

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER
DENGAN MASALAH UTAMA NYERI AKUT DI IGD RSUD A. WAHA SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)



**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA
2017**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Maritta Anggraini, S.Kep.

NIM : P1605302

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan Masalah Utama Nyeri Akut di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 15 Desember 2017

Maritta Anggraini, S.Kep.

NIM. P1605302

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER
DENGAN MASALAH UTAMA NYERI AKUT DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

MARITTA ANGGRAINI, S.Kep
NIM: P.1605.302

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 15 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Siti Maisyarah, S.Kep
NIP:197705142007012016

(.....)

PENGUJI II

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

(.....)



Ketua

Ketua Program Studi

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT dengan rahmatNya yang telah memberikan taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan Masalah Utama Nyeri Akut Di IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda". Yang merupakan tugas akhir sebagai salah satu syarat meraih gelar Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan KIAN ini masih dalam kekurangan dan masih jauh daripada sempurna karena keterbatasan dan kurangnya pengetahuan yang penulis miliki, oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan KIAN ini. Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B FINAC, M.Kes selaku Direktur RSUD A.W.Sjahranie Samarinda.
2. Ns. Edy Muloyo, S.Pd, S.Kep, M.Kep selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan pembimbing I yang selalu sabar dalam membimbing saya.
3. Ns. Rusdi, M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Siti Maisyarah, S.Kep selaku Pembimbing Klinik dan Penguji.
5. Kepala Ruangan dan seluruh staff Di Ruang IGD RSUD A.W.Sjahranie Samarinda.
6. Suami saya tercinta Yongki Purnama juga putra saya tersayang Raihan Raditya terima kasih atas kesempatan dan dukungan yang telah diberikan.
7. Ayahanda Suprayitno dan Ibunda Marlina tercinta yang selalu mendoakan dan memberi kasih sayang serta pengorbanan yang tidak terhingga selama ini, Adikku tersayang yang selalu menghiburku dan mendoakanku.
8. Teman – teman puskesmas Lempake terutama crue IGD yang telah banyak memberikan motivasi.

9. Seluruh teman-teman STIKES Wiyata Husada Program Ners Keperawatan atas kebersamaannya.
10. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Semoga segala amal kebaikan semua pihak yang telah membantu dan mendukung penulis menyelesaikan KIAN ini mendapatkan balasan dari Allah SWT dan KIAN ini dapat bermanfaat. Amiin.

Samarinda, 15 Desember 2017



BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Maritta Anggraini, S.Kep
Tempat, tanggal lahir : Samarinda , 30 Agustus 1984
Alamat : Jln. Mandala 7 Rt.12 Lempake
Samarinda Utara

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

- Tamat SD : Tahun 1996 di SD Negeri 057 Samarinda
- Tamat SMP : Tahun 1999 di SMP Negeri 13 Lempake
- Tamat SMA : Tahun 2002 di SMA Negeri 9 Lempake
- Tamat Diploma III : Tahun 2005 di AKPER Dirgahayu Samarinda
- Tamat S1 Keperawatan : Tahun 2015 di Stikes Wiyata Husada Samarinda

Pendidikan Non-Formal

- Pelatihan Emergency Nursing Basic 2 Regional Prov. KalSel : 2008
- Pelatihan Penatalaksanaan Gizi Buruk Tingk. Kota Samarinda 2013
- Pelatihan BTCLS di Bandiklat Provinsi Kalimantan Timur : Tahun 2013

C. Riwayat Kerja

- Perawat Pelaksana di UGD Rs. Dirgahayu Samarinda (2005 – 2007)
- Perawat Pelaksana di IGD RSUD I.A.Moeis Samarinda (2007 – 2013)
- Perawat Pelaksanan di UGD 24 jam Puskesmas Lempake Samarinda (2013 - sekarang).

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER DENGAN MASALAH UTAMA NYERI AKUT DI IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Oleh : Maritta Anggraini

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan salah satu masalah kesehatan dalam sistem kardiovaskular karena kekuatan jantung untuk merespon tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan **metabolisme** tubuh, sehingga jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa. Pasien sering sesak nafas gejala tersebut biasa dapat ditemukan di instansi gawat darurat karena komplikasi CHF, terutama komplikasi akut. Pengkajian keperawatan ditemukan adanya kesenjangan pada teori dan kasus pada keluhan utama yaitu nyeri dada, pasien tidak sesak gejala ini membedakan kasus ini dengan kasus CHF pada umumnya. Diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, jika di teori terdapat 9 diagnosa keperawatan, sedangkan di kasus terdapat 5 diagnosa keperawatan. Lima diagnosa diatas adalah diagnosa yang dibuat berdasarkan acuan dari diagnosa keperawatan bagi penderita gagal jantung sesuai dengan teori yang ada, namun tidak semua diagnosa pada teori diangkat karena disesuaikan dengan kondisi klien saat ini. Perencanaan keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dalam memprioritaskan masalah, merumuskan masalah, dan rencana tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan pada kasus disesuaikan dengan kondisi atau keadaan klien pada saat pengkajian, dan diagnosa keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan penulis mendokumentasikan ke dalam catatan keperawatan. Kerja sama yang baik antara perawat ruang IGD RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dengan penulis banyak membantu keberhasilan dalam tindakan, sehingga tidak terjadi tindakan yang berulang pada klien. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dan alat ukur untuk memulai keberhasilan pemberian asuhan keperawatan, apakah tujuan keperawatan berhasil. Evaluasi dilakukan sesuai dengan konsep.

Kata kunci : *Congestive Heart Failure (CHF)*, pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan Evaluasi keperawatan.

ABSTRACT
NURSING INSTITUTION IN CARDIOVASCULAR SYSTEM DISEASE PATIENTS
WITH PAIN ACUTE PROBLEM
In Emergency Departement RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

By: Maritta Anggraini

Congestive Heart Failure (CHF) is one of the health problems in the cardiovascular system because the power of the heart to respond is not sufficient in meeting the needs of the body's metabolism, so the heart will fail to perform its duties as a pumping organ. Patients often have shortness of breath symptoms usually found in emergency departments due to CHF complications, especially acute complications. Nursing assessment found the gap in theory and cases on the main complaints of chest pain, patients are not ascertained this symptom distinguishes this case with CHF cases in general. Nursing diagnosis there is a gap between theory and case, if in theory there are nine diagnoses of nursing, whereas in the case there are 5 nursing diagnoses. The five diagnoses above are diagnoses made based on references from nursing diagnoses for people with heart failure in accordance with existing theories, but not all diagnoses in theory are lifted as they are tailored to current client conditions. Nursing planning there is a gap between the theory and the case in prioritizing the problem, formulating the problem, and the action plan of nursing. Nursing planning in cases is adjusted to the client's circumstances or circumstances during assessment, and nursing diagnoses. Implementation of the nursing actions of the authors documenting into nursing records. The good cooperation between the nurses of the emergency room room of RSUD A. Wahab Sjahrani Samarinda with the author helps many successes in the action, so there is no recurring action on the client. Nursing evaluation is the final stage and the measuring tool for initiating successful nursing care, whether the goal of nursing is successful. Evaluation done in accordance with the concept.

Keywords: Congestive Heart Failure (CHF), Assessment, Diagnosis, Planning, Action and Nursing Evaluation.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Anatomi Fisiologi Jantung	5
B. Konsep Kecemasan	15
C. Konsep Nyeri.....	22
D. Konsep Pijat.....	29
E. Konsep Dzikir	33
F. Konsep Keperawatan.....	39
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	53
A. Pengkajian Kasus	53
B. Analisa Data	57
C. Diagnosa Keperawatan	58
D. Intervensi Keperawatan.....	59
E. Implementasi	62
F. Evaluasi	68
BAB IV PEMBAHASAN	71
A. Pengkajian	71
B. Diagnosa Keperawatan	73
C. Intervensi	74

D. Implementasi	75
E. Evaluasi	75
BAB V PENUTUP	76
A. Simpulan	76
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung merupakan otot yang kuat yang memompa darah ke paru – paru dan anggota tubuh lainnya. Jantung juga mengalirkan darah untuk dirinya sendiri melalui arteri koronaria. Tubuh manusia memiliki berbagai mekanisme control regulasi yang digunakan untuk meningkatkan suplai darah secara aktif ke jaringan yaitu dengan meningkatkan jumlah curah jantung (cardiac output). (Wajan Juni, 2012).

Pengaturan curah jantung bergantung pada hasil perkalian denyut jantung dengan volume sekuncup. Curah jantung orang dewasa adalah antara 4,5-8 liter per menit. Peningkatan curah jantung terjadi karena adanya peningkatan denyut jantung atau volume sekuncup (Muttaqin, 2014). Bila kekuatan jantung untuk merespon tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadilah gagal jantung / Congestive Heart Failure. (Muhamad ardiansyah 2012).

CHF (Congestive Heart Failure) merupakan salah satu masalah kesehatan dalam sistem kardiovaskular, yang angka kejadiannya terus meningkat. Menurut data dari WHO dilaporkan bahwa ada sekitar 3000 warga Amerika menderita CHF. Menurut American Heart Association (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung (<https://evilprincekyu.wordpress.com>).

Jumlah penderita gagal jantung (CHF) berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau sekitar 229.696 orang. Pada umumnya CHF diderita pada usia >15 tahun. (Badan Libangkes Kementrian Kesehatan RI 2013). Di Kalimantan Timur angka kejadian gagal jantung tercatat sebanyak 96.487 orang (0,3%). Pada data riset kesehatan

2013 disebutkan bahwa Kalimantan timur berada di urutan ke 12 pada 33 penderita penyakit gagal jantung. (Badan Libangkes Kementrian Kesehatan RI 2013).

Manifestasi klinis dari CHF adalah adanya nyeri dada yang khas, perubahan EKG, dan peningkatan enzim jantung. Nyeri dada merupakan ciri khas *CHF (Congestive Heart Failure)* sebagai nyeri dada di bagian substernal, retrosternal dan prekordial. Karakteristik seperti ditekan, diremas, dibakar, terasa penuh yang terjadi dalam beberapa menit. Nyeri dapat menjalar ke dagu, leher, bahu, punggung, atau kedua lengan (Muttaqin, 2009).

Keadaan stres akan mengaktifasi hipotalamus yang selanjutnya mengendalikan sistem neuroendokrin yaitu sistem simpatis dan sistem korteks adrenal. Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi berbagai organ dan otot polos yang berada di bawah pengendaliannya, salah satunya meningkatkan kecepatan denyut jantung. Sistem saraf simpatis juga memberi sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke aliran darah, kemudian akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan berdampak pada peningkatan tekanan darah secara intermiten atau tidak menentu (Kozier, Barbara, 2010).

Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk mengelola stress adalah dengan melakukan upaya peningkatan kekebalan stress dengan mengatur pola hidup sehari-hari seperti makanan, pergaulan dan relaksasi (Dalmartha, 2012). Relaksasi otot salah satunya adalah dengan pijatan, pijatan merupakan stimulasi kulit tubuh secara umum, dipusatkan pada punggung dan bahu atau dapat dilakukan pada satu atau beberapa bagian tubuh lain. Pijatan memperbaiki sirkulasi darah, dan mengurangi kegelisahan dan depresi, tmempengaruhi aliran

getah bening, otot, saraf, dan saluran pencernaan dan stress (Merry Ann, 2013). Pijatan yang dikombinasikan dengan aromatherapy dapat menenangkan, meningkatkan relaksasi dan memberikan rasa nyaman (Bulechek, 2016).

Jenis relaksasi lain yaitu memasukkan unsur keyakinan yang dapat dilakukan oleh siapa saja. Salah satu bentuk unsur keyakinan adalah dzikir (notokusumo, 2016). Aspek dari dzikir yang berhubungan dan memiliki keterkaitan dengan teknik relaksasi adalah sikap pasrah. Sikap pasrah merupakan bentuk sikap pasif yang mutlak dibutuhkan dalam relaksasi (Nasriati, 2015).

Berdasarkan data Sepuluh besar penyakit tahun 2017, jumlah total pasien yang berkunjung di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 1564 orang dengan Coronary Artery Disease (CAD) menduduki tingkat pertama sebanyak 649 pasien dan Congestif Heart Failure (CHF) menduduki peringkat kedua sebanyak 510 orang, Acute Coronary Syndrome (ACS) STEMI dan NON STEMI 405 orang dan cardiac arrest sebanyak 123 orang.

Penulis telah melakukan pendataan pada tanggal 1 desember 2017 yang dilakukan pada Tn. A. M Di ruang Instansi Gawat Darurat pertama kali dirawat dan mengatakan merasa tidak nyaman dengan kondisi ruangan (efek hospitalisasi), rasa khawatir dan cemas dengan berbagai alasan.

Berdasarkan fenomena di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Kardiovaskuler dengan Intervensi Inovasi Pijat Punggung dan Dzikir Terhadap Tingkat kecemasan dan nyeri dada Di Ruang Intansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah: “Bagaimanakah gambaran analisis pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien pasien gangguan Cardiovaskuler dengan intervensi inovasi pijat punggung dan dzikir terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan dan Rasa Nyeri Dada Di Ruang Intansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan cardiovascular dengan masalah utama nyeri dan cemas di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah nyeri dada dan cemas
- b. Menegakkan diagnose pada pasien dengan gangguan cardiovascular.
- c. Menyusun intervensi pada pasien dengan masalah nyeri dan cemas
- d. Menerapkan implementasi pada pasien nyeri dan cemas
- e. Melakukan evaluasi pada pasien nyeri dan cemas

- f. Melakukan pendokumentasian pada pasien yang telah dilakukan intervensi dan implementasi.

D. Manfaat Penulisan

Hasil KIAN ini dapat menjadi referensi bagi rumah sakit sebagai informasi yang dapat digunakan untuk penelitian lebih lanjut dan sop untuk penanganan nyeri dan cemas pada pasien Gangguan cardiovascular.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Jantung

1. Anatomi Jantung

Jantung adalah sebuah organ berotot dengan empat buah ruang yang terletak di rongga dada, di bawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Ruang jantung terdiri atas dua ruang yang ber dinding tipis disebut atrium dan dua ruang yang ber dinding tebal disebut ventrikel (Muttaqin, 2009).

Gambar 2.1. Anatomi Jantung Manusia terlampir. Jantung memiliki berat sekitar 300 gr, berat dan ukurannya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya aktifitas fisik, dll. Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (thoraks), diantara kedua paru. Selaput yang mengitari jantung disebut pericardium, yang terdiri atas 2 lapisan yaitu *pericardium parietalis*, merupakan lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru dan *pericardium viseralis* yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri yang juga disebut epikardium.

Fungsi jantung adalah memompa darah ke jaringan, menyuplai oksigen dan zat nutrisi lain sambil mengangkut karbondioksida dan sisa hasil metabolisme. Terdapat dua pompa jantung terletak sebelah kanan dan kiri. Hasil keluaran jantung kanan didistribusikan seluruhnya ke paru melalui arteri pulmonalis, dan hasil keluaran jantung kiri seluruhnya di distribusikan keseluruh tubuh melalui aorta. Kedua pompa tersebut menyemburkan darah secara bersamaan dengan kecepatan keluaran yang sama. Kerja pemompaan jantung dijalankan oleh kontraksi dan relaksasi ritmik dinding otot. Selama kontraksi otot (sistolik), kamar jantung menjadi lebih kecil karena darah disemburkan keluar. Selama relaksasi otot dinding jantung (diastolik) bilik jantung akan terisi darah sebagai persiapan untuk penyemburan berikutnya. Jantung dewasa normalnya berdetak 60 -80x/menit, menyemburkan darah sekitar 70 ml dari kedua ventrikel tiap detak dan hasil keluaran totalnya 5L/ menit (Smeltzer dan Bare, 2010).

a. Lapisan Selaput Jantung

Jantung di bungkus oleh sebuah lapisan yang disebut lapisan perikardium, dimana lapisan perikardium ini dibagi menjadi 3 lapisan. Lapisan fibrosa, yaitu lapisan paling luar pembungkus jantung yang melindungi jantung ketika jantung mengalami *overdistention*. Lapisan fibrosa bersifat sangat keras dan bersentuhan langsung dengan bagian dinding dalam sternum rongga thorax, disamping itu lapisan fibrosa ini termasuk penghubung anantara jaringan, khususnya pembuluh darah yaitu bagian dalam dari dinding lapisan fibrosa. Ketiga lapisan viseral, lapisan perikardium yang bersentuhan dengan lapisan luar dari otot jantung atau epikardium. Diantara lapisan parietal dan viseral terdapat ruangan yang berisi cairan perikardium. Cairan ini berfungsi untuk menahan gesekan. Banyaknya cairan perikardium ini antara 15-50 ml dan tidak boleh kurang atau lebih karena akan mempengaruhi fungsi kerja jantung.

b. Lapisan Otot jantung

Dinding jantung terdiri dari tiga lapisan jaringan yaitu epikardium, miokardium dan endokardium bagian dalam. Fungsi epikardium luar sebagai lapisan perlindungan terluar, yang mencakup kapiler darah, kapiler getah bening dan serabut saraf. Hal ini mirip dengan pericardium visceral dan terdiri dari jaringan ikat tertutup oleh epitel (jaringan membran yang meliputi organ internal dan permukaan internal lain dari tubuh) Lapisan dalam yang disebut miokardium, yang merupakan bagian utama dari dinding jantung, terdiri dari jaringan otot jantung. Jaringan ini bertanggung jawab untuk kontraksi jantung, yang memfasilitasi memompa darah. Di sini, serat otot dipisahkan dengan jaringan ikat disertakan dengan kapiler darah dan serabut saraf. Lapisan dalam disebut endokardium, dibentuk dari jaringan epitel dan ikat yang mengandung banyak serat elastis dan kolagen (kolagen adalah protein utama jaringan ikat). Jaringan - jaringan ikat mengandung pembuluh darah dan serat otot jantung khusus yang disebut serabut purkinje.

c. Katup Jantung

Katup jantung terbagi menjadi 2 bagian, yaitu katup yang menghubungkan antara atrium dengan ventrikel dinamakan katup atrioventrikuler, sedangkan katup yang menghubungkan sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulmonal

dinamakan katup semilunar. Katup atrioventrikuler terdiri dari katup trikuspid yaitu katup yang menghubungkan antara atrium kanan dengan ventrikel kanan, katup atrioventrikuler yang lain adalah katup yang menghubungkan antara atrium kiri dengan ventrikel kiri yang dinamakan dengan katup mitral atau bikuspid. Katup semilunar terdiri dari katup pulmonal yaitu katup yang menghubungkan antara ventrikel kanan dengan pulmonal, katup semilunar yang lain adalah katup yang menghubungkan antara ventrikel kiri dengan asendence aorta yaitu katup aorta. Katup berfungsi mencegah aliran darah balik ke ruang jantung sebelumnya sesaat setelah kontraksi atau sistolik dan sesaat saat relaksasi atau diastolik. Tiap bagian daun katup jantung diikat oleh *chordae tendineae* sehingga pada saat kontraksi daun katup tidak terdorong masuk ke ruang sebelumnya yang bertekanan rendah. *Chordae tendineae* sendiri berikatan dengan otot yang disebut muskulus papilaris. Gambar 2.2. Katup Jantung terlampir (Sumber: <http://www.mediscus.com>).

- d. Bilik Jantung memiliki empat ruang, ruang atas dikenal sebagai atrium kiri dan kanan, dan ruang bawah disebut ventrikel kiri dan kanan. Dua pembuluh darah yang disebut vena kava superior dan vena kava inferior, masing-masing membawa darah teroksigenasi ke atrium kanan dari bagian atas dan bagian bawah tubuh. Atrium kanan memompa darah ini ke ventrikel kanan melalui katup trikuspid. Ventrikel kanan memompa darah ini melalui katup pulmonal ke arteri pulmonalis, yang membawanya ke paru-paru (untuk mendapatkan kembali oksigen). Atrium kiri menerima darah beroksigen dari paru-paru melalui pembuluh darah paru, dan memompa ke ventrikel kiri melalui katup bikuspid atau mitral. Ventrikel kiri memompa darah ini melalui katup aorta ke berbagai bagian tubuh melalui aorta, yang merupakan pembuluh darah terbesar dalam tubuh. Otot-otot jantung juga disertakan dengan darah beroksigen melalui arteri koroner. Atrium dengan ber dinding tipis, dibandingkan dengan ventrikel. Ventrikel kiri adalah yang terbesar dari empat bilik jantung, dan dindingnya memiliki ketebalan setengah inci.
- e. Arteri Koroner adalah arteri yang bertanggung jawab dengan jantung, karena darah bersih yang kaya akan oksigen dan elektrolit sangat penting agar jantung bisa bekerja sebagaimana fungsinya. Apabila arteri koroner

mengalami pengurangan suplainya ke jantung atau yang di sebut dengan iskemia, ini akan menyebabkan terganggunya fungsi jantung. Apalagi arteri koroner mengalami sumbatan total atau yang disebut dengan serangan jantung mendadak atau *miokardiac infarction* dan bisa menyebabkan kematian. Begitupun apabila otot jantung dibiarkan dalam keadaan iskemia akan berujung dengan serangan jantung juga atau *miokardiac infarction*.

Arteri koroner adalah cabang pertama dari sirkulasi sistemik, dimana muara arteri koroner berada dekat dengan katup aorta atau tepatnya di sinus valsava. Arteri koroner dibagi dua,yaitu:

1) Arteri Koroner Kiri mempunyai 2 cabang yaitu LAD (*Left Anterior Desenden*) dan LCX (*left Cirkumflex*). Kedua arteri ini melingkari jantung dalam dua lekuk anatomis eksterna, yaitu *sulcus coronary* atau *sulcus atrioventrikuler* yang melingkari jantung diantara atrium dan ventrikel, yang kedua yaitu *sulcus interventrikuler* yang memisahkan kedua ventrikel. Pertemuan kedua lekuk ini dibagian permukaan posterior jantung yang merupakan bagian dari jantung yang sangat penting yaitu kruks jantung. Nodus AV berada pada titik ini. Arteri LAD bertanggung jawab untuk mensuplai darah untuk otot ventrikel kiri dan kanan, serta bagian interventrikuler septum. Arteri LCX bertanggung jawab untuk mensuplai 45% darah untuk atrium kiri dan ventrikel kiri, 10% bertanggung jawab mensuplai SA Node.

2) Arteri Koroner Kanan bertanggung jawab mensuplai darah ke atrium ke atrium kanan, ventrikel kanan, permukaan bawah dan belakang ventrikel kiri, 90% mensuplai AV Node, dan 55% mensuplai

SA Node. Gambar 2.3 Arteri Koroner terlampir
(Sumber:<http://www.dokterpost.com>)

f. Pembuluh Darah Besar Jantung

Ada beberapa pembuluh besar yang perlu di ketahui, yaitu:

- 1) Vena kava superior, yaitu vena besar yang membawa darah kotor dari bagian atas diafragma menuju atrium kanan.
- 2) Vena kava inferior, yaitu vena besar yang membawa darah kotor dari bagian bawah diafragma ke atrium kanan.

