jantung, atau fibrilasi atrium.^[1]

Terapi Perilaku Kognitif adalah salah satu intervensi psikologis yang paling banyak dipelajari dan efektif untuk depresi dan kecemasan pada populasi jantung.^[10] Untuk pasien dengan PJK, terapi perilaku kognitif telah menunjukkan efikasi dalam meningkatkan luaran psikologis dan klinis.^[43] Pada pasien gagal jantung, komponen terapi perilaku kognitif seperti psikoedukasi tentang gagal jantung, pemecahan masalah, aktivasi perilaku, dan manajemen pikiran disfungsi telah berhasil diintegrasikan ke dalam intervensi, yang mengarah pada penurunan skor depresi.^[10] Sebuah meta-analisis secara khusus menyoroti efikasi terapi perilaku kognitif untuk gagal jantung.^[44]

Rehabilitasi Jantung Berbasis Latihan adalah landasan pencegahan sekunder dalam perawatan jantung dan memainkan

peran penting dalam meningkatkan luaran psikologis. Program rehabilitasi jantung berbasis latihan telah terbukti mengurangi gejala kecemasan dan depresi pada pasien yang pernah mengalami infark miokard.^[45] Untuk pasien gagal jantung, latihan fisik memperbaiki gejala depresi dan kapasitas latihan, serta berkontribusi pada kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih baik.^[46] Rehabilitasi jantung tidak hanya meningkatkan kesehatan fisik, tetapi juga meningkatkan kinerja kognitif pada orang dewasa yang lebih tua dengan penyakit kardiovaskular.^[47]

Motivational Interviewing (MI) adalah gaya konseling yang berpusat pada pasien untuk memunculkan perubahan perilaku dengan membantu pasien mengeksplorasi dan menyelesaikan ambivalensi.^[48] Ini telah digunakan secara efektif pada populasi jantung untuk mempromosikan efek positif dan aktivitas fisik setelah sindrom koroner akut.^[49] MI dapat meningkatkan perilaku perawatan diri pada pasien gagal jantung, terutama pada mereka dengan depresi komorbid, yang mengarah pada luaran kesehatan yang lebih baik.^[50]

Pendekatan perawatan kolaboratif yang mengintegrasikan perawatan kesehatan mental ke dalam tatanan kardiologi sangat bermanfaat untuk pasien^[51]. Perawatan kolaboratif telah menunjukkan efikasi untuk pasien dengan gagal jantung dan komorbid depresi. Uji coba *Management of Sadness and Anxiety in Cardiology* (MO-SAIC), misalnya, menunjukkan bahwa perawatan kolaboratif untuk depresi dan gangguan kecemasan pada pasien dengan kejadian jantung baru-baru ini mengarah pada perbaikan gejala psikologis.^[4]

Intervensi farmakologis dengan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs) adalah antidepresan yang aman pada pasien dengan penyakit jantung.^[10] Obat-obatan ini telah menunjukkan efek menguntungkan pada gejala depresi pada pasien PJK, dengan beberapa indikasi manfaat untuk jantung.^[10]

Terapi terstruktur, seperti terapi

perilaku kognitif, hingga model rehabilitasi dan perawatan kolaboratif yang lebih luas menawarkan manfaat signifikan bagi pasien jantung. Pilihan intervensi dapat bervariasi berdasarkan kondisi jantung spesifik dan kebutuhan pasien individu, sering kali melengkapi perawatan farmakologis.^[10]

Faktor Risiko dan Prediktor Distres Psikologis

Distres psikologis, terutama depresi dan kecemasan, adalah komorbiditas yang umum dan signifikan secara klinis pada pasien dengan penyakit kardiovaskular. Mengidentifikasi faktor risiko dan prediktor dari distres tersebut sangat penting untuk deteksi dini dan intervensi yang ditargetkan untuk meningkatkan luaran pasien, karena faktor-faktor ini dipengaruhi oleh determinan sosiodemografis, gaya hidup, dan klinis.^{[2][3]} Prediktor sosiodemografis dan gaya hidup mencakup usia, jenis kelamin, status perkawinan, latar belakang sosial ekonomi, dukungan sosial, dan stres kerja.

