APLIKASI TERAPI MUROTTAL AR-RAHMAN SEBAGAI PENURUN TINGKAT KECEMASAN PADA NY.W DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK)

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Untuk Mencapai

Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D-3 Keperawatan

Disusun Oleh:

Rizqi Nur Anggraheni

NPM: 16.0601.0080

PROGRAM STUDI D-3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI TERAPI MUROTTAL AR-RAHMAN SEBAGAI PENURUN TINGKAT KECEMASAN PADA NY.W DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK)

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing, serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Magelang, 16 Juli 2019

Pembimbing I

Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep
NIK.037606002

Pembimbing II

Ns. Robiul Fitri M, M.Kep
NIK.118306083

Universitas Muhammadiyah Magelang

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama	: Rizqi Nur Anggraheni
NPM	: 16.0601.0080
Program Studi	: Program Studi Keperawatan (D-3)
Judul KTI	: Aplikasi Terapi Murottal Ar-Rahman Sebagai Penurun Tingkat Kecemasan Pada Ny.W dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D-3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI:

Penguji Utama: Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)
NIK. 207608164

Penguji : Ns. Enik Suhariyanti, M.kep (.....)
Pendamping I
NIK. 037606002

Penguji : Ns. Robiul Fitri M, M.Kep (.....)
Pendamping II
NIK. 118306083

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 20 Juli 2019

Mengetahui,
Dekan

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang "Aplikasi Terapi Murottal Ar-Rahman Sebagai Penurun Tingkat Kecemasan Pada Ny.W dengan Penyakit Jantung Koroner" pada waktu yang telah ditentukan. Berkat bantuan dari beberapa pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung, maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta , M.Kep., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep., selaku pembimbing satu dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Ns. Robiul Fitri M, M.Kep., selaku pembimbing dua dalam penyusunan karya tulis imiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan karya tulis ilmiah.
6. Semua Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis.
7. Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah membantu memperlancar proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

8. Kedua orang tua saya, yang selalu memberikan dukungan, doa, motivasi, dan materil serta kasih sayang kepada penulis tanpa mengenal lelah hingga selesai penyusunan karya tulis ilmiah.
9. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, angkatan 2016 yang telah membantu dan memberikan dukungan kritik dan saran, serta semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/saudari yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya.

Magelang, 16 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GAMBAR viii
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah 4
1.3 Pengumpulan Data 5
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah 6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7
2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner 7
2.2 Konsep Kecemasan 24
2.3 Inovasi Terapi Murottal 28
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit Jantung Koroner 31
2.6. *Pathways* Penyakit Jantung Koroner (PJK) 37
BAB 3 LAPORAN KASUS 39
3.1 Pengkajian Keperawatan 39
3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan 43
3.3 Intervensi 44
3.4 Implementasi 46
3.5 Evaluasi 50
BAB 5 PENUTUP 62
5.1 Kesimpulan 62
5.2 Saran 63
DAFTAR PUSTAKA 65

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Kecemasan HARS..... 25

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Ukuran dan Letak Jantung..... 8
Gambar 2.2 Anatomi Jantung 10
Gambar 2.3 Sirkulasi Darah Pulmonal dan Sistemik..... 11
Gambar 2.4 EKG Normal dan ST Depression..... 12
Gambar 2.5 EKG NSTEMI..... 13
Gambar 2.6 EKG Normal dan STEMI..... 13
Gambar 2.7 Pathway PJK 37

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular yang saat ini menjadi perhatian utama di bidang kesehatan, penyakit kardiovaskuler juga telah dinobatkan sebagai penyebab kematian nomor 1 di dunia (Lestari, 2015). Pada tahun 2014 diperkirakan 17,5 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskuler, dimana 7,4 juta kasus disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner dan 6,7 juta diakibatkan oleh stroke (Suhaimi, 2015).

Permasalahan yang terjadi pada penderita Jantung Koroner sangatlah beragam, hal inilah yang memicu penyakit ini berdampak pada kematian. Permasalahan yang sering muncul pada penyakit ini antara lain angina atau nyeri dada hingga punggung yang tidak dapat hilang walaupun sudah digunakan untuk beristirahat, hal ini tentu akan sangat menggangu dan mengakibatkan penderita menjadi sulit tidur. Selain itu, penderita juga akan mengalami rasa cemas yang berlebih (Zuraida, 2017).

Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner akan merasakan ketakutan atau beranggapan bahwa organ tubuh yang paling vital yaitu jantung mulai mengalami gangguan maka kesehatan juga terancam bahkan dapat menimbulkan kematian. Hal ini yang menyebabkan pasien mengalami kecemasan, ketakutan, sampai dengan depresi. Awal mula rasa cemas ini terjadi sebagai akibat dari reaksi hormon yang ada di dalam tubuh, salah satunya adalah hormon adrenalin. Hormon adrenalin ini diproduksi oleh kelenjar adrenal sebagai reaksi awal ketika rasa cemas muncul. Bisa dikatakan hormon ini adalah reaksi pertama secara kimiawi yang muncul dari tekanan (Putri, 2018).

Fungsi adrenalin sebagai reaksi cepat tubuh ketika sebuah tekanan datang mendadak, akan bekerja untuk menstimulasi detak jantung menjadi beberapa kali lebih cepat, memberi rangsangan sistem saraf pusat untuk menjadi tegang sehingga menyebabkan peningkatan kewaspadaan dan fokus. Adrenalin juga bisa menyebabkan aliran darah menjadi lebih kuat dan mendorong ketegangan otot. Hal inilah yang mengakibatkan para pasien dengan Penyakit Jantung Koroner mengekspresikan ketakutan dengan berbagai cara seperti cemas yang berlebihan, mimpi buruk, gelisah, insomnia, dan menyangkal kenyataan yang ada (Lestari, 2015).

Penyakit Jantung Koroner di Indonesia sendiri cukup banyak dan terus meningkat. Pada tahun 2013, angka kejadian Jantung Koroner mencapai 883.447 orang. Prevalensi Penyakit Jantung Koroner di Indonesia tahun 2013 pada usia lebih dari 5 tahun berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter sebesar 0,5% dan yang berdasarkan terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5 %. Prevalensi *Infark Miokard Akut* tertinggi berada di Nusa Tenggara Timur (4,4 %), diikuti Sulawesi Tengah (3,8 %), sedangkan Jawa Tengah mencapai 0,5 % berdasar wawancara terdiagnosis dokter dan 1,4 % diagnosis dokter atau gejala (Riskesdas, 2018).

Jumlah kasus Penyakit Jantung Koroner di Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 9.225 kasus. Dari hasil survei menunjukkan bahwa Penyakit Jantung Koroner merupakan penyebab kematian terbesar, yaitu 23,6%. Studi riskesdas menunjukkan bahwa proporsi kematian dikarenakan PJK sebesar 23% pada jenis kelamin laki-laki, dan sebanyak 15,5% pada wanita. Daerah yang menempati urutan pertama dengan jumlah kasus tertinggi Penyakit Jantung Koroner yaitu Kota Semarang 3.129 kasus, Kabupaten Kebumen 2.085 kasus, Kabupaten Magelang 1.585 kasus, Kota Surakarta 1.322 kasus, dan Kota Magelang 1.104 kasus (Riskesdas, 2018).

Penanganan kecemasan pada penderita Jantung Koroner sangatlah perlu dilakukan, karena rasa cemas akan mengakibatkan kondisi seperti munculnya rasa

panik, takut, gelisah, disertai dengan keluarnya keringat dingin dan kesemutan pada tangan atau kaki. Kondisi ini bisa menyebabkan penderita mengalami sesak napas dan palpitasi jantung atau sensasi yang dirasakan saat jantung berdebar sangat kuat atau tidak beraturan. Palpitasi jantung kadang bisa menimbulkan rasa sakit di dada dan bisa terjadi selama beberapa detik atau beberapa menit. Kondisi inilah yang apabila tidak segera ditangani akan menimbulkan dampak terburuk bagi penderita yaitu suatu serangan jantung yang dapat mengakibatkan kematian mendadak (Suhaimi, 2015).

Kecemasan pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner dapat dibantu salah satunnya dengan tindakan nonfarmakologis. Menurut (Mulyati, 2015), terdapat berbagai jenis tindakan non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan seseorang antara lain terapi distraksi relaksasi (Priharjo, 2017), nafas dalam (Sugiarso, 2015), hipnosis 5 jari (Amalia, 2016), dan terapi menggunakan audio (Siswandari, 2013).

Salah satu terapi non farmakologi yang cukup efektif dan dapat diterapkan pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner yang mengalami kecemasan adalah terapi murottal Al-Qur'an. Terapi ini sangat besar manfaatnya akan tetapi tidak banyak masyarakat yang mau untuk menerapkannya. Hal ini sungguh disayangkan mengingat terapi ini besar manfaatnya selain sebagai sarana mendekatkan diri kepada Allah SWT tetapi juga terbukti efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan (Safitri, 2015).

Terapi murottal Al- Qur'an surah Ar-Rahman sangat efektif dalam menurunkan kecemasan pasien karena stimulan Al- Qur'an surah Ar-Rahman rata-rata didominasi oleh gelombang delta, dimana gelombang ini mengindikasikan bahwa kondisi otak sebenarnnya berada dalam keadaan rileks. Stimulan terapi Al-Qur'an surah Ar-Rahman ini sering memunculkan gelombang delta di daerah frontal dan central baik sebelah kanan maupun kiri otak. Adapun fungsi dari daerah frontal yaitu sebagai pusat intelektual umum dan pengontrol emosi,

sedangkan fungsi dari daerah central yaitu sebagai pusat kontrol gerakan-gerakan yang dilakukan. Sehingga, stimulan Al- Qur'an surah Ar-Rahman dapat memberikan ketenangan, ketentraman, dan kenyamanan (Safitri, 2015).

Terapi murottal memberikan dampak psikologis ke arah positif, karena apa yang didengarkan akan disampaikan ke otak untuk di presepsikan sehingga dengan terapi murottal ini kualitas kesadaran terhadap Tuhan akan meningkat dan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT. Dengan keadaan tersebut, gelombang otak akan berada pada frekuensi 7-14 Hz, dimana keadaan ini merupakan keadaan energy otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress dan menurunkan kecemasan (Nur'aeni, 2017).

Dari permasalahan di atas, maka penulis ingin mengaplikasikan sebuah terapi non farmakologi yaitu terapi murottal sebagai penurun tingkat kecemasan pada pasein dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK), dengan tujuan agar masyarakat mau menerapkan metode ini sehingga dapat menurunkan tingginya angka kecemasan pasien dengan PJK.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan secara optimal dalam menurunkan tingkat kecemasan pada Klien dengan Penyakit Jantung Koroner dengan menggunakan terapi murottal.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu mengidentifikasiakan pengkajian klien dengan Penyakit Jantung Koroner menggunakan pengkajian 13 domain nanda.

1.2.2.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Penyakit jantung koroner.

1.2.2.3 Mampu merumuskan intervensi keperawatan dengan mengaplikasikan terapi murottal pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner.

1.2.2.4 Mampu melakukan implementasi keperawatan dengan terapi murottal pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner.

1.2.2.5 Mampu melakukan evaluasi pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner

1.2.2.6 Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien.

1.3 Pengumpulan Data

Cara yang digunakan oleh penulis berdasarkan (Siswandari, 2013) dalam mengumpulkan data guna penyusunan KTI adalah :

1.3.1 Observasi dan Partisipatif

Penulis dalam mendapatkan data dengan melakukan pengkajian dan observasi secara langsung kepada klien sehingga mendapatkan data yang akurat. Observasi yang dilakukan meliputi melakukan pemeriksaan tekanan darah, observasi kegiatan sehari-hari dan tempat tinggal klien, serta mengobservasi tingkat kecemasan yang dialami klien.

Pengumpulan data secara partisipatif, penulis ikut dalam melakukan pelayanan keperawatan kepada klien guna mendapatkan data yang sesuai dengan kondisi klien, dalam pengumpulan data metode ini bermanfaat sebagai pelengkap data secara faktual.

1.3.2 Interview

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara tanya-jawab dengan klien dan keluarga. Metode ini berguna sebagai penambah data yang akurat dan sesuai dengan kenyataan yang ada terkait kondisi klien.

1.3.3 Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki pada klien. Metode ini berguna sebagai tolak ukur permasalahan yang timbul pada klien dengan cara memeriksa seluruh tubuh klien.

1.3.4 Studi Pustaka

Penulis mencari informasi melalui litelatur/buku-buku serta journal penelitian. Metode ini berguna sebagai penunjang teori yang dapat menguatkan gagasan dalam permasalahan klien.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1. Profesi keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai penamabah pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan penyakit dalam mengenai aplikasi terapi murotal sebagai penurun tingkat kecemasan pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner.

1.4.2. Institusi pendidikan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber informasi dan sumber referensi dalam meningkatkan pengetahuan khususnya dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner yang mengalami kecemasan menggunakan terapi murottal.