- 3) Sinus coronary, yaitu vena besar jantung yang membawa darah kotor dari jantung sendiri.
- 4) Pulmonary trunk, yaitu pembuluh darah besar yang membawa darah kotor dari ventrikel kanan ke arteri pulmonalis.
- 5) Arteri pulmonalis, bagi menjadi 2 yaitu kanan dan kiri yang membawa darah kotor dari pulmonari trunk ke kedua paru.
- 6) Vena pulmonalis, dibagi menjadi 2 yaitu kanan dan kiri yang membawa darah bersih dari kedua paru-paru ke atrium kiri.
- 7) Ascending aorta, yaitu pembuluh darah besar yang membawa darah bersih dari ventrikel kiri ke arkus aorta ke cabangnya yang bertanggung jawab dengan organ tubuh bagian atas.
- 8) Descending aorta, yaitu bagian aorta yang membawa darah bersih dan bertanggung jawab dengan organ tubuh bagian bawah.

2. Fisiologi Jantung

a. Hemodinamika Jantung

Darah yang kehabisan oksigen dan mengandung banyak karbondioksida (darah kotor) dari seluruh tubuh mengalir melalui dua vena terbesar (vena kava) menuju ke dalam atrium kanan. Setelah atrium kanan terisi darah, ia akan mendorong darah ke dalam ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis. Darah dari ventrikel kanan akan dipompa melalui katup pulmoner ke dalam arteri pulmonalis menuju ke paru-paru. Darah akan mengalir melalui pembuluh yang sangat kecil (pembuluh kapiler) yang mengelilingi kantong udara di paru-paru, menyerap oksigen, melepaskan karbondioksida dan selanjutnya dialirkan kembali ke jantung. Darah yang kaya akan oksigen mengalir di dalam vena pulmonalis menuju ke atrium kiri. Peredaran darah di antara bagian kanan jantung paru – paru dan atrium kiri disebut sirkulasi pulmoner karena darah dialirkan ke paru-paru. Darah dalam atrium kiri akan didorong menuju ventrikel kiri melalui katup bikuspidalis / mitral, yang selanjutnya akan memompa darah bersih ini melewati katup aorta masuk ke dalam aorta (arteri terbesar dalam tubuh). Darah kaya oksigen ini disirkulasikan ke seluruh tubuh, kecuali paru-paru. Gambar 2.4 Hemodinamika Jantung terlampir (Sumber:<http://www.dokterpost.com>)

b. Siklus Jantung dibagi menjadi 2 bagian besar yaitu:

- 1) Sistole atau kontraksi jantung.
- 2) Diastole atau relaksasi atau ekspansi jantung

Secara spesifik, siklus jantung dibagi menjadi 5 fase yaitu;

- 1) Fase *Ventrikel Filling* Sesaat setelah kedua atrium menerima darah dari masing-masing cabangnya, dengan demikian akan menyebabkan tekanan di kedua atrium naik melebihi tekanan di kedua ventrikel. Keadaan ini akan menyebabkan terbukanya katup atrioventrikular, sehingga darah secara pasif mengalir ke kedua ventrikel secara cepat karena pada saat ini kedua ventrikel dalam keadaan relaksasi/ diastolik sampai dengan aliran darah pelan seiring dengan bertambahnya tekanan di kedua ventrikel. Proses ini dinamakan dengan pengisian ventrikel atau *ventrikel filling*. Perlu anda ketahui bahwa 60% sampai 90 % total volume darah di kedua ventrikel berasal dari pengisian ventrikel secara pasif. Dan 10% sampai 40% berasal dari kontraksi kedua atrium.
- 2) Fase *Atrial Contraction* Seiring dengan aktifitas listrik jantung yang menyebabkan kontraksi kedua atrium, dimana setelah terjadi pengisian ventrikel secara pasif, disusul pengisian ventrikel secara aktif yaitu dengan adanya kontraksi atrium yang memompakan darah ke ventrikel atau yang kita kenal dengan "*atrial kick*". Dalam grafik EKG akan terekam gelombang P. Proses pengisian ventrikel secara keseluruhan tidak mengeluarkan suara, kecuali terjadi patologi pada jantung yaitu bunyi jantung 3 atau *cardiac murmur*.
- 3) Fase *Isovolumetric Contraction* Pada fase ini, tekanan di kedua ventrikel berada pada puncak tertinggi tekanan yang melebihi tekanan di kedua atrium dan sirkulasi sistemik maupun sirkulasi pulmonal. Bersamaan dengan kejadian ini, terjadi aktivitas listrik jantung di ventrikel yang terekam pada EKG yaitu kompleks QRS atau depolarisasi ventrikel. Keadaan kedua ventrikel ini akan menyebabkan darah mengalir balik ke atrium yang menyebabkan penutupan katup atrioventrikuler untuk mencegah aliran balik darah tersebut. Penutupan katup atrioventrikuler akan mengeluarkan bunyi jantung satu (S1) atau sistolik. Periode waktu antara penutupan katup AV sampai sebelum pembukaan katup

semilunar dimana volume darah di kedua ventrikel tidak berubah dan semua katup dalam keadaan tertutup, proses ini dinamakan dengan *faseisovolumetrik contraction*.

- 4) Fase *Ejection* Seiring dengan besarnya tekanan di ventrikel dan proses depolarisasi ventrikel akan menyebabkan kontraksi kedua ventrikel membuka katup semilunar dan memompa darah dengan cepat melalui cabangnya masing-masing. Pembukaan katup semilunar tidak mengeluarkan bunyi. Bersamaan dengan kontraksi ventrikel, kedua atrium akan di isi oleh masing-masing cabangnya.

Fase *Isovolumetric Relaxation* Setelah kedua ventrikel memompakan darah, maka tekanan di kedua ventrikel menurun atau relaksasi sementara tekanan di sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulmonal meningkat. Keadaan ini akan menyebabkan aliran darah balik ke kedua ventrikel, untuk itu katup semilunar akan menutup untuk mencegah aliran darah balik ke ventrikel. Penutupan katup semilunar akan mengeluarkan bunyi jantung dua (S2) atau diastolik. Proses relaksasi ventrikel akan terekam dalam EKG dengan gelombang T, pada saat ini juga aliran darah ke arteri koroner terjadi. Aliran balik dari sirkulasi sistemik dan pulmonal ke ventrikel juga di tandai dengan adanya "*dicrotic notch*". Perlu anda ingat bahwa siklus jantung berjalan secara bersamaan antara jantung kanan dan jantung kiri, dimana satu siklus jantung = 1 denyut jantung = 1 beat EKG (P,Q,R,S,T) hanya membutuhkan waktu kurang dari 0.5 detik.

- a) Total volume darah yang terisi setelah fase pengisian ventrikel secara pasif maupun aktif (fase *ventrikel filling* dan fase *atrial contraction*) disebut dengan *End Diastolic Volume* (EDV).
- b) Total EDV di ventrikel kiri (LVEDV) sekitar 120 ml.
- c) Total sisa volume darah di ventrikel kiri setelah kontraksi/ sistolik disebut *End Systolic Volume* (ESV) sekitar 50 ml. Perbedaan volume darah di ventrikel kiri antara EDV dengan ESV adalah 70 ml atau yang dikenal dengan stroke volume. (EDV-ESV = Stroke Volume) (120-50 = 70). Gambar 2.5 Siklus Jantung terlampir (Sumber:<http://www.dokterpost.com>)

c. Sistem Listrik Jantung

Jantung berkontraksi atau berdenyut secara berirama akibat potensial aksi yang ditimbulkannya sendiri. Hal ini disebabkan karena jantung memiliki mekanisme aliran listrik sendiri guna berkontraksi atau memompa dan berelaksasi. Potensial aksi ini dicetuskan oleh nodus-nodus pacemaker yang terdapat di jantung dan dipengaruhi oleh beberapa jenis elektrolit seperti K^+ , Na^+ , dan Ca^+ . Gangguan terhadap kadar elektrolit tersebut di dalam tubuh dapat mengganggu mekanisme aliran listrik jantung. Sumber listrik jantung adalah SA Node (Nodus Sinoatrial). Arus listrik yang dihasilkan oleh otot jantung menyebar ke jaringan di sekitar jantung dan dihantarkan melalui cairan-cairan tubuh. Sebagian kecil aktivitas listrik ini mencapai permukaan tubuh dan dapat dideteksi menggunakan alat khusus. Rekaman aliran listrik jantung disebut dengan elektrokardiogram atau EKG. EKG adalah rekaman mengenai aktivitas listrik di cairan tubuh yang dirangsang oleh aliran listrik jantung yang mencapai permukaan tubuh. Berbagai komponen pada rekaman EKG dapat dikorelasikan dengan berbagai proses spesifik di jantung. EKG dapat digunakan untuk mendiagnosis kecepatan denyut jantung yang abnormal, gangguan irama jantung, serta kerusakan otot jantung. Hal ini disebabkan karena aktivitas listrik akan memicu aktivitas mekanis sehingga kelainan pola listrik biasanya akan disertai dengan kelainan mekanis atau otot jantung sendiri.

Gambar 2.6 Sistem Listrik Jantung terlampir
(Sumber: <http://www.dokterpost.com>)

d. Curah Jantung

Cardiac Output adalah volume darah yang dipompa oleh tiap-tiap ventrikel per menit (bukan jumlah total darah yang dipompa oleh jantung). Selama setiap periode tertentu, volume darah yang mengalir melalui sirkulasi paru ekuivalen dengan volume yang mengalir melalui sirkulasi sistemik. Dengan demikian, curah jantung dari kedua ventrikel dalam keadaan normal identik, walaupun apabila diperbandingkan denyut demi denyut, dapat terjadi variasi minor. Dua faktor yang mempengaruhi kardiak output adalah kecepatan denyut jantung (denyut per menit) dan volume sekuncup (volume darah yang dipompa per denyut). Curah jantung merupakan faktor utama yang

harus diperhitungkan dalam sirkulasi, karena curah jantung mempunyai peranan penting dalam transportasi darah yang memasok berbagai nutrisi. Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan oleh ventrikel selama satu menit. Perubahan frekuensi jantung dapat terjadi akibat kontrol refleks yang dimediasi oleh sistem saraf otonom, meliputi bagian simpatis dan parasimpatis. Impuls parasimpatis, yang berjalan ke jantung melalui nervus vagus, dapat memperlambat frekuensi jantung, sementara impuls simpatis meningkatkannya. Efeknya terhadap frekuensi jantung berakibat mulai dari aksi pada Nodus SA untuk meningkatkan maupun menurunkan kecepatan depolarisasi intrinsiknya. Keseimbangan antara kedua refleksi tadi mengontrol sistem yang normalnya menentukan frekuensi jantung. Frekuensi jantung dirangsang juga oleh peningkatan kadar katekolamin (yang disekresikan oleh kelenjar adrenal) dan oleh adanya kelebihan hormon tiroid yang menghasilkan efek menyerupai katekolamin. Volume sekuncup jantung ditentukan oleh tiga faktor :

- 1) Kontraktilitas Intrinsik Otot Jantung adalah istilah yang digunakan untuk menyatakan tenaga yang dapat dibangkitkan oleh kontraksi miokardium pada kondisi tertentu. Kontraksi ini dapat meningkat akibat katekolamin yang beredar, aktivitas saraf simpatis dan berbagai obat seperti digitalis serta dapat menurun akibat hipoksemia dan asidosis. Peningkatan kontraktilitas dapat terjadi pada peningkatan volume sekuncup.
- 2) Derajat Peregangan Otot Jantung Preload merupakan tenaga yang menyebabkan otot ventrikel meregang sebelum mengalami eksitasi dan kontraksi Preload ventrikel ditentukan oleh volume darah dalam ventrikel pada akhir diastolik. Semakin besar preload, semakin besar volume sekuncupnya, sampai pada titik dimana otot sedemikian teregangnya dan tidak mampu berkontraksi lagi. Hubungan antara peningkatan volume akhir diastolik ventrikel pada kontraktilitas intrinsik tertentu dinamakan hukum starling jantung, yang didasarkan pada kenyataan bahwa semakin besar pula derajat pemendekan yang akan terjadi. Akibatnya terjadi peningkatan interaksi antara sarkomer filamen tebal dan tipis.

3) Tekanan yang harus dilawan otot jantung untuk menyemburkan darah selama kontraksi (afterload) adalah suatu tekanan yang harus dilawan ventrikel untuk menyemburkan darah. Tahanan terhadap ejeksi ventrikel kiri dinamakan tahanan vaskuler sistemik. Tahanan oleh tekanan pulmonal terhadap ejeksi ventrikel dinamakan tahanan vaskuler pulmonal. Peningkatan afterload akan mengakibatkan penurunan volume sekuncup.

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan *Elektro Cardio Gram* (ECG) harus dilakukan untuk setiap pasien yang dicurigai gagal jantung. Temuan EKG yang normal hampir selalu menyingkirkan diagnosis gagal jantung.¹ Gagal jantung dengan perubahan EKG umum ditemukan seperti gelombang Q patologis, hipertrofi ventrikel kiri dengan strain, *right bundle branch block* (RBBB), *left bundle branch block* (LBBB), AV blok, atau perubahan pada gelombang T dapat ditemukan. Gangguan irama jantung seperti takiaritmia supraventrikuler (SVT) dan fibrilasi atrial (AF) juga umum. Ekstrasistole ventrikular (VES) dapat sering terjadi dan tidak selalu menggambarkan prognosis yang buruk, sementara takikardi ventrikular *sustained* dan *nonsustained* dapat dianggap sebagai sesuatu yang membahayakan. Jenis aritmia seperti ini biasanya tidak terdeteksi pada *resting* ECG tapi dapat terdeteksi pada monitoring holter 24- atau 48- jam.⁴
- b. Pemeriksaan darah perlu dikerjakan untuk menyingkirkan anemia sebagai penyebab susah bernafas, dan untuk mengetahui adanya penyakit dasar serta komplikasi. Pada gagal jantung yang berat akibat berkurangnya kemampuan mengeluarkan air sehingga dapat timbul hiponatremia dilusional, karena itu adanya hiponatremia menunjukkan adanya gagal jantung yang berat. Pemeriksaan serum kreatinin perlu dikerjakan selain untuk mengetahui adanya gangguan ginjal, juga mengetahui adanya stenosis arteri renalis apabila terjadi peningkatan serum kreatinin setelah pemberian angiotensin converting enzyme inhibitor dan diuretik dosis tinggi. Pada gagal jantung berat dapat terjadi proteinuria. Hipokalemia dapat terjadi pada pemberian diuretic tanpa suplementasi kalium dan obat potassium sparing. Hiperkalemia timbul pada gagal jantung berat dengan

penurunan fungsi ginjal, penggunaan ACE-inhibitor serta obat potassium sparing. Pada gagal jantung kongestif tes fungsi hati (bilirubin, AST dan LDH) gambarannya abnormal karena kongesti hati. Pemeriksaan profil lipid, albumin serum fungsi tiroid dianjurkan sesuai kebutuhan. Pemeriksaan penanda BNP sebagai penanda biologis gagal jantung dengan kadar BNP plasma 100pg/ml dan plasma NT-proBNP adalah 300 pg/ml.

- c. Rontgen Thorax : Pada pemeriksaan foto dada dapat ditemukan adanya pembesaran siluet jantung (cardio thoracic ratio > 50%), gambaran kongesti vena pulmonalis terutama di zona atas pada tahap awal, bila tekanan vena pulmonal lebih dari 20 mmHg dapat timbul gambaran cairan pada fisura horizontal dan garis Kerley B pada sudut kostofrenikus. Bila tekanan lebih dari 25 mmHg didapatkan gambaran batwing pada lapangan paru yang menunjukkan adanya edema paru bermakna. Dapat pula tampak gambaran efusi pleura bilateral, tetapi bila unilateral, yang lebih banyak terkena adalah bagian kanan. (Coven, 2013)
- d. Ekokardiografi merupakan pemeriksaan non-invasif yang sangat berguna pada gagal jantung dan dapat menunjukkan gambaran obyektif mengenai struktur dan fungsi jantung. Penderita yang perlu dilakukan ekokardiografi adalah : semua pasien dengan tanda gagal jantung, susah bernafas yang berhubungan dengan murmur, sesak yang berhubungan dengan fibrilasi atrium, serta penderita dengan risiko disfungsi ventrikel kiri (infark miokard anterior, hipertensi tak terkontrol, atau aritmia). Ekokardiografi dapat mengidentifikasi gangguan fungsi sistolik, fungsi diastolik, mengetahui adanya gangguan katup, serta mengetahui risiko emboli (Coven, 2013).
- e. Angiografi dikerjakan pada nyeri dada berulang akibat gagal jantung. Angiografi ventrikel kiri dapat mengetahui gangguan fungsi yang global maupun segmental serta mengetahui tekanan diastolik, sedangkan kateterisasi jantung kanan untuk mengetahui tekanan sebelah kanan (atrium kanan, ventrikel kanan dan arteri pulmonalis) serta pulmonary artery capillary wedge pressure.

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardjo Wiramihardja, 2015).

Menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widuri 2007) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

2. Manifestasi Klinis

- a. Gejala - gejala yang bersifat fisik diantaranya adalah Jari tangan dingin, detak jantung makin cepat, berkeringat dingin, kepala pusing, nafsu makan berkurang, tidur tidak nyenyak, dada sesak.
- b. Gejala yang bersifat mental adalah : ketakutan merasa akan ditimpa bahaya, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenteram, ingin lari dari kenyataan (Siti Sundari, 2004:62).

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada (Kholil Lur Rochman, 2010) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain:

- a. Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.

- b. Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihinggapai depresi.
- c. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- d. Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e. Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

3. Etiologi Kecemasan

Menurut Savitri Ramaiah (2003:11) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

- a. Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.
- b. Emosi yang ditekan dapat terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.
- c. Sebab-sebab fisik hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi - kondisi ini, perubahan - perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. (Kholil Lur Rochman, 2010).

4. Jenis-jenis Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu perubahan suasana hati, perubahan didalam dirinya sendiri yang timbul dari dalam tanpa adanya rangsangan dari luar. Mustamir Pedak (2009:30) membagi kecemasan menjadi tiga jenis kecemasan yaitu :

- a. Kecemasan Rasional merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam, misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini

dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasar kita.

- b.** Kecemasan Irrasional yang berarti bahwa mereka mengalami emosi ini dibawah keadaan spesifik yang biasanya tidak dipandang mengancam.
- c.** Kecemasan Fundamental merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk apa hidupnya, dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan eksistensial yang mempunyai peran fundamental bagi kehidupan manusia.

Sedangkan Kartono Kartini (2006: 45) membagi kecemasan menjadi dua jenis kecemasan, yaitu :

- a.** Kecemasan Ringan dibagi menjadi dua kategori yaitu Kecemasan ringan yang muncul sebentar adalah suatu kecemasan yang wajar terjadi pada individu akibat situasi - situasi yang mengancam dan individu tersebut tidak dapat mengatasinya, sehingga timbul kecemasan. Kecemasan ini akan bermanfaat bagi individu untuk lebih berhati - hati dalam menghadapi situasi - situasi yang sama di kemudian hari. Kecemasan ringan yang lama adalah kecemasan yang dapat diatasi tetapi karena individu tersebut tidak segera mengatasi penyebab munculnya kecemasan, maka kecemasan tersebut akan mengendap lama dalam diri individu.
- b.** Kecemasan Berat adalah kecemasan yang terlalu berat dan berakar secara mendalam dalam diri seseorang. Apabila seseorang mengalami kecemasan semacam ini maka biasanya ia tidak dapat mengatasinya. Kecemasan ini dibagi menjadi dua yaitu kecemasan berat yang munculnya sebentar dapat menimbulkan traumatis pada individu jika menghadapi situasi yang sama dengan situasi penyebab. Sedangkan kecemasan yang berat tetapi munculnya lama akan merusak kepribadian individu. Hal ini akan berlangsung terus menerus bertahun - tahun dan dapat merusak proses kognisi individu. Kecemasan yang berat dan lama akan menimbulkan berbagai macam penyakit seperti darah tinggi, tachycardia (percepatan darah), excited (heboh, gempar).

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) membagi ansietas ke dalam 4 tingkatan sesuai dengan rentang respon ansietas yaitu :

- a. Ansietas ringan adalah ansietas yang normal yang memotivasi individu dari hari ke hari sehingga dapat meningkatkan kesadaran individu serta mempertajam perasaannya. Ansietas pada tahap ini dipandang penting dan konstruktif.
- b. Ansietas Sedang pada tahap ini lapangan persepsi individu menyempit, seluruh indera dipusatkan pada penyebab ansietas sehingga perhatian terhadap rangsangan dari lingkungannya berkurang.
- c. Ansietas Berat adalah lapangan persepsi menyempit, individu bervokus pada hal – hal yang kecil, sehingga individu tidak mampu memecahkan masalahnya, dan terjadi gangguan fungsional.
- d. Panik merupakan bentuk ansietas yang ekstrim, terjadi disorganisasi dan dapat membahayakan dirinya. Individu tidak dapat bertindak, agitasi atau hiperaktif.

5. Gangguan kecemasan

Fitri Fauziah & Julianty Widuri (2007) membagi gangguan kecemasan dalam beberapa jenis, yaitu :

- a. Fobia Spesifik Yaitu suatu ketakutan yang tidak diinginkan karena kehadiran atau antisipasi terhadap obyek atau situasi yang spesifik.
- b. Fobia Sosial merupakan suatu ketakutan yang tidak rasional dan menetap, biasanya berhubungan dengan kehadiran orang lain. Individu menghindari situasi dimana dirinya dievaluasi atau dikritik, yang membuatnya merasa terhina atau dipermalukan, dan menunjukkan tanda - tanda kecemasan atau menampilkan perilaku lain yang memalukan.
- c. Gangguan Panik memiliki karakteristik terjadinya serangan panik yang spontan dan tidak terduga. Beberapa simtom yang dapat muncul pada gangguan panik antara lain ; sulit bernafas, jantung berdetak kencang, mual, rasa sakit didada, berkeringat dingin, dan gemetar. Hal lain yang penting dalam diagnosa gangguan panik adalah bahwa individu merasa setiap serangan panik merupakan pertanda datangnya kematian atau kecacatan.
- d. Gangguan Cemas Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder) adalah kekhawatiran yang berlebihan dan bersifat pervasif, disertai dengan berbagai simtom somatik, yang menyebabkan gangguan signifikan dalam

kehidupan sosial atau pekerjaan pada penderita, atau menimbulkan stres yang nyata.