Depresi dilaporkan lebih banyak terjadi pada pasien yang lebih muda dengan gagal jantung kronis^[42] dan sangat tinggi di antara wanita yang lebih muda setelah infark miokard akut.^[52] Namun, prevalensi global depresi dan kecemasan pada lansia juga tetap substansial.^[53] Selain itu, status perkawinan, gangguan psikologis yang sudah ada sebelumnya, dan dukungan sosial yang rendah telah dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup serta peningkatan rehospitalisasi dan mortalitas pada pasien gagal jantung kronis.^[41] Kerugian sosial ekonomi terkait dengan kualitas hidup yang lebih buruk dan risiko rehospitalisasi yang lebih besar.^[42] Selain itu, tekanan kerja diakui sebagai faktor risiko independen untuk PJK^[54] yang berhubungan dengan peningkatan tekanan darah^[55], gangguan depresi, terutama di bawah ketidakseimbangan usaha-imbalan^[56], dan insomnia, yang selanjutnya memperburuk distres psikologis.^[57]

Faktor klinis dan spesifik penyakit

juga memainkan peran penting dalam memprediksi distres psikologis di antara pasien jantung. Terjadinya awitan sakit jantung adalah prediktor signifikan dari kecemasan dan depresi, yang sering kali menyebabkan peningkatan tingkat distres pasca-kejadian.^[2] Pada pasien dengan penyakit jantung koroner, distres psikologis terkait dengan peningkatan risiko kematian dua hingga tiga kali lipat.^[2] Gejala seperti sesak napas, kelelahan, dan gangguan tidur sangat berkorelasi dengan gejala depresi dan kualitas hidup yang lebih buruk pada pasien gagal jantung.^{[42][58]} Selanjutnya, adanya komorbiditas seperti diabetes dan hipertensi sering dikaitkan dengan gangguan psikologis, yang berkontribusi pada luaran yang merugikan.^{[13][9]} Selain itu, penanda inflamasi ditemukan meningkat pada pasien dengan gagal jantung dan depresi menunjukkan prediktor biologis dari distres sementara gangguan kognitif juga dikaitkan dengan prognosis yang lebih buruk.^[59]

Mekanisme patofisiologis yang mendasari distres psikologis pada pasien jantung lebih lanjut menyoroti saling keterkaitan antara kesehatan mental dan kardiovaskular. Disregulasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA), penurunan variabilitas denyut jantung, dan peningkatan aktivitas inflamasi semuanya telah diimplikasikan sebagai hubungan biologis antara gangguan psikologis dan luaran kardiovaskular yang merugikan.^[35] Mekanisme ini menggarisbawahi hubungan timbal balik, di mana distres psikologis memperburuk perkembangan penyakit jantung, dan disfungsi jantung dapat memperburuk luaran kesehatan mental.^[60] Mengenali faktor risiko dan prediktor multifaset ini menyoroti pentingnya pendekatan klinis yang proaktif dan terintegrasi, termasuk skrining psikologis rutin dan intervensi dini, untuk mengurangi beban psikologis di antara pasien penyakit kardiovaskular dan meningkatkan luaran mental serta kardiovaskular.^[61]

Keterbatasan

Meskipun hubungan antara gangguan psikologis dan penyakit kardiovaskular semakin meningkat, keterbatasan penting tetap ada dalam penelitian dan praktik klinis, yang menyoroti perlunya tata laksana yang lebih jelas. Salah satu masalah utama adalah kurangnya pengenalan dan penanganan depresi dan kecemasan pada pasien jantung, meskipun alat skrining yang tervalidasi dan pengobatan yang efektif tersedia.^[4] Kesadaran akan distress psikososial oleh dokter umum saja tidak meningkatkan kualitas hidup tanpa intervensi yang ditargetkan. Penelitian tentang intervensi psikologis sering menggunakan metode dan format yang beragam (misalnya, program digital, kunjungan rumah), yang menyulitkan penetapan perawatan standar dan pedoman yang jelas.^[10] Kecemasan, meskipun sama umumnya atau bahkan lebih banyak terjadi daripada depresi, telah menerima perhatian yang lebih sedikit dalam hal intervensi spesifik dan luaran jangka panjang.^[7]

Stigma seputar kesehatan mental juga menghalangi banyak pasien untuk melaporkan gejala atau mencari perawatan, yang berkontribusi pada kurangnya diagnosis dan penanganan.^[62] Akhirnya, meskipun banyak hubungan patofisiologis telah diidentifikasi, mekanisme pasti di mana distress psikologis berkontribusi pada kejadian jantung yang merugikan—dan sebaliknya—masih kurang dipahami.