1.4.3. Pasien dan keluarga

Asuhan keperawatan yang diberikan untuk klien diharapkan dapat memberi manfaat bagi klien dalam cara penanganan kecemasan menggunakan terapi murottal, serta bagi keluarga klien diharapkan dapat digunakan sebagai penambah wawasan tentang terapi murottal sebagai penurun tingkat kecemasan.

1.4.4. Masyarakat

Hasil karya tulis ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi di masyarakat agar tahu cara mennangani kecemasan yang dialami klien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK) menggunakan terapi murottal.

1.4.5. Penulis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan bagi penulis dalam melakukan penaganan rasa cemasyang dialami klien dengan Penyakit Jantung Koroner menggunakaan terapi murottal.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner

2.1.1 Definisi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung Koroner adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh penyempitan atau bahkan penymbatan arteri koroner yang mengakibatkan aliran darah ke jantung akan berkurang, sehingga menyebabkan kurangnya pasokan oksigen ke otot-otot jantung, dan apabila penyumbatan di arteri koroner menjadi lebih parah, pasien akan merasakan *angina* (nyeri dada) dan *angina* bisa menyebabkan kondisi *infark miokard* yang fatal (Cholid, 2016).

Penyakit Jantung Koroner adalah suatu keadaan dimana terjadi penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh adarah koroner. Penyempitan atau penyumbatan ini dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan rasa nyeri. Kondisi lebih parah kemampuan jantung memompa darah akan hilang, sehingga sistem kontrol irama jantung akan terganggu dan selanjutnya bisa menyebabkan kematian (Yahya, 2017)

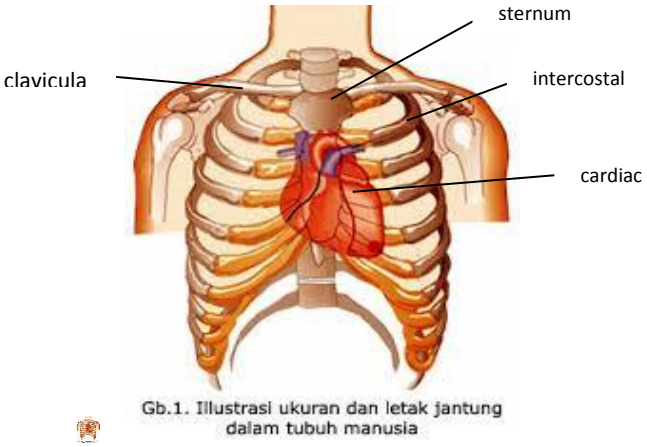
American Heart Asociation (AHA), mendefinisikan Penyakit Jantung Koroner adalah istilah umum untuk penumpukan plak di arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung, penumpukan plak pada arteri koroner ini disebut dengan aterosklerosis (AHA, 2016)

Dari beberapa pengertian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan plak-plak pada arteri koroner sehingga arteri koroner mengalami penyempitan atau bahkan penyumbbatan yang dapat mengakibatkan kurangnya suplai darah ke jantung sehingga menimbulkan efek nyeri dada (*angina*) dan *infark miokardium.*

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Jantung merupakan organ muskular berbentuk kerucut yang berongga. Panjangnya sekitar 10 cm dan berukuran satu kepalan tangan pemiliknya. Berat jantung sekitar 225 g pada wanita dan 310 g pada pria. Jantung berada dalam rongga thoraks di area mediastinum (ruang antara paru). Jantung terletak obliq. Letak jantung lebih condong ke sisi kiri daripada kanan tubuh, dan terdiri atas apeks (bagian atas) dan basal (bagian bawah). Apeks terletak sekitar 9 cm ke kiri garis tengah pada tinggi ruang interkosta ke-5, yakni sedikit di bawah puting susu dan sedikit lebih dekat garis tengah. Basal berada setinggi iga ke-2 (Nurachmach, 2013).

Posisi jantung terletak diantara kedua paru dan berada di tengah-tengah dada, bertumpu pada *diaphragma thoracis* dan berada kira-kira 5 cm di atas *proccesus xiphoideus*. Pada tepi kanan *cranial* berada pada tepi *cranialis pars cartilaginis costa III dextra*, 1 cm dari tepi *lateral sternum*. Pada tepi kanan *caudal* berada pada tepi *cranialis pars cartilaginis costa VI dextra*, 1 cm dari tepi *lateral sternum*. Tepi kiri *cranial* jantung berada pada tepi *caudal pars cartilaginis costa II sinistra* di *tepi lateral sternum*, tepi kiri *caudal* berada pada ruang *intercostalis* 5, kira-kira 9 cm di kiri *linea medioclavicularis* (Ronald, 2017).



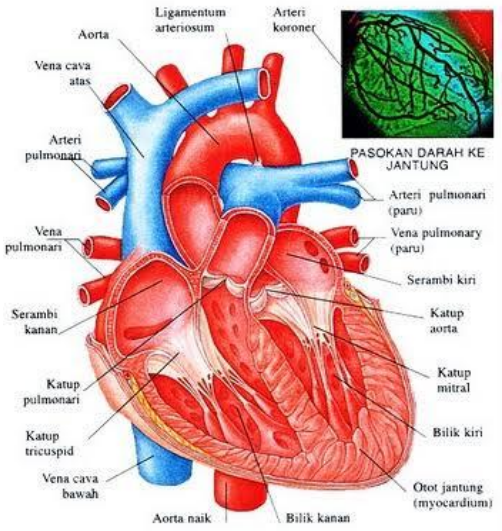
Gambar 2.1 Ukuran dan Letak Jantung

Jantung terdiri atas tiga lapisan jaringan: perikardium, miokardium, dan endokardium. Bagian perikardium memiliki dua sakus (kantong/pembungkus). Sakus terluar terdiri atas jaringan fibrosa sedangkan sakus terdalam terdiri atas lapisan membran serosa ganda. Sakus fibrosa terluar meluas ke *tunika adventisia* dari pembuluh darah besar di atasnnya dan melekat hingga diafragma di bawahnya (Putri, 2018).

Sakus ini tidak elastik dan sifat fibrosa mencegah distensi jantung berlebihan. Lapisan luar membran *serosa*, perikardium *parietal*, melapisi sakus fibrosa. Lapisan dalam, perikardium *visera*, atau epikardium yang berlanjut ke perikardium *parietal*, melekat pada otot jantung. Membran *serosa* dilapisi sel epitel gepeng. Sel ini menyekresi cairan *serosa* ke dalam ruang diantara lapisan *parietal* dan *visera*, yang memungkinkan gerakan halus antar keduannya saat jantung berdetak (Cholid, 2016).

Bagian kedua yang melapisi jantung adalah lapisan miokardium, miokardium terdiri atas otot jantung. Gerakan otot jantung involunter, setiap serat sel memiliki satu inti sel dan satu atau lebih cabang. Miokardium paling tebal pada bagian apeks dan paling tipis pada bagian basal. Hal ini menunjukkan beban kerja tiap bilik berperan dalam memompa darah. Miokardium paling tebal di bagian ventrikel kiri, yang memiliki beban kerja paling besar. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh cincin jaringan fibrosa yang tidak mengonduksi impuls listrik. Akibatnya, saat aktivitas gelombang listrik melalui otot atrium, gelombang ini hanya dapat menyebar ke ventrikel melalui konduksi sistem yang menjembatani cincin fibrosa dari atrium ke ventrikel (Yahya, 2017).

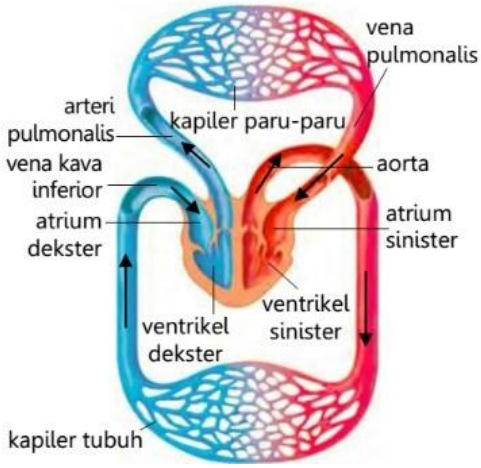
Lapisan terdalam dari jantung adalah endokardium, yang berfungsi melapisi bilik katup jantung. Lapisan ini merupakan membran yang tampak mengkilap, halus, dan tipis yang memungkinkan aliran aliran darah yang lancar ke dalam jantung. Lapisan ini terdiri atas sel eputelium gepeng dan berlanjut ke pembuluh darah yang melapisi endotelium (Zuraida, 2017).



Gambar 2.2 Anatomi Jantung

Jantung diperdarahi oleh darah arteri, yaitu arteri koronaria kanan dan kiri, yang bercabang dari aorta dengan segera ke bagian distal aortik. Arteri koronaria menerima sekitar 5% darah yang dipompa dari jantung. Arteri koronaria terlihat melintasi jantung, pada akhirnya membentuk jaringan kapiler yang luas (Prawesti, 2018).

Sirkulasi darah di tubuh manusia ada 2, yaitu sirkulasi paru dan sirkulasi sistemik. Sirkulasi paru mulai dari ventrikel kanan, ke arteri pulmonalis, arteri besar dan kecil, kapiler, lalu masuk ke paru-paru. Setelah dari paru-paru keluar melalui vena kecil, vena pulmonalis, dan akhirnya kembali ke atrium kiri. Sirkulasi sistemik dimulai dari ventrikel kiri, ke aorta, lalu arteri besar, arteri kecil, *arteriole*, lalu ke seluruh tubuh lalu ke *venule*, vena kecil, vena besar, vena *cava inferior*, vena *cava superior*, dan kembali lagi ke atrium kanan (Ronald, 2017).



Gambar 2.3 Sirkulasi Darah Pulmonal dan Sistemik

2.1.3 Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner

Menurut (Gray, 2013) Penyakit Jantung Koroner diklasifikasikan menjadi 3, yaitu Silent Ischaemia (Asimtotik), Angina Pectoris, dan Infark Miocard Akut (Serangan Jantung). Berikut adalah penjelasan masing-masing klasifikasi PJK:

2.1.3.1 Silent Ischaemia (Asimtotik)

Banyak dari penderita silent ischaemia yang mengalami PJK tetapi tidak merasakan ada sesuatu yang tidak enak atau tanda-tanda suatu penyakit (Gray, 2013).

2.1.3.2 *Angina Pectoris*

Angina pectoris adalah suatu kondisi dimana tubuh akan mengalami nyeri dada di daerah sternum, substernal atau dada sebelah kiri dan kadang-kadang menjalar ke lengan kiri, punggung, rahang, leher, atau ke lengan kanan. Selain itu, nyeri tekan juga terdapat pada daerah epigastrium. Nyeri dada biasannya seperti tertekan benda berat, atau terasa panas, dan kadang-kadang hanya mengeluh rasa tidak enak di dada. Nyeri timbul saat melakukan aktivitas dan reda saat aktivitas dihentikan. Lamannya nyeri dada berlangsung 1-5 menit. Gambaran EKG saat istirahat dan bukan saat serangan, foto rontgen dada sering menunjukkan bentuk jantung yang normal. Perlu dilakukan *exercise test* dan positif bila EKG menunjukkan depresi segmen ST (Yahya, 2017).



Gamabar 2.4 EKG Normal dan ST Depression

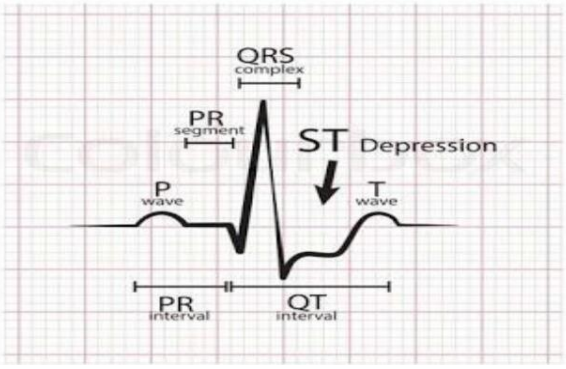
2.1.3.3 *Infark Miocard Akut*

Infark Miocard Akut yaitu jaringan otot jantung yang mati karena kekurangan oksigen dalam darah dalam beberapa waktu. Terdapat keluhan berupa nyeri dada sebelah kiri seperti ditusuk-tusuk atau diiris-iris menjalar ke lengan kiri. Nyeri yang timbul lebih intensif dan lama serta tidak sepenuhnnya hilang walaupun sudah digunakkan untuk beristirahat. Pada sadapan EKG terdapat elevasi segmen ST diikuti dengan perubahan sampai inversi gelombang T, kemudian muncul peningkatan gelombang Q minimal di 2 sadapan. Peningkatan kadar enzim atau isoenzim merupakan indikator spesifik AMI yaitu kreatinin (CPK/CK), SGOT, LDH, dan iso enzim CK-MB yang melebihi 25 IU/L (AHA, 2016).