6. Patogenesis dan Patofisiologi Kecemasan

Secara fisiologi respon tubuh saat mengalami stress, akan mengaktifasi hipotalamus, selanjutnya akan mengendalikan system neuroendokrin yaitu system simpatis dan system korteks adrenal. Saraf simpatis berespon terhadap impuls saraf dari hipotalamus yaitu dengan mengaktifasi berbagai organ dan otot polos yang berada dibawah pengendaliannya, sebagai contoh akan meningkatkan kecepatan denyut jantung (takikardi) dan mendilatasi pupil. Saraf simpatis memberi sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epineprin dan norepineprin ke aliran darah. Jika tubuh tidak mampu melakukan penyesuaian diri dengan perubahan, maka akan terjadi gangguan keseimbangan.

System korteks adrenal menjadi aktivasi jika hipotalamus mensekresikan CRF (*Corticotropin-Releasing Factor*) yaitu zat kimia yang bekerja pada kelenjar hipofisis, terletak di bawah hipotalamus. Kelenjar hipofisis ini selanjutnya akan mensekresikan hormone ACTH (*Adrenocorticotropic hormone*), lalu dibawa melalui aliran darah ke korteks adrenal, kemudian akan menstimulasi pelepasan berbagai kelompok hormone antara lain kortisol berfungsi untuk meregulasi kadar gula darah.

ACTH (*Adrenocorticotropic hormone*) memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain mengeluarkan sekitar 30 hormon. Efek kombinasi dari berbagai hormone stress yang dibawa melalui aliran darah dan ditambah aktivitas cabang saraf simpatik dari system saraf otonom berperan dalam respon *fight or flight* (respon melawan atau kabur) (Kandasami, 2011).

7. Faktor-faktor yang dapat mengurangi kecemasan

- a. Represi, yaitu tindakan untuk mengalihkan atau melupakan hal atau keinginan yang tidak sesuai dengan hati nurani. Represi juga bisa diartikan sebagai usaha untuk menenangkan atau meredam diri agar tidak timbul dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya (Prasetyono, 2007).
- b. Relaksasi, yaitu dengan mengatur posisi tidur dan tidak memikirkan masalah (Prasetyono, 2007). Sedangkan Dale Carnegie (2007) menambahkan bahwa relaksasi dan rekreasi bisa menurunkan kecemasan

dengan cara tidur yang cukup, mendengarkan musik, tertawa dan memperdalam ilmu agama.

- c. Komunikasi perawat, yaitu komunikasi yang disampaikan perawat pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi terapeutik (Tamsuri, 2006).
- d. Psikofarmaka, yaitu pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan seperti diazepam, bromazepam dan alprazolam yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (limbic system) (Hawari, 2001).
- e. Psikoterapi, merupakan terapi kejiwaan dengan memberi motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta kepercayaan diri (Hawari, 2001).
- f. Psikoreligius, yaitu dengan doa dan dzikir. Doa adalah mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat melipat gandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan (Prasetyono, 2007). Terapi medis tanpa disertai dengan doa dan dzikir tidaklah lengkap, sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa terapi medis tidaklah efektif.

8. Kuesioner tingkat kecemasan

Tingkat Kecemasan dapat diukur dengan alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala *HARS* merupakan alat ukur kecemasan yang berdasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Skala *HARS* terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe). Skala *HARS* telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala

HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Tabel 2.1 Skala Kecemasan HARS terlampir.

9. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1 dari 14 dengan hasil:

- a. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
- b. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
- c. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
- d. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan. Serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat hingga akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. (NANDA, 2015). Nyeri kronis serangan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 3 bulan (NANDA, 2012).

2. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi Nyeri berdasarkan durasi (Andarmoyo, 2013) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (< 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan

terlokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan lain sebagainya.

- b. Nyeri Kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986 dalam Andarmoyo, 2013).

3. Etiologi nyeri

- a. Faktor resiko

- 1) Nyeri akut

- a) Melaporkan nyeri secara verbal dan non verbal
- b) Menunjukkan kerusakan
- c) Posisi untuk mengurangi nyeri
- d) Muka dengan ekspresi nyeri
- e) Gangguan tidur
- f) Respon otonom (penurunan tekanan darah, suhu, nadi)
- g) Tingkah laku ekspresif (gelisah, merintih, nafas panjang, mengeluh).

- 2) Nyeri kronis

- a) Perubahan berat badan
- b) Melaporkan secara verbal dan non verbal
- c) Menunjukkan gerakan melindungi, depresi, focus pada diri sendiri
- d) Kelelahan
- e) Perubahan pola tidur

- f) Takut cedera

- g) Interaksi dengan orang lain menurun

- b. Factor predisposisi meliputi trauma, peradangan, trauma psikologis.

- c. Factor presipitasi meliputi lingkungan, suhu ekstrim, kegiatan, emosi.

4. Manifestasi klinik

- a. Tanda dan gejala nyeri meliputi gangguan pola tidur, posisi menghindari nyeri, gerakan menghindari nyeri, raut wajah kesakitan (menangis, merintih) perubahan nafsu makan, tekanan darah meningkat, pernafasan meningkat dan depresi.

b. Factor-faktor yang mempengaruhi nyeri, pengalaman nyeri pada seseorang dapat di pengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah:

- 1) Arti Nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini di pengaruhi lingkungan dan pengalaman.
- 2) Persepsi Nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif dari seseorang yang merasakan nyeri. Dikarenakan perawat tidak mampu merasakan nyeri yang dialami oleh pasien.
- 3) Toleransi Nyeri erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gerakan atau garakan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat dan sebagainya. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang kunjung tidak hilang, sakit, dan lain-lain.
- 4) Reaksi terhadap Nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat di pengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

5. Patofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan dipersiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanis sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Wahit Chayatin, N.Mubarak, 2007). Respons fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu. Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan

hipotalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus, berat, dalam, dan melibatkan organ-organ dalam/*visceral* maka sistem saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi (Andarmoyo, 2013). Tabel berikut ini menunjukkan respons fisiologis terhadap nyeri.

Tabel 2.2
Respons Fisiologis Terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
Stimulasi Simpatik*	
Dilatasi saluran bronkheolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Menyebabkan peningkatan transport oksigen
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skeletal dan otak
Peningkatan kadar glukosa darah	Menghasilkan energi tambahan
Diaphoresis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot untuk melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
Stimulasi Parasimpatik**	
Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vagal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembangkan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik
Sumber: Potter & Perry (2006 dalam Andarmoyo, 2013)	

Ket: * Nyeri dengan intensitas ringan sampai moderat dan nyeri superficial

** Nyeri yang berat dan dalam

Respons Perilaku menurut Andarmoyo (2013) yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam. Meskipun respons perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respons perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri kecuali dalam situasi yang tidak lazim di mana pengukuran tidak memungkinkan (misal, orang tersebut menderita retardasi mental yang berat atau tidak sadar). Respons perilaku nyeri pada klien dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.3
 Respons Perilaku Nyeri pada Klien

Respons Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	Mengaduh Menangis Sesak napas Mendengkur
Ekspresi wajah	Meringis Menggeletukkan gigi Mengerunyitkan dahi Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar Menggigit bibir
Gerakan tubuh	Gelisah Imobilisasi Ketegangan otot Peningkatan gerakan jari dan tangan Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan Gerakan ritmik atau gerakan menggosok Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	Menghindari percakapan Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri Menghindari kontak social Penurunan rentang perhatian

Sumber: Potter & Perry (2006 dalam Andarmoyo, 2013)

6. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013). Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

- a. Skala Numerik (*Numerical Rating Scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. **Numeris**



Gambar 2.1
 Skala Nyeri Numerik

Sumber : Potter & Perry (2006, dalam Andarmoyo, 2013)

- b. Skala Deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan". Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).



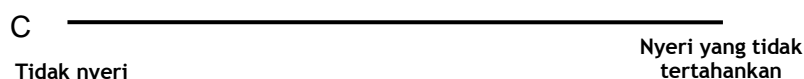
Gambar 2.2

Skala Nyeri Deskriptif Verbal

Sumber : Potter & Perry (2006, dalam Andarmoyo, 2013)

- c. Skala Analog Visual (*Visual analog scale, VAS*) adalah suatu garis lurus / horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan "tidak ada" atau "tidak nyeri", sedangkan ujung kanan biasanya menandakan "berat" atau "nyeri yang paling buruk". Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari "tidak ada nyeri" diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002 dalam Andarmoyo, 2013)

Analog



Gambar 2.3

Skala Nyeri Analog Visual

Sumber : Potter & Perry (2006, dalam Andarmoyo, 2013)

7. Manajemen Nyeri

Menurut Andarmoyo(2013), manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Mengurangi intensitas dan durasi keluhan nyeri.
- b. Menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis yang persisten.
- c. Mengurangi penderitaan dan atau ketidak mampuan / ketidak berdayaan akibat nyeri.
- d. Meminimalkan reaksi tak diinginkan atau intoleransi terhadap terapi nyeri.
- e. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktivitas sehari - hari.

8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan keperawatan meliputi monitor tanda-tanda vital, kaji adanya infeksi atau peradangan nyeri, distraksi (mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang), kompres hangat, mengajarkan teknik relaksasi dan meditasi adalah salah satu strategi nonfarmakologis yang dapat meningkatkan kesehatan fisik, mengurangi rasa sakit, meningkatkan respon kekebalan tubuh, meningkatkan kesejahteraan emosional, dan mendorong pertumbuhan rohani (Ikedo et al., 2007 dalam Sitepu, 2009). Salah satu jenis meditasi adalah Dzikir. Dzikir meditasi sebenarnya adalah sebuah bentuk meditasitransendental. Dalam teknik meditasitransendental terdapat kemungkinan menetralkan dampak dari stres, yang dapat mengubah tingkat hormon(Maclean, 1996 dalam Sitepu, 2009).

- b. Penatalaksanaan medis

Manajemen nyeri farmakologis (Andarmoyo, 2013) mengemukakan bahwa analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik, yakni

- 1) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang, seperti nyeri yang

terkait dengan arthritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi dan prosedur bedah minor, episiotomy, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolak (Toradol), merupakan agen analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin.

2) Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pasca operasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

3) Obat Tambahan (*Adjuvan*) seperti sedatif, anti cemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat - obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental.

D. Konsep Pijat

1. Pengertian

Massage / Pijat disebut juga dengan pijatan yang berarti sentuhan yang dilakukan dengan sadar (Nanayakkara, 2006). Menurut Fallows dan Russel (2003), Pijat adalah hal yang dilakukan dengan rasa tenang dan rileks yang diikuti saling bercengkrama. Sentuhan merupakan bahasa universal bagi umat manusia (Aslani, 2003).

2. Manfaat Pijat

Pijat merupakan teknik integrasi sensoris yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Menurut Price tahun 1997, massage secara luas diakui sebagai tindakan yang memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Relaksasi dapat meringankan kelelahan jasmani dan rohani dikarenakan sistem saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas yang akhirnya mengakibatkan turunnya tekanan darah (Kaplan, 2006).
- b. Mengurangi nyeri dan memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi, dikarenakan massage meningkatkan sirkulasi baik darah maupun getah bening (Price, 1997).

- c. Memperbaiki organ tubuh secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal berdasarkan filosofi aliran energi meridian massage mampu memperbaiki aliran peredaran energi (meridian) didalam tubuh menjadi positif sehingga memperbaiki energi tubuh yang sudah lemah (Thie, 2007; Dalimartha, 2008).
- d. Memperbaiki postur tubuh yang benar dan membantu memperbaiki mobilitas (Price, 1997). Menurut George Goodheart (1960), otot yang tegang menyebabkan nyeri dan bergesernya tulang belakang keluar dari posisi normal sehingga postur tubuh mengalami perubahan, massage berfungsi untuk menstimulasi saraf otonom yang dapat mengendurkan ketegangan otot (Perry&Potter,2005).
- e. Latihan pasif sebagai bentuk dari suatu latihan pasif yang sebagian akan mengimbangi kurangnya latihan yang aktif karena massage meningkatkan sirkulasi darah yang mampu membantu tubuh meningkatkan energi pada titik vital yang telah melemah (Price, 1997; Dalimartha, 2008).

3. Faktor - faktor Pertimbangan dalam Pijat / Massage

Menurut Price (1997), berbagai jenis gerakan bukan hanya bagian dari massage, yang sama pentingnya adalah cara bagaimana gerakan tersebut dilakukan. Faktor - faktor yang perlu dipertimbangkan adalah

- a. Tekanan dengan menggunakan keseluruhan tangan untuk mengurut suatu daerah yang luas, tekanan harus selalu dipusatkan di bagian telapak tangan. Jari - jari tangan harus dilemaskan sepenuhnya karena tekanan jari tangan pada saat ini tidak menghasilkan relaksasi yang diperlukan. Tekanan telapak tangan hanya boleh diberikan ketika melakukan gerakan mengurut ke arah jantung dan harus dihilangkan ketika melakukan gerakan balik (Price, 1997).
- b. Kecepatan sampai taraf tertentu kecepatan gerakan massage bergantung pada efek yang ingin dicapai. Umumnya, masse dilakukan untuk menghasilkan relaksasi pada orang yang dipijat dan frekuensi gerakan massage kurang lebih 15 kali dalam semenit (Price, 1997).
- c. Irama dengan gerakan yang tersentak-sentak tidak akan menghasilkan relaksasi sehingga kita harus berhati-hati untuk mempertahankan irama yang tidak terputus-putus (Price, 1997).

- d. Durasi atau lamanya suatu terapi massage bergantung pada luasnya tubuh yang akan dipijat. Rangkaian massage yang dianjurkan berlangsung antara 5 sampai 15 menit dengan mempertimbangkan luas daerah yang dipijat (Price, 1997).
- e. Frekuensi Price (1997) mengemukakan, umumnya diyakini bahwa massage paling efektif jika dilakukan tiap hari, beberapa peneliti mengemukakan bahwa terapi massage akan lebih bermanfaat bila dilakukan lebih sering dengan durasi yang lebih singkat. Menurut Breakey (1982) yang dikutip oleh Price (1997), massage selama 10 menit harus sudah menghasilkan relaksasi.

4. Kontraindikasi Pijat / Massage Terhadap Hipertensi

Ketika seseorang mengalami hipertensi, tekanan yang berlebihan merupakan usaha yang bertentangan terhadap dinding pembuluh darah. Suatu aktivitas yang mungkin meningkatkan tingginya tekanan intra-vascular yang beresiko membuat ruptur pembuluh darah. Salah satu efek fisiologis dari pijat, terutama pada daerah yang dipijat, hal ini merupakan aktivitas yang mampu meningkatkan sirkulasi darah. Peningkatan sirkulasi darah dapat meningkatkan tekanan intra-vascular. Ini adalah alasan di balik yang diwaspadai terapi massage dengan klien hipertensi (Cutler, 2007).

Meskipun banyak terapis massage yang mematuhi kontraindikasi, terdapat banyak bukti yang bertentangan. Banyak bukti menunjukkan bahwa pijat dapat mengurangi tekanan darah, salah satunya adalah para peneliti dari *Touch Research Institute, University of Miami School of Medicine* dan *Nova Southeastern University* awal tahun 1999 di Florida dilakukan studi tekanan darah tinggi dan gejala terkait telah dikurangi dengan pijat. Dalam studi ini, para peserta dengan hipertensi yang dikontrol secara acak ditugaskan ke salah satu grup terapi massage (pijat) atau grup relaksasi progresif. Hasil menunjukkan bahwa kedua kelompok telah mengalami penurunan tingkat kecemasan dan tingkat depresi, namun hanya grup terapi pijat yang menunjukkan penurunan tekanan darah diastol dan sistol serta tingkat cortisol-stress hormone.

5. Teknik Pemijatan Punggung (Back)

- a. Effleurage di seluruh punggung dengan gerakan diawali mengusap punggung bagian bawah di atas bokong menggunakan kedua tangan. Masing - masing tangan mengurut sisi punggung. Gerakan tangan menuju ke arah leher. Ketika tangan mencapai ujung atas punggung, tangan dipisahkan ke arah luar melewati bahu. Tangan dikembalikan ke posisi awal, tangan diluncurkan tanpa tekanan.
- b. Effleurage menyamping di seluruh punggung dengan kedua tangan ditaruh mendatar di bagian tengah punggung bawah di atas bokong, dengan kedua pangkal tangan saling bersisikan. Gerakkan ke dua tangan ke arah sisi tubuh dengan menggunakan pangkal tangan. Gerakan diulang menuju ke atas punggung sampai seluruh punggung terurut.
- c. Friction pada otot - otot punggung dengan ujung jempol diposisikan pada dua lekukan tulang punggung yang tampak di dasar punggung kemudian melakukan gerakan memutar dan tidak boleh melakukan tekanan langsung pada punggung. Usahakan jarak antara kedua sama ketika kedua tangan merambah menuju ke bagian atas punggung. Gerakan melingkar ke arah luar dilakukan dengan perlahan tapi tegas, dan menyusup ke dalam ketika jari jempol 'mencari' simpul otot. Jika melakukannya dengan benar, maka jempol akan terasa sakit setibanya di bagian leher. Kemudian kembali ke awal dengan gerakan yang ringan.
- d. Meluncurkan jempol pada punggung dengan bantalan jempol diletakkan pada lekukan punggung lagi, dan jempol diluncurkan ke arah atas menuju leher dengan tekanan yang kuat. Pada saat luncuran ke arah bawah, tekanan jempol dikurangi dengan tekanan yang lebih ringan.
- e. Mengurut otot - otot tulang punggung dengan memulai dari wilayah bokong, pijat pada satu sisi menggunakan gerakan menggosok dan mendorong dengan kedua tangan berganti-ganti. Ikuti gerakan sepanjang lengan, dengan menuju ke arah atas sampai bahu lalu turun lagi, tidak memijat langsung pada tulang punggung. Gerakan diulangi dengan menggosok pada sisi lain dari punggung.
- f. Gerakan effleurage menyamping dengan gerakan langkah kedua diulangi tetapi hanya di wilayah bagian bawah punggung dan bokong.

- g. Gerakan friction pada iliac crest (bagian atas pinggul) dengan bantalan jempol diletakkan kembali pada lekukan tulang punggung. Lalu melakukan gerakan memutar yang dalam melewati iliac crest bagian atas pinggul.
- h. Effleurage pada seluruh punggung menggunakan tekanan yang kuat saat gerakan ke atas, dan lembut sampai gerakan kembali turun.
- i. Gerakan lingkaran pada bahu dengan taruh satu tangan mendatar di atas tangan lainnya lalu dengan kedua tangan, gerakkan tangan bertumpuk tersebut melingkar sekeliling tulang belikat, sampai bahu terasa hangat dan lemas.
- j. Friction pada tulang belikat sebaiknya klien pada posisi melengkung dan lengan berada di punggung agar lebih mudah melihat tulang belikat. Jika posisi ini tidak nyaman, maka lengan boleh ditaruh di samping tubuh dengan gerakan memutar menggunakan tekanan di sekeliling tulang belikat. Ketika akan 'mencairkan' simpul-simpul saraf, menggunakan gerakan friction melingkar beberapa kali. Langkah ini dilakukan pada kedua belah tulang belikat.
- k. Petrisage pada bahu dengan gerakan - gerakan secara ritmik dilakukan pada bagian atas bahu: mencomot, meremas, dan memeras otot-otot bahu dan sekitarnya menggunakan dua tangan bergantian.
- l. Usap Punggung dengan kedua tangan dilemaskan, sentuh setiap sisi punggung dengan jari-jari tangan dan gerakkan tangan ke arah. gerakan mengusap dilakukan dengan ujung jari (ke arah bawah) beberapa kali.
- m. Penyelesaian dengan Seluruh punggung klien ditutup dengan handuk dan dengan sangat hati-hati tangan digerakkan ke arah bawah secara intuitif.

E. Konsep Dzikir

1. Pengertian

Dzikir adalah sesuatu yang dilakukan oleh hati dan lisan, berupa tasbih kepada Allah, menyucikan dan memuji-Nya, menyanjung-Nya, dan menyifati-Nya dengan segala sifat kesempurnaan dan keagungan dan keindahan (Sabiq, 2009). Dalam Al-Qur'an, kata yang tersusun dari akar kata *dzal - kaf* dan *ra* terulang sebanyak 115 kali dan memiliki makna yang beraneka ragam sesuai dengan konteks ayat. Allah berfirman: *Sesungguhnya telah ada pada*

(diri) Rasulullah itu suri teladan yang baik bagimu (yaitu) bagi orang yang mengharap (rahmat) Allah dan (kedatangan) hari kiamat dan dia banyak menyebut Allah (QS. Al-Ahzab (33) : 21). Dzikir menurut istilah adalah segala proses komunikasi seorang hamba dengan Sang Khaliq untuk senantiasa ingat dan tunduk kepada-Nya dengan cara mengumandangkan takbir, tahmid, tasbih, memanjatkan do'a, membaca Al-Qur'an, dan lain-lain yang dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja, baik sendiri atau berjamaah, dengan aturan-aturan yang telah ditentukan (Mahfani, 2006).

2. Perintah dan Keutamaan Dzikir

Menurut Sabiq (2009), perintah dan keutamaan dzikir adalah:

- a. Allah SWT Memerintahkan Kita untuk Banyak Berdzikir
Allah SWT berfirman: *Hai orang-orang yang beriman, berdzikirlah (dengan menyebut nama) Allah, dzikir yang sebanyak-banyaknya* (QS. Al-Ahzab: 41-42).
- b. Allah Akan Mengingat Siapa Pun yang Mengingat-Nya.
Allah SWT berfirman: *Karena itu, ingatlah kamu kepada-Ku niscaya Aku ingat (pula) kepadamu, dan bersyukurlah kepada-Ku, dan janganlah kamu mengingkari (ni'mat)-Ku* (QS. Al-Baqarah: 152).
- c. Allah SWT Menetapkan Ahli Dzikir Sebagai Golongan yang Spesial dan Istimewa. Rasulullah SAW bersabda: *Al-Mufarridun (orang-orang yang istimewa) itu telah mendahului. Para sahabat bertanya, "Siapakah Al-mufarridun (orang-orang yang istimewa) itu?" Jawab Nabi, "Yakni orang-orang yang banyak berdzikir kepada Allah, baik di kalangan laki-laki maupun perempuan"* (HR. Muslim).
- d. Allah Menyatakan Bahwa Merekalah Orang yang Benar-Benar Hidup. Abu Musa r.a. berkata bahwa Nabi SAW bersabda: *Perumpamaan orang yang berzikir kepada Allah dengan orang yang tidak berzikir kepada-Nya adalah seperti orang yang hidup dengan orang yang mati* (HR. Bukhari).
- e. Dzikir adalah Pangkalan Amalan Saleh
Rasulullah SAW bersabda kepada para sahabatnya: *Maukah kalian aku tunjukkan perbuatan yang paling baik, paling suci di sisi Raja kalian (Allah), paling mengangkat derajat kalian, lebih baik bagi kalian daripada menginfakkan emas dan perak, dan lebih baik bagi kalian daripada bertemu*

musuh kalian lalu membunuh mereka atau kalian terbunuh? Para sahabat menjawab, "Mau, wahai Rasulullah," Rasulullah lantas bersabda, "Yaitu berdzikir kepada Allah"(HR. Tirmidzi, Ahmad, dan Al-Hakim yang menyatakannya sebagai hadits sahih).

f. Dzikir Merupakan Jalan Menuju Keselamatan

Imam Ahmad meriwayatkan bahwa Rasulullah SAW bersabda: *Orang-orang yang berdzikir dalam rangka mengagungkan Allah, baik itu berupa tahlil, takbir, dan tahmid, semuanya akan berkeliling di sekitar Arsy, suaranya mendengung bagai dengungan lebah menyebutkan orang yang mengucapkannya. Maka, tidakkah kalian suka memiliki sesuatu yang akan mengumandangkan nama kalian?*

3. Bentuk-Bentuk Dzikir

Dzikir memiliki tiga bentuk, pertama; Pujian kepada Allah, kedua; Dzikir waktu pagi dan petang, ketiga; Dzikir siang dan malam atau dzikir pada kondisi tertentu seperti ketika memakai pakaian, makan, minum, dan seterusnya (Khaled, 2007). Pujian kepada Allah SWT, meliputi:

a. Istighfar

أَسْتَغْفِرُ اللَّهَ الْعَظِيمَ

Aku memohon maghfirah (ampunan) Allah Yang Maha Agung.

