TESIS

EFEKTIFITAS IMAGERY RELIGIOUS CARE TERHADAP KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT BINA SEHAT JEMBER

ACHMAD SYA'ID
131514153003

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017

EFEKTIFITAS IMAGERY RELIGIOUS CARE TERHADAP KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT BINA SEHAT JEMBER

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

ACHMAD SYA'ID
131514153003

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,

Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk

Telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Achmad Sya'id

NIM : 131514153003

Tanda Tangan :

Tanggal : 24 Juli 2017

METERAI TEMPEL
TGL. 20
E0826AEF551399473
6000
ENAM RIBU RUPIAH

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

EFEKTIFITAS IMAGERY RELIGIOUS CARE TERHADAP KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT BINA SEHAT JEMBER

TESIS INI TELAH DISETUJUI

PADA TANGGAL 24 Juli 2017

Oleh:

Pembimbing Ketua

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP 196306081991031002

Pembimbing Kedua

Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An.
NIP 197909112014092004

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Achmad Sya'id

NIM : 131514153003

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : EFEKTIFITAS IMAGERY SPIRITUAL CARE TERHADAP KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT BINA SEHAT JEMBER

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 24 Juli 2017

Panitia penguji,

1. Ketua penguji : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. (.....)
2. Anggota : Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si (.....)
3. Anggota : Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes (.....)
4. Anggota : Dr. Windhu Purnomo, dr., MS (.....)
5. Anggota : M. Yusuf. Dr., Sp.JP., PhD., FIHA., FESC (.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi

UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.

NIP 197212172000032001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Achmad Sya'id
NIM	: 131514153003
Program Studi	: Magister Keperawatan
Departemen	: Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas	: Fakultas Keperawatan
Jenis karya	: Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non ekslusif (*Non – ekslusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektifitas *Imagery Spiritual Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Nonekslusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 23 Mei 2017

Yang menyatakan

METERAI TEMPEL
E4BF2AEF551399492
6000
ENAM RIBU RUPIAH

(Achmad Sya'id)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Efektifitas *Imagery Religious Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember". Penyusunan tesis ini melalui bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu bersama ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan motivasi dan bimbingan dalam proses pembelajaran.
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M,Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan motivasi untuk menyelesaikan tesis.
3. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si selaku ketua pembimbing yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan motivasi untuk menyelesaikan tesis ini.
4. Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku pembimbing kedua yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan motivasi untuk menyelesaikan tesis ini.
5. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., M.Pdk., DTM&H., Sp.PD., K-PTI., FINASIM selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan, arahan serta dukungan untuk menyelesaikan tesis ini.

6. Dr. Windhu Purnomo, dr., MS selaku penguji sekaligus membimbing dalam analisa data hasil penelitian secara statistik.
7. M. Yusuf. Dr., Sp.JP., PhD., FIHA., FESC selaku penguji di bidang keilmuan penyakit jantung yang telah memberikan masukan serta arahan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
8. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
9. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku penguji dalam bidang ilmu jiwa dan kecemasan.

Semoga Allah mencatat segala amal baik yang telah diberikan. Dengan selesainya tesis ini, saya menyadari masih ada kekurangan dalam berbagai aspek. Untuk itu saya sangat mengharapkan masukan yang membangun.

Surabaya, 12 Juni 2017

Peneliti

EXECUTIVE SUMMARY

IMAGERY RELIGIOUS CARE EFFECTIVENESS ON ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENT ANXIETY AT BINA SEHAT HOSPITAL

By: Achmad Sya'id

The term of acute coronary syndrome (ACS) refers to any group of clinical symptoms compatible with acute myocardial ischemia, including unstable angina (UA), Non ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), and ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) (Black & Hawks, 2009, p.1483-1510; Susilo, *et al.* 2013; PERKI, 2015, p.3). ACS patient anxiety gives bad impact and lengthens recovery processes. Imagery religious care stimulus was accepted by the senses, then transmitted to the God spot area (circuit of God) and the prefrontal cortex, this stimulus relaxes the mind and stretches the muscles and gives positive effects so that the anxiety level decreases. Generally there are 2 techniques in managing anxiety, pharmacological and non-pharmacological. Psychotherapy is the main choice in managing anxiety non-pharmacologically, and behavioral therapy frequently applied by using specific technique based on guided imagery concept. This research aims were assessing the effectiveness of imagery religious care in reducing anxiety levels of Acute Coronary Syndrome patient on the 3rd and 4th day of upon admission at Bina Sehat Hospital, Jember.

Patient anxiety related to adaptation mechanisms, ineffective coping affecting physical health (maladaptif). Roy (1984) underlined unique nursing

science to control coping mechanisms, called as a regulator and cognator. Regulator sub-system consisted of input, process, effector, and output. There are internal and external stimulus. The regulator system agents are chemical, nerves, or endocrine (Nursalam, 2015).

Jean Watson (1979) declared transpersonal caring to facilitate nurses providing holistic nursing care with a scientific approach. One of the 10 components of Jean Watson's carative factors related to patient spiritual factor, nurses required to know the influences of internal and external environment existed in health or sick person.

Imagery attempts to create a sense of fun in the mind of the client, then concentrates on the pleasant feeling so that it reduces the level of patient anxiety gradually. It can be held by the most of health workers (Crampton, 2005). Spiritual care is very efficient as well in the anxiety management (Julianto and Subandi, 2015). It can be any subject giving meaning, hopes and purposes as well, providing motivation, choosing and acting in our lives, but it is individually different from each other. It is pertaining to some one greater than themselves. (Wilson & Barber, 2015). In other side religion is a part of spirituality. Religion is a system regulating the order of faith, worship to Almighty God and the rules related to human interaction among people and environment as well (Barber, 2012).

This study used 3 steps in assessing the effectiveness of imagery religious care. Phase I was a descriptive study, the author used focus group discussion and in-depth interview in identifying any anxiety cases of the respondents (cardiovascular department outpatient clients) during their hospitalization at Bina Sehat Hospital,

Jember, explored respondents understanding about the anxiety they suffered before, and their expectations of anxiety management. Phase II: during this study, the author designed nursing anxiety management based on phase I result (critical review and expert guidance). There were 4 Theories used and integrated in this study to reduce patient's anxiety; 1). Adaptation theory which is belong to Callista Roy's, 2). Transpersonal caring theory explored by Jean Watson, 3). Visualization of moslems performing thawaf around Baitullah based on basic guided imagery concept, 4). Religious care as a part of spiritual care, Spirituality is an entity that gives meaning; hope and purpose. It is individual, distinct to each other and have wider meaning than religion (Wilson and Barber, 2015) although religion it selfs is part of spirituality (MacKinlay, 2006 in Barber 2012). Then imagery religious care as a product of phase II study critical review and expert guidance. Phase III: the author used control group pretest-posttest quasi experimental method (Nusalam, 2016). Study sample size were 7 for each groups (intervention and control group) using consecutive sampling to fulfil the sample size.

The results of this study were based on the research aims. Phase I: to identify patients' anxiety, understanding, and expectation on anxiety management. The results of this study are 3 themes obtained from focus group discussions and in-depth interviews of 3 respondents (identification, understanding, hopes), 5 sub-themes (experienced, facing the death, fear of losing, non-pharmaccological based technique, applicable anytime and anywhere needed), and 4 patterns (pleasant, can be applied anytime and anywhere needed, religious (Islamic naunced), and performing thawaf around Baitullah). Phase II: designing solution module based

on pahse I result. The author conducted a critical review and expert consultation in order to prepare the solution module. Integrating adaptation theory, transpersonal caring, visualization of Muslims performing thawaf based on guided imagery concept, and reciting Al-Fatiha reflectively and intuitively to fulfil respondents religious need as part of sipiritual care. Then imagery religious care as a product to reduce respondent anxiety. Phase III: identifying imagery religious care effectiveness. Anxiety assessment before imagery religious care was done on 3rd day as inpatient at Bina Sehat Hospital, then the first treatment was given soon after the assesment. 4th day as ACS inpatient, respondents were given another external stimulus (imagery religious care) to strengthen the treatment day before, then after the treatment the author assesed the respondents anxiety using HARS instrument (Hammilton Anxiety Rating Scale). After collecting the data, it was analyzed and showed that the effectiveness of religious care imagery is significant statistically, $p = 0.010 < 0.05$ (independent t-test) in treatment and control group after imagery religious care at Bina Sehat Hospital (4th day) and p value = 0.003 (paired t-test) in treatment group before and after imagery religious care at Bina Sehat Hospital.

Anxiety is strongly related to feeling of ancertainity and powerlesness. Anxiety differs from fear, an intelectual judgement on dangerous thing (Stuart & Sundeen, 2006). Hope and expectation is a basic form of sure in acheiving things or something will turn in to good thing down the like. All respodents in phase I were anxious, and understood anxiety as thinking the disease they suffered too worryingly and were frighthen with doom. Respondents expected the

nonpharmacological management, religious management, was applicable anytime. Perception at individuals vary, meanwhile in general they work an similar purpose, although in principle it respects and appreciates individual rights developing anxiety.

Spirituality is an entity that gives meaning; hope and purpose. It is individual, distinct to each other and have wider meaning than religion (Wilson and Barber, 2015) although religion it selfs is part of spirituality (MacKinlay, 2006 in Barber 2012). Based on critical review and consultation with experts, a solution module was designed. It is an integration of theory of adaptation model, transpersonal caring, and video of moslems performing thawaf in Baitullah by using basic concept at guided imagery and reciting Al – Fatiha reflectively and intuitively. The module is a description of the respondents hopes in the phase I study, in fact each individual has different piety and hopes thus the principle of respecting and appreciating the rights of respondent remains the priority: wheter or not the module contraring the hopes of respondents.

The result of study and effectivity test shows that imagery religious care worked significantly to reduce respondents anxiety level. In HARS (Hammilton Anxiety Rating Scale), there are 3 symptoms affected by underlying disease as well as medicines taken by respondents i.e., cardio vascular system, respiration, and gastro intestinal system. Alteration at the systems does not show significant relationship with respondent anxiety yet it is affected by underlying disease or medicine taken by the respondents. Hypnotic – sedative medicines are factors that

can be potentially conflict with adjusment of anxiety. Thus, in this study respondents took no hypnotic – sedative medicine.

In conclusion imagery religious care at Bina Sehat Hospital, Jember, wich was done on 3rd and 4th day as inpatient, it worked significantly to reduce ACS patient anxiety level according to independent t-test p value done on treatment and control group after imagery religious care at Bina Sehat Hospital (4th day). Yet in HARS (Hammilton Anxiety Rating Scale), there are 3 symptoms affected by underlying disease as well as medicines taken by respondents i.e., cardio vascular system, respiration, and gastro intestinal system. Alteration at the systems does not show significant relationship with respondent anxiety yet it is affected by underlying disease or medicine taken by the respondents. Hypnotic – sedative medicines are factors that can be potentially conflict with adjusment of anxiety. Thus, in this study respondents took no hypnotic – sedative medicine.

Further studies can be conducted with more respondents, narrowing anxiety level of the respondents, anxiety measuring wich does not cover symptom of cardio vascular system, respiration system, and gastro intestinal system if they are found, otherwise using biological parameter.

ABSTRACT

RELIGIOUS IMAGERY CARE EFFECTIVENESS ON ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENT ANXIETY AT BINA SEHAT HOSPITAL

By: Achmad Sya'id

Introduction: Acute coronary syndrome refers to any group of chest clinical symptoms. ACS patient anxiety gives bad impact on recovery processes. Imagery religious care stimulus was accepted by the senses, transmitted to the God spot area and the prefrontal cortex, it relaxes the mind, stretches the muscles and gives positive effects. The aims were assessing the effectiveness of imagery religious care in reducing anxiety. **Method**: The author used 3 steps. I: researcher used focus group discussion and in-depth interview in identifying any anxiety cases of the respondents (cardiovascular OPD clients), explored respondents understanding about the anxiety, and their expectations of anxiety management. II: designed nursing anxiety management based on phase I result (critical review and expert guidance). III: the author used control group pretest-posttest experimental method. Sample size were 7 for each groups (intervention and control group) using consecutive sampling. **Analysis**: Hermeneutical analysis method was used for qualitative study and independent t-test was used for quantitative study. **Results**: I: respondents expected the anxiety management based on non-pharmacological technics, applicable, and religious. II: Imagery religious care as a product of integrating some theories based on phase I result (adaptation theory, transpersonal caring, guided imagery, religious care). III: showing effective and significant $p = 0.007$ (independet t-test). **Discussion:** Respondents' understanding and hope is not exactly the same for each, but can be concluded as non-pharmacological, applicable, and religiousity. Having implementing the imagery religious care, it statistically showed effective and significant to reduce respondent anxiety.

Keywords: imagery, religious, anxiety, Acute Coronary Syndrome.