Infark Miokard Akut diklasifikasikan berdasar EKG 12 sadapan menurut (Ronald, 2017) antara lain:

a.NSTEMI (Non ST-segmen Elevasi Miokard Infark)

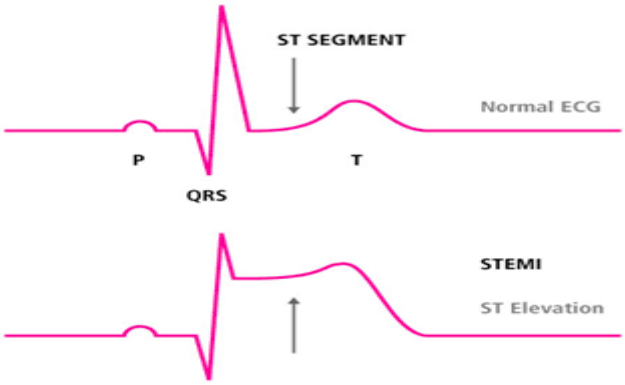
Oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium, yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG.



Gambar 2.5 EKG NSTEMI

b.STEMI (ST-segmen Elevasi Miokard Infark)

Oklusi parsial dari arteri koroner akibat trombus dari plak atherosklerosis, tidak disertai adannya elevasi segmen ST pada EKG.



Gambar 2.6 EKG Normal dan STEMI

2.1.4 Etiologi

Etiologi Penyakit Jantung Koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Nurachmach, 2013).

Penyebab terjadinya Penyakit Jantung Koroner menurut (Yahya, 2017) pada prinsipnya disebabkan oleh dua faktor:

2.1.4.1 Aterosklerosis

Aterosklerosis pembuluh koroner merupakan penyebab penyakit arteri koronaria yang paling sering ditemukan. Aterosklerosis menyebabkan penimbunan lipid dan jaringan fibrosa dalam arteri koronaria, sehingga secara progresif mempersempit lumen pembuluh darah. Bila lumen menyempit maka resistensi terhadap aliran darah akan meningkat dan membahayakan aliran darah miokardium (Yahya, 2017).

2.1.4.2 Trombosis

Endapan lemak dan pengerasan pembuluh darah terganggu dan lama kelamaan berakibat robek dinding pembuluh darah. Pada mulannya, gumpalan darah merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mencegah perdarahan berlanjut pada saat terjadinnya luka. Berkumpulnya gumpalan darah di bagian yang robek tersebut yang kemudian bersatu dengan keping-keping darah menjadi trombus. Trombosis ini menyebabkan sumbatan di dalam pembuluh darah jantung dan dapat menyebabkan serangan jantung mendadak (Yahya, 2017).

Menurut (Cholid, 2016) beberapa faktor risiko darai Penyakit Jantung Koroner antara lain:

2.1.4.1 Jenis kelamin

Penelitian menunjukkan bahwa pria yang berusia di bawah 50 tahun memiliki risiko kematian yang lebih besar akibat PJK, 3 hingga 5 kali lebih tinggi daripada wanita pada usia yang sama. Namun, bagi para wanita yang berusia di atas 50 tahun atau telah mengalami menopause, perbedaan faktor jenis kelamin ini tidak terlalu berpengaruh (Amalia, 2016).

2.1.4.2 Keturunan

Orang-orang yang memiliki keturunan mengalami penyakit jantung atau stroke memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi untuk mengidap Penyakit Jantung Koroner (Priharjo, 2017).

2.1.4.3 Faktor sosial

Lingkungan tempat tinggal dengan tingkat kepadatan tinggi, gaya hidup yang sangat sibuk dan penuh dengan tekanan akan meningkatkan beban kerja jantung (Mulyati, 2015).

2.1.4.4 Kadar lipid darah yang tinggi

Hal ini meningkatkan risiko penumpukan kolesterol, menyebabkan aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah) yang mempersemipt pembuluh darah atau bahkan menyebabkan trombosis/ gumpalan darah dalam arteri atau vena (Nurachmach, 2013)

2.1.4.5 Hipertensi

Hal ini menyebabkan pengerasan dan penebalan dinding pembuluh darah, dan penyempitan pembuluh akan memperlambat aliran darah (Yahya, 2017).

2.1.4.6 Diabetus Mellitus

Peningkatan kadar gula darah akan meningkatkan risiko kerusakan atau pengerasan pembuluh darah (Cholid, 2016).

2.1.4.7 Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan hormon, yang menyebabkan jantung berdetak lebih cepat dan menyempitkan pembuluh darah. Menghirup karbon monoksida bisa menurunkan kandungan oksigen pada otot jantung. Karbon monoksida dan nikotin juga bisa meningkaatkan viskositas trombosit dan kemungkinan pembentukan plak, yang pada akhirnya bisa merusak dinding dalam pembuluh darah dan meningkatkan risiko pengerasan arteri (Safitri, 2015).

2.1.4.9 Stres

Stres membuat jantung berdetak lebih cepat, membuat otot jantung lebih tegang dan meningkatkan tekanan darah yang bisa menyebabkan Penyakit Jantung Koroner (Prawesti, 2018).

2.1.5 Gejala Klinis

Menurut (Mulyati, 2015) beberapa tanda dan gejala dari Penyakit Jantung Koroner antara lain:

2.1.5.2 Nyeri dada

Pasien dengan penyakit jantung koroner sering mengalami rasa nyeri di dada setelah melakukan olahraga berat atau berada dalam tekanan emosional. Mereka akan merasa sesak di dada, seakan-akan sedang tertekan oleh sebuah batu besar. Rasa sakit bisa menjalar ke lengan, bahu, leher, dan rahang bagian bawah, serta akan reda setelah pasien beristirahat selama beberapa menit (Zuraida, 2017).

2.1.5.3 Sesak napas

Karena otot jantung tidak bisa mendapatkan pasokan darah dalam jumlah yang cukup, pasien bisa merasa sesak napas dan kelelahan setelah melakukan aktivitas fisik (Suhaimi, 2015).

2.1.5.4 Infark miokard

Ketika pasien mengalami serangan jantung, nyeri dada akan terasa lebih parah dan dengan intensitas yang lebih lama. Nyeri dada bisa terus berlanjut, walaupun pasien telah beristirahat atau mengonsumsi obat-obatan. Kemungkinan gejala lainnya termasuk jantung berdebar, pusing, berkeringat, mual, dan kelelahan yang ekstrim. Perawatan darurat segera diperlukan dalam kasus ini (Mulyati, 2015).

Sedangkan menurut (Nurachmach, 2013) tanda dan gejala dari Penyakit Jantung Koroner antara lain:

a. Sakit di bagian dada, lengan, pundak, leher, rahang dan juga bagian punggung
b. Sesak nafas
c. Mual, muntah, anoreksia
d. Cepat lelah
e. Dada berdebar cepat, berkeringat dingin

2.1.6 Patofisiologi

Awal mula terjadi Penyakit Jantung Koroner adalah aterosklerosis atau pengerasan arteri, yang merupakan suatu kondisi pada arteri besar dan kecil yang ditandai dengan penimbunan endapan lemak, trombosit, neutrofil, monosit dan makrofag di seluruh kedalaman tunika intima (lapisan sel endotel), dan akhirnya ke tunika media (lapisan otot polos). Arteri yang paling sering terkena adalah arteri koroner, aorta dan arteri-arteri sereberal (Yahya, 2017).

Pembentukan aterosklerosis dimulai dengan disfungsi lapisan endotel lumen arteri, kondisi ini dapat terjadi setelah cedera pada sel endotel atau dari stimulus lain, cedera pada sel endotel meningkatkan permeabelitas terhadap berbagai komponen plasma, termasuk asam lemak dan triglesirida, sehingga zat ini dapat masuk kedalam arteri, oksidasi asam lemak menghasilkan oksigen radikal bebas yang selanjutnya dapat merusak pembuluh darah (Fallis, 2013).

Cedera pada sel endotel dapat mencetuskan reaksi inflamasi dan imun, termasuk menarik sel darah putih, terutama neutrofil dan monosit, serta trombosit ke area cedera, sel darah putih melepaskan sitokin proinflamatori poten yang kemudian memperburuk situasi, menarik lebih banyak sel darah putih dan trombosit ke area lesi. Hal ini akan menyebabkan stimulasi proses pembekuan, mengaktifitas sel T dan B, dan melepaskan senyawa kimia yang berperan sebagai chemoattractant (penarik kimia) yang mengaktifkan siklus inflamasi, pembekuan, dan fibrosis (Zuraida, 2017).

Pada saat ditarik ke area cidera, sel darah putih akan menempel disana oleh aktivasi faktor adhesif endotelial yang bekerja seperti velcro, sehingga endotel lengket terutama terhadap sel darah putih. Pada saat menempel di lapisan endotelial, momosit, dan neutrofil mulai bermigrasi di antara sel-sel endotel ke ruang interstisial. Di ruang interstisial, monosit yang matang menjadi makrofag dan bersama netrofil tetap melepaskan sitokin, yang meneruskan inflamasi (Putri, 2018).

Selain itu, kolesterol dan lemak plasma mendapat akses ke tunika intima karena permeabilitas lapisan endotel meningkat, pada tahap indikasi dini kerusakan teradapat lapisan lemak diarteri. Apabila cedera dan inflamasi terus berlanjut, agregasi trombosit meningkat dan mulai terbentuk bekuan darah (tombus), sebagian dinding pembuluh diganti dengan jaringan parut sehingga mengubah struktur dinding pembuluh darah, hasil akhir adalah penimbunan kolesterol dan lemak, pembentukan deposit jaringan parut, pembentukan bekuan yang berasal

dari trombosit dan proliferasi sel otot polos sehingga pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit (Nurachmach, 2013).

Apabila kekakuan ini dialami oleh arteri-arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen, dan kemudian terjadi iskemia (kekurangan suplai darah) miokardium dan sel-sel miokardium sehingga menggunakan glikolisis anerob untuk memenuhi kebutuhan energinya. Proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehinga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri yang berkaitan dengan angina pectoris. Ketika kekurangan oksigen pada jantung dan sel-sel otot jantung berkepanjangan dan iskemia miokard yang tidak tertasi maka terjadilah kematian otot jantung yang di kenal sebagai *miokard infark* (Prawesti, 2018).

2.1.7 Komplikasi

Menurut, (Karikaturijo, 2014) Adapun komplikasi PJK antara lain:

a. Disfungsi ventricular
b. Aritmia pasca STEMI
c. Gangguan hemodinamik
d. Ekstrasistol ventrikel Sindroma Koroner Akut Elevasi ST Tanpa Elevasi ST Infark miokard Angina tak stabil
e. Takikardi dan fibrilasi atrium dan ventrikel
f. Syok kardiogenik
g. Gagal jantung kongestif

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Fallis, 2013) untuk mendiagnosa PJK secara lebih tepat maka dilakukan pemeriksaan penunjang diantaranya:

2.1.8.1 EKG

Pemeriksaan EKG dapat memberi bantuan untuk diagnosis dan prognosis, rekaman yang dilakukan saat sedang nyeri dada sangat bermanfaat. Serial EKG

harus dibuat jika ditemukan adanya perubahan segmen ST, namun EKG yang normal pun tidak menyingkirkan diagnosis APTS/NSTEMI. Pemeriksaaan EKG 12 sadapan pada pasien SKA dapat mengambarkan kelainan yang terjadi dan ini dilakukan secara serial untuk evaluasi lebih lanjut (Fallis, 2013).

2.1.8.2 Chest X-Ray (foto dada)

Thorax foto mungkin normal atau adanya kardiomegali, CHF (gagal jantung kongestif) atau aneurisma ventrikiler (Suhaimi, 2015).

2.1.8.3 Latihan tes stres jantung (treadmill)

Treadmill merupakan pemeriksaan penunjang yang standar dan banyak digunakan untuk mendiagnosa PJK, ketika melakukan treadmill detak jantung, irama jantung, dan tekanan darah terus-menerus dipantau, jika arteri koroner mengalami penyumbatan pada saat melakukan latihan maka ditemukan segmen depresi ST pada hasil rekaman (Wardani, 2015).

2.1.8.4 Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk menghasilkan gambar jantung, selama ekokardiogram dapat ditentukan apakah semua bagian dari dinding jantung berkontribusi normal dalam aktivitas memompa. Bagian yang bergerak lemah mungkin telah rusak selama serangan jantung atau menerima terlalu sedikit oksigen, ini mungkin menunjukkan penyakit arteri koroner (Nurachmach, 2013).

2.1.8.5 Kateterisasi jantung atau angiografi

Angiografi adalah suatu tindakan invasif minimal dengan memasukkan kateter (selang/pipa plastik) melalui pembuluh darah ke pembuluh darah koroner yang memperdarahi jantung, prosedur ini disebut kateterisasi jantung. Penyuntikkan cairan khusus ke dalam arteri atau intravena ini dikenal sebagai angiogram, tujuan dari tindakan kateterisasi ini adalah untuk mendiagnosa dan sekaligus sebagai tindakan terapi bila ditemukan adanya suatu kelainan (Fallis, 2013).