Arah Masa Depan

Penelitian masa depan tentang aspek psikologis dalam penyakit kardiovaskular memerlukan studi intervensi yang lebih kuat. Uji coba terkontrol acak (*Randomized controlled trials*), terutama untuk intervensi psikologis pada pasien gagal jantung, sangat penting untuk menetapkan perawatan standar.^[10] Selain itu, studi longitudinal diperlukan untuk mengevaluasi efek jangka panjang dari intervensi ini terhadap kese-

jahteraan psikologis, kejadian kardiovaskular mayor yang merugikan, rehospitalisasi, dan mortalitas. Sejalan dengan ini, penelitian biomarker (misalnya, penanda inflamasi, pengukuran sistem saraf otonom) dapat menyempurnakan strategi diagnostik dan membantu memprediksi respons pengobatan.^[35]

Prioritas lainnya adalah penerapan ilmu implementasi untuk mengintegrasikan perawatan kesehatan mental ke dalam praktik kardiologi. Ini termasuk skrining psikologis rutin, model perawatan kolaboratif, pelatihan penyedia layanan, dan mengatasi hambatan akses. Studi intervensi juga harus menilai dampak skrining terhadap luaran klinis.^[8] Pada saat yang sama, ada kebutuhan untuk mengembangkan intervensi yang dipersonalisasi, mengidentifikasi subkelompok pasien mana yang paling mendapat manfaat dari perawatan psikologis atau farmakologis tertentu.^[10]

Mengatasi stigma kesehatan mental tetap krusial, karena terus menghalangi pasien untuk mengungkapkan gejala dan mencari bantuan.^[62] Penelitian juga harus mengeksplorasi intervensi multifaktorial, seperti menggabungkan rehabilitasi jantung berbasis latihan dengan terapi psikologis, untuk mencapai perbaikan sinergis dalam luaran kesehatan secara keseluruhan.^[45] Dengan menempuh arah ini, bidang ini dapat meningkatkan manajemen gangguan psikologis pada pasien PJK dan gagal jantung yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan pasien dan luaran klinis.

KESIMPULAN

Pasien dengan penyakit jantung koroner dan gagal jantung sering menghadapi tantangan psikologis yang signifikan, dengan depresi dan kecemasan yang sangat umum terjadi dan sangat terkait dengan luaran yang lebih buruk, termasuk perkembangan penyakit, penurunan kualitas hidup, dan mortalitas yang lebih tinggi. Efikasi diri memainkan peran kunci dalam