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sindroma Koroner Akut (SKA) merupakan sekumpulan sindroma klinis dada yang disebabkan oleh kerusakan miokard yang di istilahkan dengan infark miokard (Black & Hawks, 2009, p.1483-1510; Susilo, *et al.* 2013; PERKI, 2015, p.3). Diagnosis banding non kardiak yang mengancam jiwa wajib di tegakkan untuk membedakan kasus kardiak dan non kardiak. Kasus yang mengancam jiwa dan selalu harus disingkirkan adalah emboli paru dan diseksi aorta (PERKI, 2015, p.20). Sindroma Koroner Akut tidak hanya berdampak terhadap fisik klien akan tetapi juga terhadap kondisi psikologis klien, salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan sering terjadi pada klien dengan Sindroma Koroner Akut maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Kecemasan dapat memicu terjadinya vasokonstriksi sehingga memperberat iskemia miokard, selain itu juga berhubungan dengan peningkatan aktivitas saraf simpatis, penurunan variabilitas denyut jantung, menghambat proses penyembuhan dan berdampak negatif terhadap klien (Tisminetzky, *et al.* 2012). Akan tetapi manajemen kecemasan pada klien dengan Sindroma Koroner Akut secara khusus sampai saat ini belum pernah dilakukan.

Tatalaksana kecemasan secara umum ada 2 pilihan, yaitu menggunakan farmakologi serta nonfarmakologi. Golongan hipnotik-sedatif adalah obat – obatan paling banyak di gunakan untuk menurunkan kecemasan yang dialami klien.

Psikoterapi merupakan terapi pilihan dalam tatalaksana kecemasan nonfarmakologi. Psikoterapi yang sering di gunakan adalah ; *Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Psychodynamic Therapy, Family Therapy and Parent Training,* serta *Behavioral Therapies* yang fokus menggunakan tehnik – tehnik khusus seperti dalam *guided imagery.*

Imagery atau *guided imagery* (imajinasi terbimbing) adalah upaya untuk menciptakan rasa menyenangkan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada rasa yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien yang bisa di lakukan oleh sebagian besar pekerja kesehatan (Crampton, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *guided imagery* memberikan dampak yang positif terhadap tingkat kecemasan (Mizrahi, *et al.* 2012).

Spiritual care juga sangat efisien dalam tatalaksana gangguan kecemasan secara umum maupun khusus (Julianto dan Subandi, 2015). Spiritualitas adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain serta memberikan motivasi dalam hidup, memilih dan kemudian bertindak. Keadaan ini mencakup kesadaran tentang sesuatu atau seseorang yang lebih besar daripada diri sendiri, belum tentu tuhan yang Maha Esa (Wilson & Barber, 2015).

Agama merupakan bagian dari *spiritual.* Menurut MacKinlay (2006) dikutip dalam Barber (2012), kegiatan peribadatan dalam agama merupakan salah satu cara manusia untuk berhubungan dengan Yang Maha Kuasa serta manusia dan alam sekitar. *Religion* dalam bahasa Indonesia berarti agama. Agama adalah

sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta lingkungannya (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012). Dalam agama Islam ada beberapa sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW, diantaranya: Spiritual ilahiyah, materi natural seperti madu, zam – zam dan zaitun, kemudian hal yang bersifat terapi yaitu *hijamah* atau bekam (Pandi, 2010).

Sindroma Koroner Akut merupakan penyakit jantung koroner yang menjadi penyebab utama kematian di dunia. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2011 mencatat lebih dari 7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat penyakit tersebut. Penelitian yang di lakukan di *Boston University Hospital* pada tahun 2012, menunjukkan bahwa 79% dari 79 klien Sindroma Koroner Akut mengalami kecemasan (Tisminetzky, *et al.* 2012). Di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Indonesia, menunjukkan prevalensi kecemasan 93,3% dengan tingkat kecemasan sedang dari 60 klien Sindroma Koroner Akut (Maendra, *et al.* 2014).

Kecemasan pada klien Sindroma Koroner Akut sering tidak di ketahui dan tidak di terapi secra tepat dan benar bahkan oleh perawat yang bertugas memberikan asuhan keperawatan gangguan kecemasan pada klien. Kecemasan pada klien berhubungan dengan metode adaptasi, koping yang tidak efektif berdampak terhadap respon sakit (maladaptif) atau kecemasan. Roy (1984) menekankan ilmu keperawatan yang unik untuk mengontrol mekanisme koping. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan kognator. Subsitem regulator mempunyai sistem komponen *input*, *process*, *effector*, dan *output*. Stimulus

masukan berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator berupa kimiawi, saraf, atau endokrin. Reflek otonomi sebagai respon neural berasal dari batang otak dan korda spinalis, diartikan sebagai suatu perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (*endoterin*) dan jaringan di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output regulator (Nursalam, 2015).

Jean Watson (1979) mengemukakan *transpersonal caring* memfasilitasi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik dengan pendekatan ilmiah. Salah satu komponen 10 faktor karatif Jean Watson berhubungan dengan faktor *spiritual* klien. Perawat dituntut untuk mengetahui pengaruh lingkungan internal dan eksternal yang ada dalam sehat dan sakit setiap individu. Diantara faktor lingkungan internal klien adalah termasuk kesejahteraan mental dan spiritual (Watson, 1979 dalam Alligood 2014).

Studi pendahuluan yang di lakukan di Rumah Sakit Bina Sehat Jember, merupakan Rumah Sakit swasta type C di bawah naungan yayasan Bina Sehat, di bawah pimpinan seorang dokter keturunan Arab. Seluruh karyawati Rumah Sakit Bina Sehat di wajibkan menggunakan busana muslimah dan berhijab sesuai ketetuan yang telah di tentukan dan lingkungan Rumah Sakit Bina Sehat bernuansa Islami. Jumlah rawat inap klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina sehat Jember pada bulan Oktober dan November 2016 jumlah klien sebanyak 28 klien. 85,7% klien mengalami kecemasan serta mayoritas klien adalah beragama Islam. Tatalaksana kecemasan yang klien dapatkan adalah bersifat terapi farmakologi dan hanya diberikan jika klien mengatakan tidak bisa tidur. Berdasarkan *focus group discussion dan indepth interview* pada penelitian tahap I

mengenai identifikasi kecemasan, pemahaman informan tentang kecemasan dan harapan terhadap tatalaksana kecemasan yang di lakukan oleh peneliti, di dapatkan bahwa seluruh informan (3 informan) mengalami kecemasan, memahami kecemasan dengan respon yang berlebihan yaitu merasa terancam terhadap kematian dan merasa takut meninggalkan orang – orang yang di sayangi, kemudian informan mengharapkan tatalaksana kecemasan tidak berupa obat – obatan, bisa dilakukan setiap saat, serta bersifat agamis. Berdasarkan hasil penelitian tahap I tersebut peneliti mendesain sebuah modul solusi masalah yaitu *imagery religious care* yang merupakan integrasi dari konsep teori *guided imagery, religious* yang merupakan bagian dari *spiritual care*, dengan menggunakan pendekatan teori model adaptasi serta *transpersonal caring*.

Pembentukan imajinasi yang menyenangkan melalui *Imagery religious care* akan diterima oleh berbagai alat indera kemudian rangsangan tersebut dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus. Rangsangan yang disukai memori akan dimunculkan kembali dianggap sebagai suatu persepsi dari pengalaman sensori yang sebenarnya. Pengalaman sensori tersebut dapat merilekskan pikiran dan meregangkan otot-otot serta efek positif, sehingga cemas yang dirasakan menjadi berkurang (Sarsito, *et al.* 2015; Yijing *et al*, 2015).

Banyak penelitian membuktikan bahwa hubungan *spiritualitas* terutama bersifat *religious* dan kecemasan sangatlah erat terutama individu yang mempunyai penyakit kronis atau penyakit mengancam jiwa (Cornah, 2013). *Religious care* merupakan upaya mewujudkan harapan dan keinginan klien yang bersifat individual sesuai dengan keyakinan, agama dan kepercayaan klien. Stimulus yang di tangkap oleh panca indra akan di lanjutkan ke area *God spot* (*circuit of God*) dan *prefrontal*

cortex. Hasil proses yang baik dari *stress perception* berupa respon kognitif positif secara emosional maupun spiritual (Newberg, 2011).

Kecemasan klien Sindroma Koroner Akut akan kondisi penyakit serta ketakutan akan kematian apabila tidak segera ditangani dan terlambat selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup klien. Oleh karena itu perlu diteliti manajemen kecemasan khusus klien Sindroma Koroner Akut. Salah satu manajemen yang peneliti gunakan adalah *imagery religious care* dengan menggunakan pendekatan teori model adaptasi dan *transpersonal caring.*

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari apakah *imagery religious care* efektif menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

1). Mengidentifikasi kecemasan, pemahaman dan harapan klien Sindroma Koroner Akut terhadap kecemasan yang dialami.

2). Mengidentifikasi modul solusi yang tepat dalam menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember berdasarkan hasil penelitian tahap I (tujuan khusus point 1).)

3). Mengidentifikasi efektifitas *imagery religious care* (penayangan rekaman umat islam tawaf di Baitullah serta membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif)

terhadap tingkat kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teori

Memberikan sumbangsih dalam keilmuan keperawatan dalam tata laksana kecemasan klien Sindroma Koroner Akut dengan memaksimalkan potensi yang dimiliki klien dalam tubuh yaitu optimasilasi HPA axis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1). Lahan Praktek

Dapat digunakan sebagai acuan tindakan keperawatan non farmakologis di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dalam tata laksana gangguan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut.

2). Keperawatan

Dapat digunakan sebagai tindakan mandiri perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien sindroma koroner akut yang mengalami kecemasan dan sebagai landasan untuk penelitian selanjutnya.

3). Klien

Klien Sindroma Koroner Akut bisa melakukan tindakan mandiri dalam tata laksana kecemasan setiap saat klien membutuhkannya.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sindroma Koroner Akut

2.1.1 Pengertian

Sindroma Koroner Akut (SKA) merupakan sindroma klinis dada yang disebabkan oleh kerusakan otot jantung. Sindroma Koroner Akut terdiri dari *Unstable Angina Pectoris* atau Angina Pectoris Tidak Stabil (APTS), *ST-Elevation Miocard Infarction* (STEMI) atau Infark Miokard dengan ST-Elevasi dan *Non ST-Elevation Miocard Infarction* (Non STEMI) atau tanpa ST-Elevasi. Ketiga keadaan tersebut merupakan keadaan kegawatan dalam kardiovaskuler yang memerlukan tatalaksana yang baik untuk menghindari terjadinya kematian mendadak (Black & Hawks, 2009, p.1483-1510).

Sindroma Koroner Akut (SKA) merupakan suatu masalah kardiovaskuler yang utama menyebabkan angka perawatan Rumah Sakit dan angka kematian tinggi (Black & Hawks, 2009; Tisminetzky, *et al.*, 2012; PERKI, 2015, p.3).

2.1.2 Diagnosis

Penegakan diagnosis ditegakkan oleh seorang dokter spesialis jantung dengan kriteria diagnosis sebagai berikut:

1) Presentasi klinis dan riwayat peristiwa jantung yang akut. Klien dengan Sindroma Koroner Akut akan menunjukkan tanda dan gejala khas berikut: a) Nyeri di dada sering disertai nyeri atau mati rasa lengan dan rahang kiri, b) Mual dan muntah, c) Diaphoresis (warna kulit keabu–abuan dan lembab/tangan

basah dengan keringat), d) Sesak nafas atau terengah – engah, e) Kolap, f) Aritmia atau henti jantung (Humphreys, 2011, p. 37).

2) Perubahan – perubahan dalam hasil rekam elektro kardiogram yang mengarah kepada peristiwa jantung akut. Elektro kardiogram 12 lead bisa digunakan untuk menentukan lokasi infark. Lead V1 dan V2 menunjukkan lokasi septum jantung, lead V3 dan V4 menunjukkan lokasi dinding depan ventrikel kiri, V5 dan V6 menunjukkan lokasi dinding lateral ventrikel kiri. Lead II, III dan AVF menunjukkan lokasi bagian bawah jantung, sedangkan lead I menunjukkan lokasi *antero-apical* jantung. Lead AVL digunakan untuk menunjukkan lokasi samping kiri jantung. Lead AVR merupakan lead yang tidak biasa, akan tetapi ST elevasi di lead ini merupakan penanda iskemia otot jantung yang luas (Williamson *et al.*, 2006; Black & Hawks, 2009, p.1492).

3) Nilai biokimia (*biochemical marker*) yang meningkat. Aliran darah yang tidak adekuat menyebabkan otot jantung mengalami iskemia, selanjutnya sel otot jantung akan mulai berhenti, kemudian mengalami kematian atau *necrosis*. Membran sel akan mengalami disintegrasi ketika terjadi kematian sel, kemudian isi sel keluar. Isi sel tersebut merupakan dasar dari nilai biokimia. Proses tersebut di perkirakan terjadi empat jam sebelum kematian sel dan jauh sebelum isi sel tersebut berada dalam aliran darah.

(1) Kreatinin phospokinase

Enzim ini di temukan dalam jaringan tubuh secra luas, ada lima isoenzim kreatinin phospokinase dan bervariasi dalam struktur sub-unit masing – masing. Konsentrasi yang banyak di temukan dalam sel otot adalah type

MB *(muscle brain)* dan disingkat menjadi CK-MB. Nilai enzim akan meningkat dalam beberapa jam dan kembali normal dalam 72 jam kemudian. Nilai CK-MB meningkat juga ditemukan pada kondisi gagal jantung, stroke dan pada kerusakan otot yang luas. Sample darah didapatkan untuk menegakkan uji CK-MB saat admisi, 6 sampai 12 jam setelah permulaan gejala akut. Nilai lebih dari 400 U/I mengindikasikan kematian otot jantung (Humphreys, 2011, p.45-46).