2.1.8.6 CT scan (*Computerized tomography Coronary angiogram*)

Computerized tomography Coronary angiogram/CT Angiografi Koroner adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk membantu memvisualisasikan arteri koroner dan suatu zat pewarna kontras disuntikkan melalui intravena selama

CT scan, sehingga dapat menghasilkan gambar arteri jantung, ini juga disebut sebagai *ultrafast* CT scan yang berguna untuk mendeteksi kalsium dalam deposito lemak yang mempersempit arteri koroner. Jika sejumlah besar kalsium ditemukan, maka memungkinkan terjadinya PJK (Safitri, 2015).

2.1.8.7 *Magnetic Resonance Angiography* (MRA)

Prosedur ini menggunakan teknologi MRI, sering dikombinasikan dengan penyuntikan zat pewarna kontras, yang berguna untuk mendiagnosa adanya penyempitan atau penyumbatan, meskipun pemeriksaan ini tidak sejelas pemeriksaan kateterisasi jantung (Wardani, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam menangani Penyakit Jantung Koroner dibagi menjadi dua cara yaitu secara medis dan non medis (Safitri, 2017).

2.1.9.1 Menurut (AHA, 2016) pedoman tatalaksana pasien dengan Penyakit Jantung Koroner secara medis, obat yang disarankan untuk PJK antara lain:

2.1.9.1.1 Golongan Nitrat

Mekanisme kerja golongan nitrat vasodilatasi, menurunkan pengisian diastolik, menurunkan tekanan intrakardiak dan meningkatkan perfusi subendokardium. Nitrat kerja pendek penggunaan sublingual untuk profilaksis, nitrat kerja panjang penggunaan oral atau transdermal untuk menjaga periode bebas nitrat. Nitrat kerja jangka pendek diberikan pada setiap pasien untuk digunakan bila terdapat nyeri dada. Dosis nitrat diberikan 5 mg sublingual dapat diulang tiga kali sehari.

2.1.9.1.2 Golongan penyekat β (beta bloker)

Terdapat bukti-bukti bahwa pemberian beta bloker pada pasien angina yang sebelumnya pernah mengalami infark miokard, atau gagal jantung memiliki keuntungan dalam prognosis. Berdasarkan data tersebut beta bloker merupakan obat lini pertama terapi angina pada pasien tanpa kontraindikasi. Beta bloker dapat menimbulkan efek samping berupa gangguan pencernaan, mimpi buruk, rasa capek, depresi, reaksi alergi blok AV, dan bronkospasme. Beta bloker dapat memperburuk toleransi glukosa pada pasien diabetes juga mengganggu respon metabolik dan autonomik terhadap hipoglikemik. Dosis beta bloker sangat

bervariasi untuk propanolol 120-480/hari atau 3x sehari 10-40mg dan untuk bisoprolol 1x sehari 10-40 mg.

2.1.9.1.3 Golongan Antagonis Kalsium

Mekanisme kerja antagonis kalsium sebagai vasodilatasi koroner dan sistemik dengan inhibisi masuknya kalsium melalui kanal tipe-L. Verapamil dan diltiazem juga menurunkan kontraktilitas miokardium, frekuensi jantung dan konduksi nodus AV. Antagonis kalsium dyhidropyridin (missal: nifedippin, amlodipin, dan felodipin) lebih selektif pada pembuluh darah. Pemberian nifedipin konvensional menaikkan risiko infark jantung atau angina berulang 16%, penjelasan mengapa penggunaan monoterapi nifedipin dapat menaikkan mortalitas karena obat ini menyebabkan takikardi refleks dan menaikkan kebutuhan oksigen miokard. Dosis untuk antagonis kalsium adalah nifedipin dosis 3x5-10mg, diltiazem dosis 3x30-60mg dan verapamil dosis 3x 40-80 mg.

2.1.9.1.4 Obat Antiplatelet

Terapi antiplatelet diberikan untuk mencegah trombosis koroner oleh karena keuntungannya lebih besar dibanding resikonya. Aspirin dosis rendah (75-150mg) merupakan obat pilihan kebanyakan kasus. Clopidogrel mungkin dapat dipertimbangkan sebagai alternatif pada pasien yang alergi aspirin. Pada pasien riwayat perdarahan gastrointestinal aspirin dikombinasi dengan inhibisi pompa proton lebih baik dibanding dengan clopidogrel. Untuk Clopidogrel dengan dosis 75 mg satu kali sehari.

Aspirin bekerja dengan cara menekan pembentukan tromboksan A2 dengan cara menghambat siklooksigenase dalam platelet (trombosit) melalui asetilasi yang ireversibel. Kejadian ini menghambat agregasi trombosit melalui jalur tersebut. Sebagian dari keuntungan dapat terjadi karena kemampuan anti inflamasinya dapat mengurangi ruptur plak.

2.1.9.1.5 Penghambat Enzim Konversi Angiotensin (ACE-I)

ACE-I merupakan obat yang telah dikenal luas sebagai obat antihipertensi, gagal jantung, dan disfungsi ventrikel kiri. Sebagai tambahan, pada dua penelitian besar *randomized controlled* ramipril dan perindopril penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular pada pasien penyakit jantung koroner stabil tanpa

disertai gagal jantung. ACE-I merupakan indikasi pada pasien angina pectoris stabil disertai penyakit penyerta seperti hipertensi, DM, gagal jantung, disfungsi ventrikel kiri asimtomatik, dan pasca infark miokard.

Pada pasien angina tanpa disertai penyakit penyerta pemberian ACE-I perlu diperhitungkan keuntungan dan resikonya. Dosis untuk penggunaan obat golongan ACE-I untuk captopril 6,25-12,5 mg tigakali sehari. Untuk ramipril dosis awal 2,5 mg dua kali sehari dosis lanjutan 5 mg duakali sehari, lisinopril dosis 2,5-10 mg satu kali sehari.

2.1.9.1.6 Antagonis Reseptor Bloker

Mekanisme dengan mencegah efek angiotensin II, senyawa-senyawa ini merelaksasikan otot polos sehingga mendorong vasodilatasi, meningkatkan eksresi garam dan air di ginjal, menurunkan volume plasma, dan mengurangi hipertrofi sel. Antagonis reseptor angiotensin II secara teoritis juga mengatasi beberapa kelemahan ACEI. Antagonis reseptor bloker diberikan bila pasien intoleran dengan ACE-I. Dosis untuk valsartan 40 mg dua kali sehari dosis lanjutan 80-160mg, maximum dosis 320 mg.

2.1.9.1.7 Anti Kolesterol

Statin menurunkan resiko komplikasi atherosklerosis sebesar 30% pada pasien angina stabil. Beberapa penelitian juga menunjukkan manfaat statin pada berbagai kadar kolesterol sebelum terapi, bahkan pada pasien dengan kadar kolesterol normal. Terapi statin harus slalu dipertimbangkan pada pasien jantung koroner stabil dan angina stabil. Target dosis terapi statin untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler sebaiknya berdasarkan penelitian klinis yang telah dilakukan dosis statin yang direkomendasi adalah simvastatin 40 mg/hr, pravastatin 40 mg/hr, dan atorvastin 10 mg/hr. Bila dengan dosis diatas kadar kolesterol total dan LDL tidak mencapai target, maka dosis dapat ditingkatkan sesuai toleransi pasien sampai mencapai target.

2.1.9.2 Menurut (Zuraida, 2017) dalam melakukan tatalaksana PJK secara non medis, terdapat beberapa terapi non farmakologi yang tergolong ke dalam terapi komplementer dan dapat diterapkan antara lain:

2.1.9.2.1 Terapi relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Priharjo, 2017).

2.1.9.2.2 Terapi stimulasi dan *massage*

Terapi *massage* adalah tindakan manipulasi otot-otot dan jaringan dari tubuh dengan cara menekan, menggosok, getaran/vibrasi dan menggunakan tangan, jari tangan atau alat-alat manual/elektrik untuk memperbaiki kondisi kesehatan (Nurgi, 2017).

2.1.9.2.3 Terapi imajinasi terbimbing

Terapi imajinasi terbimbing adalah sebuah terapi relaksasi yang bertujuan mengurangi stress dan meningkatkan perasaan tenang dan damai serta merupakan obat penenang untuk situasi yang sulit dalam kehidupan. Imajinasi terbimbing atau imajinasi mental merupakan suatu terapi untuk menguji kekuatan pikiran saat sadar maupun tidak sadar untuk menciptakan bayangan gambar yang membawa ketenangan dan keheningan (Amalia, 2016).

2.1.9.2.4 Terapi hypnosis

Terapi hypnosis merupakan salah satu terapi sugesti yang dipergunakan untuk mengatasi masalah pikiran, perasaan, dan perilaku sebagai sarana penyembuhan gangguan psikologis maupun fisik/ psikomatis.

2.1.9.2.5 Terapi Murottal Al-Qur’an

Terapi murottal adalah terapi dengan menggunakan rekaman suara Al-Qur’an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-Qur’an). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-Qur’an yang dilagukan oleh seorang

qori (pembaca Al-Qur'an), direkam, dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Mulyati, 2015).

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Sugiarso, 2015). Menurut (Herdman, 2017) kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adannya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.

2.2.2 Tingkat Kecemasan

Menurut (Stuart, 2007) dalam (Dewi, 2017) tingkat kecemasan sebagai berikut :

2.2.2.1 Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan seharihari. Kekecewaan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas (Sugiarso, 2015).

2.2.2.2 Kecemasan sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu dengan demikian individu tidak mengalami perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (Amalia, 2016).

2.2.2.3 Kecemasan berat

Sangat mempengaruhi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada suatu yang rinci dan spesifik serta tidakberfikir pada hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (Nurgi, 2017).

2.2.2.4 Tingkat panik

Ketakutan yang berhubungan dengan terperangah, takut, dan teror. Hal yang rinci terhadap proposinya karena mengalami hilang kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan (Priharjo, 2017)

2.2.3 Skala Tingkat Kecemasan

Pengukuran tingkat kecemasan menurut (Prawesti, 2018) adalah menggunakan skala tingkat kecemasan HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yaitu:

Skor : 0 = tidak ada.

1 = ringan.

2 = sedang.

3 = berat.

4 = berat sekali.

Total Skor : kurang dari 14 = tidak ada kecemasan.

14 – 20 = kecemasan ringan.

21 – 27 = kecemasan sedang.

28 – 41 = kecemasan berat.

42 – 56 = kecemasan berat sekali.

Tabel 2.1 Skala Kecemasan HARS

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1.	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2.	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3.	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar					

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4.	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5.	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6.	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					
7.	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil					
8.	Gejala Somatik (Sensorik) - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk					
9.	Gejala Kardiovaskuler - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)					
10.	Gejala Respiratori - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada					

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak					
11.	Gejala Gastrointestinal - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)					
12.	Gejala Urogenital - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecocks - Ereksi Hilang - Impotensi					
13.	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri					
14.	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat - Muka Merah					

Skor Total :

2.3 Inovasi Terapi Murottal

2.3.1 Definisi Terapi Murottal

Murottal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-Qur'an). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-Qur'an), direkam, dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Mulyati, 2015).

Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positf bagi pendengarnnya, mendengarkan ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dibacakan secara tartil dan benar, akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunnan ayat-ayat Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur-unsur manusia yang merupakan instrumen penyembuhan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon penyebab stres, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh, sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Nur'aeni, 2017).

2.4.2 Manfaat terapi murottal

Menurut (Safitri, 2015) lantunan ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dibacakan dengan tartil mempunyai beberapa manfaat, antara lain:

a. Memberikan rasa rileks
b. Dapat menyebabkan otak memancarkan gelombang theta yang menimbulkan rasa tenang
c. Memberikan perubahan fisiologis
d. Obat nomer satu dalam menyembuhkan kecemasan

Menurut (Nur'aeni, 2017) terapi murottal Al-Qur'an memiliki beragam manfaat diantarannya:

2.4.2.1 Terapi murottal Al-Qur'an sangat efektif dalam menurunkan kecemasan pasien karena stimulan Al-Qur'an rata-rata didominasi oleh gelombang delta, dimana gelombang delta ini mengindikasikan bahwa kondisi otak sebenarnya berada dalam keadaan yang sangat rileks. Stimulan terapi Al-Qur'an ini sering memunculkan gelombang delta di daerah frontal dan central baik sebelah kanan maupun kiri otak. Adapun fungsi daerah ini yaitu pusat intelektual umum dan

pengontrol emosi, sedangkan fungsi dari daerah central yaitu sebagai pusat kontrol gerakan-gerakan sehingga stimulan Al-Qur'an dapat memberikan ketenangan, ketentraman, dan kenyamanan (Nur'aeni, 2017).