Rasulullah SAW bersabda: *Barangsiapa yang senantiasa beristighfar, niscaya Allah akan memberikan jalan keluar dari setiap kesulitan, memberikan kelapangan dari kesusahan dan memberikan rezeki kepadanya dari arah yang tidak disangka-sangka (HR. Abu Dawud dan Ibnu Majah). Disebutkan dalam sebuah riwayat, bahwa Nabi SAW senantiasa beristighfar setiap hari sebanyak 100 kali. Menurut sebagian riwayat lebih dari 70 kali. Beristighfar sebanyak 100 kali tidak menghabiskan waktu lebih dari dua menit.*

b. Tasbih

سُبْحَانَ اللَّهِ

Maha Suci Allah

Tasbih berarti *at-tanzih* (menyucikan). Rasulullah SAW berkata, *Ketahuilah bahwa arang yang bertasbih seratus kali akan dicatat seribu kebaikan untuknya dan dihapus seribu kesalahan darinya (HR. Muslim).*

Salah satu bentuk kalimat tasbih adalah suhhanallah wa bihamdihi. Nabibersabda: *Barangsiapa yang mengucapkan suhhanallah wa bihamdihi setiap hari seratus kali, maka diampuni segala dosanya meskipun sebanyak buih di lautan. Dalam riwayat lain : dilebur segala kesalahannya .(HR. Al-Bukhari dan Muslim). Di antara bentuk tasbih yang lain:*

سُبْحَانَ اللَّهِ وَبِحَمْدِهِ سُبْحَانَ اللَّهِ الْعَظِيمِ (ثلاثا)

Maha Suci Allah dan segala puji bagi-Nya, Maha Suci Allah yang Maha Besar.

c. Tahmid

الحمد لله

Segala puji hanya bagi Allah

Tahmid merupakan salah satu di antara empat ucapan dzikir yang paling disukai oleh Allah. Tahmid termasuk salah satu di antara apa yang disebutkan oleh Nabi SAW sebagai *al-baaqiyaat ash-shaalihaat*. Dan, beliau menganjurkan kita untuk memperbanyak mengucapkannya. Diriwayatkan dari Abu Sa'id al-Khudri bahwa Nabi SAW bersabda, *Hendaklah kalian memperbanyak mengucapkan al-baaqiyaat ash-shaalihaat, yaitu tasbih, tahlil, tahmid, takbir, dan laa haula wa laa quwwata illa billah (tiada daya untuk memperoleh manfaat dan tiada kemampuan untuk menolak kesukaran kecuali dengan bantuan Allah)*(HR. Ahmad, Ibnu Hibban, dan Hakim).

d. Tahlil

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ

Tiada Tuhan selain Allah

Kalimat *laa ilaaha illallah* disebut pula dengan tahlil atau kalimat tauhid, artinya tiada Tuhan yang patut disembah kecuali Allah. Nabi SAW bersabda: *Perbaruilah imanmu dengan kalimat la ilaha illallah* (HR Ahmad). Mereka yang mengeluhkan kerasnya hati, minimnya air mata dan kebekuan mata hendaklah memperbarui imannya dengan kalimat tauhid: *La ilaha illallah*. Sesungguhnya iman dapat rusak dan usang

sebagaimana baju yang kita pakai, dan hanya dapat diperbarui dengan mengingat Allah, khususnya dengan menyebut kalimat tauhid: *La ilaha illallah muhammadur rasulullah*.

e. Takbir

الله أكبر

Allah Maha Besar

Dalam sebuah hadits disebutkan bahwa membaca takbir disunnahkan sesuai shalat. Demikian pula dengan membaca tasbih, tahmid, dan tahlil. "*Barangsiapa yang bertasbih sesudah setiap kali shalat sebanyak 33 kali, bertahmid sebanyak 33 kali, dan bertakbir sebanyak 33 kali, maka itu sebanyak 99, lalu ia menggenapkannya menjadi seratus dengan membaca laa ilaaha illallah wahdahu laa syariika lahu, lahu al-hamdu wa huwa 'ala kulli syaiin qadir (tiada Tuhan (yang berhak disembah) kecuali Allah semata, tiada sekutu bagi-Nya, kepunyaan-Nya kekuasaan dan pujian, dan Dia Maha kuasa atas segala sesuatu, maka akan diampuni kesalahan-kesalahannya walau sebanyak buih di lautan (HR. Ahmad dan Muslim).*

f. Hawqalah

لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ

Tiada daya dan tiada kemampuan kecuali dengan (bantuan) Allah
Nabi SAW bersabda: *La hawla wala quwwata illa billah (tiada daya dan upaya kecuali milik-Mu) adalah perbendaharaan dari segala perbendaharaan surge (HR. Al-Bukhari dan Muslim).*

g. Al-Ihtisab

حَسْبُنَا اللَّهُ كَيْلُ الْوَيْعَمِ

Cukuplah Allah sebagai Penolong kami dan Allah adalah sebaik-baik Pelindung

4. Faedah-Faedah Dzikir

Ibnu Qayyim menyebutkan faedah-faedah dzikir dalam kitabnya Al-Wabil Ash-Shayyibdan terdapat 100 faedah (Khaled, 2007). Beberapa faedah diantaranya adalah :

- a. Dzikir dapat mendatangkan kebahagiaan, ketenangan, dan ketenteraman.

- b. Dzikir dapat menguatkan badan.
- c. Dzikir merupakan nutrisi hati.
- d. Berdzikir merupakan faktor mendapatkan perlindungan dalam naungan Allah SWT di hari tiada naungan kecuali naungan-Nya.
- e. Dzikir merupakan pupuk *ma'rifah* dan cinta kepada Allah SWT, karena orang yang selalu ingat Allah akan dicintai oleh-Nya.
- f. Dzikir dapat memberikan ilham kepada hamba untuk mengucapkan syahadat di saat kematian, karena syahadat di saat kematian merupakan perkara yang sulit. Oleh karena itu, kalimat-kalimat dzikir menghilangkan kekakuan lisan, sebagaimana firman Allah SWT: *Allah meneguhkan (iman) orang-orang yang beriman dengan ucapan yang teguh itu dalam kehidupan di dunia dan di akhirat; dan Allah menyesatkan orang-orang yang zalim dan memperbuat apa yang Dia kehendaki* (QS. Ibrahim (14) : 27).

5. Dampak Dzikir terhadap Kesehatan Jasmani dan Rohani

Dzikir kepada Allah akan menumbuhkan energi yang sangat luar biasa. Sebab dengan dzikir, hati menjadi tenang dan tenteram. Dalam dunia kedokteran ada satu teori yang mengatakan *psiko-neuro-endokrin-immunologi*. Artinya, hati atau jiwa yang tenang, sabar, pemaaf, dan sifat positif lainnya akan mempengaruhi kelenjar. Kelenjar akan mengeluarkan hormon yang merupakan hormon sehat. Karenanya, tubuh menjadi kebal dari segala penyakit (Harahap & Dalimunthe, 2008). Kondisi kesehatan Nabi yang selalu prima disebabkan hati beliau yang senantiasa tenang. Hati yang tenang akan memberi pengaruh terhadap kekebalan tubuh dari penyakit. Hati yang tenang dihasilkan melalui proses dzikir juga dapat menjaga keseimbangan tubuh. Keseimbangan tubuh yang disebabkan ketenteraman hati bisa menggerakkan satu mekanisme internal di dalam tubuh untuk menyembuhkan berbagai penyakit. Dzikir, selain berdampak positif terhadap kesehatan jasmani dan rohani, ia juga dapat menyembuhkan berbagai penyakit fisik, seperti tekanan darah tinggi, jantung, rasa nyeri, dan lain sebagainya (Harahap & Dalimunthe, 2008).

6. Kunci Keberhasilan Terapi Dzikir

Murti (2008) mengemukakan kunci keberhasilan terapi dzikir, yaitu:

- a. Pasrah dan ikhlas kepada Sang Pencipta yaitu Allah.
- b. Miliki keyakinan bahwa tidak ada satu pun ciptaan Allah di dunia ini yang bisa mengalahkan Allah yang menciptakannya.
- c. Miliki keyakinan bahwa manusia adalah ciptaan Allah yang paling mulia.

7. Langkah-langkah terapi dzikir adalah sebagai berikut:

Sebelum melakukan terapi Dzikir :

- 1) Kondisikan lingkungan yang tenang, nyaman dan kondusif.
- 2) Berwudhu atau tayamum.
- 3) Namun sebagai pasien, kita dapat memodifikasi tanpa wudhu dengan berpakaian bersih, bagian dalam maupun luar pakaian.
- 4) Gunakan pakaian penutup aurat.
- 5) Hilangkan semua kekhawatiran duniawi, masalah dengan orang lain, dan perasaan negatif dari pikiran Bapak/Ibu/Sdr.
- 6) Pilih posisi yang nyaman, dapat berbaring, duduk, bersila atau seperti posisi sholat.
- 7) Tenangkan diri sampai benar-benar nyaman.
- 8) Pejamkan mata dengan santai dan fokuskan perhatian ke hati.
- 9) Bapak/Ibu/Sdr harus percaya bahwa terapi Dzikir akan membuat batin menjadi tenang. Satu hal yang sangat penting untuk dilakukan sebelum mulai Dzikir adalah untuk mendedikasinya. Artinya berkata kepada diri sendiri atau dengan suara keras bahwa Bapak/Ibu/Sdr melakukan Dzikir ini sehingga semua makhluk hidup merasa senang dan tenang.
- 10) Bapak/Ibu/Sdr harus tetap menjaga kesunyian untuk waktu lama setelah latihan Dzikir dan mengendalikan perasaan.

Pelaksanaan :

- 1) Ucapkan Niat dalam hati untuk melakukan Dzikir
- 2) Atur posisi yang rileks.
- 3) Lakukan napas dalam (5 detik) dengan cara :
 - Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru - paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3.
 - Perlahan - lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- 4) Mulailah dengan Basmallah.

- 5) Mulai dari kata Maha Suci Allah (Subhanallah), Segala puji bagi Allah (Alhamdulillah), Allah Maha Besar (Allahu akbar), dan Tidak ada Tuhan selain Allah (Lailaha illallah), Tiada daya dan tiada kemampuan kecuali dengan (bantuan) Allah (La hawla wala quwwata illa billah). Masing-masing item tersebut disebutkan selama 33 kali dalam 25 menit.
- 6) Setelah selesai, lakukan tarik napas dalam (5 detik), buka mata perlahan, melihat lingkungan sekitar dengan menggerakkan bola mata semampunya, dan perlahan-lahan menggerakkan tubuh yang Bapak/Ibu/Sdr bisa.
- 7) Jika muncul gambaran masa lalu atau suara masa lalu yang tidak nyaman, pasrah saja atau lepaskan dengan Ikhlas. Jika ingin menangis, menangislah, biarlah semua perasaan keluar dan biarkan beban terlepas. Bebaskan diri dari segala beban yang mungkin tersimpan di dalam diri. Kuncinya pasrah, pasrah dan pasrah. Ikhlas, ikhlas dan ikhlas. Sumber: Sitepu (2009), *Art Of Living Indonesia* (2013), Zamry (2012).

F. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap dimana perawat mengumpulkan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang didapat. Untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan (Tarwoto, 2008).

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

- 1) Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utamanya yakni sesak napas, dada kiri terasa sakit berdebar-debar, sakit hilang timbul.

- Nyeri dada yang timbulnya mendadak (dapat atau tidak berhubungan dengan aktifitas), tidak hilang dengan istirahat atau nitroglicerine (meskipun kebanyakan nyeri dalam dan viseral)
- Lokasi: Tipikal pada dada anterior, substernal, prekordial, dapat menyebar ke tangan, rahang, wajah. Tidak tertentu lokasinya seperti epigastrium, siku, rahang, abdomen, punggung, leher.
- Kualitas: "Crushing", menyempit, berat, menetap, tertekan, seperti dapat dilihat
- Intensitas: Biasanya 10 (pada skala 1-10), mungkin pengalaman nyeri paling buruk yang pernah dialami.

- 2) Riwayat kesehatan sekarang menggambarkan perjalanan penyakit yang saat ini sedang dialaminya. Keluhan yang ada sesak nafas, dada terasa berdebar-debar, nyeri dada terasa hilang timbul. Riwayat IMA sebelumnya, penyakit arteri koroner, masalah tekanan darah, diabetes mellitus.
- 3) Riwayat Penyakit Keluarga Biasanya terdapat anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit jantung salah satunya Hipertensi.

c. Data Khusus

1) Primary Survey

a) Breathing

- Sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat
- RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal
- Ronchi, krekles
- Ekspansi dada tidak penuh
- Penggunaan otot bantu nafas.
- Dispnea nocturnal
- Batuk dengan atau tanpa produksi sputum
- Riwayat merokok, penyakit pernafasan kronis.

- b) Brain dengan kesadaran compos mentis, GCS 15 dengan E₄V₅M₆, pupil isokor pada mata kanan dan kiri (2 mm/2 mm), pupil bereaksi terhadap cahaya, terdapat reflek motorik dan fungsi reflek.

c) Blood

- Tekanan darah, Dapat normal/ naik/ turun, Perubahan postural dicatat dari tidur sampai duduk atau berdiri, Nadi: Dapat normal, penuh atau tidak kuat atau lemah/ kuat kualitasnya dengan pengisian kapiler lambat, tidak teratur (disritmia).
- Bunyi jantung: Bunyi jantung ekstra : S3 atau S4 mungkin menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas atau komplain ventrikel.
- Murmur: Bila ada menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot jantung.

- Friksi ; dicurigai Perikarditis
- Irama jantung dapat teratur atau tidak teratur.
- Distensi vena juguler, edema dependent, perifer, edema umum, krekles mungkin ada dengan gagal jantung atau ventrikel
- Warna: Pucat atau sianosis, kuku dan pada membran mukosa atau bibir.

d) Bladder

Terpasang DC, tidak ada distensi kandung kemih, urine berwarna kuning jernih, output urine menurun.

e) Bowel

Klien makan dengan diet jantung rendah garam, bising usus menurun, eliminasi BAB normal.

f) Bone

Kelemahan, Kelelahan, Pola hidup menetap, Jadwal olah raga tidak teratur, Dispnea pada istirahat atau aktifitas tidak ada masalah dengan kekuatan otot dan sendi, kekuatan otot ekstremitas penuh (skor 5), tidak ada edema.

2) Secondary Survey

a) Pengkajian Fungsional

- (1) Pola Persepsi Kesehatan - Manajemen Kesehatan dengan menjelaskan tentang persepsi atau pandangan klien terhadap sakit yang dideritanya, tindakan atau usaha apa yang dilakukan klien

sebelum datang kerumah sakit, obat apa yang telah dikonsumsi pada saat akan datang kerumah sakit.

- (2) Pola Metabolik – Nutrisi dengan menggambarkan asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi rambut, kuku dan kulit, kebiasaan makan, frekuensi makan, nafsu makan, makanan pantangan, makanan yang disukai dan banyaknya minum yang dikaji sebelum dan sesudah masuk RS.
- (3) Pola Eliminasi dapat menggambarkan pola eliminasi klien yang terdiri dari frekuensi, volume, adakah disertai rasa nyeri, warna dan bau.
- (4) Pola Aktivitas dan Latihan (Olahraga) dapat menggambarkan kemampuan beraktivitas sehari-hari, fungsi pernapasan dan fungsi sirkulasi. Pada kasus ACS pasien merasa sesak napas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat.

Tabel 2.4 Konsep Klasifikasi Aktivitas berdasarkan *New York Heart Assosiation (NYHA)*.

Kelas	Gejala Pada Pasien
Kelas I (Ringan)	Tidak ada batasan dalam aktivitas fisik. Aktivitas yang biasa, tidak menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar serta dyspneu (nafas pendek)
Kelas II (Ringan)	Batasan ringan dalam aktivitas fisik. Aktivitas yang biasa menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar serta dyspneu (nafas pendek)
Kelas III (Sedang)	Batasan sedang dalam aktivitas fisik. Nyaman kalau beristirahat. Beraktivitas sedikit saja sudah menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar serta dyspneu (nafas pendek)
Kelas IV (Berat)	Sudah tidak dapat beraktivitas dengan normal lagi tanpa ketidaknyamanan. Tanda-tanda gangguan pada system kardiovaskuler muncul dengan kuat. Apabila pasien beraktivitas, ketidaknyamanan akan langsung muncul.

- (5) Pola Istirahat dan Tidur Menggambarkan penggunaan waktu istirahat atau waktu senggang, kesulitan dan hambatan dalam tidur, pada kasus ini biasanya tidak ada masalah mengenai tidur. Selama dirawat di Rumah Sakit mengalami kesulitan tidur karena efek hospitalisasi.
- (6) Pola Persepsi – Kognitif Menggambarkan pola kemampuan klien untuk proses berpikir, pola penglihatan, pendengaran, pengecapan, penciuman dan persepsi sensasi nyeri serta kemampuan

berkomunikasi dan mengerti akan penyakitnya. Klien dengan ACS biasanya mengeluhkan nyeri dada kiri hilang timbul, berdebar - debar, terasa menusuk timbul pada saat beraktivitas maupun istirahat.

(7) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri Menggambarkan citra diri, identitas diri, harga diri dan ideal diri seseorang dimana perubahan yang terjadi pada kasus gangguan cardiovascular adanya perubahan fungsi yang menyebabkan penderita mengalami gangguan pada ideal diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan.

(8) Pola Hubungan-Peran Menggambarkan tentang hubungan klien dengan lingkungan disekitar serta hubungannya dengan keluarga dan orang lain. Pasien tidak mengalami masalah dalam hubungan. Selama sakit peran akan mengalami perubahan.

(9) Pola Reproduksi - Seksualitas Menggambarkan tentang seksualitas klien.

(10) Pola Toleransi Terhadap Stres - Koping menggambarkan kemampuan koping pasien terhadap masalah yang dialami dapat menimbulkan ansietas. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain-lain, menyangkal gejala penting atau adanya kondisi takut mati, khawatir tentang keuangan, kerja, keluarga dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

(11) Pola Keyakinan-Nilai Menggambarkan sejauh mana keyakinan pasien terhadap kepercayaan yang dianut dan bagaimana dia menjalankannya. Adanya perubahan status kesehatan tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

d. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- 1) Kepala: bentuk mesocephal, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada ketombe, tidak ada alopecia, tidak ada benjolan, tidak ada bekas jahitan/sikatrik, tidak ada nyeri tekan.
- 2) Rambut: warna hitam, distribusi merata, tekstur halus, tidak rontok, tidak kusut, tidak berbau.
- 3) Mata: pupil isokor pada mata kanan dan kiri pupil bereaksi terhadap cahaya, bentuk simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, kornea bening, iris berwarna hitam, palpebra tidak edema, fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan kaca mata.
- 4) Telinga: ada / tidak ada serumen, massa, lendir atau cairan yang keluar dari liang telinga, tidak ada nyeri, membran tympani utuh, fungsi pendengaran baik.
- 5) Hidung: ada / tidak ada sekret atau cairan yang keluar dari lubang hidung, posisi septum nasi ada di tengah, tidak ada polip, klien dapat membedakan bau-bauan.
- 6) Mulut: membran mukosa lembab, gigi utuh dan tidak ada caries, lidah bersih, tidak ada peradangan dan perdarahan gusi, tidak ada sariawan.
- 7) Tenggorokan: tidak ada pembesaran tonsil, klien dapat menelan dengan baik, tidak ada gangguan bicara.
- 8) Leher: posisi trakea berada di tengah, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
- 9) Dada: bentuk normal, ekspansi dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.

10) Paru-Paru :

- Inspeksi: RR normal / meningkat, irama napas teratur/ tidak.
- Palpasi: getaran suara (vokal fremitus) teraba jelas dan sama pada dada kiri dan kanan, iktus cordis teraba pada ICS V midklavikula sinistra.
- Perkusi: bunyi sonor.
- Auskultasi : suara napas vesikuler, suara ucapan jelas dan sama pada dada kiri dan kanan, tidak ada ronchi atau wheezing pada paru.

11) Jantung :

- Inspeksi: terdapat denyut apek jantung pada area midsternum lebih kurang 2 cm disamping bawah xifoideus, iktus cordis tidak tampak
- Palpasi: iktus cordis terletak pada ICS V di sebelah medial linea midklavikula sinistra.
- Perkusi: batas jantung kanan atas terletak di ICS II linea parasternalis dextra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS IV linea parasternalis dextra, batas jantung kiri atas terletak di ICS II linea parasternalis sinistra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS II linea clavicularis dextra.
- Auskultasi: bunyi jantung S1 dan S2 tunggal dan reguler.

12) Abdomen :

- Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, tidak ada luka bekas operasi, bayangan pembuluh darah tidak tampak.
- Auskultasi: bising usus 12 x/menit.
- Palpasi: bladder (kandung kemih) tidak penuh, tidak / ada nyeri tekan pada epigastrium, tidak / ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, tidak ada nyeri pada titik mc.burney.
- Perkusi: bunyi tympani.

13) Kulit: ada/ tidak ada sianosis, lesi, kulit lembab, suhu tubuh, turgor elastis, akral hangat, CRT < 3 detik, tidak ada ulkus.

14) Genitalia: tidak ada keputihan, tidak ada penyakit kulit disekitar genitalia.

15) Rektum: tidak ada haemoroid.

16) Ekstremitas: bentuk simetris, tidak ada kontraktur, tidak/ ada edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri, aktivitas diatas tempat tidur, kekuatan otot.

e. Pemeriksaan Neurologi

Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 dengan E₄ V₅ M₆.