(2) Troponin

Troponin adalah protein yang berkaitan erat dalam kontraktilitas sel – sel otot. Ada beberapa *isoform* protein ini, troponin I dan troponin T merupakan protein yang ditemukan dalam otot jantung. Troponin menjadi penanda yang sensitif kematian sel-sel otot, peningkatan troponin level secara luas merupakan nilai prediksi klinis dan digunakan sebagai bagian dari stratafikasi resiko klien. Troponin I dan troponin T keduanya menunjukkan hal yang hampir sama sebagai penanda kerusakan jaringan dan sebagai penanda prognosis. Walaupun demikian, nilai normal protein-protein ini berbeda – beda. Level troponin yang diambil 12 jam setelah peristiwa jantung akut sangat sensitif dan spesifik menggambarkan kerusakan otot jantung (Humphreys, 2011, p.46). Untuk alasan ini sampel darah seharusnya di ambil saat admisi dan 12 jam setelah kejadian, sehingga klien dengan nilai troponin yang meningkat dapat dengan segera di konfirmasi diagnosa dan tingkatan resiko.

Secara umum, jika klien mengalami dua dari tiga kriteria diagnosis diatas, maka klien dapat di diagnosa sebagai Sindroma Koroner Akut.

2.1.3 Diagnosis banding

Pasien dengan kardiomiopati hipertrofik atau penyakit katup jantung (stenosis dan regurgitasi katup aorta) dapat mengeluh nyeri dada disertai perubahan EKG dan peningkatan marka jantung menyerupai yang terjadi pada pasien NSTEMI. Miokarditis dan perikarditis dapat menimbulkan keluhan nyeri dada, perubahan EKG, peningkatan marka jantung, dan gangguan gerak dinding jantung menyerupai NSTEMI. Stroke dapat disertai dengan perubahan EKG, peningkatan marka jantung, dan gangguan gerak dinding jantung. Diagnosis banding non kardiak yang mengancam jiwa dan selalu harus disingkirkan adalah emboli paru dan diseksi aorta (PERKI, 2015, p.20).

2.1.4 Klasifikasi Sindroma Koroner Akut

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi:

1) Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: *ST segment Elevation Myocardial Infarction*).
2) Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: *Non ST segment Elevation Myocardial Infaction*)
3) Angina pektoris tidak stabil (UAP: *Unstable Angina Pectoris*) (PERKI, 2015, p.3).

2.1.5 Etiologi dan faktor resiko

Secara garis besar, gangguan pada otot jantung ini di akibatkan oleh terhalangnya arteri koronaria atau spasme arteri koronaria baik akut atau kronik. Ketika obstruksi arteri koronaria menetap, kondisi – kondisi yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen otot jantung bisa memicu episode angina. Karena stenosis arteri yang berat tidak bisa berdilatasi untuk mengirimkan oksigen yang cukup demi memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat, sehingga bisa mengakibatkan iskemia otot jantung. Obstruksi arteri yang akut akibat sumbatan sebagian atau komplit, serta terpecahnya plak sangat berhubungan dengan angina tidak stabil dan infark miokard.

Terpecahnya plak bisa dipicu oleh faktor internal dan external, yaitu:

1) Faktor internal ; faktor dari dalam ini termasuk karakteristik plak (ukuran dan konsistensi), kondisi kekentalan dan derajat vasokonstriksi pembuluh darah arteri.
2) Faktor eksternal ; faktor ini merupakan hasil dari aksi klien atau dari kondisi eksternal yang berefek pada klien. Aktivitas fisik yang berat dan stress emotional yang berat, seperti marah dapat meningkatkan respon sistem saraf simpatis, kondisi tersebut bisa memicu pecahkan plak. Pada kondisi yang sama sistem saraf simpatis dapat meningkatkan kebutuhan oksigen otot jantung (Black & Hawks, 2009, p.1483-1489).

2.1.6 Patofisiologi

Sebagian besar Sindroma Koroner Akut adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan

komposisi plak dan penipisan plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*). Trombus ini akan menyumbat pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial; atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang-lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard).

Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses *hibernating* dan *stunning* (setelah iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien tidak mengalami terpecahnya plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami Sindroma Koroner Akut karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya Sindroma Koroner Akut pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis (PERKI, 2015, p.2-3).

2.1.7 Tindakan umum

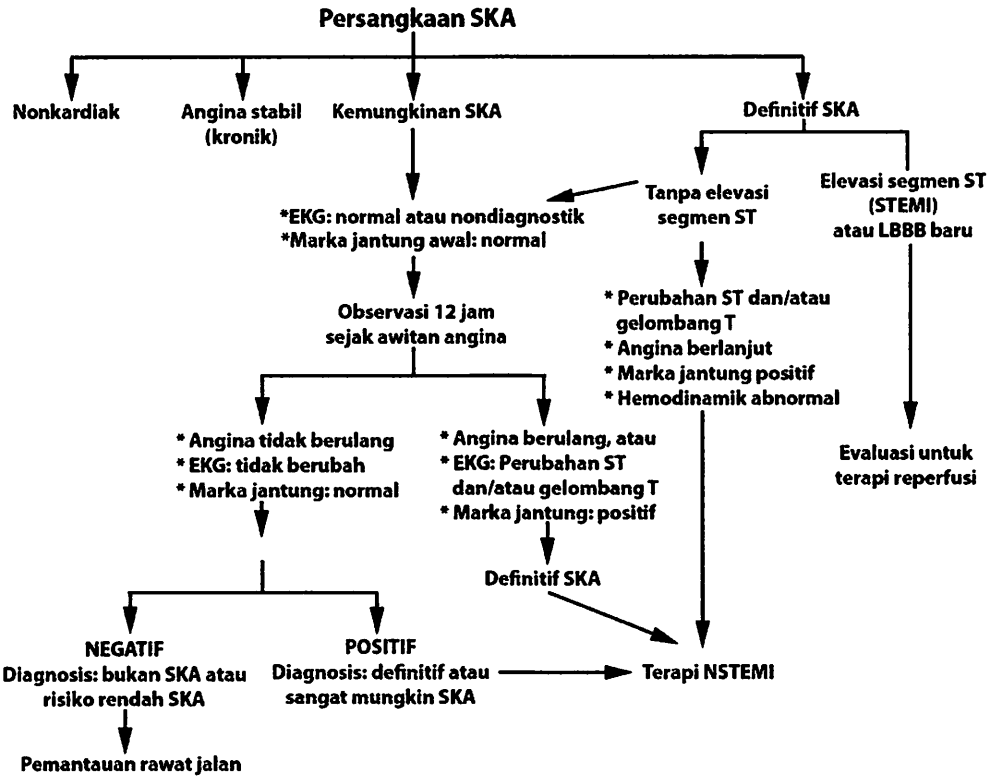
Berdasarkan langkah diagnostik, dokter perlu segera menetapkan diagnosis kerja yang akan menjadi dasar strategi penanganan selanjutnya. Terapi awal adalah terapi yang diberikan pada pasien dengan diagnosis kerja kemungkinan Sindroma Koroner Akut atau tidak atas dasar keluhan angina di ruang gawat darurat, sebelum ada hasil pemeriksaan EKG dan atau marka jantung. Terapi awal yang dimaksud adalah Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin (disingkat MONA), yang tidak harus diberikan semua atau bersamaan.

M : Morfin sulfat 1-5 mg intravena, dapat diulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis nitrogliserin sublingual.

O : Oksigen harus diberikan segera bagi mereka dengan saturasi O2 arteri <95% atau yang mengalami distres respirasi.

N : Nitrogliserin *spray*/tablet sublingual bagi pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang gawat darurat, Jika nyeri dada tidak hilang dengan satu kali pemberian, dapat diulang setiap lima menit sampai maksimal tiga kali.

A : Aspirin 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap aspirin (PERKI, 2015, p.11-12).



Gambar 2.1. Algoritma evaluasi dan tatalaksana Sindroma Koroner Akut (PERKI, 2015. p. 13)

2.1.8 Obat-obatan Sindroma Koroner Akut

1) Anti iskemia

(1) Penyekat Beta (*Beta blocker*).

Keuntungan utama terapi penyekat beta terletak pada efeknya terhadap reseptor beta-1 yang mengakibatkan turunnya konsumsi oksigen miokardium.

(2) Nitrat.

Keuntungan terapi nitrat terletak pada efek dilatasi vena yang mengakibatkan berkurangnya *preload* dan volume akhir diastolik ventrikel kiri sehingga konsumsi oksigen miokardium berkurang. Efek lain dari nitrat adalah

dilatasi pembuluh darah koroner baik yang normal maupun yang mengalami aterosklerosis. Nitrat bisa di berikan secara oral, sublingual serta intravena sesuai indikasi.

(3) *Calcium channel blockers* (CCBs).

Nifedipin dan amplodipin mempunyai efek vasodilator arteri dengan sedikit atau tanpa efek pada SA *Node* atau AV *Node*. Sebaliknya verapamil dan diltiazem mempunyai efek terhadap SA *Node* dan AV *Node* yang menonjol dan sekaligus efek dilatasi arteri. Semua CCB tersebut di atas mempunyai efek dilatasi koroner yang seimbang. Oleh karena itu CCB, terutama golongan dihidropiridin, merupakan obat pilihan untuk mengatasi angina vasospastik. Studi menggunakan CCB pada UAP dan NSTEMI umumnya memperlihatkan hasil yang seimbang dengan penyekat beta dalam mengatasi keluhan angina.

2) Antiplatelet

(1) Aspirin

Aspirin harus diberikan kepada semua pasien tanpa indikasi kontra dengan dosis *loading* 150-300 mg dan dosis pemeliharaan 75-100 mg setiap harinya untuk jangka panjang, tanpa memandang strategi pengobatan yang diberikan.

(2) Ticagrelor

Ticagrelor direkomendasikan untuk semua pasien dengan risiko kejadian iskemik sedang hingga tinggi (misalnya peningkatan troponin) dengan dosis *loading* 180 mg, dilanjutkan 90 mg dua kali sehari. Pemberian dilakukan

tanpa memandang strategi pengobatan awal. Pemberian ini juga dilakukan pada pasien yang sudah mendapatkan clopidogrel.

(3) Clopidogrel

Obat tersebut direkomendasikan untuk pasien yang tidak bisa menggunakan ticagrelor. Dosis *loading* clopidogrel adalah 300 mg, dilanjutkan 75 mg setiap hari. Pemberian dosis *loading* clopidogrel 600 mg (atau dosis *loading* 300mg diikuti dosis tambahan 300 mg saat IKP) direkomendasikan untuk pasien yang dijadwalkan menerima strategi invasif ketika tidak bisa mendapatkan ticagrelor. Dosis pemeliharaan clopidogrel yang lebih tinggi (150 mg setiap hari) perlu dipertimbangkan untuk 7 hari pertama pada pasien yang dilakukan antiplatelet aspirin dosis *loading* 150-300 mg, dosis pemeliharaan 75-100 mg Ticagrelor dosis *loading* 180 mg, dosis pemeliharaan 2x90 mg/hari Clopidogrel dosis *loading* 300 mg, dosis pemeliharaan 75 mg/hari IKP tanpa risiko perdarahan yang meningkat.

3) Penghambat reseptor glikoprotein IIb/IIIa

Pemilihan kombinasi agen antiplatelet oral, agen penghambat reseptor glikoprotein IIb/IIIa dan antikoagulan dibuat berdasarkan risiko kejadian iskemik dan perdarahan.

4) Antikogulan.

Terapi antikoagulan harus ditambahkan pada terapi antiplatelet secepat mungkin.

(1) Pemberian antikoagulan disarankan untuk semua pasien yang mendapatkan terapi antiplatelet.

(2) Pemilihan antikoagulan dibuat berdasarkan risiko perdarahan dan iskemia, dan berdasarkan profil efikasi-keamanan agen tersebut.

5) Kombinasi antiplatelet dan antikoagulan

(1) Penggunaan warfarin bersama aspirin dan atau clopidogrel meningkatkan risiko perdarahan dan oleh karena itu harus dipantau ketat.

(2) Kombinasi aspirin, clopidogrel dan antagonis vitamin K jika terdapat indikasi dapat diberikan bersama-sama dalam waktu sesingkat mungkin dan dipilih INR terendah yang masih efektif.

(3) Jika antikoagulan diberikan bersama aspirin dan clopidogrel, terutama pada penderita tua atau yang risiko tinggi perdarahan, target INR 2- 2,5 lebih terpilih.

6) Inhibitor ACE dan penghambat reseptor angiotensin.

Inhibitor angiotensin converting enzyme (ACE) berguna dalam mengurangi *remodeling* dan menurunkan angka kematian penderita pascainfark-miokard yang disertai gangguan fungsi sistolik jantung, dengan atau tanpa gagal jantung klinis.

7) Statin.