mendukung kepatuhan terhadap perawatan diri, sementara mekanisme biologis seperti inflamasi, disfungsi otonom, dan aktivitas sumbu HPA lebih lanjut menghubungkan kesehatan mental dan kardiovaskular. Meskipun intervensi yang efektif seperti terapi perilaku kognitif, rehabilitasi berbasis latihan, dan *motivational interviewing* ada, distres psikologis tetap kurang terdiagnosis dan kurang tertangani dalam perawatan jantung. Untuk meningkatkan luaran, perawatan multidisiplin terpadu yang mencakup skrining rutin, intervensi psikologis dan farmakologis yang dipersonalisasi, serta fokus yang lebih kuat pada ilmu implementasi dan penelitian jangka panjang sangat penting. Memprioritaskan kesejahteraan mental harus dilihat sebagai pusat, bukan sekunder, dari pengobatan kardiovaskular dan kesehatan pasien secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ski, Taylor, McGuigan, Long, Lambert, Richards, et al. Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.2025;24(2):194–204. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae113>.
2. Effendi, Khattak, Kham, Nisar, Fatima, and Tariq. Anxiety and Depression as Predictors of Quality of Life in Cardiovascular Patients. *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*.2024;66–72. <https://doi.org/10.36283/pjmd13-3/010>.
3. Rashid, Gulfam, Noor, Yaseen, Sheikh, Malik, et al. Anxiety and Depression in Heart Failure: An Updated Review. *Curr Probl Cardiol*.2023;48(11). <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987>.
4. Huffman, Celano, Beach, Motiwala, and Januzzi. Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*.2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/695925>.
5. Lichtman, Froelicher, Blumenthal, Carney, Doering, Frasure-Smith, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.2014;129(12):1350–69. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>.
6. Celano, Villegas, Albanese, Gaggin, and Huffman. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry*.2018;26(4). <https://doi.org/DOI:10.1097/HRP.0000000000000162>.
7. Jupe, Provi, Zenelaj, Myslimi, and Giannopoulos. Depression and Anxiety in Cardiac Disease, diagnosing and screening. *European Psychiatry*.2023;66(S1):S775–S775. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1634>.
8. Eisele, Rakebrandt, Boczor, Blozik, Träder, Störk, et al. The association of general practitioners' awareness of depression and anxiety with change in quality of life in heart failure patients: results of the prospective observational RECODE-HF cohort study. *Fam Pract*.2022;39(3):346–53. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab138>.
9. Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, and Mills. Depression in Heart Failure. A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. *J Am Coll Cardiol*.2006;48(8):1527–37. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055>.
10. Zambrano, Celano, Januzzi, Massey, Chung, Millstein, et al. Psychiatric and psychological interventions for depression in patients with heart disease: A scoping review. *J Am Heart Assoc*.2020;9(22). <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018686>.
11. Rafiei, Raoofi, Baghaei, Masoumi, Doustmehraban, Nejatifar, et al. Depression prevalence in cardiovascular disease: global systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*.2023;13(3):281. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003884>.
12. Lichtman, Froelicher, Blumenthal, Carney, Doering, Frasure-Smith, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.2014;129(12):1350–69. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>.
13. Karami, Kazemini, Karami, Salimi, Ziapour, and Janjani. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in cardiac patients: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*.2023;324:175–89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.055>.
14. Emdin, Odutayo, Wong, Tran, Hsiao, and Hunn. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *American Journal of Cardiology*.2016;118(4):511–9. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>.
15. Batelaan, Seldenrijk, Bot, Van Balkom, and Penninx. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*.2016;208(3):223–31. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156554>.
16. Szabo, Nagy, Kirchmaier, Heidenhoffer, Gábor-Kelemen, Frăsineanu, et al. Association of Depression and Anxiety with Cardiac Structural and Functional Characteristics in Heart Failure with Reduced and Mildly Reduced Ejection Fraction. *Clin Pract*.2023;13(2):398–409. <https://doi.org/10.3390/clinpract13020036>.
17. Storer, Kershaw, Braund, Chakouch, Coleshill, Hafar, et al. Global Prevalence of Anxiety in Adult Cardiology Outpatients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Probl Cardiol*.2023;48(11):101877. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101877>.