1) Fungsi saraf kranial

- a) Nervus olfaktorius: klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau sabun.
- b) Nervus optikus: klien dapat membaca tulisan.
- c) Nervus okulomotorius: pupil isokor pada mata kanan dan kiri, pupil bereaksi terhadap cahaya, bola mata mampu mengikuti arah objek.
- d) Nervus trochlearis: bola mata dapat mengikuti arah objek.
- e) Nervus trigeminus: klien dapat mengunyah, terdapat fungsi sensasi pada wajah, dan reflek kedip.
- f) Nervus abduksen: bola mata dapat mengikuti arah objek.
- g) Nervus facialis: klien dapat tersenyum, mengerutkan dahi, mengangkat alis mata, dan menjulurkan lidah.
- h) Nervus vestibulocochlearis: klien dapat mendengar bisikan perawat.
- i) Nervus glossofaringeus: klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin, pahit.
- j) Nervus vagus: klien dapat menelan dengan baik.
- k) Nervus accesorius: klien mampu melawan tahanan pada saat mengangkat bahu (otot trapezius) dan memutar kepala (otot sternocleidomastoides).
- l) Nervus hipoglossus: lidah dapat mendorong pipi, tidak ada deviasi.

2) Refleks Fisiologis

- a) Refleks patella : terdapat refleks normal
- b) Refleks bisep : terdapat refleks normal
- c) Refleks trisep : terdapat refleks normal
- d) Refleks achilles : terdapat refleks normal

3) Refleks Patologis

Babinski sign : tidak terdapat refleks abnormal

d. Pemeriksaan Penunjang

Tes laboratorium yang sering dilakukan diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 2.5 Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Interpretasi Hasil
1. EKG	Masa setelah serangan: - Beberapa jam: variasi normal, perubahan tidak khas sampai adanya Q patologis dan elevasi segmen ST

	<ul style="list-style-type: none"> - Sehari/kurang seminggu: inversi gelombang T dan elvasi ST berkurang - Seminggu/ beberapa bulan: gelombang Q menetap - Setahun: pada 10% kasus dapat kembali normal.
2. Laboratorium: Enzim/Isoenzim Jantung	<p>Peningkatan kadar enzim (keratin - fosfokinase atau aspartat amino transferase/ SGOT, laktat dehidrogenase/ - HBDH) atau isoenzim (CPK-MB) merupakan indikator spesifik IMA.</p>
3. Radiologi	<p>Tidak banyak membantu diagnosis IMA tetapi berguna untuk mendeteksi adanya bendungan paru (gagal jantung), kadang dapat ditemukan kardiomegali.</p>
4. Ekokardiografi	<p>Dapat tampak kontraksi asinergi di daerah yang rusak dan penebalan sistolik dinding jantung yang menurun.</p>
5. Radioisotop	<p>Dapat mendeteksi daerah dan luasnya kerusakan miokard, adanya penyulit seperti aneurisma ventrikel, trombus, ruptur muskulus papilaris atau korda tendinea, ruptur septum, tamponade akibat ruptur jantung, pseudoaneurisma jantung. Berguna bila hasil pemeriksaan lain masih meragukan adanya IMA.</p>

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung
- b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis
- c. Pola nafas tidak efektif b/d penurunan volume paru
- d. Gangguan pertukaran gas b/d kongesti paru, hipertensi pulmonal, penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat dan penurunan curah jantung.
- e. Kelebihan volume cairan b/d berkurangnya curah jantung, retensi cairan dan natrium oleh ginjal, hipoperfusi ke jaringan perifer dan hipertensi pulmonal
- f. Kurang pengetahuan b/d keterbatasan pengetahuan penyakitnya, tindakan yang dilakukan, obat obatan yang diberikan, komplikasi yang mungkin muncul dan perubahan gaya hidup
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan
- i. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC dan Indikator	NIC dan Aktivitas
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung	NOC : Circulation status Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, penurunan cardiac output klien teratasi dengan kriteria hasil : - Tanda-tanda vital dalam (tekanan darah, nadi, respirasi) (5) 1.1 - Mentoleransi aktivitas (5) 1.2 - Saturasi oksigen (5) 1.3 - Tidak ada Penurunan kesadaran 1.4 - Distensi vena leher (5) 1.5 - Warna kulit (5) 1.6 Indikator : 1: deviasi berat 1.7 2 : deviasi cukup 1.8 3: deviasi sedang 1.9 4 : deviasi ringan 1.10 5: deviasi normal 1.11 1.12 1.13 1.14	NIC : Cardiac care Aktivitas : Evaluasi adanya nyeri dada Catat adanya disritmia jantung Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung Monitor balance cairan Monitor toleransi aktivitas pasien Monitor tanda-tanda vital Monitor jumlah, bunyi dan irama jantung Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit Monitor sianosis perifer Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) Kelola pemberian obat anti aritmia dan vasodilator untuk mempertahankan kontraktilitas jantung Kelola pemberian antikoagulan untuk mencegah trombus perifer Anjurkan untuk menurunkan stres
2.	Nyeri berhubungan dengan Agen biologis akut	NOC : - Pain control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien dapat beradaptasi dengan nyeri, dengan kriteria hasil : Pain control (kontrol nyeri). - Mampu mengenali gejala nyeri.(4) 2.1 - Mampu menggunakan tehnik farmakologi (4) 2.2 - Mampu melaporkan 2.3 2.4	NIC : Pain management Aktivitas : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Bantu klien untuk mencari dan menemukan dukungan Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

	perubahan nyeri.(4)	2.5	Kurangi faktor presipitasi nyeri
	- Mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri (4)	2.6	Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
	Indikator :	2.7	Ajarkan tentang teknik mengurangi nyeri non-farmakologi
	1 : Tidak pernah		
	2 : Jarang		
	3 : Kadang-kadang	2.8	Tingkatkan istirahat
	4 : Sering	2.9	Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
	5 : Selalu		
3	<p>Pola Nafas tidak efektif</p> <p>Definisi: Pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>Hiperventilasi</p> <p>Penurunan energi/kelelahan</p> <p>Nyeri Kecemasan</p>	<p>NOC : Respiratory status Ventilation</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam. Pasien menunjukkan keefektifan pola napas, dibuktikan dengan Kriteria Hasil</p> <p>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea.</p> <p>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten</p> <p>3. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>NIC</p> <p>3.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>3.2 Pasang mayo bila perlu</p> <p>3.3 Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>3.4 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p>3.5 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</p> <p>3.6 Atur intake cairan mengoptimalkan keseimbangan.</p> <p>3.7 Monitor respirasi dan status O₂</p> <p>3.8 Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea</p> <p>3.9 Pertahankan jalan nafas yang paten</p> <p>3.11 Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>3.12 Monitor vital sign</p> <p>3.13 Informasikan pada pasien dan keluarga tentang teknik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas</p> <p>3.14 Ajarkan bagaimana batuk secara efektif</p>
4	<p>Gangguan pertukaran gas b/d kongesti paru, dan penurunan curah jantung.</p>	<p>NOC :</p> <p>v Respiratory Status : Gas exchange 4.1</p> <p>v Respiratory Status : ventilation 4.2</p> <p>v Vital Sign Status</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>v Mendemonstrasikan 4.3</p>	<p>NIC :</p> <p>Airway Management</p> <p>Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</p> <p>Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>Identifikasi pasien perlunya</p>

	peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat	4.4	pemasangan alat jalan nafas buatan
v	Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan	4.5	Pasang mayo bila perlu
		4.6	Lakukan fisioterapi dada jika perlu
		4.7	Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
v	Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	4.8	Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
		4.9	Lakukan suction
		4.10	Berikan bronkodilator bila perlu
v	Tanda tanda vital dalam rentang normal	4.11	Monitor respirasi dan status O ₂
		4.12	Respiratory Monitoring
		4.13	Monitor kedalaman, irama dan usaha respirasi
		4.14	Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal
		4.15	Monitor suara nafas, seperti dengkur
		4.16	Monitor pola nafas
		4.17	Monitor kelelahan otot diafragma
		4.18	Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan
		4.19	Tentukan kebutuhan suction
		4.20	Uskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya
		4.21	AcidBase Managemen
		4.22	Monitro IV line
		4.23	Pertahankan jalan nafas
		4.24	Monitor AGD, tingkat elektrolit
		4.25	Monitor status hemodinami
			Monitor adanya tanda gagal nafas
			Lakukan terapi oksigen
			Monitor status neurologi

5	Kelebihan volume cairan b/d berkurangnya curah jantung, retensi cairan dan natrium oleh ginjal, hipoperfusi ke jaringan perifer dan hipertensi pulmonal	NOC :			
		v Electrolit and acid base balance	5.1		
		v Fluid balance	5.2		
		Kriteria Hasil:			
		1.Terbebas dari edema anaskara	5.3		
		2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspnea	5.4		
		3.Terbebas daridistensi vena jugularis	5.4		
		4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal	5.5		
		5.Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan	5.6		
		6.Menjelaskan indikator kelebihan cairan	5.7		
			5.8		
			5.9		
			5.10		
			5.11		
			5.12		
			5.13		
			5.14		
	5.15				
	5.16				
	5.17				
				Fluid management	
				Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	
				Pasang urin kateter jika diperlukan	
				Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt , osmolalitas urin)	
				Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP	
				Monitor vital sign	
				Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan	
				Kaji lokasi dan luas edema	
				Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian	
				Monitor status nutrisi	
				Berikan diuretik sesuai interuksi	
				Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk	
				Fluid Monitoring	
				Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi	
				Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan	
				Monitor serum dan elektrolit urine	
				Monitor serum dan osmilalitas urine	
				Monitor BP, HR, dan RR	
				Monitor tanda dan gejala dari odema	



<p>6 Kurang pengetahuan b/d keterbatasan pengetahuan penyakitnya, tindakan yang dilakukan, komplikasi yang mungkin muncul dan perubahan gaya hidup</p>	<p>NOC : v Kowlwdge : disease process v Kowledge : health Behavior Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.</p>	<p>NIC : Teaching : disease Process 6.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 6.2 Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 6.3 Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit 6.4 Gambarkan proses penyakit 6.5 Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat 6.6 Hindari harapan yang koson 6.7 Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 6.8 Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 6.9 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 6.10 Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p>
---	---	---



7.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	NOC : - Activity tolerance 7.1 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien dapat bertoleransi terhadap aktivitas, dengan kriteria hasil : - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik (saturasi oksigen, tekanan darah, nadi, RR) (5) 7.2 - Aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri 7.3 - Keseimbangan aktivitas dan istirahat (5) 7.4 7.5 7.6 7.7	NIC : Activity therapy Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat Monitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
8	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan	NOC : Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil : - Jumlah jam tidur (4) 8.1 - Kualitas tidur (4) 8.2 - Perasaan segar setelah tidur (5) 8.3 - Efisiensi tidur (4) 8.4 8.5	NIC : Peningkatan Tidur Aktivitas : Monitor pola tidur dan lamanya tidur/ istirahat klien Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur seperti melakukan dzikir Ciptakan lingkungan yang nyaman
9.	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	NOC : Anxiety control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, kecemasan klien teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mampu mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas (5) 9.1 - berkurangnya kecemasan (5) 9.2 9.3 9.4 9.5 9.6	NIC : Anxiety reduction Gunakan pendekatan yang menenangkan Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur Libatkan keluarga untuk mendampingi klien Instruksikan pada klien untuk menggunakan distraksi mendengarkan murottal Al-Qur'an Dengarkan dengan penuh perhatian Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam tinjauan kasus ini penulis akan membahas tentang Asuhan Keperawatan dengan gangguan kardiovaskuler pada Tn. A. M dengan ansietas dan nyeri dada, menggunakan penelitian deskriptif dengan metode kasus.

A. Pengkajian

Nama Tn. A.M Umur 65 tahun agama Islam, jenis kelamin laki - laki, status menikah, pendidikan SLTA, tidak bekerja , suku bangsa Kutai, alamat : Jl. K.H.Harun Nafsi RT. 16 No. 15 Samarinda Seberang, tanggal masuk 1 Desember 2017, tanggal pengkajian 1 desember 2017, No. Register 98.78.74 dengan diagnosa medis CHF + CKD dan anemia, penanggung Jawab Ny. M . Umur 42 tahun , hubungan dengan klien adalah anak , Pekerjaan Ibu rumah tangga, Alamat Jl. K.H.Harun Nafsi RT. 16 No. 15 Samarinda Seberang.

Keluhan Utama Klien mengatakan Nyeri dada saat beraktivitas dan pada saat istirahat, nafas terasa manggah, sakit hilang timbul, skala nyeri 5 dan berlangsung kurang dari 10 menit. Klien mengatakan banyak hal yang dipikirkan saat ini hingga membuatnya merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan khawatir terutama memikirkan kondisi sakitnya. Klien takut terjadi sesuatu yang tidak diinginkan terhadap dirinya. Tekanan Darah 180/ 100 mmHg saat di UGD. Keasadaran klien composmentis (E4 V5 M6). Sebelumnya klien punya riwayat sakit jantung hanya berobat jalan dan tidak pernah dirawat di rumah sakit mengatakan pernah sakit seperti sekarang ini dan tidak mempunyai alergi terhadap obat, makanan, binatang dan lingkungan, klien tidak pernah merokok sejak usia 40 th.

Arti sehat dan sakit bagi klien orang sakit sudah takdir dari tuhan, keluarga klien tidak tahu penyebab klien lemah dan dampak serta akibat dari penyakit saat ini, klien mempunyai penyakit Jantung sejak 1 tahun terakhir dan melakukan pemeriksaan baik di praktek dokter dan Rumah Sakit , klien juga tidak pernah memperhatikan diet makan sehari hari, klien rajin melakukan olah raga yaitu berjalan kaki pada sore hari, jika ada masalah klien selalu menceritakan masalahnya kepada anaknya dan kebutuhan sehari – hari terkesan cukup.

Sebelum sakit klien makan 3 kali dalam sehari, klien selalu menghabiskan makanan yang di sajikan, Jenis dan jumlah nasi, sayur, lauk, buah, kadang kadang minum susu, klien senang minum kopi tetapi tidak setiap hari, jumlah makan setiap hari 3 x dan minum 2 – 3 liter / hari, berat badan menurun dari 65, tinggi badan 155 cm, mual tidak ada, muntah tidak ada, klien menyikat gigi 2 kali dalam sehari, kebersihan mulut baik. Sebelum sakit frekuensi BAK sering, tidak pernah mengeluh sakit pada saat BAK, frekuensi BAB sebelum sakit setiap pagi klien BAB, dan tidak pernah mengeluh sakit saat BAB. Saat sakit klien belum ada BAB pada hari pertama. Kemampuan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah nilai skala 2 (dibantu dengan orang lain), sebelum sakit klien kadang berolah raga jalan setiap sore dan dapat melakukan aktivitas sehari hari, sesudah sakit klien melakukan aktivitas olah raga dirumah saja dan kadang dibantu dengan orang lain. Indra penglihatan baik berkacamata bila membaca saja, pendengaran baik, peciuman baik, indra peraba baik, klien dapat berbicara dengan jelas, Keluarga Tn. A.M. harmonis, klien sering berkumpul dengan teman dan keluarga pada saat melakukan olah raga jalan kaki setiap sore, klien sangat kuat dan tidak pernah mengeluh kalau sakit, keluarga ingin Tn. A. M cepat sembuh.

Klien adalah kepala rumah tangga jadi berpengaruh terhadap peran sebagai kepala rumah tangga, sejak sakit klien mempunyai masalah fisik maupun masalah psikologi dan klien jarang berinteraksi dengan lingkungannya. Sebelum sakit klien selalu tidur 8 jam setiap malam, pada saat tidur tidak nyenyak, klien langsung tidur tanpa minum obat dan mendengar musik apapun, setiap hari klien istirahat dan menonton TV di rumah jika tidak ada aktivitas, tidak ada gangguan tidur, keadaan umum klien lemah, klien selalu menutup matanya dan mengantuk. Hubungan dengan keluarga baik dan juga hubungan dengan teman klien, selama sakit klien jarang bertemu dengan teman dan jarang melakukan olah raga karena nafas terasa manggah, dimata klien keluarga merupakan semangat hidupnya, anggota keluarga berfungsi sesuai peran masing – masing saling mendukung satu sama lainnya, semua keputusan didalam keluarga di rundingkan terlebih dahulu, tetapi tetap klien merupakan pengambilan keputusan dalam keluarga, klien membesarkan anak dengan pola asuhan sesuai dengan agama yang di anut yaitu Islam, Klien mempunyai hubungan baik dengan siapapun, orang terdekat

klien adalah istrinya. Semenjak istrinya meninggal klien dekat dengan anak-anaknya, anak klien 2 orang (1 laki – laki dan 1 perempuan). Klien tidak mempunyai masalah sebelum sakit, tidak ada stress, biasanya kalau lagi stress tidak mau makan dan selalu menceritakan dengan istri dan anaknya dan biasanya agak tenang, klien tidak tahu penggunaan tehnik manajemen stress, klien dan keluarga selalu saling berkomunikasi jika ada masalah dalam keluarga. Suku klien kutai, saling mendukung dan membantu dengan keluarga yang membutuhkan atau mempunyai masalah, keluarga klien mempunyai sosial ekonomi yang cukup, tidak ada yang mempengaruhi budaya kutai terhadap kesehatan, keinginan klien dan keluarga ingin selalu sehat dan beraktivitas, menurut keluarga kehidupan sudah di atur oleh Tuhan oleh karena itu keluarga selalu berdoa walaupun dalam keadaan sakit dan tidak ada budaya yang mempengaruhi kesehatan.

Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran sadar penuh (composmentis), GCS E4 V5 M6,. Tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 88 x/menit pada radialis kanan, pernapasan 28 x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 95 %,CRT < 2 detik, kepala leher inspeksi bentuk simetris, lonjong, tidak ada pembesaran kelenjar gondok, rambut putih dan tebal, palpasi tidak pembesaran kelenjar tiroid, dikepala tidak ada lesi, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok, inspeksi dada : bentuk simetris, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan, terpasang nasal kanul 3 LPM klien merasa sesak bila beraktivitas. palpasi jantung tidak ada pembesaran ictus cordis, suara jantung S1 dan S2 tunggal dan regular, inspeksi payudara simetris, tidak ada pembengkakan dan tumor, ketiak tidak ada pembengkakan, Inspeksi abdomen flat, tidak ada benjolan, tidak ada luka, bising usus 11 / menit, hepar klien tidak teraba,abdomen lunak, suara timpani, disekitar alat kelamin tidak terdapat lecet, hemoroid (-) , fistula (-), inspeksi integumen vericela (-), peteki (-), kerusakan kulit (-), turgor kembali cepat, muskuloskeletal ekstremitas kiri atas, inspeksi : simetris, tidak ada odema, fungsi ekstremitas atas normal dan dapat berfungsi dengan baik, skala kekuatan otot 5 ekstremitas kanan 5, ekstremitas kiri 5 Inspeksi simetris, tidak ada odema, tidak ada kelumpuhan, tidak ada terlihat luka pada kaki kanan dan kiri.

Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E4 V5 M6. Fungsi saraf kranial seperti Nervus olfaktorius klien dapat membedakan aroma therapy green

tea dan lavender, Nervus optikus klien dapat membaca tulisan dengan benar, Nervus okulomotorius pupil isokor pada mata kanan dan kiri (2 mm / 2 mm), pupil bereaksi terhadap cahaya, bola mata mampu mengikuti arah objek, Nervus trochlearis bola mata dapat mengikuti arah objek, Nervus trigeminus klien dapat mengunyah, terdapat fungsi sensasi pada wajah, dan reflek kedip, Nervus abduksen bola mata dapat mengikuti arah objek, Nervus facialis klien dapat tersenyum, mengerutkan dahi, mengangkat alis mata, dan menjulurkan lidah. Nervus vestibulocochlearis klien dapat mendengar bisikan perawat, Nervus glosfaringeus: klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin, pahit, Nervus vagus klien dapat menelan dengan baik. Nervus accesorius klien mampu melawan tahanan pada saat mengangkat bahu (otot trapezius) dan memutar kepala (otot sternocleidomastoides), Nervus hipoglossus lidah dapat mendorong pipi, tidak ada deviasi. Refleks Fisiologis dengan refleksi patella: terdapat refleksi normal, refleksi bisep terdapat refleksi normal, refleksi trisep terdapat refleksi normal, refleksi achilles terdapat refleksi normal. Dan refleksi patologis Babinski sign: tidak terdapat refleksi abnormal.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 1 Desember 2017 Hemoglobin 7,8 mg/dL, Leukosit 6900 / ul, Hematokrit 45,9 %, Trombosit 508.000 /ul, GDS 136 mg/dl, Ureum 71,4 mg/dl, Kreatinin 3,0 mg/dl, SGOT 23 U/L, SGPT 27 U/L, Natrium 141 mmol/L, Kalium 4,0 mmol/L, Cloride 108 mmol/L, hasil pemeriksaan Ro Thorax : CTR > 50% kesan : cardiomegaly, hasil EKG : irama regular HR= 88x/mnt gelombang P selalu diikuti gelombang QRS, tinggi gelombang P = 0,2 mv, lebar gelombang P = 0,08 detik, Gelombang QRS sempit = 0,8 detik dan tinggi gelombang R = 35 mv. Kesimpulan EKG : Sinus Rhythm dengan ST hipertrofi ventrikel kiri. Dan therapy IVFD Nacl 0,9% 10 Tpm, tranfusi PRC 1kolf / hari, inj Lasix 1 amp, calos 3x1tab, folavit 1x1, allopurinol 1x100mg, sukralfat 3x2 cth.