2.4.2.2 Terapi murottal memberikan dampak psikologis ke arah positif, karena apa yang didengarkan akan disampaikan ke otak untuk dipresepsikan sehingga dengan terapi murottal ini kualitas kesadaran terhadap Tuhan akan meningkat dan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dengan keadaan tersebut menurut (Mulyati, 2015) gelombang otak akan berada pada frekuensi 7-14 Hz, dimana keadaan ini merupakan keadaan energy otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stres serta menurunkan kecemasan (Nur'aeni, 2017).

2.2.3 Cara memberikan terapi murottal

Prosedur dalam memberikan terapi murottal dengan metode mendengarkan rekaman suara murottal Al-Qur'an untuk mengurangi tingkat kecemasan pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK) menurut (Nur'aeni, 2017) adalah sebagai berikut:

2.2.3.1 Persiapan pasien

Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan.

2.2.3.2 Persiapan alat dan bahan

a. Earphone/headset.
b. MP3/handphone berisikan murottal surah Ar-Rahman.

3.2.3.3 Persiapan perawat

a. Menyiapkan alat dan mendekatkan ke arah klien.
b. Mencuci tangan.

2.2.3.4 Persiapan lingkungan.

a. Menutup sampiran.
b. Memastikan privasi klien terjaga.

2.2.3.5 Prosedur kerja menurut (Nur'aeni, 2017) antara lain:

a. Fase Orientasi

1. Memberikan salam/menyapa klien.
2. Memperkenalkan diri.
3. Menjelaskan tujuan prosedur.
4. Menjelaskan langkah prosedur.
5. Menanyakan kesiapan klien.

b. Fase Kerja

1. Membaca basmallah.
2. Mencuci tangan sebelum tindakan.
3. Memberikan kenyamanan pada klien.
4. Meletakkan headset di telinga kiri dan kanan klien.
5. Menganjurkan klien untuk mendengarkan murottal Al-Qur'an selama kurang lebih 15 menit atau 3 kali pemutaran surah Ar-Rahman sebanyak 1 kali sehari dan dilakukan selama 3 hari terapi.
6. Melepaskan headset dari telinga klien.
7. Membaca hamdallah.
8. Membereskan alat-alat yang digunakkan.
9. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan.

c. Fase Terminasi

1. Melakukan evaluasi tindakan.
2. Menyampaikan rencana tindak lanjut.
3. Mendoakan klien.
4. Berpamitan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit Jantung Koroner

2.4.1 Pengkajian pada penderita PJK menurut (Yahya, 2017) berdasarkan Pengkajian 13 Domain NANDA (Herdman, 2017) antara lain:

2.4.1.1 *Nutrition*

Pada pengkajian nutrisi, sebagian pasien dengan Penyakit Jantung Koroner akan mengalami anoreksia, mual, serta muntah terkadang juga disertai dengan penurunan berat badan (Yahya, 2017).

2.4.1.2 *Elimination*

Pengkajian yang dilakukan pada sistem gastrointestinal meliputi auskultasi bising usus, palpasi abdomen apakah ada nyeri ataupun distensi (Safitri, 2015).

2.4.1.3 *Activity Rest*

Hal ini perlu dilakukan pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner untuk menilai kemampuan dan toleransi klien dalam melakukan aktivitas. Klien dengan PJK biasannya mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu klien dengan PJK juga memiliki kemungkinan besar mengalami insomnia karena nyeri dada yang dialminnya. Penderita juga akan mengalami gangguan pada sistem kardiovaskuler/pulmonal, sehingga sangat perlu dilakukan pemeriksaan fisik thoraks (pari-paru dan jantung) dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Nurachmach, 2013).

2.4.1.4 *Preception/Cognicy*

Pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner akan merasakan sebuah ketakutan, rasa cemas, menyangkal, marah, ketergantungan, depresi, serta penerimaan realistis (Yahya, 2017).

2.4.1.5 *Self Preception*

Penderita akan cenderung mengeluh stres karena penyakit menahun yang dialmainnya, serta dikarenakan PJK merupakan penyakit yang dapat sewaktu-waktu menyebabkan kematian bagi penderitanya. Klien akan tampak pucat, berkeringat, akral teraba dingin, serta jantung berdebar cepat (Prawesti, 2018).

2.4.1.6 *Coping/ Stres Tolerance*

Penderita PJK sering mengalami kecemasan/ketakutan akan kematian, kepedihan yang kronis, serta stres berlebihan,hal ini didasari oleh ketidakefektifan koping

yang dialami penderita, dan sulit menerima penyakit yang dideritannya (Yahya, 2017).

2.4.1.7 *Savety/Protection*

Penderita PJK juga memiliki kemungkinan tinggi untuk mengalami cidera apabila penderita tidak memiliki keyakinan yang kuat akan agama hal ini dapat membuat penderita beresiko juga melakukan bunuh diri. Serta karena nyeri yang dialaminnya, penderita sangat rentan terhadap kenaikan ataupun penurunan suhu tubuhnya (Priharjo, 2017).

2.4.1.8 Comfort

Penderita PJK biasannya akan mengeluhkan rasa nyeri yang hebat pada area dada terutama dada kiri menjalar hingga punggung, dan rasa nyerinya tidak dapat hilang meskipun sudah digunakan untuk beristirahat, sehingga membuat penderita merasa tidak nyaman (Mulyati, 2015).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Prawesti, 2018) masalah yang akan ditimbulkan pada klien dengan Penyakit Jantung Koroner menurut Diagnosis Keperawatan NANDA antara lain:

2.4.2.1 Nyeri akut berhubungaan dengan agen cidera biologis: iskemia.

2.4.2.2 Ansietas berhubungan dengan status kesehatan.

2.4.2.3 Risiko penurunan perfusi jaringan jantung.

2.4.2.4 Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

2.4.2.5 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan.

2.5.3 Intervensi

Menurut (Yahya, 2017) berbagai rencana keperawatan/intervensi yang dapat dilakukan untuk masalah Penyakit Jantung Koroner berdasarkan NIC (Moorhead, 2016) dan NOC (Bulechek, 2016) daiantarannya sebagai berikut:

2.5.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: iskemia

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan masalah nyeri akut klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

NOC: Kontrol Nyeri (1605)

a. Klien melaporkan nyeri berkurang.

b. Klien dapat mengenal lamanya (onset) nyeri.

c. Klien dapat menggambarkan faktor penyebab nyeri.

d. Klien dapat menggunakan teknik non farmakologi.

e. Klien menggunakan analgesik sesuai instruksi.

Intervensi: Manajemen Nyeri (6071)

a.Lakukan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik , durasi, ferekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan faktor presipitasi.

b.Observasi adanya rekasi nonverbal mengenai ketidaknyamanan.

c.Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien (suhu, cahaya, dan suara)

d.Ajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologi (distraksi,relaksasi,nafas dalam, murottal)

e.Kolaborasi dalam pemberian analgesik

2.5.3.2 Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan masalah ansietas klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

NOC: Tingkat kecemasan (1211)

a.Klien melaporkan tidak merasa gelisah.

b.Klien melaporkan tidak memiliki rasa marah berlebihan.

c.Klien melaporkan rasa cemas berkurang.

d.Klien melaporkan tidak mengalami gangguan tidur.

e.Klien melaporkan bisa beristirahat.

Intervensi: Pengurangan Kecemasan (5820)

a.Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

b.Jelaskan semua prosedur termasuk sensasi yang akan dirasakan yang mungkin akan dialami selama prosedur.

c.Observasi tanda verbal dan nonverbal kecemasan.

d.Dorong verbalisasi perasaan, presepsi, dan ketakutan.

e.Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.

g.Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan, dan prognosis.

h.Kolaborasi dalam penggunaan terapi farmakologi dan nonfarmakologi secara tepat.

2.5.3.3 Risiko penurunan perfusi jaringan jantung

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan masalah risiko penurunan perfusi jaringan jantung klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

NOC: Ketidakefektifan Pompa Jantung (0400)

a.Klien melaporkan angina/nyeri dada berkurang.

b.Klien melaporkan tidak mual.

c.Klien melaporkan rasa lelah berkurang.

d.Klien tidak pucat.

e.Klien tidak sianosis.

f.Tekanan darah sistol dan diastol dalam kisaran normal.

Intervensi: Perawatan Jantung (4040)

a.Secara rutin cek pasien baik secara fisik maupun psikologis.

b.Pastikan tingkat aktivitas klien yang tidak membahayakan curah jantung dan memprovokasi serangan jantung.

c.Instruksikan pasien tentang pentingnya melaporkan bila merasa nyeri dada,

d.Monitor EKG apakah ada perubahan segmen ST.

e.Monitor tanda-tanda vital secara rutin.

d.Monitor ststus pernafasan terkait gagal jantung.

e.Instruksikan pasien dan keluarga mengenai terapi modalitas batasan aktivitas dan kemajuan.
f.Kolaborasi dengan ahli spesialis jantung dalam pemenuhan perawatan jantung.

2.5.3.4 Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
Tujuan dan kriteria hasil
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan masalah intoleran aktivitas klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:
NOC: Toleransi Terhadap Aktivitas (0005)
a.Klien melaporkan mudah dalam bernapas ketika beraktifitas.
b.Frekuensi pernafaasan ketika beraktivitas dalam rentang normal.
c.Klien melaporkan dapat melakukan aktivitas hidup harian.
d.Tekanan darah sistol dan diastol dalam rentang normal.
Intervensi: Manajemen Energi (0180)
a.Kaji status fisiologis yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia.
b.Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.
c.Anjurkan klien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.
d.Tentukan presepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan.
e.Ajarakan pasien mengenai pengelolaan kegiatan dan teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan.
f.Kolaborasi dengan tim kesehatan lain jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

2.5.3.5 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.
Tujuan dan kriteria hasil
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan masalah defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:
NOC: Pengetahuan: Manajemen Penyakit Arteri Koroner (1849)

a.Klien menyebutkan jenis-jenis nyeri yang berkaitan dengan penyakit.

b.Klien memahami tanda dan gejala memburuknya penyakit.

c.Klien mengetahui efek samping obat.

d.Klien memahami manfaat diet rendah kolesterol dan rendah lemak.

e.Klien memahami efek kesehatan yang merugikan akibat stres pada penyakit arteri koroner.

f.Klien melaporkan tahu kapan untuk mendapatkan bantuan dari seorang profesional kesehatan.

Intervensi: Pengajaran: Proses Penyakit (5602)

a.Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.

b.Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi, sesuai kebutuhan.

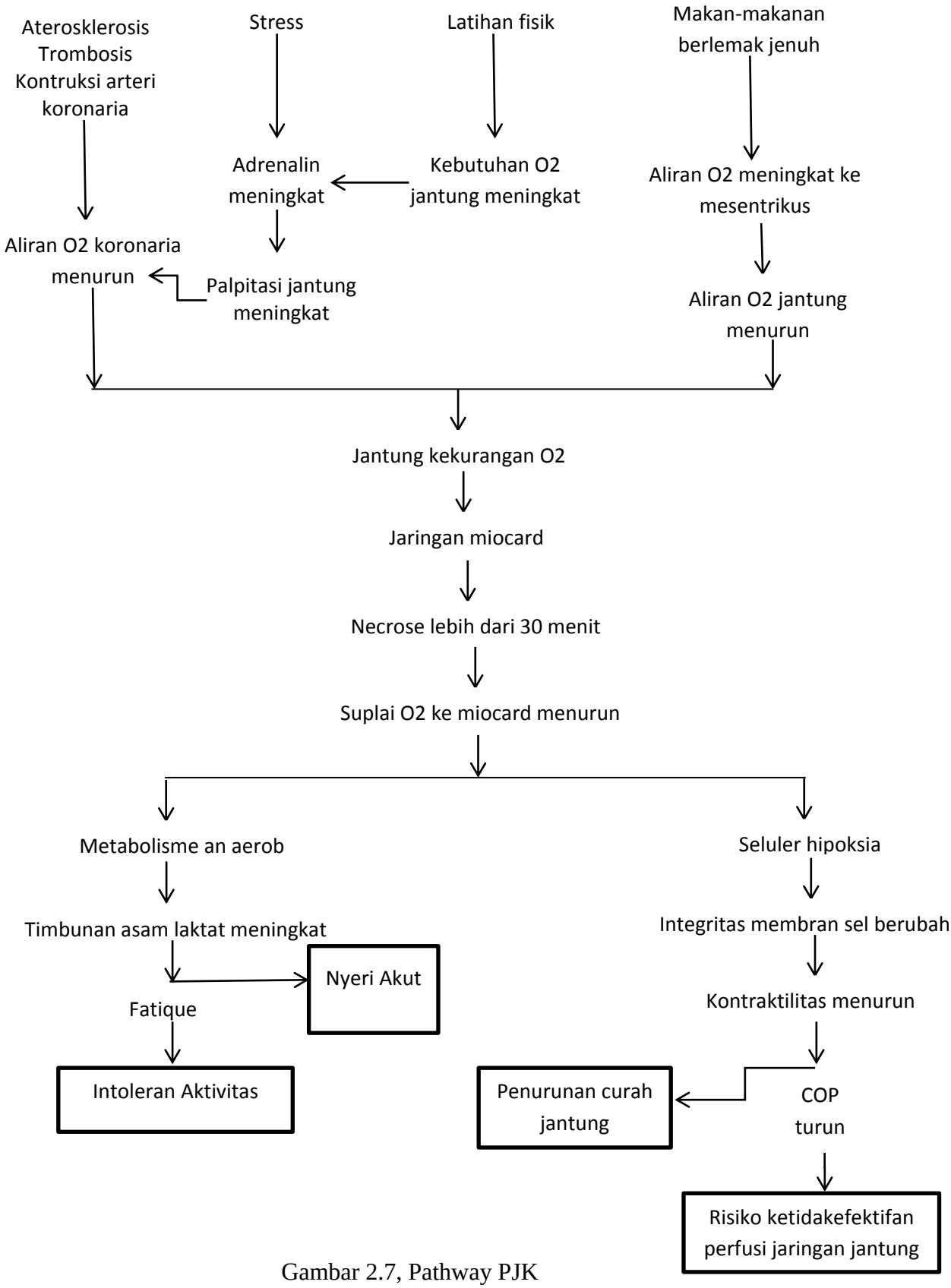
c.Jelaskan mengenai proses penyakit, sesuai kebutuhan.

d.Beri informasi kepada keluarga pasien mengenai perkembangan klien, sesuai kebutuhan.

e.Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan.