Tanpa melihat nilai awal kolesterol LDL dan tanpa mempertimbangkan modifikasi diet, inhibitor hydroxymethylglutary-coenzyme A reductase (statin) harus diberikan pada semua penderita UAP/NSTEMI, termasuk mereka yang telah menjalani terapi revaskularisasi, jika tidak terdapat indikasi kontra. Terapi statin dosis tinggi hendaknya dimulai sebelum pasien keluar rumah sakit, dengan sasaran terapi untuk mencapai kadar kolesterol LDL <100 mg/dL. Menurunkan kadar kolesterol LDL sampai <70 mg/dL mungkin untuk dicapai.

2.1.9 Penatalaksaanaan umum

Klien harus bersitirahat di tempat tidur selama 12 – 24 jam pertama, selama waktu tersebut akan tampak apakah infark akan mengalami komplikasi atau tidak. Pada kasus yang tidak mengalami komplikasi, klien dapat duduk di tempat tidur di akhir hari pertama, di izinkan menggunakan satu meja kecil, merawat diri sendiri dan makan sendiri. Mobilisasi dapat di mulai hari berikutnya dan klien tersebut dapat berjalan hingga 200 meter pada permukaan yang datar, dan naik tangga dalam beberapa hari. Klien yang pernah mengalami gagal jantung, syok, atau aritmia yang serius harus tetap berada di tempat tidur lebih lama, dan aktivitas fisiknya meningkat secara perlahan, tergantung pada gejala dan derajat kerusakan miokard (I.S.G., 1990)

2.1.10 Tatalakasana Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember

Klien di rawat inap di ruang perawatan umum Rumah Sakit type C Bina Sehat Jember, setelah di diagnosa Sindroma Koroner Akut, mendapatkan terapi farmakologi sebagaimana telah di tetapkan dengan singkatan MONA, kemudian apabila kondisi klien stabil bisa di rawat di ruang rawat inap biasa setelah mendapat perawatan intensive.

1) M : Morphine sesuai anjuran jika tidak nyeri tidak berkurang setelah pemberian nitogliserin.
2) O : Oksigen sesuai indikasi dan anjuran.

3) N : Nitrogliserin (NTG) *spray*/tablet sublingual, atau golongan nitrat dari ISDN (Isosorbide Dinitrate) dalam bentuk injeksi sebagai vasodilator dan untuk mengurangi nyeri serta mengembalikan aliran darah otot jantung.

4) A : Aspirin di berikan sebagai antiplatelet.

5) Pemberian trombolitik sesuai dosis yang telah di tentukan dan klien menyetuji, apabila klien menolak pemberian trombolitik, maka di berikan terapi antikoagulan.

2.1.11 Komplikasi

1) Gangguan hemodinamik

(1) Gagal jantung

Dalam fase akut dan subakut setelah STEMI, seringkali terjadi disfungsi miokardium. Bila revaskularisasi dilakukan segera dengan IKP atau trombolisis, perbaikan fungsi ventrikel dapat segera terjadi, namun apabila terjadi jejas transmural dan atau obstruksi mikrovaskular, terutama pada dinding anterior, dapat terjadi komplikasi akut berupa kegagalan pompa dengan remodeling patologis disertai tanda dan gejala klinis kegagalan jantung, yang dapat berakhir dengan gagal jantung kronik. Gagal jantung juga dapat terjadi sebagai konsekuensi dari aritmia yang berkelanjutan atau sebagai komplikasi mekanis (Black & Hawks, 2009, p. 1498; PERKI, 2015, p.59).

Diagnosis gagal jantung secara klinis pada fase akut dan subakut STEMI didasari oleh gejala-gejala khas seperti dispnea, tanda seperti sinus takikardi, suara jantung ketiga atau ronkhi pulmonal, dan bukti-bukti objektif disfungsi kardiak seperti dilatasi ventrikel kiri dan berkurangnya fraksi ejeksi.

Peningkatan marka jantung seperti BNP dan N-terminal pro-BNP menandakan peningkatan stress dinding miokardium dan telah terbukti berperan dalam menentukan diagnosis, staging, perlunya rawat jalan atau pemulangan pasien dan mengenali pasien yang berisiko mengalami kejadian klinis yang tidak diharapkan. Selain itu, nilai marka jantung tersebut dipengaruhi beberapa keadaan seperti hipertrofi ventrikel kiri, takikardia, iskemia, disfungsi ginjal, usia lanjut, obesitas dan pengobatan yang sedang dijalani. Sejauh ini belum ada nilai rujukan definitif pada pasien-pasien dengan tanda dan gejala gagal jantung setelah infark akut, dan nilai yang didapatkan perlu diinterpretasikan berdasarkan keadaan klinis pasien (PERKI, 2015, p. 59).

Penilaian hemodinamik dilakukan berdasarkan pemeriksaan fisik lengkap, pemantauan EKG, saturasi oksigen, tekanan darah dan pengukuran *urine output* setiap jam. Pasien yang dicurigai menderita gagal jantung perlu dievaluasi segera menggunakan ekokardiografi transtorakal atau doppler. Ekokardiografi merupakan alat diagnosis utama dan perlu dilakukan untuk menilai fungsi dan volume ventrikel kiri, fungsi katup, derajat kerusakan miokardium, dan untuk mendeteksi adanya komplikasi mekanis. Evaluasi Doppler dapat memberikan gambaran aliran, gradien, fungsi diastolik dan tekanan pengisian. Pemeriksaan X-ray dada dapat menilai derajat kongesti paru dan mendeteksi keadaan penting lain seperti infeksi paru, penyakit paru kronis dan efusi pleura (PERKI, 2015, p. 59).

(2) Hipotensi

Hipotensi ditandai oleh tekanan darah sistolik yang menetap di bawah 90 mmHg. Keadaan ini dapat terjadi akibat gagal jantung, namun dapat juga disebabkan oleh hipovolemia, gangguan irama atau komplikasi mekanis. Bila berlanjut, hipotensi dapat menyebabkan gangguan ginjal, *acute tubular necrosis* dan berkurangnya *urine output* (PERKI, 2015, p. 61).

(3) Kongesti paru

Kongesti paru ditandai dispnea dengan ronki basah paru di segmen basal, berkurangnya saturasi oksigen arterial, kongesti paru pada Roentgen dada dan perbaikan klinis terhadap diuretik dan atau terapi vasodilator (Black & Hawks, 2009, p. 1498; PERKI, 2015, p. 61).

(4) Keadaan output rendah

Keadaan output rendah menggabungkan tanda perfusi perifer yang buruk dengan hipotensi, gangguan ginjal dan berkurangnya produksi urin. Ekokardiografi dapat menunjukkan fungsi ventrikel kiri yang buruk, komplikasi mekanis atau infark ventrikel kanan (PERKI, 2015, p. 61).

(5) Syok kardiogenik

Syok kardiogenik terjadi dalam 6-10% kasus STEMI dan merupakan penyebab kematian utama, dengan laju mortalitas di rumah sakit mendekati 50%. Meskipun syok seringkali terjadi di fase awal setelah awitan infark miokard akut, ia biasanya tidak di diagnosis saat pasien pertama tiba di rumah sakit. Penelitian registry SHOCK (SHould we emergently revascularize Occluded coronaries for Cardiogenic shoCK) menunjukkan bahwa 50% syok

kardiogenik terjadi dalam 6 jam dan 75% syok terjadi dalam 24 jam. Tanda dan gejala klinis syok kardiogenik yang dapat ditemukan beragam dan menentukan berat tidaknya syok serta berkaitan dengan luaran jangka pendek. Pasien biasanya datang dengan hipotensi, bukti *output* kardiak yang rendah (takikardia saat istirahat, perubahan status mental, oliguria, ekstremitas dingin) dan kongesti paru (Black & Hawks, 2009, p. 1498; PERKI, 2015, p. 61).

Kriteria hemodinamik syok kardiogenik adalah indeks jantung <2,2, L/menit/m2 dan peningkatan *wedge pressure* >18 mmHg. Selain itu, diuresis biasanya <20 mL/jam. Pasien juga dianggap menderita syok apabila agen inotropik intravena dan atau IABP dibutuhkan untuk mempertahankan tekanan darah sistolik >90 mmHg. Syok kardiogenik biasanya dikaitkan dengan kerusakan ventrikel kiri luas, namun juga dapat terjadi pada infark ventrikel kanan. Baik mortalitas jangka pendek maupun jangka panjang tampaknya berkaitan dengan disfungsi sistolik ventrikel kiri awal dan beratnya regurgitasi mitral. Adanya disfungsi ventrikel kanan pada ekokardiografi awal juga merupakan prediktor penting prognosis yang buruk, terutama dalam kasus disfungsi gabungan ventrikel kiri dan kanan. Indeks volume sekuncup awal dan *followup* serta *follow-up stroke work index* merupakan prediktor hemodinamik paling kuat untuk mortalitas 30 hari pada pasien dengan syok kardiogenik dan lebih berguna daripada variabel hemodinamik lainnya (Black & Hawks, 2009, p. 1498; PERKI, 2015, p. 61).

(6) Aritmia dan gangguan konduksi dalam fase akut

Aritmia dan gangguan konduksi sering ditemukan dalam beberapa jam pertama setelah infark miokard. Monitor jantung yang dipasang dalam ±5 hari sejak infark miokard akut melaporkan insidensi fibrilasi atrium awitan baru sebesar 28%, VT yang tidak berlanjut sebesar 13%, blok AV derajat tinggi sebesar 10% (≤30 detak per menit selama ≥8 detik), sinus bradikardi sebesar 7% (≤30 detak per menit selama ≥8 detik), henti sinus sebesar 5% (≥5 detik), VT berkelanjutan sebesar 3% dan VF sebesar 3%. Kepentingan prognostik jangka panjang VF yang terjadi awal (<48 jam) atau VT yang berkelanjutan pada pasien dengan infark miokard akut masih kontroversial. Pada pasien dengan infark miokard akut, VF/VT yang terjadi awal merupakan indikator peningkatan risiko mortalitas 30 hari (22% vs 5%) dibandingkan dengan pasien tanpa VF/VT. ACE-I atau ARB mengurangi mortalitas 30 hari pasien-pasien ini. Studi-studi lain menyatakan bahwa pemberian penyekat beta dalam 24 jam pertama setelah infark miokard akut pada pasien dengan VF/VT yang berlanjut dikaitkan dengan berkurangnya mortalitas tanpa diikuti perburukan gagal jantung (Black & Hawks, 2009, p. 1497; PERKI, 2015, p. 61).

(7) Aritmia supraventrikular

Fibrilasi atrium merupakan komplikasi dari 6-28% infark miokard dan sering dikaitkan dengan kerusakan ventrikel kiri yang berat dan gagal jantung. Fibrilasi atrium dapat terjadi selama beberapa menit hingga jam dan seringkali berulang. Seringkali aritmia dapat ditoleransi dengan baik dan tidak memerlukan pengobatan selain antikoagulasi. Dalam beberapa kasus laju

ventrikel menjadi cepat dan dapat menyebabkan gagal jantung sehingga perlu ditangani dengan segera. Kendali laju yang cukup diperlukan untuk mengurangi kebutuhan oksigen miokardium, dan dapat dicapai dengan pemberian beta blocker atau mungkin antagonis kalsium, baik secara oral maupun intravena (PERKI, 2015, p. 64).

Takikardia supraventrikular jenis lain amat jarang terjadi, *self-limited* dan biasanya membaik dengan manuver vagal. Adenosin intravena dapat dipertimbangkan untuk keadaan ini bila kemungkinan *atrial flutter* telah disingkirkan dan status hemodinamik stabil. Selama pemberian, EKG pasien perlu terus diawasi. Bila tidak dikontraindikasikan, Beta blocker juga dapat berguna. Bila aritmia tidak dapat ditolerir dengan baik, kardioversi elektrik dapat diberikan (PERKI, 2015, p. 64).

(8) Aritmia ventrikular

Ventricular premature beats hampir selalu terjadi dalam hari pertama fase akut dan aritmia kompleks seperti kompleks *multiform*, *short runs* atau fenomena R-on-T umum ditemukan. Mereka dianggap tidak dapat dijadikan prediktor untuk terjadinya VF dan tidak memerlukan terapi spesifik. Takikardi ventrikel perlu dibedakan dengan irama idioventrikular yang terakselerasi. Irama tersebut terjadi akibat reperfusi, di mana laju ventrikel <120 detak per menit dan biasanya tidak berbahaya. VT yang tidak berlanjut (<30 detik) bukan prediktor yang baik untuk VF awal dan dapat ditoleransi dengan baik, biasanya tidak memerlukan pengobatan. Kejadian yang lebih lama dapat menyebabkan hipotensi dan gagal jantung dan dapat memburuk menjadi VF. Tidak ada bukti

bahwa pengobatan VT yang tidak berlanjut dan tanpa gejala dapat memperpanjang hidup, sehingga pengobatan untuk keadaan ini tidak diindikasikan, kecuali bila terjadi ketidakstabilan hemodinamik. VT yang berlanjut atau disertai keadaan hemodinamik yang tidak stabil memerlukan terapi supresif (PERKI, 2015, p. 65).