B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data Subyektif dan Data Obyektif	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : Klien mengatakan nyeri dada kiri pada saat beraktivitas dan istirahat, nyeri seperti rasa tertusuk, nafas terasa manggah dan nyeri dirasakan hilang timbul skala nyeri 5.</p> <p>DO : Kes CM, GCS 15, Ekspresi wajah meringis, TD 180 / 100 mmHg, HR 88x/menit, RR 28x / menit, Kesimpulan EKG : Sinus Rhytm dengan abnormalitasST-T, hipertropi ventrikel kiri, Klien memegang dada kirinya, Skala nyeri 5, Klien gelisah, Klien sering berubah-ubah posisi</p>	<p>Gagal jantung kongestif</p> <p>↓</p> <p>Suplai darah dan o₂ ke miocard ↓</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia otot jantung</p> <p>↓</p> <p>Metabolisme anaerob</p> <p>↓</p> <p>Penimbunan asam laktat</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator kimia</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri di hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut
2.	<p>DS : Klien mengatakan badannya terasa lemah dan nyeri dada sebelah kiri ,nafas terasa manggah</p> <p>DO : Keadaan umum lemah, Klien gelisah TD 180 / 100 mmHg, HR 88 x/menit, RR 28 x/menit, S : 36,80C</p> <p>Kesimpulan EKG : Sinus Rhytm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri</p>	<p>Gagal jantung kongestif</p> <p>↓</p> <p>Daya pompa jantung</p> <p>↓</p> <p>Sv</p> <p>↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>	Penurunan curah jantung
3.	<p>DS : Klien mengatakan banyak hal yang dipikirkan hingga membuatnya merasa pusing, tidak tenang, merasa khawatir memikirkan kondisi sakitnya dan takut terjadi sesuatu hal terjadi pada dirinya selama dirawat.</p> <p>DO :Klien selalu bertanya pada perawat tentang kondisi kesehatan, Klien tampak sulit tidur dan gelisah, TD 180 / 100 mmHg, HR 88x/menit RR 28x/menit, S = 36,8 C, Skor HARS = 18 cemas sedang</p>	<p>dispnoe</p> <p>↓</p> <p>Perubahan status (kesehatan)</p> <p>↓</p> <p>Stressor psikologis</p> <p>↓</p> <p>ansietas</p>	Ansietas

<p>4. DS : Klien mengatakan sesak napas saat melakukan aktivitas, badannya terasa lemah dan letih DO : Klien melakukan aktivitas di tempat tidur, RR meningkat saat melakukan aktivitas yaitu 28x/menit, Terpasang O2 menggunakan nasal kanul 3 Lpm, SPO2 94 %, Kesimpulan EKG : Sinus Rhytm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri</p>	<p>Gagal jantung kongestif ↓ Suplai darah ke jaringan menurun ↓ Metabolisme anaerob ↓ Asidosis metabolik ↓ Pembentukan ATP menurun ↓ Kontraksi otot menurun ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>5. DS : Klien mengatakan mengalami kesulitan tidur karena baru pertama kali dirawat di rumah sakit, sering terbangun sehingga kurang puas tidur DO : Klien tampak kelelahan dan mata tampak sayu, TD = 130/80 mmhg, N = 88x/mnt, RR = 20x/mnt SPO2 = 99 %, S = 36,2 C</p>	<p>Lingkungan yang tidak dikenal ↓ Perubahan status lingkungan ↓ Stress psikologis ↓ Pola tidur terganggu</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas jantung.
3. Ansietas berhubungan dengan status ekonomi, lingkungan dan kesehatan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan (lingkungan yang tidak dikenal)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	NOC dan Indikator	NIC dan Aktivitas
01-12-2017 Jam 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis	<p>NOC : Pain control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien dapat beradaptasi dengan nyeri, dengan kriteria hasil</p> <p>Pain control (kontrol nyeri).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengenali gejala nyeri.(4) - Mampu menggunakan tehnik farmakologi (4) - Mampu melaporkan perubahan nyeri.(4) - Mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri (4) <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 : Tidak pernah 6 : Jarang 7 : Kadang-kadang 8 : Sering 5 : Selalu 	<p>NIC : Pain management Aktivitas :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 1.3 Bantu klien untuk mencari dan menemukan dukungan 1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 1.5 Kurangi faktor presipitasi nyeri 1.6 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 1.7 Ajarkan tentang teknik mengurangi nyeri non-farmakologi melakukan pijat punggung dan berdzikir 1.8 Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur

01-12-2017 Jam 10.30	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung	<p>NOC : Circulation status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, penurunan cardiac output klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah, nadi, respirasi) (5) - Saturasi oksigen (5) - Dapat mentoleransi aktivitas dan tidak kelelahan(5) - Tidak ada edema(5) - Tidak ada penurunan kesadaran (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: deviasi berat 2 : deviasi cukup 3: deviasi sedang 4 : deviasi ringan 5: deviasi normal 	<p>NIC : Cardiac care</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Evaluasi adanya nyeri dada 2.2 Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 2.3 Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 2.4 Monitor balance cairan Monitor toleransi aktivitas pasien 2.5 Monitor tanda-tanda vital 2.6 Monitor jumlah, bunyi dan irama jantung 2.7 Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit 2.8 Monitor sianosis perifer 2.9 Anjurkan untuk menurunkan stress
01 – 12- 2017 Jam 11.00	Ansietas berhubungan dengan status ekonomi, lingkungan dan kesehatan	<p>Noc Anxiety Self control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam cemas dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengungkapkan gejala cemas (5) 2. Klien mampu menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal (5) 4. Ekspresi tubuh dan Bahasa tubuh tidak menunjukkan kecemasan (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: deviasi berat 2 : deviasi cukup 3: deviasi sedang 4 : deviasi ringan 5: deviasi normal 	<p>NIC : Ansietas Reduction</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Gunakan pendekatan yang menyenangkan. 3.2 Identifikasi tingkat kecemasan pasien 3.3 Jelaskan prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur berlangsung 3.4 Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress 3.5 Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsinya 3.6 Ajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan tehnik relaksisasi dengan pijat punggung dan dzikir setiap hari 3.7 Beri terapi sesuai advis dokter

1 – 12 - 2017 Jam 11.30	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	NOC : Activity tolerance Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam, klien dapat bertoleransi terhadap aktivitas, dengan kriteria hasil - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan (saturasi oksigen, tekanan darah, nadi, RR) (5) - Aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri (5) - Mampu berpindah dengan tanpa bantuan alat(5) - status kardiopulmonari adekuat(5)	NIC : Activity therapy Aktivitas : 4.1 Bantu klien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan kemampuan fisik. 4.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 4.3 Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat 4.4 Monitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 4.5 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik) 4.6 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 4.7 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
		Indikator : 1 : sangat terganggu 2: banyak terganggu 3 :cukup terganggu 4: sedikit terganggu 5:tidak terganggu	
2 -12- 2017 Jam 09.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan	NOC : Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil : - Jumlah jam tidur	NIC : Peningkatan Tidur Aktivitas : 5.1 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/ istirahat 5.2 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 5.3 Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas

(4)		sebelum tidur seperti melakukan dzikir
- Kualitas tidur (4)	5.4	Ciptakan lingkungan yang nyaman
- Perasaan segar setelah tidur (5)	5.5	Sarankan untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur
- Efisiensi tidur (4)		

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi

No. Dx.	Tanggal/ Jam	Implementasi	Ttd
1	01-12 -2017	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (Evaluasi : s: klien mengatakan nyeri dada kiri pada saat beraktivitas dan istirahat, nyeri seperti rasa menusuk, skala nyeri 5, dirasakan hilang timbul , O: ekspresi wajah meringis kesakitan, gelisah	
	Jam 10.00		
	Jam 10.10	1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (Evaluasi :s : klien merasa nyeri di dadakiri o : ekspresi wajah meringis dan gelisah)	
	Jam 10.15	1.3 Membantu klien untuk menemukan dukungan (Evaluasi : s :klien merasa lebih nyaman di dampingi oleh keluarganya O : klien lebih tenang)	
	Jam 10.20	1.4 Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (Evaluasi : S : klien mengatakan suhu ruangan stabil O: suhu ruangan stabil, pencahayaan cukup)	
	Jam 10.25	1.5 Mengurangi faktor presipitasi nyeri (Evaluasi : klien bedrest)	
	Jam 10.30	1.6 Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi (Evaluasi : klien mengalami nyeri akut pada dada kiri)	
	Jam 10.35	1.7 Mengajarkan teknik nyeri non farmakologi (dzikir) (Evaluasi : klien dapat beristirahat di tempat tidur)	
	Jam 11.00	1.9 Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur (Evaluasi : klien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat dan klien merasa lebih tenang)	

2	1-12-2017 Jam 10.00	2.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada (Evaluasi : klien mengatakan nyeri dada kiri pada saat beraktivitas dan istirahat, nyeri seperti rasa tertusuk, dada tersa berdebar skala nyeri 5 (nyeri ringan), nyeri dirasakan hilang timbul)
	10.10	2.2 Mencatat adanya disritmia jantung (Evaluasi : tidak terdapat disritmia jantung, HR 88x/menit, Kesimpulan EKG : Sinus Rhythm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri)
	10.15	2.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output (Evaluasi : tidak ada edema, akral hangat, CRT < 3 detik)
	10.15	2.4 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung (Evaluasi : irama napas reguler, SPO2 94%, ekspansi dada simetris, suara nafas vesikuler, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, terpasang o2 3 lpm)
	10.15	2.7 Memonitor tanda-tanda vital (Evaluasi : TD 180/100 mmHg, HR 88x/ menit, RR 28x/menit, suhu tubuh 36,8 °C, dan otot terasa tegang)
	10.20	2.8 Memonitor jumlah, bunyi dan irama jantung (Evaluasi : HR 88x/menit, irama teratur, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, reguler)
	10.25	2.9 Memonitor suhu, warna, dan kelembaban kulit (Evaluasi : suhu 36,8 °C, tidak ada pucat, kulit lembab)
	10.30	2.10 Memonitor sianosis perifer (Evaluasi : tidak ada sianosis perifer)
	10.35	2.6 Memonitor toleransi aktivitas klien (Evaluasi : klien mengatakan sesak napas saat melakukan aktivitas, klien tampak letih)
	10.40	2.12 Memberikan obat (Evaluasi : inj. furosemid 1amp)
	11.05	2.7 Memonitor tanda-tanda vital (Evaluasi : TD 153/78 mmHg, HR 86x/ menit, RR 24x/menit, suhu tubuh 36,8° C)
	11.10	2.8 Memonitor jumlah, bunyi dan irama jantung (Evaluasi : HR 86x/menit, irama teratur, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, reguler)
	11.15	2.9 Memonitor suhu, warna, dan kelembaban kulit (Evaluasi : suhu 36,8 °C, tidak ada pucat, kulit lembab)

3	10.00	3.1 Gunakan pendekatan yang menyenangkan dan Identifikasi tingkat kecemasan pasien Evaluasi : perkenalkan diri dan menjelaskan tujuan dan lakukan BHSP pada pasien dan keluarga
	10.15	3.2 Jelaskan prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur berlangsung Evaluasi : klien dan keluarga mulai paham tentang prosedur yang akan dilakukan
	10.20	3.3 Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress Evaluasi : klien mulai tau apa yang harus dilakukan jika cemas muncul
	10.25	3.4 Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsinya Evaluasi : klien tau apa yang harus dilakukan jika ada masalah
	10.30	3.5 Ajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan tehnik relaksisasi dengan pijat punggung dan dzikir setiap hari. Evaluasi : klien mulai rileks dan lebih tenang
	11.00	3.6 Beri terapi sesuai advis dokter Evaluasi : memberi injeksi furosemide 1 amp iv
4	01-12-2017	4.1 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas (Evaluasi : klien bedrest, aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga)
	Jam 10.10	4.2 Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan (Evaluasi : klien gelisah, klien mengatakan nyeri dada kiri dan sesak napas saat melakukan aktivitas)
	Jam 10.05	4.3 Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat (Evaluasi : klien makan dengan diet jantung rendah garam, porsi makan selalu dihabiskan)
	Jam 10.10	4.4 Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan (Evaluasi : klien tampak sesak napas saat beraktivitas, terpasang O ₂ menggunakan nasal kanul 3 liter permenit)
	Jam 10.15	4.5 Memonitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (Evaluasi : pada saat beraktivitas TD 180 /100 mmHg, HR 88 x/menit, RR 28 x/menit)
	Jam 11.00	4.6 Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan (Evaluasi : klien mampu makan dan minum)
	11.15	4.7 Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual (Evaluasi : keadaan umum lemah, klien tampak letih, interaksi sosial kurang)

5. 01-12-2017 2.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada
 Jam 14.00 (Evaluasi : klien mengatakan nyeri dada kiri pada saat beraktivitas, nyeri seperti rasa tertusuk, nyeri terkadang menjalar ke bahu, skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang dari 5 menit)
- Jam 14.05 2.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
- Jam 14.15 (Evaluasi : tidak ada edema, akral hangat, CRT < 3 detik)
- 14.30 2.4 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
 (Evaluasi : irama napas reguler, SPO2 99%, ekspansi dada simetris, suara napas vesikuler, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan)
- 2.6 Memonitor toleransi aktivitas klien
 (Evaluasi : klien mengatakan sesak napas saat melakukan aktivitas berkurang, klien masih tampak letih)
- 2.7 Memonitor tanda-tanda vital
 (Evaluasi : TD 130/80 mmHg, HR 80x/ menit, RR 22x/menit, suhu tubuh 36,5 °C, sakit kepala berkurang)
- 2.8 Memonitor jumlah, bunyi dan irama jantung
 (Evaluasi : HR 80x/ menit, irama teratur, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, reguler)
- 2.9 Memonitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
 (Evaluasi : suhu 36,5°C, tidak ada pucat, kulit lembab)
- 2.10 Memonitor sianosis perifer
 (Evaluasi : tidak ada sianosis perifer)
- 2.14 Menganjurkan untuk menurunkan stress
 (Evaluasi : klien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat)
-
2. 02-12-2017 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara
 Jam 09.00 komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
 (Evaluasi : klien mengatakan nyeri dada kiri pada saat beraktivitas berkurang, nyeri seperti rasa menusuk tidak ada ,skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang dari 5 menit)
- Jam 09.10 2.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
 (Evaluasi : ekspresi wajah agak tenang)
- Jam 09.15 2.3 Membantu klien untuk menemukan dukungan
 (Evaluasi : klien merasa lebih nyaman di dampingi oleh keluarganya)
- 2.4 Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri
 (Evaluasi : suhu ruangan stabil, pencahayaan cukup, tidak bising)
- Jam 09.20 2.5 Mengurangi faktor presipitasi nyeri
-

		(Evaluasi : klien bedrest)
Jam 09.25		2.6 Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi (Evaluasi : klien mengalami nyeri akut pada dada kiri)
Jam 09.55		2.7 Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi (Evaluasi : klien mengatakan nyeri dada kiri sudah mulai berkurang, skala nyeri 3, durasi nyeri kurang 3 menit, ekspresi wajah tidak tegang)
Jam 13.00		2.8 Meningkatkan istirahat (Evaluasi : klien beristirahat di tempat tidur)
Jam 13.05		2.9 Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur (Evaluasi : klien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat dan merasa lebih tenang)
1	02-01-2017	3.2 Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur (Evaluasi : pasien mendengarkan penjelasan perawat)
Jam 09.00		3.3 . Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis (evaluasi : pasien megatakan mengerti penjelasan yang diberikan)
Jam 09.15		3.4 Melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien (evaluasi :pasien mengatakan lebih nyaman jika ditemani keluarga
Jam 09.25		3.5 Mendengarkan dengan penuh perhatian
Jam 09.30		3.6 Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya
Jam 09.35		3.7 Menggambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi dan jenis relaksasi (pijat punggung dan dzikir)
Jam 10.00		3.10 Melakukan teknik relaksasi (pijat punggung dan dzikir
3.	02-12-2017	4.1 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas (Evaluasi : klien bedrest, aktivitas klien sebagian dibantu oleh perawat dan keluarga)
Jam 09.05		
Jam 09.10		4.2 Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan (Evaluasi : klien tidak gelisah, klien mengatakan nyeri dada kiri dan sesak napas saat melakukan aktivitas berkurang)
Jam 09.15		4.3 Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat (Evaluasi : klien makan 3 kali sehari dengan diet jantung rendah garam dan snack 2 kali sehari, porsi makan selalu dihabiskan)
Jam 09.15		4.4 Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan (Evaluasi : klien tampak sesak napas saat

		beraktivitas, tidak terpasang alat bantu pernafasan)
	Jam 09.20	a. Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (Evaluasi : pada saat beraktivitas TD 130 /80 mmHg, HR 84x/menit, RR 22x/menit)
	Jam 09.25	4.6 Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan (Evaluasi : klien mampu makan dan minum sendiri)
	10.00	4.7 Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual (Evaluasi : keadaan umum masih lemah, mulai ada interaksi, klien selalu berdo'a)
4.	02-12-2017	5.1 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat klien (Evaluasi : klien tidak dapat istirahat)
	Jam 09.15	5.2 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat (Evaluasi : klien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat)
	Jam 09.25	5.3 Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (melakukan dzikir)
	Jam 09.30	5.5 Menciptakan lingkungan yang nyaman (Evaluasi : suhu ruangan stabil, pencahayaan cukup, tidak bising)
5.	02-12-2017	2.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada (Evaluasi : klien mengatakan tidak ada nyeri, dada terasa berdebar timbul hanya sesekali saja)
	Jam 09.00	
	Jam 09.15	2.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output (Evaluasi : tidak ada edema, akral hangat, CRT < 3 detik)
	Jam 09.20	2.4 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung (Evaluasi : irama napas reguler, SPO2 99%, ekspansi dada simetris, suara nafas vesikuler, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan)
	09.25	2.7 Memonitor tanda-tanda vital (Evaluasi : TD 130/80 mmHg, HR 82 x/ menit, RR 22 x/menit, suhu tubuh 36,8 °C)
	09.30	2.8 Memonitor jumlah, bunyi dan irama jantung (Evaluasi : HR 82x/ menit, irama teratur, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, reguler)
	09.35	2.6 Memonitor toleransi aktivitas klien (Evaluasi : klien mengatakan sesak napas sudah berkurang saat melakukan aktivitas, klien tampak rileks)
	09.40	2.10 Memonitor sianosis perifer (Evaluasi : tidak ada sianosis perifer)
2.	03-12-2017	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (Evaluasi : klien mengatakan tidak ada nyeri, dada terasa berdebar timbul hanya sesekali saja)
	Jam 08.00	
	Jam 08.10	

		1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
Jam 08.10		(Evaluasi : klien dapat mentoleransi rasa nyeri jika timbul)
Jam 08.15		1.6 Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
Jam 08.15		(Evaluasi : klien mengatakan nyeri dada sudah tidak ada lagi, ekspresi wajah rileks)
Jam 08.15		1.8 Meningkatkan istirahat
Jam 08.20		(Evaluasi : klien beristirahat di tempat tidur)
Jam 08.20		1.9 Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
Jam 09.00		(Evaluasi : klien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat dan merasa lebih tenang)

1.	03-12-2017	3.3 . Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis (evaluasi : pasien megatakan mengerti penjelasan yang diberikan)
Jam 08.00		
Jam 08.05		3.4 Melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien (evaluasi :pasien mengatakan lebih nyaman jika ditemani keluarga)
Jam 08.15		3.5 Mendengarkan dengan penuh perhatian
Jam 08.15		3.6 Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya
Jam 08.15		3.7 Menggambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi dan jenis relaksasi (pijat punggung dan dzikir)
Jam 08.20		3.10 Melakukan teknik relaksasi (pijat punggung dan dzikir
Jam 08.20		3.13 Melakukan evaluasi dan mendokumentasikan respon pasien (evaluasi : klien mengatakan pikiran lebih tenang,klien lebih semangat menjalankan pengobatan)

E. Evaluasi

Tabel 3.7 Evaluasi

No.Dx	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1.	01-12-2017 Jam 15.00	<p>S : Klien mengatakan badannya masih terasa lemah, nyeri hilang timbul, nyeri terasa menusuk dengan durasi kurang dari 3 menit, dada terasa berdebar, skala nyeri 3</p> <p>O : Keadaan umum lemah, Klien tampak letih, Kulit lembab dan pucat, Tidak gelisah, TD 150/90 mmHg,HR 88x/menit RR 24x/menit, T 36,8°C, Hasil Ro Thorax : CTR > 50% kesan : cardiomegaly,Kesimpulan EKG : Sinus Rhytm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri-</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9)</p>

2.	01-12-2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan nyeri dada hilang timbul ,skala nyeri 3,nyeri terasa seperti tertusuk, dada masih terasa berdebar, durasi nyeri kurang dari 3 menit</p> <p>O : Ekspresi wajah meringis jika nyeri timbul,TD 150/80 mmHg, HR 88x/menit, RR 22x/menit, T 36,8°C, Hasil Ro Thorax : CTR > 50% kesan : cardiomegaly, Kesimpulan EKG : Sinus Rhytm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri</p> <p>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P :Lanjutkan intervensi (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9)</p>
3.	01-12-2017 Jam 14.10	<p>S : Klien mengatakan rasa khawatir berkurang, pikiran sedikit lebih tenang dan lebih rileks</p> <p>O : Klien tampak lebih rileks, TD 150/80 mmHg, HR 84x/menit, RR 22x/menit, T 36,8 °C, Skor cemas HARS 10 (cemas ringan)</p> <p>A : Masalah cemas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (3.2, 3.3, 3.4, 3.5)</p>
4.	01-12-2017Jam 14.20	<p>S : Klien mengatakan masih sesak napas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat, badannya masih terasa lemah dan letih</p> <p>O : Klien melakukan aktivitas diatas tempat tidur, RR meningkat saat melakukan aktivitas yaitu 28x/ menit dan kembali normal saat istirahat yaitu 22x/ menit, Terpasang O₂ menggunakan nasal kanul sebanyak 3 liter permenit</p> <p>A :Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5)</p>
5.	01-12-2017 Jam 14.30	<p>S : Klien mengatakan tadi malam tidur lebih nyaman dari malam sebelumnya, sebelum tidur melakukan dzikir sehingga membuat pikiran lebih tenang, istirahatnya terasa cukup</p> <p>O : Klien tampak lebih segar dan mata tidak tampak sayu, TD : 150/ 80 mmHg, HR : 84x/mnt, RR : 22x/mnt, T : 36,5</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>
1.	02-12-2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan badannya masih terasa lemah, nyeri dada kiri dan rasa berdebar hilang timbul skala nyeri 2, klien merasa lebih nyaman dan klien mampu mengontrol rasa nyerinya</p> <p>O : Keadaan umum lemah, Kulit lembab dan tidak pucat, Tidak gelisah, TD 130/80 mmHg, HR 80x/menit, RR 22x/menit, T 36,5°C</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9)</p>
2	02-12-2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan nyeri dada kiri berkurang skala nyeri 2,nyeri hilang timbul, dada terkadang terasa berdebar</p> <p>O : keadaan umum membaik, TD 130/80 mmHg, HR 84x/menit, RR 22x/menit T 36,3°C</p> <p>A :Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P :Lanjutkan intervensi (2.1, 2.2, 2.6, 2.8, 2.9)</p>
3	02-12-2017	<p>S : Klien mengatakan pikiran sedikit lebih tenang dan Klien</p>

	Jam 14.10	<p>mengatakan agar berusaha pasrah dengan kondisi sakitnya sekarang dan lebih banyak berdoa</p> <p>O : Klien tampak lebih rileks, Klien tidak gelisah, TD 130 /80mmHg, HR 84x/menit, RR 22x/menit, T 36,5°C</p> <p>A : Masalah cemas teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (3.3, 3.4, 3.5)</p>
4.	02-12-2017 14.00	<p>S : Klien mengatakan saat melakukan aktivitas terkadang masih manggah, Klien mengatakan aktivitas sementara masih ditempat tidur</p> <p>O : Klien melakukan aktivitas diatas tempat tidur, mampu melakukan ADLs terkadang dibantu keluarga, TD 130/80 mmHg, HR 84x/menit, RR 22x/menit (sebelum dan setelah aktivitas), T 36,5 °C</p> <p>A :Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (4.1, 4.3, 4.4 ,4.5)</p>
1	03-12-2017 11.00	<p>S : Klien mengatakan kondisi badannya terasa lebih baik dan tidak ada nyeri dada dan rasa berdebar hanya sesekali timbul, Klien mengatakan mampu mentoleransi rasa tidak nyaman didadanya (dengan nafas dalam dan melakukan dzikir)</p> <p>O : Keadaan umum membaik, TD 130 /80 mmHg, HR 80x/menit, RR 22x/menit, T 36,3°C</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9)</p>
2	03-12-2017 Jam 11.00	<p>S : Klien mengatakan tidak ada nyeri, dada terasa berdebar - debar hanya sesekali timbul dan kondisi badannya terasa lebih baik</p> <p>O : Keadaan umum baik, tidak pucat, tidak gelisah, TD 130 / 80 mmHg, HR 80x/menit, RR 22x/menit, T 36,3°C</p> <p>A :Masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <p>P :Pertahankan intervensi (2.1, 2.2, 2.6, 2.8, 2.9)</p>
4	08-01-2017 Jam 13.40	<p>S : Klien mengatakan saat melakukan aktivitas terkadang terasa manggah</p> <p>O : Pasien tidak menggunakan bantuan oksigen</p> <p>A :Masalah intoleransi aktivitas teratasi sregagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi (4.1, 4.3, 4.4 ,4.5)</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Adapun kasus yang menarik untuk dibahas adalah kasus pada Tn. A. M, berusia 65 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri dada sejak 3 hari ini. Nyeri dada diikuti dengan perasaan nafas terasa manggah, anemia dan klien gelisah. Dari hasil pemeriksaan dokter, Tn. A. M didiagnosa menderita penyakit *CHF (Congestive Heart Failure)*.