18. Zhang, Liang, Huang, and Xu. Systematic review and meta-analysis of psychological intervention on patients with coronary heart disease. *Ann Palliat Med*.2021;10(8):8848–57.
<https://doi.org/10.21037/apm-21-1623>.
19. Koto, Panduragan, Poddar, Solehudin, Purnama, and Susaldi. The Influence of Anxiety, Self-Efficacy, and Quality of Life in CoronaryHeartDiseasePatients. *Malaysian Journal of Nursing*.2024;15(4):118–27.
<https://doi.org/10.31674/mjn.2024.v15i04.014>.
20. Barham, Ibraheem, and Zyoud. Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: A cross-sectional study from Palestine. *BMC Cardiovasc Disord*.2019;19(1).
<https://doi.org/10.1186/s12872-019-01281-7>.
21. Bauer, Zeymer, Hochadel, Mllmann, Weidinger, Zahn, et al. Use and outcomes of multivessel percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock (from the EHS-PCI registry). *American Journal of Cardiology*.2012;109(7):941–6.
<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.11.020>.
22. Casey, Hughes, Waechter, Josephson, and Rosneck. Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *J Behav Med*.2008;31(5):421–31.
<https://doi.org/10.1007/s10865-008-9168-1>.
23. McGrady, McGinnis, Badenhop, Bentle, and Rajput. Effects of Depression and Anxiety on Adherence to Cardiac Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*.2009;29(6).
<https://doi.org/https://doi.org/doi:10.1097/HCR.0b013e3181be7a8f>.
24. Amalia, Said, and Nambiar. Utilizing Heart Failure Digital Education Media (HF-DEM) Intervention on the Quality of Life among Heart Failure Patients. *International Journal of Advancement in Life Sciences Research*.2024;7(2):123–31.
<https://doi.org/10.31632/ijalsr.2024.v07i02.010>.
25. Moon, Yim, and Jeon. The Effect of a Telephone-Based Self-management Program Led by Nurses on Self-care Behavior, Biological Index for Cardiac Function, and Depression in Ambulatory Heart Failure Patients. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*.2018;12(4):251–7.
<https://doi.org/10.1016/j.janr.2018.10.001>.
26. Kunugi, Hori, Adachi, and Numakawa. Interface between hypothalamic-pituitary-adrenal axis and brain-derived neurotrophic factor in depression. *Psychiatry Clin Neurosci*.2010;64(5):447–59.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02135.x>.
27. Sherwood, Hinderliter, Watkins, Waugh, and Blumenthal. Impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. *J Am Coll Cardiol*.2005;46(4):656–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.05.041>.
28. Pizzi, Mancini, Angeloni, Fontana, Manzoli, and Costa. Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Therapy on Endothelial Function and Inflammatory Markers in Patients With Coronary Heart Disease. *Clin Pharmacol Ther*.2009;86(5):527–32.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/clpt.2009.121>.
29. Buccelletti, Gilardi, Scaini, Galiuto, Persiani, Biondi, et al. Heart rate variability and myocardial infarction: systematic literature review and metanalysis. 2009;13:299–307.
30. Kishi. Heart failure as an autonomic nervous system dysfunction. *J Cardiol*.2012;59(2):117–22.
<https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2011.12.006>.
31. Dao, Youssef, Gopaladas, Chu, Bakaeen, Wear, et al. Autonomic cardiovascular dysregulation as a potential mechanism underlying depression and coronary artery bypass grafting surgery outcomes. *J Cardiothorac Surg*.2010;5.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1749-8090-5-36>.
32. Pizzino, Irrera, Cucinotta, Pallio, Mannino, Arcoraci, et al. Oxidative Stress: Harms and Benefits for Human Health. *Oxid Med Cell Longev*.2017;2017.
<https://doi.org/10.1155/2017/8416763>.
33. Wu, Ouyang, Feng, Chen, Guo, Shen, et al. Suppression of NF-κB signaling and NLRP3 inflammasome activation in macrophages is responsible for the amelioration of experimental murine colitis by the natural compound fraxinellone. *Toxicol Appl Pharmacol*.2014;281(1):146–56.
<https://doi.org/10.1016/j.taap.2014.10.002>.
34. Godo, Takahashi, Yasuda, and Shimokawa. Role of inflammation in coronary epicardial and microvascular dysfunction. *European Cardiology Review*.2021;16. <https://doi.org/10.15420/ECR.2020.47>.
35. Xiong, Prybol, Boyle, Hall, Streilein, Steffens, et al. Inflammation Markers and Major Depressive Disorder in Patients with Chronic Heart Failure: Results from the Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure Study. *Psychosom Med*.2015;77(7):808–15.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000216>.
36. Gehi, Musselman, Otte, Bruce Royster, Ali, and Whooley. Depression and platelet activation in outpatients with stable coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Res*.2010;175(3):200–4.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.01.010>.
37. Zafar, Paz-Yepes, Shimbo, Vilahur, Burgm, Chaplin, et al. Anxiety is a better predictor of platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression. *Eur Heart J*.2010;31(13):1548–50.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq097>.
38. de Abajo. Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors on Platelet Function. *Drugs Aging*.2011;28(5):345–67.
<https://doi.org/10.2165/11589340-000000000-00000>.
39. Okada, Yokohama, Toko, Tateno, Moriya, Shimizu, et al. Brain-Derived Neurotrophic Factor Protects Against Cardiac Dysfunction After Myocardial Infarction via a Central Nervous System-Mediated Pathway. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*.2012;(32):1902–9.
<https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.112.248930/-/DC1>.
40. Visseren, Mach, Smulders, Carballo, Koskinas, Bäck, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*.2021;42(34):3227–337.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>.
41. Khanuza, Khusainova, Alisherovna, Zarrina, Khaydarov, and Nizamitdinovich. Assessment of the