Fibrilasi ventrikel memerlukan defibrilasi segera. Meskipun ditunjukan bahwa lidokain dapat mengurangi insidensi VF pada fase akut infark miokard, obat ini meningkatkan risiko asistol. VF yang berlanjut atau VF yang terjadi melewati fase akut awal (di mana takiaritmia tersebut terjadi bukan karena penyebab yang reversibel seperti gangguan elektrolit atau iskemi transien/reinfark) dapat berulang dan dikaitkan dengan risiko kematian yang tinggi. Meskipun kemungkinan iskemia miokard perlu selalu disingkirkan dalam kasus aritmia ventrikel, perlu ditekankan bahwa revaskularisasi tidak dapat mencegah henti jantung berulang pada pasien dengan fungsi ventrikel kiri abnormal yang berat atau dengan VT monomorf yang berlanjut, bahkan bila aritmia yang terjadi awalnya merupakan akibat dari iskemia transien (PERKI, 2015, p. 65).

(9) Sinus bradikardi dan blok jantung

Sinus bradikardi sering terjadi dalam beberapa jam awal STEMI, terutama pada infark inferior. Dalam beberapa kasus, hal ini disebabkan oleh karena opioid. Sinus bradikardi seringkali tidak memerlukan pengobatan. Bila disertai dengan hipotensi berat, sinus bradikardi perlu diterapi dengan atropin. Bila gagal dengan atropin, dapat dipertimbangkan penggunaan *pacing* sementara.

Blok jantung derajat satu tidak memerlukan pengobatan. Untuk derajat dua tipe I (Mobitz I atau Wenckebach), blokade yang terjadi biasanya dikaitkan dengan infark inferior dan jarang menyebabkan efek hemodinamik yang buruk. Apabila terjadi perubahan hemodinamik, berikan atropin dahulu, baru pertimbangkan *pacing*. Hindari penggunaan agen-agen yang memperlambat konduksi AV seperti beta blocker, digitalis, verapamil atau amiodaron. Blok AV derajat dua tipe II (Mobitz II) dan blok total dapat merupakan indikasi pemasangan elektroda *pacing*, apalagi bila bradikardi disertai hipotensi atau gagal jantung. Bila gangguan hemodinamik yang terjadi berat, hati-hati dalam pemberian *pacing* AV. Pada pasien yang belum mendapatkan terapi reperfusi, revaskularisasi segera perlu dipertimbangkan. Blok AV terkait infark dinding inferior biasanya terjadi di atas *bundle of* HIS, dan menghasilkan bradikardia transien dengan *escape rhythm* QRS sempit dengan laju lebih dari 40 detak per menit, dan memiliki mortalitas yang rendah. Blok ini biasanya berhenti sendiri tanpa pengobatan. Blok AV terkait infark dinding anterior biasanya terletak di bawah HIS (di bawah nodus AV) dan menghasilkan QRS lebar dengan *low escape rhythm*, serta laju mortalitas yang tinggi (hingga 80%) akibat nekrosis miokardial luas. Terjadinya *bundle branch block* baru atau blok sebagian biasanya menunjukkan infark anterior luas, dan kemudian dapat terjadi blok AV komplit atau kegagalan pompa (PERKI, 2015, p. 66-67)..

2) Komplikasi kardiak

Usia lanjut, gejala Killip II-IV, penyakit 3 pembuluh, infark dinding anterior, iskemia berkepanjangan atau berkurangnya aliran TIMI (Thrombolysis In

Myocardial Infarction) merupakan faktor risiko terjadi komplikasi kardiak. Beberapa komplikasi mekanis dapat terjadi secara akut dalam beberapa hari setelah STEMI, meskipun insidensinya belakangan berkurang dengan meningkatnya pemberian terapi reperfusi yang segera dan efektif. Semua komplikasi ini mengancam nyawa dan memerlukan deteksi dan penanganan secepat mungkin. Pemeriksaan klinis berulang (minimal dua kali sehari) dapat menangkap murmur jantung baru, yang menunjukkan regurgitasi mitral atau defek septum ventrikel, yang kemudian perlu dikonfirmasi dengan ekokardiografi segera (PERKI, 2015, p. 67).

(1) Regurgitasi katup mitral

Regurgitasi katup mitral dapat terjadi selama fase subakut akibat dilatasi ventrikel kiri, gangguan muskulus papilaris, atau pecahnya ujung muskulus papilaris atau *chordae tendinae*. Keadaan ini biasanya ditandai dengan perburukan hemodinamis dengan dispnea akut, kongesti paru dan murmur sistolik baru, yang biasanya tidak terlalu diperhatikan dalam konteks ini. Diagnosis ini dicurigai dengan pemeriksaan klinis dan perlu segera dikonfirmasi dengan ekokardiografi darurat. Edema paru dan syok kardiogenik dapat terjadi dengan cepat (PERKI, 2015, p. 67).

(2) Ruptur jantung

Ruptur dinding ventrikel kiri dapat terjadi pada fase subakut setelah infark transmural, dan muncul sebagai nyeri tiba-tiba dan kolaps kardiovaskular dengan disosiasi elektromekanis. Hemoperikardium dan tamponade jantung kemudian akan terjadi secara cepat dan bersifat fatal. Diagnosis dikonfirmasi

dengan ekokardiografi. Apabila tersumbat oleh formasi trombus, ruptur dinding subakut yang terdeteksi dengan cepat dapat dilakukan perikardiosentesis dan operasi segera (PERKI, 2015, p. 67).

(3) Ruptur septum ventrikel

Ruptur septum ventrikel biasanya ditandai perburukan klinis yang terjadi dengan cepat dengan gagal jantung akut dan mumur sistolik yang kencang yang terjadi pada fase subakut. Diagnosis ini dikonfirmasi dengan ekokardiografi, yang dapat membedakan keadaan ini dengan regurgitasi mitral akut dan dapat menentukan lokasi dan besarnya ruptur. *Left-to-right shunt* yang terjadi sebagai akibat dari ruptur ini dapat menghasilkan tanda dan gejala gagal jantung kanan akut awitan baru. Operasi segera dikaitkan dengan laju mortalitas yang tinggi dan resiko ruptur ventrikel berulang, sementara operasi yang ditunda memungkinkan perbaikan septum yang lebih baik namun mengandung resiko terjadinya pelebaran ruptur, tamponade dan kematian saat menunggu operasi. Mortalitas keadaan ini tinggi untuk semua pasien dan lebih tinggi lagi pada pasien dengan kelainan di inferobasal dibandingkan dengan di anteroapikal (PERKI, 2015, p. 68).

(4) Infark ventrikel kanan

Infark ventrikel kanan dapat terjadi sendiri atau, lebih jarang lagi, terkait dengan STEMI dinding inferior. Biasanya gejalanya muncul sebagai triad hipotensi, lapangan paru yang bersih serta peningkatan tekanan vena jugularis. Elevasi segmen ST ≥1 mV di V1 dan V4 merupakan ciri infark ventrikel kanan dan perlu secara rutin dicari pada pasien dengan STEMI inferior yang disertai

dengan hipotensi. Ekokardiografi doppler biasanya menunjukkan dilatasi ventrikel kanan, tekanan arteri pulmonal yang rendah, dilatasi vena hepatika dan jejas dinding inferior dalam berbagai derajat. Meskipun terjadi distensi vena jugularis, terapi tetap diberikan dengan tujuan mempertahankan tekanan pengisian ventrikel kanan dan mencegah atau mengobati hipotensi. Pemberian diuretik dan vasodilator perlu dihindari karena dapat memperburuk hipotensi. Irama sinus dan sinkronisitas atrioventrikular perlu dipertahankan dan AF atau blok AV yang terjadi perlu segera ditangani (PERKI, 2015, p. 68).

(5) Perikarditis

Insiden perikarditis setelah STEMI semakin berkurang dengan semakin majunya terapi reperfusi yang modern dan efektif. Gejala perikarditis antara lain nyeri dada berulang, biasanya khas yaitu tajam dan bertentangan dengan iskemia rekuren, terkait dengan postur dan pernapasan. Perikarditis dapat muncul sebagai re-elevasi segmen ST dan biasanya ringan dan progresif, yang membedakannya dengan re-elevasi segmen ST yang tiba-tiba seperti pada re-oklusi koroner akibat trombosis *stent*. *Pericardial rub* yang terus menerus dapat mengkonfirmasi diagnosis, namun sering tidak ditemukan, terutama apabila terjadi efusi perikardial berat. Ekokardiografi dapat mendeteksi dan menentukan besarnya efusi, bila ada, dan menyingkirkan kecurigaan efusi hemoragik dengan tamponade. Nyeri biasanya menghilang dengan pemberian aspirin dosis tinggi, paracetamol atau kolkisin. Pemberian steroid dan NSAID jangka panjang perlu dihindari karena dapat menyebabkan penipisan jaringan

parut dan pembentukan aneurisma atau ruptur (Black & Hawks, 2009, p. 1499; PERKI, 2015, p. 69).

(6) Aneurisma ventrikel kiri

Pasien dengan infark transmural besar, terutama di dinding anterolateral, dapat mengalami perluasan infark yang di ikuti dengan pembentukan aneurisma ventrikel kiri. Proses remodeling ini terjadi akibat kombinasi gangguan sistolik dan diastolik dan, seringkali, regurgitasi mitral. Ekokardiografi doppler dapat menilai volume ventrikel kiri, fraksi ejeksi, derajat dan luasnya abnormalitas gerakan dinding, dan mendeteksi trombus yang memerlukan antikoagulasi. ACE-I/ARB dan antagonis aldosteron telah terbukti memperlambat proses remodeling dalam infark transmural dan meningkatkan kemungkinan hidup, dan perlu diberikan segera sejak keadaan hemodinamik stabil. Pasien seringkali akan menunjukkan tanda dan gejala gagal jantung kronik dan perlu ditangani dengan sesuai (PERKI, 2015 p. 70).

(7) Trombus ventrikel kiri

Frekuensi terjadinya trombus ventrikel kiri telah berkurang terutama karena kemajuan dari terapi reperfusi, penggunaan obat-obatan antitrombotik dalam STEMI, dan berkurangnya ukuran infark miokardium akibat reperfusi miokardium yang segera dan efektif. Meskipun beberapa penelitian menunjukkan bahwa hampir seperempat infark miokard anterior memiliki trombus ventrikel kiri yang dapat terdeteksi, keadaan ini dikaitkan dengan prognosis yang buruk karena berhubungan dengan infark yang luas, terutama bagian anterior dengan keterlibatan apikal, dan risiko embolisme sistemik.

Penelitian-penelitian yang relatif menunjukkan bahwa pemberian antikoagulasi pada pasien-pasien dengan abnormalitas gerakan dinding anterior besar mengurangi terjadinya trombus mural (PERKI, 2015, p. 70).

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Pengertian

Ansietas (kecemasan) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Tidak ada objek yang dapat di identifikasi sebagai stimulus ansietas (Videbeck, 2008). Kecemasan merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disetai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan yang berlebihan. Kecemasan merupakan gejala yang umum tetapi non spesifik yang sering merupakan suatu fungsi emosi (Kaplan, Saddock, & Grebb, 1998).

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan di komunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya. Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan unntuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen, 2006)

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidak nyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang

dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Yusuf, *et al.* 2014).

Kecemasan adalah merupakan fungsi emosi klien secara subjektif disertai oleh perasaan khawatir dan tanda gejala somatik, seseorang merasa cemas dikarenakan adanya suatu penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya (Stuart & Sundeen, 1995; Videbeck, 2008; Yusuf, *et al.* 2014).

2.2.2 Proses kecemasan

1) Faktor predisposisi

Stuart dan Laria (2001) mengemukakan bahwa penyebab kecemasan dapat dipahami melalui beberapa teori yaitu:

(1) Teori psikoanalitik

Menurut Freud, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma – norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart & Sundeen, 2006).

(2) Teori tingkah laku (Pribadi)

Teori ini berkaitan dengan teori ini berkaitan dengan pendapat bahwa kecemasan adalah hasil frustasi, dimana segala sesuatu yang menghalangi terhadap kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang di inginkan dapat menimbulkan kecemasan. Faktor presipitasi yang aktual mungkin adalah sejumlah stressor internal dan eksternal, tetapi faktor – faktor tersebut bekerja menghambat

usaha seseorang untuk memperoleh kepuasan dan kenyamanan. Selain itu kecemasan juga sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan (Stuart & Sundeen, 2006).

(3) Teori keluarga

Menunjukkan bahwa gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga dan juga terkait dengan tugas perkembangan individu dalam keluarga (Stuart & Sundeen, 2006).

(4) Teori biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gama neuroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana halnya dengan endorfin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

2) Faktor presipitasi

Menurut Stuart dan Sundeen (2006), faktor presipitasi dibagi menjadi 2 meliputi :

(1) Faktor eksternal :

a) Ancaman terhadap integritas biologi seperti penyakit, trauma fisik, dan menurunnya kemampuan fisiologis untuk melakukan aktifitas sehari – hari.

b) Ancaman sistem diri antara lain : ancaman terhadap identitas diri, harga diri seperti proses kehilangan, dan perubahan peran, perubahan lingkungan dan status ekonomi.