Dalam proses pemberian asuhan keperawatan selama 3 hari dari tanggal 1 desember 2017 s/d 3 desember 2017, yang menjadi fokus keperawatan adalah nyeri dada dan cemas. Tetapi hal tersebut tidak mengesampingkan masalah keperawatan lain yang muncul sesuai dengan keluhan klien, contohnya mengenai penurunan curah jantung, Intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

A. Pengkajian

Menurut Doenges (2010), pengkajian pada pasien gangguan kardiovaskuler meliputi ;

1. Aktivitas : Kelemahan, manggah bila melakukan aktivitas, nyeri dada.
2. Sirkulasi : anemia, riwayat sakit hipertensi, suhu badan 36,8 C
3. Eliminasi : BAK lancar dan konstipasi.
4. Makanan dan Cairan : makan mau dan tidak ada mual, muntah.
5. Neurosensori : kelemahan tonus otot dan gelisah, khawatir.
6. Nyeri / Kenyamanan : nyeri pada dada kiri.
7. Keamanan : kelemahan tonus otot
8. Hygiene : kelelahan pada saat beraktivitas memenuhi kebutuhan.

Hasil pengkajian yang didapat pada kasus Tn. A.M pada sistem aktivitas latihan dan pola merawat diri didapatkan data setiap aktivitas selalu dibantu ,kekuatan otot eksterimtas atas dan bawah 5, klien sering terasa manggah bila banyak beraktivitas. Pada sistem nutrisi dan metabolik didapatkan data makan 1 porsi habis dan makan 3kali sehari, minumkurang lebih 1 liter perhari. Pada sistem sirkulasi didapatkan data suhu tubuh klien 36.8 °C,kulit teraba hangat. Pada sistem eliminasi didapatkan data klien BAB rutin konsistensi keras dan bak lancar.

Berdasarkan pemaparan diatas dapat dilihat bahwa beberapa tanda dan gejala yang ada di teori tetapi tidak ditemukan saat pengkajian kasus antara lain ortopnea, edema pada kedua tungkai. Adapun uraian tanda gejala yang tidak ditemukan pada kasus adalah sebagai berikut :

1. Ortopnea, pasien merasa sesak nafas sehingga tidak mampu berbaring seperti biasa dan harus di ganjal dengan beberapa bantal untuk berbaring. Ini terjadi pada pasien gagal jantung kongestif memburuk yang disebabkan oleh penumpukan cairan didalam paru dan dapat mengganggu oksigen yang masuk didalam darah sehingga pasien mengalami dypsnoe (Muhlisin 2012). Pada kasus Tn. A.M, ditemukan data bahwa Tn. A.M selama perawatan di rumah sakit klien tidak terlalu sesak, klien terasa ngos – ngosan pada saat melakukan aktivitas saja. Hal ini terjadi karena penumpukan darah dan cairan yang disebabkan karena gagal relaksasi (dilatasi) dari ventrikel kiri untuk memompa darah untuk disebarkan keseluruh tubuh. (Niken Jayathi,2013).
2. Edema pada kedua tungkai terjadi akibat ekstrasvasasi vaskuler dan peningkatan tekanan hidrostatik akumulasi penumpukan cairan darah dari vena kaki yang menyebabkan kebocoran pada kapiler kaki kedalam ruangan interstitial.(Desi Adiyani,2017). Ketika dilakukan pengkajian Tn. A.M tidak mengeluh adanya bengkak pada kedua tungkai atau peningkatan berat badan dalam 3 bulan terakhir. Hal ini disebabkan karena pasien mengalami gagal jantung pada ventrikel kiri yang dibuktikan dengan hasil EKG Sinus Rhytm dengan abnormalitas ST hipertrofi ventrikel kiri sehingga tidak ada edema pada ekstremitas dan peningkatan berat badan.

Menurut Dongoes (2002) gejala dan tanda-tanda CHF dapat samar dan bervariasi dan harus didukung dengan pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnose. Pada saat pengkajian didapatkan keluhan Nyeri dada dan cemas kemudian disertai rasa lelah dan manggah pada saat melakukan aktivitas ini disebabkan karena adanya penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran oksigenasi.

Dalam pembahasan konsep teori ditemukan adanya nyeri dada, rasa lelah dan cemas yang berlebihan, hal ini sejalan dengan penelitian yang mengatakan

cemas dapat memicu timbulnya resiko penyakit jantung coroner melalui aktivasi sistem saraf simpatis yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu) (Andria, 2013). Pada saat seseorang mengalami cemas, hormone adrenalin akan dilepaskan dan kemudian akan meningkatkan tekanan darah melalui kontraksi arteri (vasokonstriksi) dan peningkatan denyut jantung.(South, 2014).

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pada kasus Tn. A.M yang menderita CHF terdapat 5 diagnosa diantaranya, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung perubahan kontraktilitas jantung, ansietas berhubungan dengan status ekonomi, lingkungan dan kesehatan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan (lingkungan yang tidak dikenal).

Sedangkan diagnosa untuk penyakit CHF menurut Nanda (2015) terdapat 9 diagnosa keperawatan diantaranya penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miocard, intoleransi aktifitas b/d ketidak seimbangan antar suplai oksigen, kelebihan volume cairan berhubungan dengan laju filtrasi glomerulus/ meningkatnya produksi ADH rdan retensi natrium, perubahan perfusi jaringan perifer b/d kongesti vena sekunder akibat gagal jantung, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d mual, muntah anoreksia, resti kerusakan pertukaran gas b/d perubahan membrane kapiler alveolus, resti terhadap kerusakan integritas kulit b/d tirah baring, gangguan pola tidur b/d dispone nocturnal, kecemasan b/d dispone.

Diagnosa keperawatan yang tidak muncul seperti kelebihan volume cairan berhubungan dengan laju filtrasi glomerulus/ meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium, perubahan perfusi jaringan perifer b/d kongesti vena sekunder akibat gagal jantung, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d mual, muntah anoreksia, resti kerusakan pertukaran gas b/d perubahan membrane kapiler alveolus, resti terhadap kerusakan integritas kulit b/d tirah baring hal ini bisa dikarenakan klien tidak ada masalah dengan kelebihan volume cairan, sedangkan untuk perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan makan tiga kali sehari

dan 1 porsi habis, perubahan perfusi jaringan perifer juga tidak terjadi pada klien CRT > 3 detik dan tidak ada sianosis, resti kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring klien masih bias beraktivitas tetapi tidak bedrest ditempat tidur.

Diagnosa nyeri tidak ditemukan pada teori namun ditemukan pada kasus, nyeri ini terjadi akibat kondisi dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke jaringan tubuh sehingga terjadi pada kelainan otot jantung yang menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung dan merusak seabut jantung. (Gunawan,2013).

C. Intervensi

Pada intervensi keperawatan yang sesuai dengan diagnosa menurut Nanda Noc Nic (2017), pada diagnosa keperawatan :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis terdapat 17 tindakan keperawatan yang terdapat didalam teori dan yang dilakukan ada 9 tindakan, yang salah satunya intervensi yang tidak dilakukan adalah evaluasi nyeri pada masa lalu klien tidak pernah mengalami nyeri dada dan ini serangan pertama. intervensi yang tidak muncul adalah *anagetic administration*.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung terdapat 14 intervensi keperawatan dan dalam teori terdapat 13 intervensi. Intervensi yang tidak muncul yaitu, monitoring vital sign. Mengukur vital sign sangat dibutuhkan karena untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada pasien.
3. Ansietas berhubungan dengan status ekonomi, lingkungan dan kesehatan terdapat 7 tindakan keperawatan sedangkan pada teori terdapat 12 tindakan keperawatan, rencana tindakan keperawatan yang tidak muncul adalah memberikan penkes tentang pola hidup sehat untuk pasien jantung, sehingga klien dan keluarga mulai mengerti tentang penyakitnya dan cemas berkurang.
4. Intoleransi aktivitas terdapat 7 tindakan keperawatan sedangkan pada teori terdapat 11 tindakan keperawatan yang tidak dilakukan adalah kolaborasi dengan tenaga rehab medik dalam merencanakan program terapi yang tepat karena klien dapat beraktivitas secara mandiri sehingga tidak dialkukan tindakan tersebut.

5. Gangguan pola tidur terdapat 5 tindakan yang dilakukan sedangkan pada teori terdapat 9 tindakan keperawatan, yang tidak dilakukan pada teori adalah kolaborasi dengan pemberian obat tidur karena alasan pasien tidak bisa tidur karena lingkungan baru jadi masih menyesuaikan.

D. Implementasi

Untuk implementasi keperawatan semua intervensi yang dibuat dapat dilaksanakan semua dari 5 diagnosa keperawatan, dalam hal ini tidak ada masalah atau hambatan dengan intervensi yang direncanakan.

E. Evaluasi

Berdasarkan ke 5 diagnosa keperawatan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari ada 2 diagnosa yang tidak teratasi. Untuk masalah intelorensi aktifitas tidak dapat teratasi disebabkan karena klien sudah dilakukan motivasi serta dianjurkan tentang kemandirian tindakan, namun terkadang klien lupa bila teralalu banyak beraktivitas klien manggah dan ngos - ngosan.

Masalah yang berhubungan dengan penurunan curah jantung tidak berhasil diatasi karena gangguan pada sistem kardiovaskuler yang menyebabkan klien sering merasa kelelahan pada saat beraktivitas dan disebabkan karena penumpukan cairan pada paru dan terkadang pasien sesak.



BAB V PENUTUP

Berdasarkan pembahasan yang lebih mendalam tentang Asuhan Keperawatan dengan masalah nyeri dan kecemasan pada sistem gangguan kardiovaskuler di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahranie Samarinda, maka dapat diperoleh simpulan dan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Pengkajian terdapat kesenjangan pada teori dan kasus dan pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri dada nafas terasa manggah bila terlalu banyak beraktivitas, klien gelisah dan cemas dan khawatir akan kondisi sakitnya sehingga terjadi peningkatan tekanan darah, jika pada manifestasi klinik secara teori terdapat 6 manifestasi klinik sedangkan pada kasus terdapat 4 manifestasi klinik.
2. Diagnosa Keperawatan terdapat kesejangan antara teori dan kasus , jika di teori terdapat 9 diagnosa keperawatn sedangkan di kasus terdapat 5 diagnosa keperawatan. Hal ini terjadi karena pada saat menetapkan diagnosa keperawatan penulis hanya menemukan 5 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dibuat berdasarkan dengan kondisi klien saat ini.
3. Perencanaan keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, walaupun pada teori terdapat 9 diagnosa keperawatan dengan perencanaan keperawatan dan pada kasus terdapat 5 diagnosa keperawatan dengan perencanaan yang disesuaikan dengan kondisi atau keadaan klien pada saat pengkajian dan diagnosa keperawatan.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah diberikan pada kasus dimana diagnosa pertama ada salah satu tindakan keperawatan yang tidak dilakukan karena klien mengalami serangan pertama, pada kasus diagnosa kedua ada tindakan keperawatan yang tidak ada di teori namun dilakukan karena sangat penting memantau vital sign pasien, pada kasus diagnosa keperawatan 3 ada tindakan keperawatan yang tidak ada di teori namun dilakukan karena mengingat pentingnya pendidikan kesehatan tentang pasien jantung untuk meningkatkan pengetahuan pasien sehingga rasa cemas pasien berkurang, diagnosa keperawatan 4 tindakan keperawatan yang tidak dilakukan dan ada

pada teori adalah kolaborasi dengan petugas rehab medik dalam merencanakan program terapi karena klien mampu melakukan aktivitas mandiri sesuai kebutuhannya, diagnose keperawatan 5 tindakan keperawatan yang dilakukan 5 dan tindakan keperawatan sesuai teori adalah 9 ada salah satu tindakan keperawatan yang tidak dilakukan karena belum begitu penting untuk saat ini. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan didokumentasikan kedalam catatan keperawatan. Kerjasama yang baik antara perawat ruang IGD dan ruang Edelweis Rumah Sakit Umum A. Wahab Sjahranie Samarinda dengan penulis banyak membantu keberhasilan dalam tindakan, sehingga tidak terjadi kejadian yang berulang pada klien.

5. Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dan alat ukur untuk memulai keberhasilan pemberian asuhan keperawatan, apakah tujuan keperawatan berhasil dan dilakukan sesuai dengan konsep. Pada kasus semua tindakan keperawatan ada 2 diagnosa yang belum berhasil sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

B. Saran

1. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dengan masalah utama nyeri dada dan cemas pada gangguan sistem kardiovaskuler harus dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sesuai dengan tindakan atau derajat penyakitnya. Keputusan dan tindakan yang tepat dalam menangani masalah yang timbul dapat menyelamatkan klien dari kematian. Oleh karena itu dibutuhkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang baik dalam penanganan klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler.
2. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler, petugas kesehatan harus memahami konsep dari terjadinya penyakit sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

American Diabetes Association (ADA), tahun 2010. Diagnosis and Classification of Diabetus Militus

Arjatmo Tjokronegoro. *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu* .Cet 2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI, 2002

Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar keperawatan medikal bedah, edisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC

Carpenito, L.J. 2000. *Diagnosa Keperawatan, Aplikasi pada Praktik Klinis, edisi 6*. Jakarta: EGC

Corwin, EJ. 2009. *Buku Saku Patofisiologi, 3 Edisi Revisi*. Jakarta: EGC

Doenges, Marilyn E, *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien edisi 3 alih bahasa I Made Kariasa, Ni Made Sumarwati, Jakarta : EGC, 1999.*

Gibson, John, 2003, *Anatomi dan Fisiologi Modern untuk Perawat*, EGC, Jakarta

<https://cupdate1.blogspot.co.id/2014/12/pathway-chf-gagal-jantung-kongestif.html> diakses

pada tanggal 12 Desember 2017 jam 15.00 wita

International Diabetes Federation (IDF), tahun 2009

Johnson, M., *et all*. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River

Mansjoer, Arif. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3. Jakarta Media Eusculapius

Nurarif Amin Huda, Kusuma Hardhi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan*

Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc. Edisi revisi. Jilid 1. Yogyakarta, MediAction

Nursalam. 2008, *Proses dan Pendokumentasian Keperawatan Konsep dan Praktek*. Edisi. 2, Jakarta. Salemba Medika

Perkumpulan Endokrin Indonesia (PERKENI), 2011. *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Militus Tipe II di Indonesia*, Jakarta

Padmosantjojo, *Keperawatan Bedah Syaraf*, Jakarta, Bagian Bedah Syaraf FKUI, 2000

Rab, T. 2008. *Agenda Gawat Darurat (Critical Care)*. Bandung: Penerbit PT Alumni

Santosa, Budi. 2007. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2005-2006*. Jakarta: Prima Medika

Soewondo dkk. 2011. *Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam 4th ed* . Jakarta, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

Smeltzer, Suzanne C, Brenda G bare, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*

Brunner & Suddarth Edisi 8 Vol 2 alih bahasa H. Y. Kuncara, Andry

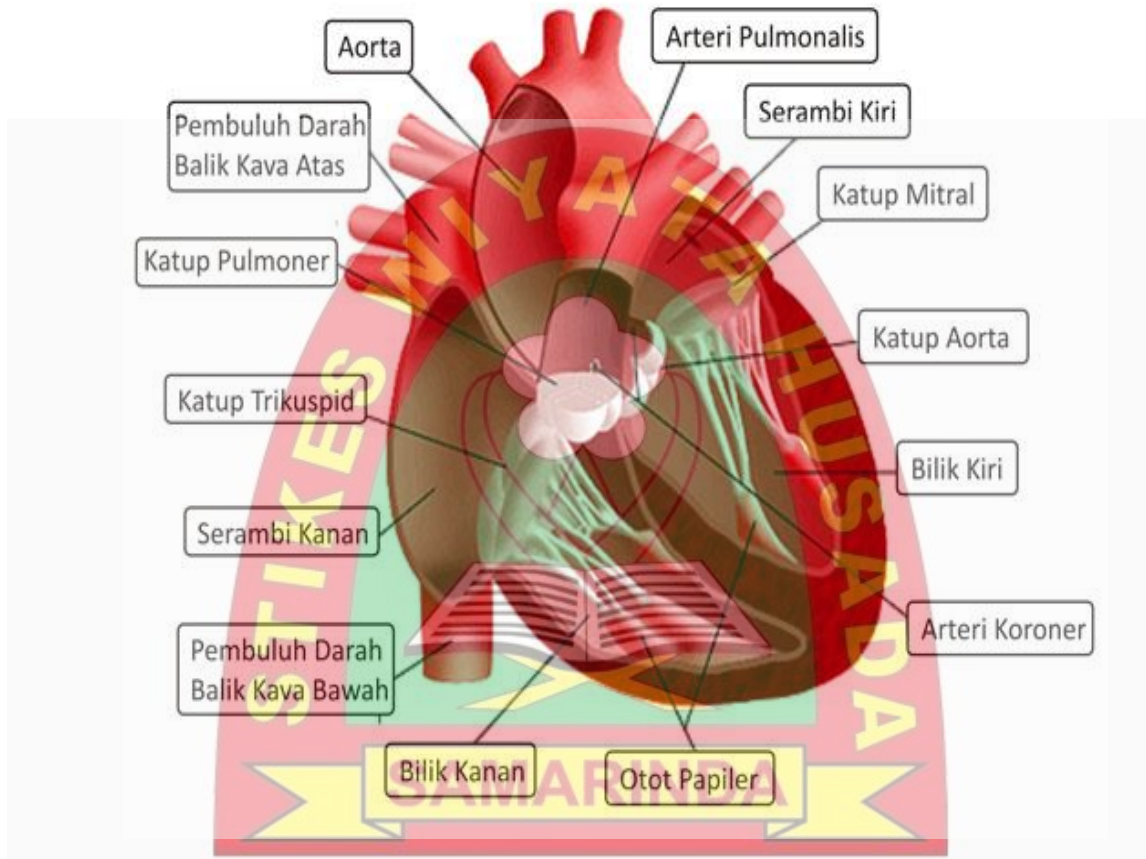
Hartono, Monica Ester, Yasmin asih, Jakarta : EGC, 2002.