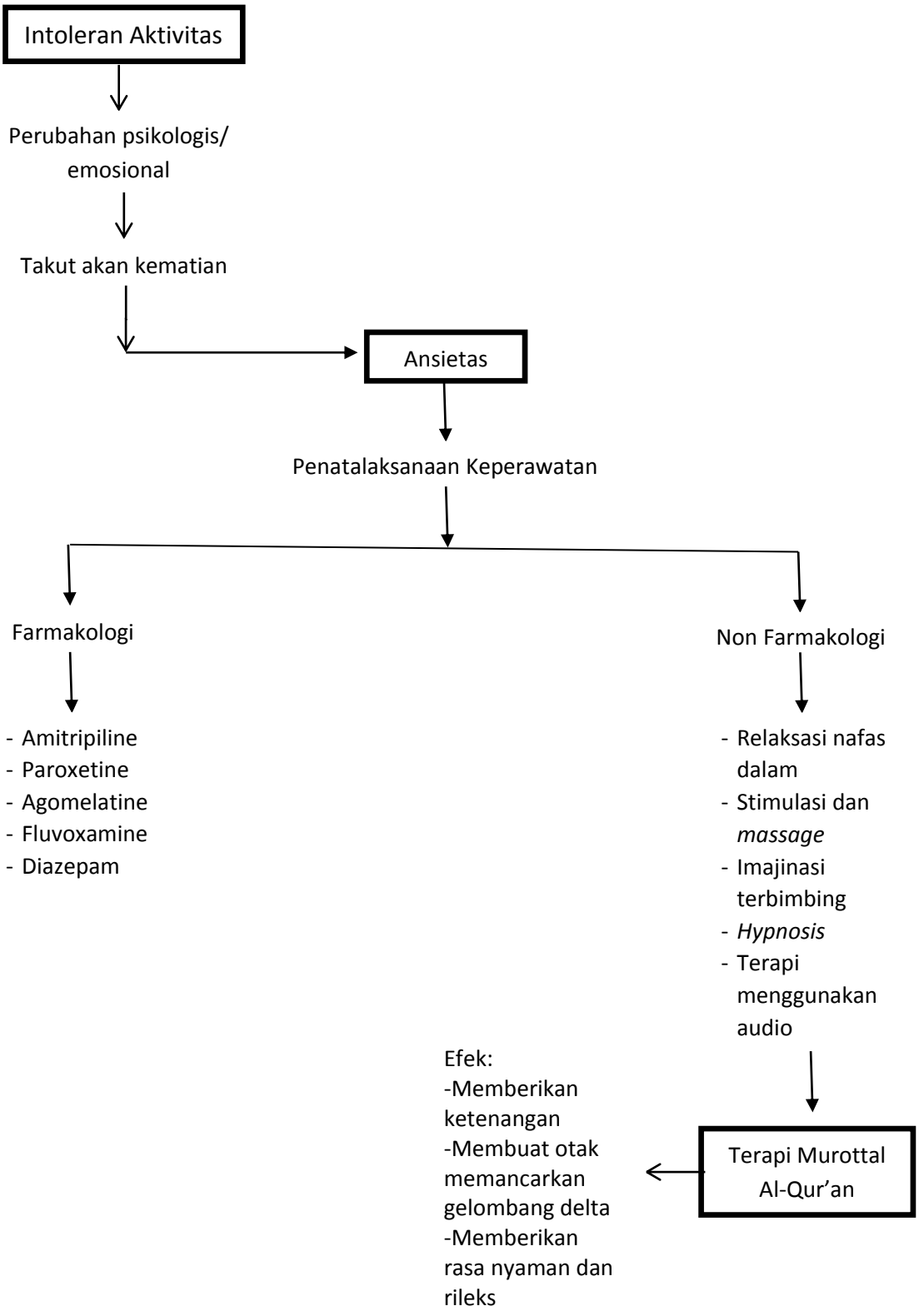
f.Kolaborasi dengan tim kesehatan lain guna memperkuat informasi yang diberikan.

2.6. *Pathways* Penyakit Jantung Koroner (PJK)



Gambar 2.7, Pathway PJK

Sumber: Cholid (2016), Putri R (2018)


Intoleran Aktivitas
Perubahan psikologis/ emosional
Takut akan kematian
Ansietas
Penatalaksanaan Keperawatan
Farmakologi
- Amitripiline
- Paroxetine
- Agomelatine
- Fluvoxamine
- Diazepam
Non Farmakologi
- Relaksasi nafas dalam
- Stimulasi dan *massage*
- Imajinasi terbimbing
- *Hypnosis*
- Terapi menggunakan audio
Terapi Murottal Al-Qur'an
Efek:
-Memberikan ketenangan
-Membuat otak memancarkan gelombang delta
-Memberikan rasa nyaman dan rileks

BAB 3
LAPORAN KASUS

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.W dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK) menggunakan aplikasi terapi murottal Ar-Rahman sebagai penurun tingkat kecemasan, yang dilakukan menggunakan proses asuhan keperawatan yaitu pengkajian, analisa data dan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi, yang dilakukan pada tanggal 13 April 2019- 15 April 2019.

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Data Umum

Asuhan keperawatan dilakukan pada klien dengan nama inisial Ny.W, umur 59 tahun, alamat di Dusun Karangan RT 06/RW 01 Bondowoso, Mertoyudan. Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga (IRT), dan beragama Islam.

3.1.2 Pengkajian 13 Domain NANDA

Domain yang pertama adalah *Health Promotion*, pada pengkajian keluhan utama didapatkan data, klien mengatakan saat ini merasa cemas dan khawatir apabila penyakitnya ini sewaktu-waktu dapat membahayakan nyawannya, klien mengatakan akhir-akhir ini terus memikirkan terkait hal tersebut. Dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah klien 140/80 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu tubuh 36,5^{0}C.

Pada pengkajian riwayat masa lalu, klien mengatakan awal mula dokter melakukan diagnosis PJK sejak 1 tahun yang lalu, klien mengatakan dulu tiba-tiba merasakan nyeri di dada kiri hingga lengan kiri menjalar hingga ke bahu, rasannya seperti tertimpa batu besar dan nyeri itu tidak berkurang walaupun sudah digunakan untuk beristirahat, akhirnya pada tanggal 3 Maret 2018 klien dibawa oleh keluargannya ke RST Dr. Soedjono Magelang dan dirawat disana selama 6 hari dengan diagnosa Penyakit Jantung Koroner (PJK). Kemudian, saat ini klien rutin menjalani kontrol dan terapi rutin di RST Kota Magelang. Klien mengatakan

kontrol di poli jantung dilakukan sebulan satu kali setiap tanggal 20, dan terapi sinar pada daerah lengan kiri setiap minggu dua kali, klien mengatakan saat ini nyeri di lengan kirinnya sudah banyak berkurang, akan tetapi akhir-akhir ini klien masih merasa cemas dan khawatir akan penyakit yang dialaminnya.

Pada pengkajian kemampuan mengontrol kesehatan, didapatkan data bahwa klien mengatakan apabila sakit klien melakukan kontrol/cek kesehatan ke dokter atau berobat ke rumah sakit. Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi alkohol, ataupun merokok. Klien mengatakan dulu sebelum mengalami PJK sering mengkonsumsi makanan yang berlemak-lemak, seperti gorengan, bakso, jeroan hati dan ampela. Klien mengatakan jarang berolahraga.

Pada pengkajian pengobatan sekarang, klien mengatakan masih mengkonsumsi obat-obatan dari dokter saat menjalani kontrol rutin, diantarannya klien mengkonsumsi *Simvastatin* dengan dosis 2x10 mg diminum setiap pagi dan siang yang digunakan untuk mengatasi kadar kolesterol yang berlebih di dalam darah. Kemudian, klien juga mengkonsumsi *Candesartan* dengan dosis 1x8 mg diminum setiap malam, obat ini digunakan untuk menurunkan tekanan darah, klien juga mengkonsumsi obat *Bisoprolol* 1x10 mg diminum setiap pagi yang digunakan untuk mengatasi angina pektoris dan gagal jantung.

Domain yang kedua adalah *Nutrition*, pada pengkajian *Antropometri* didapatkan data bahwa klien mengatakan BB biasannya 45 kg, dan BB sekarang 46 kg, TB 142 cm, IMT klien BB/$(Tb)^2$ = 46/2,01 = 22,88 kg/m^2 (berat badan ideal).

Domain keempat adalah *Activity/Rest*, pada pengkajian istirahat/tidur didapatkan data bahwa jam tidur klien dalam sehari kurang lebih 6 jam, klien mengatakan kalau malam sulit tidur, sering terbangun biasannya jam 2/3 pagi. Pada pengkajian pertolongan untuk merangsang tidur, klien mengatakan jika sulit tidur sering digunakan untuk membaca surah-surah pendek dan berdzikir hingga tertidur.

Pada pengkajian aktivitas didapatkan data bahwa pekerjaan klien adalah ibu rumah tangga (IRT), sehari-hari klien merawat cucunya yang masih berusia 4 tahun di rumah. Pada pengkajain olah raga, klien mengatakan jarang berolahraga,

terkadang klien jalan-jalan keliling desa pada minggu pagi kalau sedang tidak malas. Pada pengkajian kekuatan otot, didapatkan data bahwa kedua kaki klien masih berfungsi dengan baik, tidak ada masalah, tangan kanan klien juga tidak mengalami masalah, tetapi tangan kiri klien tidak bisa diangkat sepenuhnya, untuk itu klien menjalani terapi sinar di lengan kiri dalam seminggu dokter menyarankan sebanyak 2 kali. ROM klien termasuk aktif, karena klien masih dapat melakukan segala aktivitas menggunakan ekstremitas tanpa ada bantuan dari orang lain. Skala kekuatan otot klien pada tangan kanan 5, tangan kiri 3, kaki kanan 5, kaki kiri 5.

Cardio Respons, pada pengkajian penyakit jantung didapatkan data bahwa klien memiliki riwayat penyakit jantung (PJK) 1 tahun yang lalu pernah dirawat di RS, dan saat ini klien rutin menjalani kontrol di poli jantung dan terapi di lengan kirinnya. Pada pengkajian ekstremitas, didapatkan data bahwa klien tidak mengalami edema di bagian ekstremitasnya. Pada pengkajian tekanan darah dan nadi didapatkan data bahwa saat berbaring tekanan darah klien 140/80 mmHg, nadi 102 x/menit, dan saat duduk tekanan darah klien sama yaitu 140/80 mmHg, serta nadi 102 x/menit. Tekanan vena jugularis klien teraba, tidak terjadi peningkatan tekanan.

Pada pengkajian pemeriksaan jantung, diadapatkan data pada saat dilakukan *Inspeksi*, tidak tampak jejas, dan tidak tampak *Ictus Cordis*. Pada pemeriksaan *Palpasi* didapatkan data tidak terdapat nyeri tekan, teraba *Ictus Cordis* pada *Intercosta* ke 5 *Midclavikula Sinistra*. Pada pemeriksaan *Perkusi*, terdengar redup, dan pada saat pemeriksaan *Auskultasi* terdengar lup-dup, tidak ada bunyi jantung tambahan, bunyi jantung terdengar reguller.

Preception/Cognition, Pada pengkajian orientasi/kognisi didapatkan data bahwa klien mengatakan tingkat pendidikan klien berakhir sampai SD, pengetahuan klien kurang, pengetahuan klien tentang penyakit juga kurang. Pada pengkajian orientasi didapatkan data bahwa klien tidak mengalami disorientasi tempat, waktu, ataupun orang. Pada pengkajian riwayat penyakit jantung, didapatkan data

bahwa klien memiliki riwayat penyakit jantung (PJK) 1 tahun yang lalu, klien dirawat di RS selama 6 hari karena penyakit tersebut.