(2) Faktor internal :

Kemampuan individu dalam merespon penyebab kecemasan di tentukan oleh:

a) Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi (Varcolis, 2000).

b) Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan (Varcolis, 2000).

c) Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru (Stuart & Sundeen, 2006). Pendidikan yang di maksud adalah termasuk pendidikan formal (pendidikan Dasar, Menengah dan Tinggi)

serta apakah klien pernah mendalami pendidikan Diniyah (Agama) baik di pesantren atau di majlis taklim di lingkungan klien.

d) Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cidera serta kondisi fisik akibat penyakit yang diderita akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan (Varcolis, 2000).

e) Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri – ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu – buru waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot – otot mudah tegang. Sedangkan orang dengan tipe kepribadian B mempunyai ciri – ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena tipe kepribadian B adalah orang yang penyabar, tenang, teliti, dan rutinitas (Stuart & Sundeen, 2006).

f) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan di banding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati (Varcolis, 2000; Stuart & Sundeen, 2006).

g) Usia

Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Varcoralis, 2000).

h) Jenis kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguab cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami wanita dari pada pria (Varcoralis, 2000).

2.2.3 Kecemasan pada klien SKA

Kecemasan mempunyai prevalensi yang tinggi sebagai *co-morbid* sindroma koroner akut. Kecemasan somatik dan kognitif pada klien sindroma koroner akut menunjukkan hubungan dengan kematian (Oldroyd, *et al.* 2013). Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang menekan kehidupan seseorang. Teori psikoanalitis klasik menyatakan bahwa pada saat individu menghadapi situasi yang dianggapnya mengancam, maka secara umum ia akan memiliki reaksi yang biasanya berupa rasa takut. Kebingungan menghadapi stimulus yang berlebihan dan tidak berhasil diselesaikan oleh ego, maka ego akan di liputi kecemasan. Pada klien SKA banyak mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan panik. Kecemasan yang dialami klien mempunyai alasan diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak bisa sembuh, cemas dan takut akan kematian.

Cemas sering terjadi pada klien dengan sindrom koroner akut maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Meskipun prevalensinya cukup tinggi, kondisi psikiatrik ini sering tidak disadari oleh petugas kesehatan dan tidak mendapatkan penanganan selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Cemas dihubungkan dengan timbulnya dampak kardiovaskuler yang buruk bagi penderita serangan

jantung akut. Cemas berhubungan dengan meningkatnya risiko infark miokard baik non fatal maupun fatal (berakhir kematian). Kemungkinan persistensi kecemasan pada klien SKA harus mendapatkan perhatian sehingga pentingnya pemeriksaan fisik dan psikiatri serta *follow-up* yang berkesinambungan terhadap klien SKA dapat membantu klien dalam mempertahankan kondisi seoptimal mungkin sehingga dapat terhindar dari resiko-resiko kejadian penyakit jantung lanjutan.

2.2.4 Klasifikasi kecemasan

Ada empat tingkat kecemasan, yaitu ringan, sedang, berat dan panik (Stuart & Sundeen, 2006)

1) Kecemasan ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2) Kecemasan sedang

Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah (Yusuf, *et al.* 2014). Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernafasan meningkat, ketegangan otot menigkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi

menyempit, mampu untuk belajar tapi tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, kemampuan selektif dan mudah lupa, marah dan menangis.

3) Kecemasan berat

Ansietas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain (Yusuf, *et al.* 2014). Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, nausea, tidak dapat tidur (insomnia), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi.

4) Panik

Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, serta kehilangan pemikiran rasional (Yusuf, *et al.* 2014). Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernafas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, diaphoresis, pembicaraan inkhoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi.

2.2.5 Alat ukur kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan alat ukur kecemasan yang disebut *HARS* (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang berdasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan (Vural, *et al.* 2008). Menurut skala HARS terdapat 14 simptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 sampai dengan 4. Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton. Skala HARS dalam penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi :

1) Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2) Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3) Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4) Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5) Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7) Gejala somatik : nyeri pada otot – otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8) Gejala sensorik : perasaan ditusuk – tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.

9) Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.

10) Gejala pernafasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.

11) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.

12) Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.

13) Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.

14) Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari – jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan nafas pendek dan cepat.

Pada nomer 9, 10 serta 11 yang berkaitan dengan gejala kardiovaskuler, pernafasan serta gejala gastrointestinal tetap dilakukan penilaian, akan tetapi di lakukan pembahasan secara khusus dikarenakan hal tersebut berhubungan dengan penyakit yang mendasari serta obat – obatan yang di terima oleh klien. Cara penilaian kecemasan klien Sindroma Koroner Akut adalah dengan memberikan nilai setelah pengisian kuesioner dengan kategori:

0= tidak ada gejala sama sekali

1= ringan / satu dari gejala yang ada

2= sedang /separuh dari gejala yang ada

3= berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada

4= sangat berat / semua gejala ada

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

(1) Skor <14 = tidak ada kecemasan

(2) Skor 14 – 20 = kecemasan ringan

(3) Skor 21 – 27 = kecemasan sedang

(4) Skor 28 – 41 = kecemasan berat

(5) Skor 42 – 56 = panik

Perlu diketahui bahwa alat ukur HARS ini dimaksudkan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu sendiri (Hawari, 2008).

2.2.6 Tahap respon psikologis

Repon psikologis seseorang yang mengalami kehilangan ada lima tahap menurut Kubler-Ross (1969). Lima tahap respon psikologis ini sering di identikkan dengan lima tahap duka cita yang di sebabkan oleh proses kematian, akan tetapi berkembang lebih luas dan dapat di gunakan untuk memahami reaksi pasca kejadian traumatik yang di alami oleh seseorang.

1) Penyangkalan (*Denial*).

Reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah terkejut, tidak percaya merasa terpukul dan menyangkal pernyataan bahwa kehilangan itu benar – benar terjadi (Sulistiawati, 2005).

2) Marah (*Anger*)

Kemarahan yang di alami oleh seseorang dapat di ungkapkan dengan berbagai cara. Individu mungkin menyalahkan diri sendiri dan atau orang lain atas

apa yang terjadi padanya serta pada lingkungan tempat dia tinggal. Pada kondisi ini individu tidak memerlukan nasihat, baginya nasihat adalah sebuah bentuk pengadilan yang sangat membuatnya menjadi lebih terganggu. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap ini antara lain wajah merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur dan tangan mengepal (Sulistiawati, 2005).

3) Tawar – menawar (*Bergaining*).

Apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marah, maka klien maju pada tahap tawar – menawar (Sulistiawati, 2005). Pada tahap ini seseorang berpikir seandainya dapat menghindari kehilangan atau penyakit itu. Reaksi yang sering muncul adalah dengan mengungkapkan perasaan bersalah atau ketakutan pada dosa yang pernah dilakukan, baik itu nyata atau hanya imajinasi (Kozier, 2004).

4) Depresi (*Depression*)

Individu pada tahap ini mengalami disorgaisasi dalam batas tertentu dan merasa bahwa mereka tidak mampu melakukan tugas yang di masa lalu di lakukan dengan sedikit kesulitan. Gejala fisik yang sering di perlihatkan adalah menolak makan, susah tidur, letih dan libido menurun (Sulistiawati, 2005).

5) Penerimaan (*Acceptance*)

Tahap ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Individu akan menyadari bahwa hidup mereka harus berlanjut dan mereka harus mencari makna baru dari keberadaan mereka. Individu telah menerima kenyataan kehilangan yang di alaminya, gambaran tentang obyek yang hilang atau status sehat yang hilang

mulai di lepaskan dan secara bertahap perhatian di alihkan kepada obyek yang baru (Sulistiawati, 2005).

2.2.7 Tatalaksana kecemasan

Kecemasan pada klien dengan gangguan jantung yang berkepanjangan dan tidak segera di berikan tindakan yang tepat dan efektif dapat menghambat proses penyembuhan dan mendasari faktor resiko mayor yang memperburuk kondisi jantung. Aktivasi sistem saraf simpatis secara berlebihan dan dikeluarkannya katekolamin selama kecemasan dapat memicu *thrombogenesis*. Gejala kecemasan memberikan dampak yang buruk terhadap jantung dan meningkatkan resiko klien terhadap penyakit jantung iskemia serta meningkatkan resiko infark miokard. Manajemen kecemasan yang efektif dapat memberikan dampak yang positif dalam proses penyembuhan klien karena dapat menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis (SNS) serta aktivitas *hypothalamic pituitary andrenal* (HPA) (Anwar, *et al.* 2011). Manajemen kecemasan bisa di lakukan melalui farmakologi dan nonfarmakologi.

1) Farmakologi; terapi kecemasan dan gangguan tidur yang lazim di gunakan di seluruh dunia adalah golongan obat hipnotik – sedatif. Sedatif yang efektik (ansiolitik) harus dapat mengurangi ansietas dan berefek menenangkan. Gangguan ansietas mungkin dapat dipulihkan oleh kebanyakan benzodiazepin (Katzung, 2011, p.365). Alprazolam lebih banyak diresepkan di seluruh dunia untuk mengurangi kecemasan dan gangguan tidur pada klien dengan gangguan jantung (Anwar, *et al.* 2011). Akan tetapi penggunaan benzodiazepin ini dapat

mengakibatkan ketergantungan, depresi fungsi saraf pusat, dan efek amnesia (Katzung, 2011, p.365).

2) Non farmakologi;

Terapi non farmakologi bisa menggunakan psikoterapi, dan selalu menjadi terapi pilihan untuk mengatasi kecemasan secara umum, akan tetapi tidak untuk kasus kecemasan yang sangat berat dimana dibutuhkan efek yang cepat untuk menurunkan kecemasan dan unntuk mencegah konsekuensi yang lebih berat. Diantara psikoterapi tersebut adalah:

(1) *Behavioral therapies* : terapi ini fokus menggunakan tehnik – tehnik seperti yang digunakan dalam *guided imagery*, tehnik relaksasi, *biofeedback*; desensitization secara progresiv untuk menurunkan kecemasan atau untuk menghilangkan fobia tertentu.

(2) *Cognitive-behavioral therapy (CBT):* dalam terapi ini klien belajar untuk menguraikan ketakutan dengan cara memodifikasi cara berpikir dan berperilaku. Tujuan mayor dari CBT ini adalah untuk menurunkan kecemasan dengan menyingkirkan keyakinan atau tingkah laku yang bisa menyebabkan kecemasan.

(3) *Psychodynamic therapy:* terapi ini di sarankan oleh Freud, hal ini didasari pemikiran bahwa sumber primer dari perilaku yang abnormal adalah konflik lama yang tidak terpecahkan serta kemungkinan masuknya impuls yang tidak disadari ke dalam alam sadar.

(4) *Family therapy and parent training:* terapi ini berfokus terhadap keluarga dan dinamika keluarga.ini berdasarkan asumsi yang mengatakan bahwa setiap

inndividu dalam keluarga tidak bisa memperbaiki suatu masalah tanpa memahami konflik yang di temukan dalam berinterksi antar anggota keluarga (Feldman, 2004).

2.3 *Guided Imagery*

2.3.1 Pengertian

Guided imagery (imajinasi terbimbing) adalah upaya petugas kesehatan untuk menciptakan rasa senang dalam pikiran klien dalam waktu 10 sampai 15 menit dengan menggunakan teknik termasuk visualisasi sederhana, kemudian berkonsentrasi pada rasa yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien (Prasetyo, 2010 dalam Julianto dan Subandi. 2015; Crampton, 2005).

Guided imagery adalah tehnik relaksasi yang berdasarkan visualisasi gambar atau *imagery* dan *body awareness* yang menyenangkan, digunakan untuk membantu klien untuk menciptakan *sensory–rich image* dalam otak dan pemikiran klien yang kemudian dapat menimbulkan ketenangan atau keadaan yang relaks, konsentrasi dan *body awareness. Guided imagery* dapat mendorong klien agar pemikiran atau otak mereka bebas dari segala pemikiran yang mengganggu, terlepas dari kekhawatiran mereka dari segala kehidupan sehari – hari dan melebur dalam sesi ini. Teknik-teknik ini didasari oleh konsep bahwa tubuh dan pikiran adalah terhubung. Dengan kata lain *guided imagery* mendorong orang-orang merasa koneksi antara pikiran dan tubuh dan dapat berkontribusi pada perasaan untuk mengelola kesulitan dalam hidup mereka (Tisminetzky, *et al*, 2012; Yijing, *et al.* 2015).

Guided imagery merupakan teknik untuk menuntun individu dalam membayangkan sensasi apa yang dilihat, dirasakan, didengar, dicium, dan disentuh tentang kondisi yang santai atau pengalaman yang menyenangkan untuk membawa respon fisik yang diinginkan (sebagai pengurang stres dan kecemasan).

2.3.2 Respon tubuh

Pembentukan imajinasi yang menyenangkan akan diterima oleh berbagai alat indera kemudian rangsangan tersebut di jalankan ke batang otak menuju sensor thalamus. Dikortek cerebri rangsangan akan di analisis, di pahami dan di susun menjadi sesuatu yang nyata sehingga otak mengenali objek dan arti kehadiran rangsangan tersebut. Bayangan atau imajinasi yang di sukai dan menyenangkan di anggap sebagai sinyal penting dan disimpan di memori. Rangsangan yang di sukai memori akan dimunculkan kembali dianggap sebagai suatu persepsi dari pengalaman sensori yang sebenarnya. Pengalaman sensori tersebut dapat merilekskan pikiran dan meregangkan otot-otot sehingga cemas yang dirasakan menjadi berkurang (Presetyo, 2010 dalam Julianto dan Subandi. 2015).