Tambunan, Eviana dan Kasim, Deswani. 2011. *Panduan Pemeriksaan Fisik bagi*

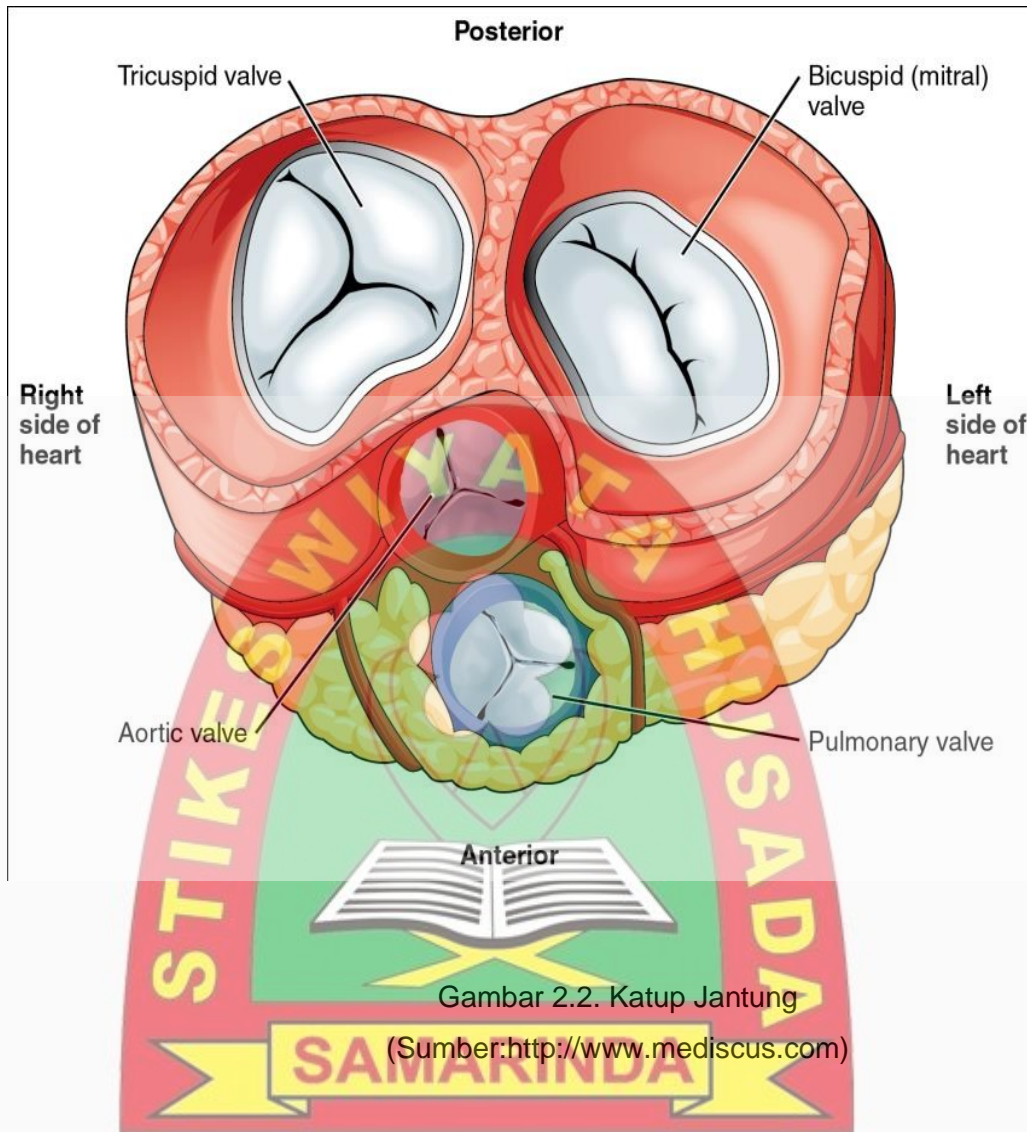
Mahasiswa Keperawatan, Jakarta : Salemba Medika

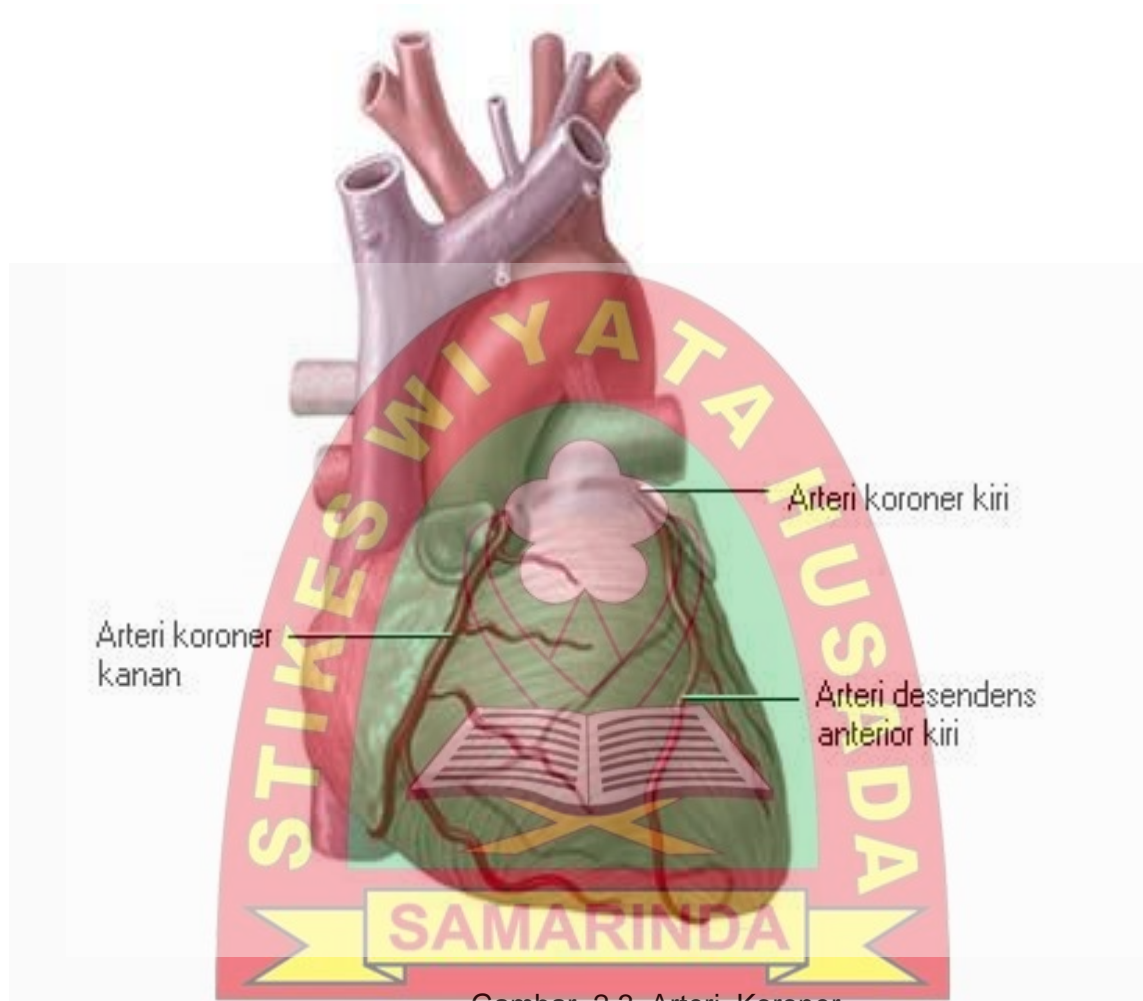
Lampiran Gambar

Anatomi Jantung Manusia

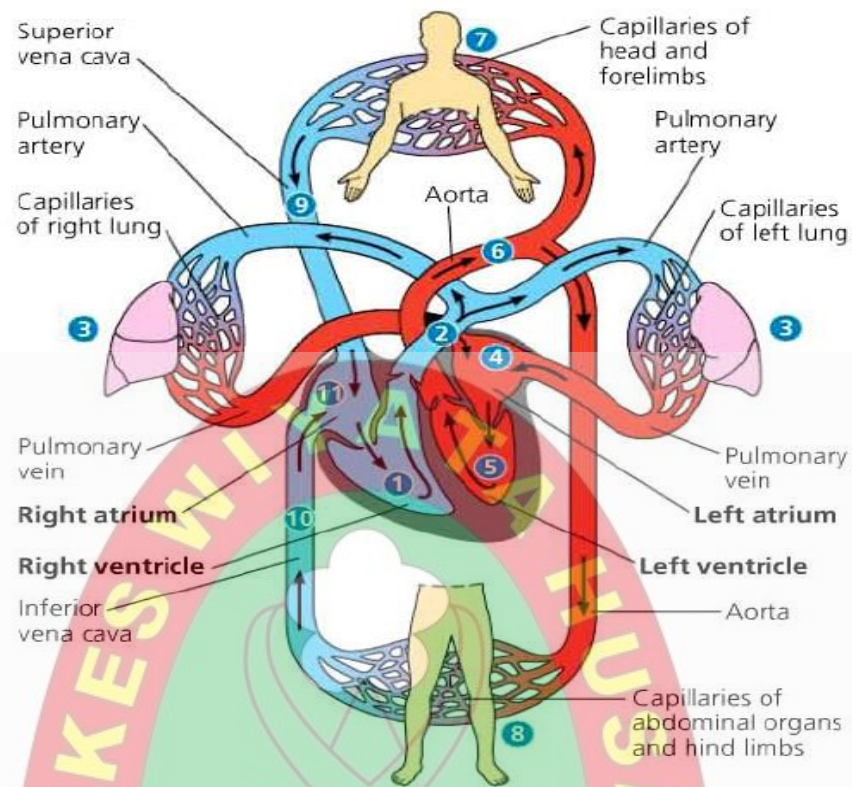


Gambar 2.1. Anatomi Jantung Manusia
(Sumber: <http://bluespearlamps.com>)

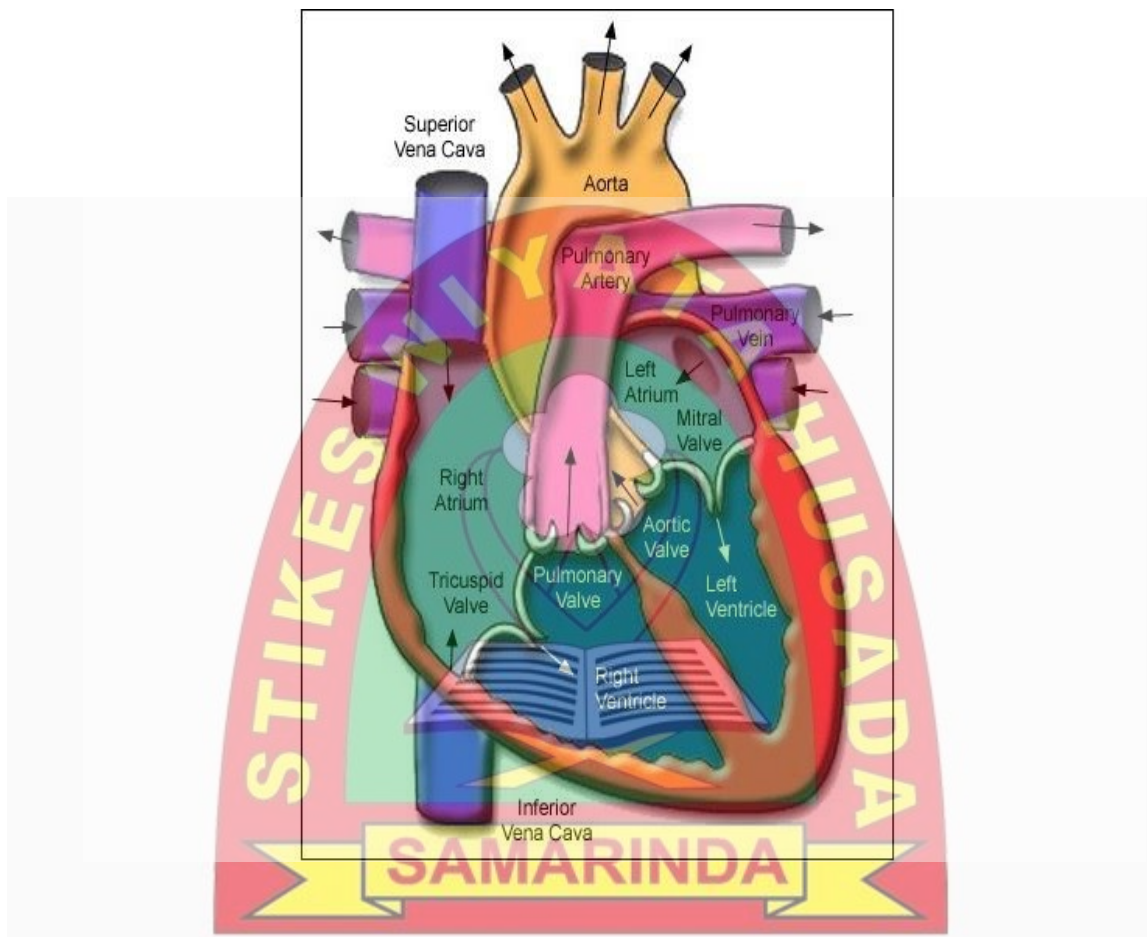




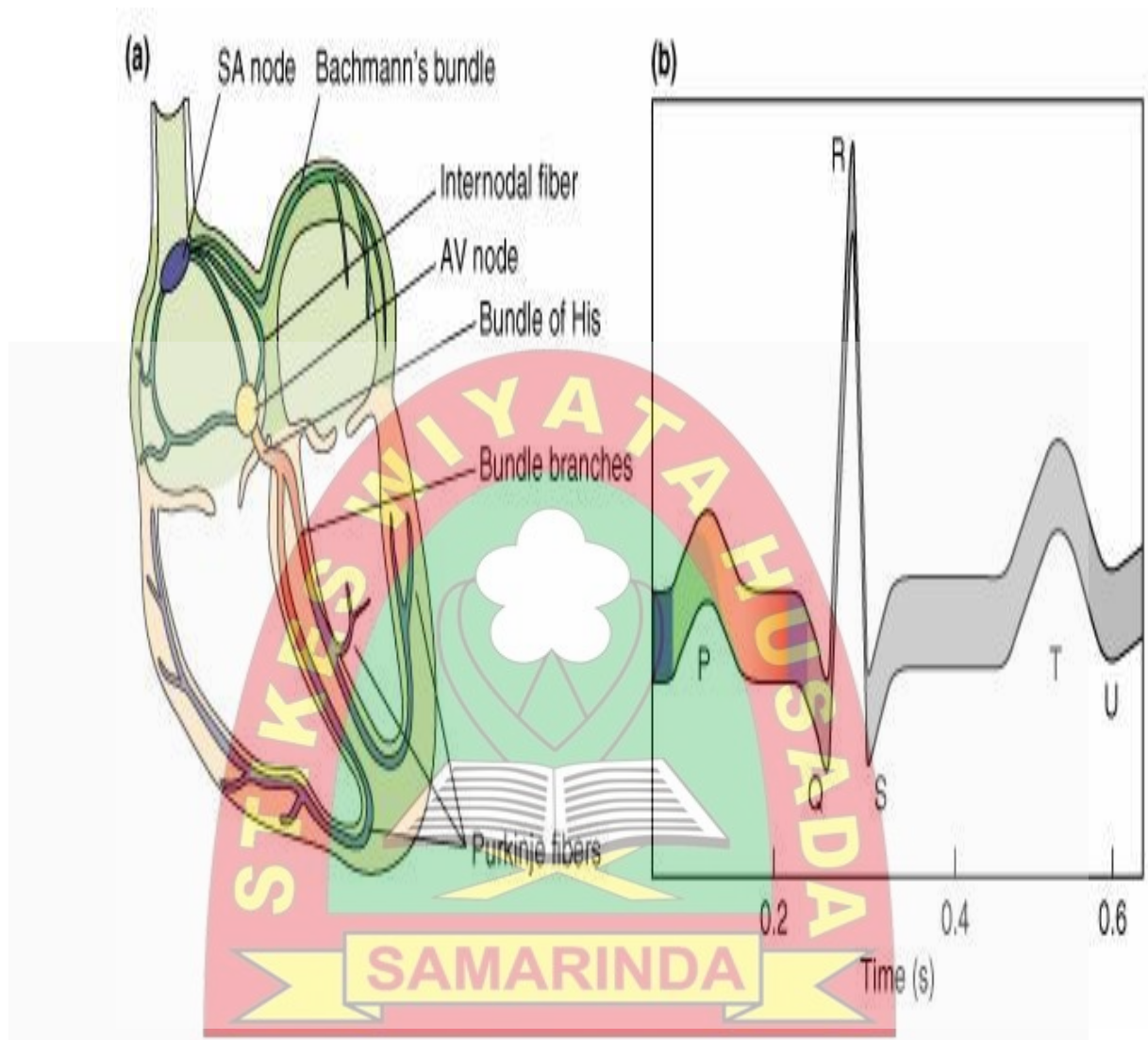
Gambar 2.3 Arteri Koroner
(Sumber:<http://www.dokterpost.com>)



Gambar 2.4 Hemodinamika Jantung
 (Sumber: <http://www.dokterpost.com>)



Gambar 2.5 Siklus Jantung
(Sumber:<http://www.dokterpost.com>)



Gambar 2.6 Sistem Listrik Jantung
 (Sumber: <http://www.dokterpost.com>)

LAMPIRAN

Tabel 2.1 Skala kecemasan HARS

“Hamilton Anxiety Rating Scale”

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	Ansietas (mood)					
1	Khawatir, antisipasi yang berlebihan, ketakutan, lekas marah					
	Ketegangan (tension)					
2	Merasa tegang, mudah lelah, mudah terkejut, lebih mudah menangis, gemetar, merasa kurang istirahat, tidak dapat relaks.					
	Perasaan takut					
3	Takut pada gelap, orang asing, sendirian, takut terhadap binatang, takut keramaian					
	Insomnia					
4	Sulit untuk memulai tidur, sering terbangun, mimpi buruk, penurunan kualitas tidur, bangun tidur dengan perasaan tidak segar.					
	Intelektual					
5	Sulit berkonsentrasi, daya ingat kurang					
	Perasaan depresi					
6	Kehilangan minat, penurunan minat, terhadap hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari, mudah sedih					
	Keluhan somatik (muskular)					
7	Sakit dan nyeri otot, kekakuan sendi, gugup, kejang myotonic, mengertakan gigi, suara bergetar, peningkatan tonus otot					
	Keluhan somatik (sensorik)					
8	Tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, cepat lelah, perasaan seperti ditusuk					
	Gejala sistem kardiovaskuler					
9	Takikardi, perasaan berdebar, nyeri dada, peningkatan kekuatan denyutan nadi, perasaan ingin pingsan, kehilangan denyutan					
	Gejala sistem pernafasan					
10	Perasaan dada terhimpit, sesak nafas, perasaan tercekik, mendesah					
	Gejala sistem gastrointestinal					
11	Sulit menelan, nyeri perut, perasaan kembung melilit, perasaan seperti terbakar, mual, muntah, borborygmi, kehilangan berat badan, konstipasi					
	Gejala sistem urologi					
12	Sering BAK, tidak dapat menahan keinginan BAK, amenorrhoea, menoraghia, ejakulasi dini, kehilangan libido, impotensi					
	Gejala otonom					
13	Mulut kering, muka kemerahan, pucat, mudah berkeringat, sakit kepala, perasaan pusing					

Sikap saat wawancara

- 14 Gelisah, bolak-balik, tidak bisa diam, tangan tremor, mengerutkan alis, ekspresi wajah tegang, mendesah atau nafas cepat, muka pucat, terlihat seperti menelan sesuatu kerana tenggorakan kering
-



SOP PIJAT PUNGGUNG DAN DZIKIR

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi
<p>1. Nyeri 2. Ansietas</p>	<p>Langkah-Langkah Teknik Pemijatan Punggung</p> <p>a. Persiapan</p> <ul style="list-style-type: none"> n. Melakukan inform content pada pasien sebelum tindakan pemijatan o. Ciptakan lingkungan dan suasana yang nyaman (menutup sekerem/ memberikan privasi pada pasien) p. Minyak pijat (aromatherapy lavender), dan handuk kecil q. Jelaskan manfaat relaksasi dan jenis relaksasi yang akan digunakan (pijat punggung dan dzikir) r. Persiapkan pasien (anjurkan pasien untuk melepas pakaian bagian atas) s. Memberitahu pasien bahwa dilakukan tindakan pemijatan dan ajaklah pasien sebelum berdoa sebelum tindakan <p>b. Langkah – langkah Pemijatan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Effleurage di seluruh punggung. Gerakan diawali mengusap punggung bagian bawah menggunakan kedua tangan.Masing-masing tangan mengurut sisi punggung. Ketika tangan mencapai ujung atas punggung, tangan dipisahkan ke arah luar melewati bahu. Tangan dikembalikan ke posisi awal, tangan diluncurkan tanpa tekanan. 2) Effleurage menyamping di seluruh punggung Kedua tangan ditaruh mendatar di bagian tengah punggung bawah, dengan kedua pangkal tangan saling bersisik. Gerakkan ke dua tangan ke arah sisi tubuh dengan menggunakan pangkal tangan. Gerakan diulang menuju ke atas punggung sampai seluruh punggung terurut. 3) Friction pada otot-otot punggung Ujung jempol diposisikan pada dua lekukan tulang punggung kemudian melakukan gerakan memutar. Gerakan melingkar ke arah luar dilakukan dengan perlahan. Kemudian kembali ke awal dengan gerakan yang ringan. 4) Meluncurkan jempol pada punggung Bantalan jempol diletakkan pada lekukan punggung lagi. Pada saat luncuran ke arah bawah, tekanan jempol dikurangi dengan tekanan yang lebih ringan. 5) Mengurut otot-otot tulang punggung. Mulai dari wilayah punggung bawah, pijat pada satu sisi menggunakan gerakan menggosok dengan kedua tangan berganti-ganti. Ikuti gerakan sepanjang lengan, dengan menuju ke arah atas sampai bahu lalu turun lagi. Gerakan diulangi dengan menggosok pada sisi lain dari punggung. 6) Gerakan effleurage menyamping. Gerakan langkah kedua diulagi tetapi hanya di wilayah

bagian bawah punggung bawah.

- 7) Gerakan friction pada iliac crest (bagian atas pinggul).
Bantalan jempol diletakkan kembali pada lekukan tulang punggung. Lalu melakukan gerakan memutar dibagian atas pinggul.
- 8) Gerakan lingkaran pada bahu.
Taruh satu tangan mendatar di atas tangan lainnya lalu dengan kedua tangan, gerakkan tangan bertumpuk tersebut melingkar sekeliling tulang belikat, sampai bahu terasa hangat dan lemas.
- 9) Petrisage pada bahu.
Gerakan-gerakan secara ritmik dilakukan pada bagian atas bahu secara perlahan-lahan menggunakan dua tangan bergantian.
- 10) Usap Punggung.
Kedua tangan dilemaskan, sentuh setiap sisi punggung dengan jari-jari tangan dan gerakkan tangan ke arah gerakan mengusap dilakukan dengan ujung jari (ke arah bawah) beberapa kali.
- 11) Penyelesaian.
Seluruh punggung klien ditutup dengan handuk (bantu pasien menggunakan pakaian kembali) dan evaluasi respon pasien.

Persiapan Langkah-langkah terapi dzikir adalah sebagai berikut:

- f. Sebelum melakukan terapi Dzikir :
 - 11) Kondisikan lingkungan yang tenang, nyaman dan kondusif.
 - 12) Berwudhu atau tayamum.
 - 13) Namun sebagai pasien, kita dapat memodifikasi tanpa wudhu dengan berpakaian bersih, bagian dalam maupun luar pakaian.
 - 14) Gunakan pakaian penutup aurat.
 - 15) Hilangkan semua kekhawatiran duniawi, masalah dengan orang lain, dan perasaan negatif
 - 16) Pilih posisi yang nyaman (berbaring, duduk, bersila atau seperti posisi sholat)
 - 17) Tenangkan diri sampai benar-benar nyaman.
 - 18) Pejamkan mata dengan santai dan fokuskan perhatian
 - 19) Pasien harus percaya bahwa terapi Dzikir akan membuat batin menjadi tenang. Satu hal yang sangat penting untuk dilakukan sebelum mulai Dzikir adalah untuk mendedikasinya. Artinya berkata kepada diri sendiri bahwa dengan melakukan Dzikir semua makhluk hidup merasa senang dan tenang.
 - 20) Pasien diminta tetap menjaga kesunyian untuk waktu lama setelah latihan Dzikir dan mengendalikan perasaan.

	<p>g. Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none">8) Ucapkan Niat dalam hati untuk melakukan Dzikir9) Atur posisi yang rileks.10) Lakukan napas dalam (5 detik) dengan cara:<ul style="list-style-type: none">• Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3.• Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.11) Mulailah dengan Basmallah.12) Mulai dari kata Maha Suci Allah (Subhanallah), Segala puji bagi Allah (Alhamdulillah), Allah Maha Besar (Allahu akbar), dan Tidak ada Tuhan selain Allah (Lailaha illallah), Tiada daya dan tiada kemampuan kecuali dengan (bantuan) Allah (La hawla wala quwwata illa billah). Masing-masing item tersebut disebutkan selama 33 kali dalam 25 menit.13) Setelah selesai, lakukan tarik napas dalam (5 detik), buka mata perlahan, melihat lingkungan sekitar dengan menggerakkan bola mata semampunya, dan perlahan-lahan menggerakkan tubuh yang Bapak/Ibu/Sdr bisa.14) Jika muncul gambaran masa lalu atau suara masa lalu yang tidak nyaman, pasrah saja atau lepaskan dengan ikhlas. Jika ingin menangis, menangislah, biarlah semua perasaan keluar dan biarkan beban terlepas. Bebaskan diri dari segala beban yang mungkin tersimpan di dalam diri. Kuncinya pasrah, pasrah dan pasrah. Ikhlas, ikhlas dan ikhlas.
--	---