Domain yang keenam adalah *Self Perception*, pada pengkajian perasaan cemas/takut didapatkan data bahwa klien mengatakan saat ini masih merasakan cemas dan khawatir karena penyakit yang dialaminnya saat ini, klien takut jika sewaktu-waktu nyawanya akan diambil sedangkan klien masih sangat ingin merawat cucunnya di rumah dan belum siap untuk meninggal. Pada pengkajian perasaan putus asa/kehilangan didapatkan data bahwa terkadang klien merasa putus asa karena harus minum obat terus demi mencegah kekambuhan penyakitnya, akan tetapi klien masih bertahan karena semangat dan dukungan dari keluarga yang sangat mencintainnya.

Domain ketujuh adalah *Role Relationship*, pada pengkajian peranan hubungan didapatkan bahwa status hubungan klien saat ini adalah cerai mati, orang terdekat klien adalah anaknnya yang ke 2, yang saat ini tinggal satu rumah. Pada pengkajian perubahan konflik/peran didapatkan data bahwa terdapat perubahan peran dalam diri klien, klien yang semula bekerja sebagai penyapu jalanan sejak klien sakit dan didiagnosa PJK oleh dokter saat ini klien tidak bekerja lagi, tetapi menjadi ibu rumah tangga (IRT).

Pada pengkajian perubahan gaya hidup didapatkan data bahwa gaya hidup klien yang semula sering makan sembarang makanan terutama makanan yang berlemak, kini klien sadar dengan sendirinnya dan mengubah pola makan menjadi lebih sehat, dengan mengurangi makanan yang berlemak-lemak. Pada pengkajian interaksi dengan orang lain didapatkan data bahwa interaksi klien dengan orang lain cukup baik, klien juga mengikuti kegiatan sosial di masyarakat tempat Ia tinggal, seperti kumpulan dawis dan PKK.

Domain kesembilan adalah *Coping/Stress Tolerance*, pada pengkajian coping respon yang meliputi rasa sedih/takut/cemas didapatkan data bahwa klien mengatakan sering merasa sedih jika mengingat kembali saat klien sakit dulu dan dirawat di RS karena penyakit jantungnnya, klien juga merasa takut jika sewaktu-

waktu penyakitnya kambuh dan dapat mengancam nyawannya. Kemampuan klien untuk mengatasi rasa cemas dan khawatirnya cukup positif, yaitu klien biasannya berdzikir dan sholat untuk meredakan kecemasannya. Pada pengkajian perilaku yang menampakkan cemas didapatkan data bahwa ekspresi wajah klien tampak kurang rileks, terkadang tangan klien tampak tremor, saat cemas klien juga mengatakan dada terasa berdebar-debar cepat dan tangannya juga sering berkeringat.

Domain keduabelas adalah *Comfort*, pada pengkajian kenyamanan/nyeri didapatkan data bahwa klien mengatakan masih merasakan nyeri di lengan kiri, jika diangkat tidak bisa sepenuhnnya, rasa nyeri timbul apabila digunakkan untuk beraktivitas/ digerakkan, kualitasnya seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri yang dirasakan klien 4, waktu terjadinnya nyeri hilang timbul, selain rasa nyeri di lengan kirinnya klien tidak merasakan rasa tidak nyaman lainnya. Pada pengkajiaan gejala yang menyertai didapatkan data ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya, klien tampak menahan nyeri.

3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Pada hari Jum'at, 12 April 2019 pukul 14.30 WIB didapatkan data subjektif klien mengatakan saat ini merasa cemas dan khawatir karena penyakit yang dialaminnya saat ini, klien mengatakan takut jika sewaktu-waktu nyawannya akan diambil sedangkan Ia masih ingin merawat cucunnya di rumah. Klien mengatakan saat malam hari sulit tidur, jika teringat kembali tentang penyakitnya, klien juga mengatakan setiap malam sering terbangun sekitar jam 2/3 pagi.

Klien mengatakan tidur sehari kurang lebih sebanyak 6 jam akan tetapi kurang nyenyak, klien mengatakan saat merasa cemas dada terasa berdebar-debar dan terkadang tangan gemetaran dan didapatkan data objektif total skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) klien adalah 28 (cemas berat), ekspresi wajah klien tampak kurang rileks, tangan klien tampak mudah berkeringat, dan dari hasil

pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah klien 140/80 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, dan suhu 36,5^{0}C. Berdasarkan analisa data tersebut maka muncul masalah keperawatan pertama yang dialami klien yaitu *Ansietas* yang berhubungan dengan ancaman kematian.

Pada hari Jum'at, 12 April 2019 pukul 14.35 WIB didapatkan data subjektif klien mengatakan saat ini merasakan nyeri dengan P: aktivitas/pergerakan lengan, Q: ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 4, T: hilang timbul dan didapatkan data objektif ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya, klien tampak menahan nyeri. Berdasarkan analisa data tersebut maka muncul masalah keperawatan yang ke-dua yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen cidera biologis (*Ischemia*).

Adapun diagnosa keperawatan prioritas yang dapat ditegakkan menurut analisa data di atas yaitu:

3.2.1 *Ansietas* berhubungan dengan ancaman kematian.

3.2.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*.

3.3 Intervensi

Pada hari Jum'at, 12 April 2019 pukul 14.35 WIB, diagnosa keperawatan 1). *Ansietas* berhubungan dengan ancaman kematian. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan masalah *Ansietas* klien dapat teratasi. Kriteria Hasil: Tingkat Kecemasan (1211) skala: 1) berat, 2) cukup berat, 3) sedang, 4) ringan, 5) tidak ada. 1) tidak dapat beristirahat ditingkatkan dari skala 2 ke 4. 2) perasaan gelisah ditingkatkan dari skala 2-4. 3) rasa takut yang disampaikan secara lisan ditingkatkan dari skala 3-4. 4) rasa cemas yang disampaikan secara lisan ditingkatkan dari skala 1-4.

Intervensi Pengurangan Kecemasan (5820) : 1) Observasi untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan. Rasional: dengan mengamati perilaku dan kata-kata klien, maka akan lebih mudah menyimpulkan tingkat kecemasan klien. 2) Ciptakan atmosfer rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan. Rasional: dengan

melakukan BHSP, diharapkan klien dapat terbuka dan mau menceritakan segala keluh kesahnnya. 3) Edukasi keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. Rasional: keterlibatan keluarga sangat diperlukan untuk membuat klien merasa aman dan nyaman. 4) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian terapi farmakologi dan non farmakologi penurun kecemasan. Rasional: Untuk mengurangi tingkat kecemasan klien dan mebuat klien menjadi lebih rileks.

Pada hari Jum'at, 12 April 2019 pukul 14.40 WIB, diagnosa keperawatan 2). Nyeri Akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan masalah Nyeri Akut klien dapat teratasi. Kriteria Hasil: Kontrol Nyeri (1605). Klien melaporkan nyeri berkurang, klien dapat mengenal lamanya nyeri, klien dapat menggambarkan faktor penyebab nyeri, klien dapat menggunakan teknik non farmakologi (nafas dalam), klien menggunakan analgesik sesuai instruksi.

Intervensi Manajemen Nyeri (6071): 1) Lakukan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik , durasi, ferekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan faktor presipitasi. Rasional: dengan melakukan pengkajian nyeri terhadap klien dapat menunjang data perasaan nyeri yang dialami klien untuk dapat kemudian ditindaklanjuti. 2) Observasi adanya rekasi nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Rasional: untuk mengetahui rasa nyeri yang dialami klien secara nonverbal.

3) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien (suhu, cahaya, dan suara). Rasional: lingkungan dapat mempengaruhi rasa nyaman klien untuk itu kontrol lingkungan juga perlu dilakukan.4) Ajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologi (nafas dalam). Rasional: dengan terapi non farmaka, diharapkan dapat mengurangi/mengalihkan rasa nyeri yang dialami klien. 5) Kolaborasi dalam pemberian analgesik. Rasional: apabila cara nonfarmakologi nyeri klien belum teratasi, maka terapi farmaka sangat diperlukan untuk mengatasi masalah klien.

3.4 Implementasi

Tanggal 13 April 2019 pukul 14.00 WIB, diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, tindakan: melakukan observasi tanda verbal dan non verbal kecemasan dengan respon subjektif klien mengatakan saat ini merasa cemas dan khawatir jika memikirkan tentang penyakitnya saat ini, klien mengatakan saat malam hari tidur kurang nyenyak, sering terbangun pada saat jam 2/3 pagi, klien juga mengatakan saat merasa cemas dada berdebar-debar cepat dan didapatkan respon objektif yaitu ekspresi wajah klien tampak kurang rileks, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) 28 (kecemasan berat).

Pukul 14.15 WIB dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan data subjektif klien mengatakan saat ini merasa dada berdebar-debar, klien mengatakan terakhir cek tensi di dokter normal 120/80 mmHg. Respon objektif klien tampak pucat, dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan data tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, dan suhu tubuh 36.0^0C.

Pukul 14.35 WIB dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, memberikan terapi murottal Ar-Rahman dan didapatkan respon subjektif klien mengatakan setelah diberikan terapi ini perasaannya menjadi lebih tenang, klien mengatakan dadannya terasa tidak berdebar-debar dengan cepat lagi, klien mengatakan akan menerapkan terapi ini setiap malam sebelum tidur agar tidurnnya nyenyak dan respon objektif klien didapatkan data bahwa ekspresi wajah klien tampak lebih rileks, klien tampak kooperatif, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale)*: 26 (cemas sedang).

Pukul 15.00 WIB dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan perasaannya sudah lebih baikkan, dan respon objektif klien didapatkan data hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan

18x/menit, dan suhu tubuh 36,0^{0}C. Pukul 15.10 WIB, dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*, melakuakan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 4, T: hilang timbul.

Respon objektif klien didapatkan data bahwa ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakkan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya. Pukul 15.15 WIB dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*, mengajarkan klien teknik nafas dalam, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan lebih lega perasaannya setelah melakukan napas dalam sebanyak 3 kali dan respon objektif klien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam, ekspresi wajah klien tampak tidak tegang.

Tanggal 14 April 2019 pukul 10.00 WIB, dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. Tindakan keperawatan: melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan respon subjektif klien mengatakan hari ini merasa biasa saja, klien mengatakan dada tidak berdebar-debar cepat seperti kemarin, klien mengatakan rasa cemas sudah mulai berkurang. Respon objektif klien dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan data tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu tubuh 36,5^{0}C.

Pukul 10.10 WIB dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, memberikan terapi murottal Ar-Rahman didapatkan respon subjektif klien mengatakan merasa lebih tenang, klien mengatakan rasa cemas dan khawatir karena penyakit jantungnnya mulai berkurang, klien mengatakan sudah tidak merasa gelisah lagi, klien mengatakan masih takut apabila ditinggal sendiri di rumah, klien mengatakan takut kalau ada apa-apa tidak ada yang tahu, klien juga mengatakan biasannya pada malam hari bisa terbangun 2-3x, tadi malam hanya terbangun 1x.

Respon objektif klien yaitu wajah klien tampak sedikit rileks, klien tampak kooperatif, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) 24 (cemas sedang). Pukul 10.30 WIB, dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan respon subjektif klien mengatakan lebih rileks dan dada tidak berdebar-debar secara cepat seperti kemarin dan respon objektif klien dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu tubuh 36,5^{0}C.

Pukul 10.40 WIB, dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia,* melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 3, T: hilang timbul, klien mengatakan masih rutin menjalani terapi sinar ke dokter untuk mengurangi nyeri di lengan kiri sebanyak 2x dalam seminggu. Respon objektif klien didapatkan data bahwa ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakkan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya.

Pukul 10.45 WIB, dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia,* mengajarkan klien teknik napas dalam, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan lebih lega perasaannya setelah melakukan nafas dalam sebanyak 3 kali dan respon objektif klien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam, ekspresi wajah klien tampak tidak tegang.

Tanggal 15 April 2019 pukul 15.00 WIB, dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. Tindakan keperawatan: melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan respon subjektif klien mengatakan hari ini perasaannya senang, tidak ada pikiran-pikiran yang mengganggu, klien mengatakan tidak merasakan pusing, serta dada tidak berdebar cepat dan respon objektif klien didapatkan data tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, suhu tubuh 36^{0}C, RR: 16x/menit.

Pukul 15.10 WIB, dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, memberikan terapi murottal Ar-Rahman didapatkan respon subjektif klien mengatakan setelah melakukan terapi ini menjadi lebih rileks, klien mengatakan dengan mendengarkan surah Ar-Rahman, hati terasa tenang, klien mengatakan setiap akan memulai tidur mendengarkan surah ini, klien juga mengatakan semalam tidur nyenyak tidak terbangun di malam hari, klien mengatakan rasa cemas dan khawatirnnya sudah banyak berkurang, klien mengatakan saat ini pasrah segala urusannya diserahkan kepada yang di atas.