2.3.3 Syarat – syarat *guided imagery*

Pembentukan imajinasi terbimbing yang menyenangkan tidak akan bisa tercapai apabila klien yang di berikan intervensi tidak memenuhi syarat. *Imagery* atau imajinasi terbimbing sebaiknya tidak diberikan kepada klien yang berada dalam keadaan sebagai berikut:

1) Klien dalam keadaan psikotik yang aktif.

2) Ketidakmampuan klien berpikir secara abstract.

3) Klien yang akan di interevensi tidak bisa membedakan fantasi dan realitas.

4) Mengalami halusinasi atau delusi.

5) Dalam keadaan dementia atau delirium.

6) Klien tidak mampu berkomunikasi (Burnett. 2012).

2.3.4 Prosedur pemberian *guided imagery*

Teknik *guided imagery* secara umum antara lain:

1. Membuat individu dalam keadaan santai yaitu dengan cara:
   1) Mengatur posisi yang nyaman (duduk atau berbaring)
   2) Silangkan kaki, tutup mata atau fokus pada suatu titik atau suatu benda di dalam ruangan.
   3) Fokus pada pernapasan otot perut, menarik napas dalam dan pelan, napas berikutnya biarkan sedikit lebih dalam dan lama dan tetap fokus pada pernapasan dan tetapkan pikiran bahwa tubuh semakin santai dan lebih santai
   4) Rasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki.
   5) Jika pikiran tidak fokus, ulangi kembali pernapasan dalam dan pelan.
2. Sugesti khusus untuk imajinasi yaitu:
   1) Pikirkan bahwa seolah-olah pergi ke suatu tempat yang menyenangkan dan merasa senang ditempat tersebut.
   2) Sebutkan apa yang bisa dilihat, dengar, cium, dan apa yang dirasakan
   3) Ambil napas panjang beberapa kali dan nikmati berada ditempat tersebut
   4) Sekarang, bayangkan diri anda seperti yang anda inginkan (uraikan sesuai tujuan yang akan dicapai/diinginkan).
3. Beri kesimpulan dan perkuat hasil praktek yaitu:

1) Mengingat bahwa anda dapat kembali ke tempat ini, perasaan ini, cara ini kapan saja anda menginginkan.
2) Anda bisa seperti ini lagi dengan berfokus pada pernapasan anda, santai, dan membayangkan diri anda berada pada tempat yang anda senangi.

4. Kembali ke keadaan semula yaitu:
   1) Ketika anda telah siap kembali ke ruang dimana anda berada.
   2) Anda merasa segar dan siap untuk melanjutkan kegiatan anda.
   3) Sebelumnya anda dapat menceritakan pengalaman anda ketika anda telah siap (Apostolo & Kolcaba, 2009).

Guided imagery yang dilakukan terhadap klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dimulai dengan pengaturan posisi yang nyaman pada klien dan latihan relaksasi untuk memfokuskan perhatian dan meringankan ketegangan individu sebelum *guided imagery* yang sebenarnya di mulai. Latihan awal melibatkan latihan pernapasan dalam dan pelan dengan hitungan 1,2,3 kemudian di lepaskan pelan – pelan melalui mulut dengan hitungan yang sama yaitu 1,2,3 serta bawa udara kedalam perut ketika tarik nafas, lakukan sampai tiga kali kemudian membayangkan sebuah tempat di mana klien merasa tenang, aman, bahagia dan santai, selanjutnya membayangkan ke hal yang lebih spesifik dengan bantuan penayangan rekaman umat muslim tawaf di Baitullah. Dengan suara yang lembut, klien dibawa menuju tempat spesial dalam imajinasi mereka (berada dalam masjidil haram dekat Baitullah). Mereka dapat merasa aman dan bebas dari segala gangguan. Meminta klien untuk tetap fokus pada bayangan yang menyenangkan sambil merileksasikan tubuhnya.

Klien tetap dianjurkan tarik nafas dalam dan perlahan beberapa kali dan bawa klien untuk kembali, serta tetap fokus ke penafasan. Selanjutnya bawa kesadaran klien ke dalam ruangan secara perlahan dan dengan suara lembut. Ketika klien siap, minta klien untuk buka mata dengan suara lembut dan tetap bernafas dalam dengan perlahan.

2.4 Spiritual Care

2.4.1 Pengertian

Spiritualitas adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain. Walaupun beberapa berpendapat bahwa spiritualitas diartikan sebagai kepercayaan yang memiliki arti yang lebih luas di bandingkan dengan agama (Wilson & Barber, 2015). Dengan kata lain spiritual adalah apa yang memberikan motivasi dalam hidup, memilih dan kemudian bertindak. Keadaan ini mencakup kesadaran tentang sesuatu atau seseorang yang lebih besar daripada diri sendiri, belum tentu tuhan yang Maha Esa.

Unesco (2014) spiritual bisa di pelajari dan dilakukan melalui empat tahapan yaitu:

1) *Learning to know*

Kondisi ini mencakup belajar untuk tahu merupakan instrument pembelajaran keterampilan yang menjadi satu kesatuan dan mencakup arti dan akhir dari eksistensi manusia, yang memungkinkan individu untuk memperoleh manfaat dari pembelajaran seumur hidup. Mengingat perubahan yang cepat dibawa oleh kemajuan ilmu pengetahuan dan bentuk-bentuk baru kegiatan ekonomi dan

sosial. Belajar untuk mengetahui dan memahami, menemukan, mengerti dan peduli dengan alam sekitar serta untuk membantu manusia untuk membedakan mana yang benar dan yang salah.

2) *Learning to do*

Belajar untuk melakukan artinya menekankan seseorang untuk berperilaku dengan baik dan benar dalam berbagai macam situasi dan kondisi dan menekankan pembelajaran berdasarkan pengalaman atau proses mengartikan sesuatu dengan pengalaman langsung. Hubungan antara pengetahuan dan dunia nyata tergantung dari kemampuan individu tersebut mengatur dan beradaptasi dengan peraturan dalam berbagai sistuasi yang tidak terduga di kehidupan nyata.

3) *Learning to be*

Belajar mengembangkan *mind and body,* intelejensi, sensitifitas, *aesthetic sense,* tanggung jawab dan nilai spiritual seseorang serta kesempurnaan personalitas seseorang. Pilar ini bertujuan untuk memenuhi kesempurnaan dan perkembangan seseorang dengan cara yang holistik.

4) *Learning to live together*

Belajar untuk hidup bersama (manusia, makhluk hidup dan alam sekitar) dipandang perlu untuk mengembangkan pemahaman orang lain, sejarah, tradisi-tradisi mereka dan spiritualitas mereka. Diperlukan untuk mengembangkan kepedulian terhadap sosial yang di gambarkan dengan pemahaman dan apresiasi terhadap interdependen dan perbedaan-perbedaan. Dikembangkannya spirit emphaty, saling memahami, damai dan solidaritas

sepanjang hidup mereka. Dalam agama Islam hal orang yang mukhlisin atau orang – orang yang ikhlas terhadap segala sesuatu.

2.4.2 Prosedur spiritual care

Spiritual dalam praktek memiliki tiga tahap utama:

1) Pengkajian spiritual: bertujuan untuk mengidentifikasi keadaan rohani seseorang dan kebutuhan spiritual khusus mereka. Pertanyaan – pertanyaan yang di ajukan tidak di tentukan secara baku dan formal untuk menghindari kesan mempermalukan dan menakuti klien. Untuk mempermudah pengkajian ada dua pilihan alternative seting pertanyaan pengkajian (Puchalski, 2013 dalam Wilson & Barber, 2015).

(1) FICA

a. *Faith and belief*

Pertanyaan yang mengacu terhadap keyakinan dan kepercayaan klien (Agama) dan seberapa penting keyakinan tersebut terhadap klien dalam menghadapi stressor dan kehidupan klien menjadi lebih berarti.

b. *Importance*

Keyakinan dan kepercayaan setiap klien berbeda, nilai terhadap kehidupan, pengaruh terhadap perilaku sehari – hari dalam menyikapi sehat dan sakit, serta peran keyakinan dan kepercayaan dalam mendapatkan kembali kesehatan klien.

c. *Community*

Apakah klien termasuk dari bagian kegiatan spiritual di komunitas klien bertempat tinggal, seberapa jauh suport yang di berikan terhadap

klien serta adakah seorang tokoh atau figur tertentu yang dianggap penting dalam kehidupan spiritualitas klien.

d. *Address in care*

Bagaimana penilaian klien klien terhadap kita sebagai pemberi pelayanan kesehatan apakah klien menyukai kita atau sebaliknya, serta apa yang klien harapkan untuk mengatasi masalah ini dalam perawatan kesehatan.

(2) HOPE

a) Sumber harapan, kenyamanan, kekuatan dan sistem dukungan.

b) Agama dan nilai agama tersebut bagi klien.

c) Spiritualitas personal dan applikasi dalam kehidupan sehari – hari serta dampak pada kesehatan. Bagaimana pengaruh situasi saat ini dalam melakukan kegiatan spiritual klien serta hubungan klien terhadap Tuhan.

2) Kedua membuat rencana *spiritual care*: menggambarkan intervensi yang direncanakan, dibangun untuk memenuhi kebutuhan tersebut, sesuai dengan keinginan seseorang.

Pada dasarnya klien lebih mengetahui apa yang paling sesuai terhadap diri mereka sendiri.

(1) Menawarkan satu persatu tindakan keperawatan spiritualitas yang tersedia sesuai dengan keinginan dan kepercayaan klien. Spiritualitas hanya hal – hal yang berhubungan dengan agama, spiritualitas bisa berasal dari

hubungan teman dan saudara atau seseorang yang sangat berarti bagi klien.

(2) Klien bisa mengambil bagian dalam ritual-ritual agama tertentu sesuai dengan keyakinan dan kepercayaan klien. Beberapa orang mungkin ingin menjelajahi agama yang berbeda untuk melihat apa yang mungkin tepat untuk mereka.

(3) Klien mungkin berpikir itu bisa membantu mereka untuk menghabiskan waktu sendirian dalam doa atau meditasi. Untuk ini, mereka membutuhkan ruang yang tepat, waktu dan sumber daya.

(4) Klien bisa kontak lebih informal dengan komunitas iman mereka, mungkin ibadah dengan mereka, tapi mungkin untuk dukungan, persahabatan dan perusahaan. Mereka mungkin ingin dukungan dari orang-orang dari budaya mereka sendiri.

(5) Ide-ide dari kegiatan non-religius bisa menginspirasi mereka secara rohani dan membantu mereka untuk menemukan makna dan tujuan di dalam pengalaman-pengalaman saat ini maupun di dalam kehidupan masa depan mereka.

3) Ketiga adalah pelaksanaan: pelaksanaan perawatan yang dijelaskan dalam rencana perawatan. Siapa , kapan dan bagaimana akan tergantung pada keadaan spiritual klien. Mengatasi rohani klien perlu dilakukan sesuai dengan rencana perawatan yang telah dibuat sebelumnya, akan tetapi harus di sesuaikan dengan kondisi klien.

(1) Jika orang memiliki spiritualitas tidak sehat, dan beresiko tidak terkendali dan berperilaku merusak, hal ini tidak memungkinkan untuk melakukan penilaian spiritual dan membuat rencana perawatan spiritual sampai klien menjadi lebih tenang.

(2) Klien yang mengalami kurang kesadaran spiritual, pendekatan kreatif sangat diperlukan. Melibatkan latar belakang budaya dan agama juga diperlukan dalam pelaksanaan *spiritual care.*

(3) Klien yang tidak mengalami gangguan dalam spiritualitas penting untuk menjaga situasi tersebut. Dukungan harus ditawarkan dengan orang yang tepat orang atau sesuai dengan keinginan klien. Akan tetapi, seseorang dengan spiritualitas sehat mungkin tidak selalu memiliki iman Agama formal. Mereka mungkin ingin dapat difasilitasi dengan cara lain untuk memelihara kesejahteraan rohani mereka pribadi (Wilson & Barber, 2015).

2.5 *Religion*

2.5.1 Pengertian

Arti dari *Religion* dalam bahasa Indonesia adalah agama. Agama adalah sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Maha kuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta lingkungannya (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012). Agama merupakan bagian dari spiritual, karena menurut MacKinlay kegiatan peribadatan dalam agama merupakan salah satu cara manusia untuk berhubungan dengan Yang Maha Kuasa serta manussia dan alam sekitar.

Berdasarkan Keppres No.6/2000 yang dikeluarkan oleh Presiden Abdurrahman Wahid ini kemudian diperkuat dengan Surat Keputusan (SK) Menteri Agama Republik Indonesia Nomor MA/12/2006 yang menyatakan bahwa pemerintah mengakui keberadaan agama Kong Hu Cu di Indonesia. Dengan demikian Agama yang diakui di Indonesia ada enam agama yaitu; Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu, Budha dan Kong Hu Cu.