- Quality of Life of Patients with Coronary Heart Disease. *The Peerian Journal*.2022;11:44–50.
42. Veskovc, Cvetkovic, Tahirovic, Zdravkovic, Apostolovic, Kosevic, et al. Depression, anxiety, and quality of life as predictors of rehospitalization in patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovasc Disord*.2023;23(1).
<https://doi.org/10.1186/s12872-023-03500-8>.
43. Magán, Casado, Jurado-Barba, Barnum, Redondo, Hernandez, et al. Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*.2021;51(11):1846–60. <https://doi.org/DOI:10.1017/S0033291720000598>.
44. Jeyantham, Kotecha, Thanki, Dekker, and Lane. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*.2017;22(6):731–41. <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9640-5>.
45. Zheng, and Roddick. Association of Aspirin Use for Primary Prevention With Cardiovascular Events and Bleeding Events: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*.2019;321(3):277–87. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20578>.
46. Long, Mordi, Bridges, Sagar, Davies, Coats, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2019;2019(1).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub5>.
47. Gunstad, Macgregor, Paul, Poppas, Jefferson, Todoraro, et al. Cardiac Rehabilitation Improves Cognitive Performance in Older Adults With Cardiovascular Disease. 2005;25(3):173–6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00008483-200505000-00009>.
48. Miller, and Rollnick. Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition. *Motivational interviewing: Helping people change*, 3rd edition.2013;
49. Huffman, Feig, Millstein, Freedman, Healy, Chung, et al. Usefulness of a Positive Psychology-Motivational Interviewing Intervention to Promote Positive Affect and Physical Activity After an Acute Coronary Syndrome. *American Journal of Cardiology*.2019;123(12):1906–14. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.03.023>.
50. Navidian, Mobaraki, and Shakiba. The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviors in heart failure patients with depression. *Patient Educ Couns*.2017;100(8):1499–504. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.023>.
51. Rollman, Anderson, Rothenberger, Abebe, Ramani, Muldoon, et al. Efficacy of Blended Collaborative Care for Patients With Heart Failure and Comorbid Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*.2021;181(10):1369–80. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.4978>.
52. Mallik, Spertus, Reid, Krumholz, Rumsfeld, Weintraub, et al. Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction: Evidence for Highest Rates in Younger Women. *Arch Intern Med*.2006;166(8):876–83. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.8.876>.
53. Jalali, Ziapour, Karimi, Rezaei, Emami, Kalhori, et al. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*.2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05311-8>.
54. Hanson, Westerlund, Chungkham, Vahtera, Rod, Alexanderson, et al. Job strain and loss of healthy life years between ages 50 and 75 by sex and occupational position: Analyses of 64 934 individuals from four prospective cohort studies. *Occup Environ Med*.2018;75(7):486–93. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104644>.
55. Landsbergis, Dobson, Koutsouras, and Schnall. Job Strain and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Public Health*.2013;103:61–71. <https://doi.org/10.2105/AJPH>.
56. Rugulies, Aust, and Madsen. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*.2017;43(4):294–306. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3632>.
57. Yang, Wang, Cui, Huang, Sheng, Shi, et al. Association between insomnia and job stress: A meta-analysis. *Sleep and Breathing*.2018;22(4):1221–31. <https://doi.org/10.1007/s11325-018-1682-y>.
58. Aburuz. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc*.2018;11:367–73. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S170327>.
59. Fino, Sousa, Carvalho, Sousa, Almeida, and Pereira. Cognitive performance is associated with worse prognosis in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *ESC Heart Fail*.2020;7(5):3059–66. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12932>.
60. Mulle, and Vaccarino. Cardiovascular Disease, Psychosocial Factors, and Genetics: The Case of Depression. *Prog Cardiovasc Dis*.2013;55(6):557–62. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.03.005>.
61. Bueno, Deaton, Farrero, Forsyth, Braunschweig, Buckeri, et al. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *Eur Heart J*.2025; <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191>.
62. Raj. The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review. *Arch Psychiatr Nurs*.2022;39:73–83. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.03.005>.