Respon objektif klien didapatkan bahwa klien tampak rileks, tangan klien tidak berkeringat, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) 19 (cemas ringan). Pukul 15.20 WIB dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*, melakuakan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 2, T: hilang timbul, klien mengatakan masih rutin menjalani terapi sinar ke dokter untuk mengurangi nyeri di lengan kirinnya sebanyak 2x dalam seminggu.

Respon objektif klien didapatkan data bahwa ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakkan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya. Pukul 15.25 WIB, dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia,* mengajarkan klien teknik nafas dalam, didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan lebih lega perasaannya setelah melakukan napas dalam dan respon objektif klien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik nafas dalam, ekspresi wajah klien tampak tidak tegang.

3.5 Evaluasi

Tanggal 13 April 2019, pukul 14.40 WIB, diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. *Subjective:* klien mengatakan saat sebelum diterapi murottal merasa cemas dan khawatir jika memikirkan tentang penyakitnya saat ini, klien mengatakan dada berdebar-debar cepat, klien mengatakan setelah diterapi murottal perasannya sedikit lebih tenang, klien mengatakan akan mendengar surah Ar-Rahman ini ketika hendak mau tidur di malam hari.

Objective: ekspresi wajah klien tampak kurang rileks, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) sebelum dilakukan terapi 28 (cemas berat), setelah di terapi menjadi 26 (cemas sedang). *Assesment*: masalah ansietas klien belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi: 1) Observasi tanda verbal dan non verbal terkait kecemasan. 2) lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. 3) berikan terapi non farmakologi: terapi murottal Al-Qur'an. Pukul 14.50 WIB, diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*. *Subjective:* klien mengatakan nyeri, dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 4, T: hilang timbul.

Objective: ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakkan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya. *Assesment*: masalah nyeri akut klien belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi: 1) Lakukan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, ferekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2) Observasi adanya rekasi nonverbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Ajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologi (nafas dalam).

Tanggal 14 April 2019, pukul 10.40 WIB diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. *Subjective:* klien mengatakan merasa lebih tenang dan rasa cemas serta khawatir terhadap nyerinnya mulai berkurang, klien mengatakan sudah tidak tidak merasa gelisah lagi, klien mengatakan masih

ada perasaan takut apabila ditinggal sendiri di rumah, klien takut apabila ada apa-apa tidak ada yang tahu, klien mengatakan biasannya pada malam hari bisa terbangun 2-3 kali tetapi tadi malam hanya terbangun 1 kali.

Objective: wajah klien tampak sedikit rileks, klien tampak kooperatif, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*): 24 (cemas sedang), TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, T: 36,5^{0}C, RR: 18 x/menit. *Assesment*: masalah ansietas klien belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi: 1) Observasi tanda verbal dan non verbal terkait kecemasan. 2) lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. 3) berikan terapi non farmakologi: terapi murottal Al-Qur'an. Pukul 11.00 WIB, diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*. *Subjective:* klien mengatakan nyeri, dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 3, T: hilang timbul.

Objective: ekspresi wajah klien tampak kurang rileks ketika mencoba menggerakkan tangan kirinnya, klien tampak hanya bisa mengangkat tangan kirinnya sebagian, tidak bisa sepenuhnnya. *Assesment*: masalah nyeri akut klien belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervenisi: 1) Lakukan pengkajian secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, ferekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2) Observasi adanya rekasi nonverbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Ajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologi (nafas dalam).

Tanggal 15 April 2019, pukul 15.30 WIB diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. *Subjective:* klien mengatakan setelah melakukan terapi murottal menjadi lebih rileks, klien mengatakan dngan mendengarkan surah Ar-Rahman hati terasa lebih tenang, klien mengatakan setiap akan memulai tidur malam mendengarkan surah ini, klien mengatakan tadi malam tidur nyenyak tidak terbangun, klien mengatakan sekarang ini memasrahkan segala urusannya kepada yang di atas.

Objective: ekspresi wajah klien tampak rileks, tangan klien tidak berkeringat, skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*): 19 (cemas ringan), tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, suhu tubuh $36,0^0$C, frekuensi pernapasan 16 x/menit. *Assesment*: masalah ansietas klien teratasi. *Planning*: pertahankan intervensi: anjurkan klien untuk tetap melakukan terapi murottal Ar-Rahman. Pukul 15.40 WIB diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia*.

Subjective: klien mengatakan nyeri, dengan P: aktivitas pergerakan lengan kiri/saat diangkat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: lengan kiri, S: 2, T: hilang timbul. *Objective:* ekspresi wajah klien tampak rileks, klien tampak mulai bisa menggerakkan tangan kirinnya perlahan. *Assesment*: masalah nyeri akut teratasi. *Planning*: pertahankan intervensi: anjurkan klien untuk tetap melakukan teknik nafas dalam saat mengalami nyeri.

BAB 5
PENUTUP

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dan sistematis, pada salah satu warga Dusun Karangan RT 06/RW 01, Mertoyudan, Magelang dengan Penyakit Jantung Koroner selama 3 hari yang dimulai dari tanggal 13 April 2019 sampai dengan 15 April 2019, maka penulis dapat menarik sebuah kesimpulan dan saran.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Penulis mampu mengidentifikasi pengkajian pada Ny.W dengan Penyakit Jantung Koroner menggunakan 13 domain NANDA dengan metode pengumpulan data menurut (Siswandari, 2013) yaitu observasi, pemeriksaan fisik, dan wawancara. Pada pengkajian fokus permasalahan domain yang bermasalah pada klien adalah *self preception*, pada pengkajian perasaan cemas didapatkan klien mengatakan saat ini masih merasa cemas dan khawatir apabila sewaktu-waktu penyakitnya dapat kambuh, klien mengatakan belum siap untuk meninggal, dada juga sering terasa berdebar-debar, serta didapatkan hasil skala kecemasan (HARS) klien 28 (cemas berat).

5.1.2 Analisa dan Diagnosa Keperawatan

Penulis mampu melakukan analisa data dan merumuskan 2 diagnosa keperawatan pada Ny.W dengan PJK, yaitu ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis: *Ischemia* dan menetapkan ansietas berhubungan dengan ancaman kematian sebagai diagnosa prioritas.

5.1.3 Intervensi

Penulis mampu merumuskan intervensi keperawatan pada Ny.W dengan Penyakit Jantung Koroner melalui pengurangan kecemasan dengan prinsip terapi non

farmakologi menggunakan audio yaitu murottal Ar-Rahman dan didukung dengan intervensi lainnya.

5.1.4 Implementasi

Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.W dengan PJK melalui terapi non farmakologi yang tergolong terapi komplementer yaitu terapi murottal Ar-Rahman untuk membantu mengurangi tingkat kecemasan yang dialami klien, dan dalam melakukan implementasi tidak ada hambatan karena dukungan dari klien dan keluarga, klien mau dengan senang hati melakukan apa yang diperintahkan perawat, dan keluarga klien juga kooperatif dalam menjaga lingkungan agar tetap tenang dan tidak menggangu selama proses terapi sedang dilakukan.

5.1.5 Evaluasi

Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.W dengan PJK dan didapatkan hasil penilaian terhadap keberhasilan yang penulis lakukan untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan ancaman kematian menggunakan aplikasi terapi murottal Ar-Rahman, yang dilakukan selama 3 hari berhasil menurunkan tingkat kecemasan klien, sehingga masalah ansietas klien dapat teratasi.

5.2 Saran

5.2.1 Saran bagi Profesi Keperawatan

Penulis berharap hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan PJK dengan menerapkan terapi non farmakologi terapi murottal Ar-Rahman untuk mengurangi tingkat kecemasan.

5.2.2 Saran bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai penambah informasi dan sebagai sumber referensi dalam meningkatkan pengetahuan khususnya dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan

ansietas melalui terapi non farmakologi yaitu dengan menerapkan terapi murottal Ar-Rahman.

5.2.3 Saran bagi Masyarakat/Pembaca

Penulis berharap masyarakat/pembaca yang menderita PJK dapat meningkatkan penanggulangan dan pencegahan PJK dan cara penanganan ansietas secara non farmakologi yaitu dengan menerapkan terapi murottal Ar-Rahman.

5.2.4 Saran bagi Klien dan Keluarga

Penulis berharap aplikasi terapi murottal Ar-Rahman dapat terus diterapkan oleh klien apabila sewaktu-waktu rasa cemas muncul kembali, serta bagi keluarga klien diharapkan dapat digunakan sebagai penambah wawasan tentang terapi murottal sebagai penurun tingkat kecemasan.

5.2.5 Saran bagi Penulis

Saran untuk penulis semoga dapat menigkatkan pengetahuan dalam melakukan penanganan rasa cemas yang dialami klien dengan Penyakit Jantung Koroner menggunakan terapi murottal Ar-Rahman.

DAFTAR PUSTAKA

AHA. 2016. Konsep Penyakit Jantung Koroner (pp. 1–27) . Jakarta: Elsevier.

Amalia. 2016. Musik Terhadap Penurunan Skala Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung di Ruang Rawat Bedah RSUD DR . Achmad Darwis Suliki

Bulechek. 2016. Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Bahasa Indonesia. Ed 6. Jakarta: Elsevier.

Cholid. 2016. Coronary Heart Disease, 1–8. Jakarta: Nuha Medika.

Denden. 2015. Jenis Intervensi Kegiatan dalam Pelayanan Kesehatan. *Journal of Nursing Care*, *3*(2), 94–100.

Dewi. 2017. *Beragam Klasifikasi Kecemasan*. (F. Suheru, Ed.) (5th ed.). Yogyakarta: Moco Media.

Fallis. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruangan CVCU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandau Manado. Journal of Chemical Informati. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004.

Gray. 2013. Pengklasifikasian Penyakit jantung Koroner. In *ensiclopedia* (9th ed., Vol. 84, pp. 487–492). Jakarta: EGC. Retrieved from http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933

Herdman. 2016. Prinsip Diagnosis dan Intervensi Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kamitsuru. 2018. Diagnosis Keperawatan NANDA (2018-2020). Jakarta: EGC

Lestari. 2015. Pengaruh Murottal Ar-Rahman Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Jantung, *1*.

Moorhead. 2016. Nursing Outcomes Classification (NOC) Edisi Bahasa Indonesia. Ed 5. Jakarta: Elsevier.

Mulyati. 2015. Perbedaan Efektivitas Terapi Nonfarmakologi. Yogyakata Moco Media.

Nur'aeni. 2017. Terapi murottal (al-qur'an) mampu menurunkan tingkat kecemasan. *E-Journal*, *6*, 63–70.

Nurachmach. 2013. Dasar-dasar Anatomi dan Fsiologi. In *ensiclopedia* (10th ed., pp. 41–45). Jakarta: Salemba Medika.

Nurdin. 2017. Teori-Teori Model Konseptual Penegakan Diagnosis. (6th ed). Yogyakarta: Nuha Medika.

Nurgi. 2017. Theraphy, Beragam Manfaat Massage. In S. Yatno (Ed.) (7th ed., pp. 6–25). Jakarta: Kapita Selekta.

Prawesti. 2018. Pengalaman Psikologis Pasien Infark Miokard Akut Selama Dirawat Di Ruang Intensif. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, *3*(1), 32. https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7477

Priharjo. 2017. Efektifitas Terapi Distraksi Relaksasi. In W. Tamsuri (Ed.) (8th ed., pp. 9–47). Yogyakarta: Salemba Medika.

Putri. 2018. Kajian Kebutuhan Belajar Klien dengan Penyakit Jantung Koroner. *Journal of Nursing Care*, *1*(1), 60. https://doi.org/10.24198/jnc.v1i1.15771

Riskesdas. 2018. Prevalensi Penyakit jantung Koroner, *3*, 1–4.

Ronald. 2017. Jantung dan Peredaran Darah. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, *8*, 13.

Safitri. 2015. Beragam Manfaat Terapi Murottal Al-Qur'an. In H. Syamsul (Ed.) (2nd ed., pp. 14–15). Yogyakarta: Moco Media.

Siswandari. 2013. *Teknik Pengumpulan Data*. (A. Dodiet, Ed.) (6th ed.). Surakarta: Media Kompulsif.

Sugiarso. 2015. Hypnothraphy Sebagai Alternatif Penurun Kecemasan. (5th ed.). Yogyakarta: Moco Media.

Suhaimi. 2015. Terapi Nonfarmaka bagi Pasien Penyakit Jantung. Jakarta: Kapita Selekta.

Wardani. 2015. Prevalensi Penyakit Jantung Koroner. *Journal Penelitan*, *84*, 487–492. Retrieved from http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933

Yahya. 2017. Penyakit Jantung Koroner (PJK) (8th ed., pp. 1–20). Yogyakarta: Salemba Medika.

Zuraida. 2017. Hubungan Antara Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Circulation*, *2*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12872-017-0620-4