2.5.2 Agama Islam

Berdasarkan penelitian tahap I yang di lakukan di Rumah Sakit Bina Sehat Jember, di dapatkan bahwa seluruh informan beragama Islam. Agama Islam dalam istilah Arab disebut *Dinul Islam.* Kata *Dinul Islam* tersusun dari dua kata yakni *Din* dan *Islam.* Arti kata *din* adalah agama, sedangkan kata *'Islam'* secara etimologis berasal dari akar kata kerja *'salima'* yang berarti selamat, damai, dan sejahtera, lalu muncul kata *'salam'* dan *'salamah'* . (Munawwir, 1997, p.654-656). Agama ini di bawa oleh Nabi Muhammad SAW dan Al-Quran sebagai kitab suci umat muslim di seluruh dunia.

Kitab suci Al-Quran menjelaskan tujuan dan kewajiban seorang muslim melalui surah dan ayat, yang mendidik dan merubah seorang muslim melalui pembacaan Al-Quran. Al-Quran disebut sebagai kitab penyembuhan bagi muslim yang meyakininya. Nabi Muhammad SAW menekankan pentingnya membaca AL-Quran dengan suara nyaring daripada membaca dalam hati : "perbedaan diantara membaca dengan hati dan membaca dengan suara nyaring seperti botol parfum ketika tertiup dan ketika terbuka" (Babamohamadi, *et al.* 2015).

2.5.3 Pengobatan dalam agama Islam

Di dalam Islam sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW ada beberapa macam, diantaranya:

1) *Spiritual ilahiyah*; doa dan dzikir lebih dikenal dengan sebutan istilah *ruqyah syar'iyah.*

   (1) "Dan kami turunkan dari AL-Quran (sesuatu) yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang yang beriman, sedangkan bagi orang yang zalim (Al-Quran itu) hanya akan menambah kerugian" (Al Isra : 82).

   (2) "Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku," (Asy-Syu'araa : 80).

   (3) "Katakanlah, "Al-Quran adalah petunjuk dan penyembuh bagi orang – orang yang beriman" (Fushshilat : 44) (Departemen Agama RI. 2007).

   Obat *spiritual* adalah obat dari ayat – ayat Al – Quran atau doa – doa Rasulullah SAW, yang di sebut sebagai *ruqyah syar'iyah.* Ruqyah bisa di gunakan untuk mengobati penyakit non medis dan medis, sasaran dan tujun dari intervensi tersebut adalah pengolahan/aktivitas *spiritual* untuk memperoleh ridho Allah SWT.

2) Materi natural; obat alamiah seperti madu, zam – zam, zaitun serta semisalnya.

   "Kemudian makanlah dari segala (macam) buah – buahan lalu tempuhlah jalan Tuhanmu yang telah dimudahkan (bagimu). Dari perut lebah itu keluar minuman (madu) yang bermacam – macam warnanya, di dalamnya terdapat obat yang menyembuhkan bagi manusia. Sungguh, pada yang demikian itu

benar – benar terdapat tanda (kebesaran Allah) bagi orang yang berpikir" (An Nahl : 69).

Materi natural yang sering di gunakan untuk pengobatan dalam Islam banyak mengandung manfaat dan kegunaan, diantaranya:

(1) Madu : bermanfaat sebagai anti bakteri, anti radang, serta anti oksidan

(2) Zam – zam : mengandung kalsium dan garam magnesium lebih tinggi, berkhasiat untuk menghilangkan rasa haus dan efek penyembuhan. Zat flouride berkhasiat untuk menghilangkan kuman – kuman yang terdapat dalam kandungan airnya. Elektrolit yang seimbang serta terbebas dari klorin dan mikroorganisme patogen.

(3) Zaitun : mengurangi LDL tanpa mengurangi kandungan HDL. Mengurangi resiko penyumbatan, atherosklerosis, serta berfungsi sebagai anti kanker.

3) Bersifat terapi; hijamah atau bekam. Bekam merupakan metode pengobatan dengan cara mengeluarkan darah yang terkontaminasi dengan racun dari dalam tubuh melalui permukaan kulit ari (Pandi, 2010).

2.5.4 Al-Fatiha dalam pengobatan

Al-Fatiha, surat pertama Al-quran, pembacaan surat Al-Fatiha adalah salah satu surah yang paling sering dibaca terutama pada saat melaksanakan shalat wajib lima waktu. Seorang muslim di harapkan dapat membaca dan menggunakan surah Al-Fatiha untuk tujuan pengobatan. Surah Al-Fatiha adalah salah satu surah yang paling direkomendasikan untuk dibaca dalam menyembuhkan penyakit spiritual, mental, atau fisik.

Surah Al-Fatiha terdiri dari 7 ayat dengan terjemahan sebagai berikut:

(1) Bismillaahirrahmaanirrahiim

{1:1} Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang

(2) Alhamdulillaahirabbil'alamiin

{1:2} Segala puji bagi Allah, Tuhan seluruh alam.

(3) Arrahmaanirrahiim

{1:3} Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang.

(4) Maalikiyawmiddiin

{1:4} Pemilik hari pembalasan

(5) Iyyaakana'budu wa-iyyaakanasta'iin

{1:5} Hanya kepada Engkaulah kami menyembah dan hanya kepada Engkaulah kami mohon pertolongan.

(6) Ihdinaashshiraatalmustaqiim

{1:6} Tunjukilah kami jalan yang lurus

(7) Shiraathalladziina an'amta 'alayhim ghayrilmaghdhuubi 'alayhim walaadhdhaalliin

{1:7} (Yaitu) jalan orang – orang yang telah Engkau beri nikmat kepadanya; bukan (jalan) mereka yang dimurkai, dan bukan (pula jalan) mereka yang sesat (Departemen Agama RI. 2007)

Beberapa hadits nabi Muhammad SAW yang menjelaskan surah Al-Fatiha digunakan sebagai penyembuhan, yaitu:

(1) "Al-Fatiha adalah ruqyah, yaitu jampi – jampi untuk mengobati penyakit" (HR. Al-Bukhari) (Muhyidin. 2008).

(2) Diriwayatkan Abu Sa'id al-Kudri bahwa Rasulullah SAW bersabda, " Al-Fatiha adalah penyembuh (*shifa*) dari seluruh penyakit" (HR.Muslim).

(3) Diriwayatkan Abu Sa'id al-Kudri bahwa Rasulullah SAW berkata kepada seorang laki- laki: "Apakah kamu mengetahui bahwa ia (Al-Fatiha) adalah *ruqyah*?" laki – laki itu berkata, "Wahai Rasulullah, saya menjadikannya penyembuh untuk diriku". Rasulullah bersabda, " semua surah Al-Quran adalah *ruqyah.*" Ibnu Mahlab berpandangan bahwa letak ayat *ruqyah* dalam surah Al-Fatiha adalah pada firman Allah,"*Iyyaakana'budu wa iyyaaka nasta'iin.* " (HR. Al-Bukhari dalam bab al-Thibb) (Syatha. 2008).

Informasi akan cenderung diingat apabila level proses yang bersifat dalam, dibandingkan dengan jika diproses secara dangkal (Matlin, 1998; Julianto dan Subandi, 2015). Dengan demikian surat Al Fatihah akan lebih diingat apabila pembacaanya tidak hanya membaca ayatnya tapi juga mengetahui kandungan makna didalamnya.

Membaca Al Fatihah Reflektif Intuitif sendiri pada dasarnya adalah membaca Al-Quran yang direfleksikan dalam dirinya secara berulang-ulang. Hal ini dapat memberikan motivasi dan pemahaman dari pembacanya, dalam hal ini klien, mengenai pandangan terhadap pegangan hidupnya. Diharapkan dapat meneguhkan pegangan hidup mereka kepada Allah. Ketika sudah membaca Al-Fatihah maka mereka dapat mengembalikan semua hal yang terjadi dalam hidupnya kedalam ketentuan Allah. Mereka juga tidak lagi merasa berputus asa dan memahami janji dan ketentuan Allah dari Surat Al-Fatihah yang mereka baca.

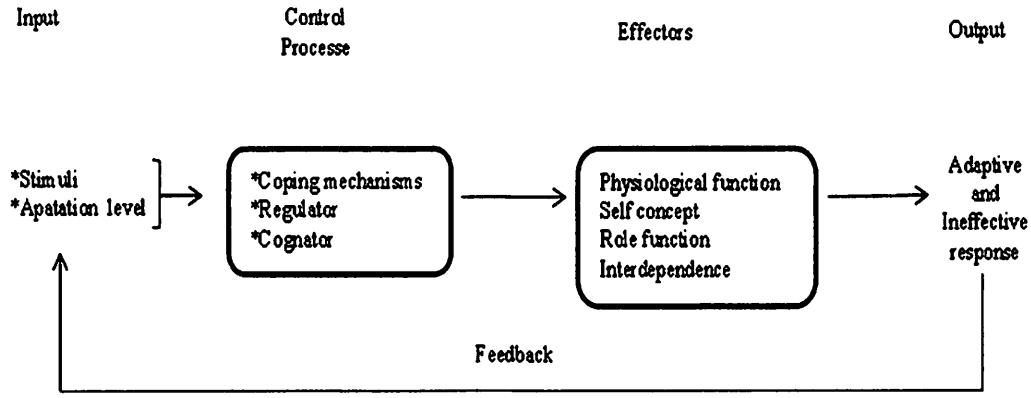
Membaca Al-Quran, sholat dan doa dapat menjadikan seseorang berbuat sesuai dengan yang ia bacakan (Sholeh, 2006 dalam Julianto dan Subandi. 2015).

Pada saat pelaksanaan klien di bimbing untuk membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif dan saat klien membaca ayat "Iyyaaka nakbudu wa Iyyaaka nasta'iin" dari Al-fatiha secara reflektif dan intuitif, dengan suara lembut anjurkan klien untuk meminta kesembuhan pada Allah SWT, karena kesembuhan hanyalah milik Allah semata.

2.6 Adaptasi

Adaptasi merupakan proses dinamis dimana seseorang menggunakan kesadaran dan pilihannya untuk menciptakan integrasi manusia dengan lingkungannya. Model adaptasi Roy menggambarkan individu sebagai biopsikososial yang dapat beradaptasi terhadap stimulus lingkungan yaitu fokal, kontekstual, dan residual stimuli. Ketika mengkaji fungsi fisik dilihat sebagai stimulus fokal. Kontekstual stimuli secara tidak langsung berhubungan dengan stimulus fokal seperti aktivitas fisik dan kepercayaan diri. Residual adalah semua stimulus yang berpengaruh terhadap stimulus fokal dan kontekstual seperti hubungan keluarga dan teman (Rogers dan Keller. 2010).

Menurut Roy (1984) dalam ilmu keperawatan terdapat lima objek utama yaitu manusia, keperawatan, konsep sehat, konsep lingkungan, dan aplikasi dalam keperawatan (Nursalam & Kurniawati 2007 dalam Nursalam 2013).



Gambar 2.2. Diagram model adaptasi Roy dalam Alligood 2014

2.6.1 Manusia

Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah, keluarga kelompok, komunitas, atau sosial. Masing – masing diperlakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka. Sistem terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, dan energi antar sistem dan lingkungan. Interaksi yang konstan antara individu dan lingkungan dicirikan oleh perubahan internal dan eksternal. Perubahan tersebut, individu harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinu (Nursalam. 2015).

Manusia adalah fokus utama dalam keperawatan, penerima asuhan keperawatan, hidup, kompleks, sistem yang adaptif dengan proses internal (kognator dan regulator) berusaha untuk beradaptasi dengan empat model adaptasi (fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan) (Alligood. 2014).

1) Masukan (*input*)

Sistem adaptasi mempunyai input yang berasal dari internal individu. Roy mengidentifikasi input sebagai suatu stimulus. Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian, atau energi yang berasal dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu di respons sebagai suatu input dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respons antara individu sangat unik dan bervariasi bergantung pada pengalaman yang di dapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stresor yang diberikan (Nursalam, 2015).

2) Proses

(1) Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor kemampuan genetik, misalnya sel – sel darah putih saat melawan bakteri yang masuk dalam tubuh. Mekanisme lainnya adalah dengan cara dipelajari, misalnya penggunaan antiseptik untuk mengobati luka. Roy menekankan ilmu keperawatan yang unik untuk mengontrol mekanisme koping. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan kognator. Subsitem regulator mempunyai sistem komponen input, proses internal, dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator berupa kimiawi, saraf, atau endokrin. Refleks otonomi sebagai respons neural berasal dari batang otak dan korda spinalis, diartikan sebagai suatu perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (*endoterin*) dan jaringan di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output

regulator, yaitu terjadinya peningkatan *Adreno Corticotropic Hormone* (ACTH) kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis yang dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator (Nursalam, 2015).

(2) Contoh proses regulator tersebut terjadi ketika stimulus ekternal divisualisasikan dan di transfer melalui saraf mata menuju saraf otak dan bagian bawah pusat saraf otonomi. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada viseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan denyut jantung (Nursalam, 2015).

(3) Stimulus terhadap subsitem kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem regulator dapat menjadi umpan balik terhadap stimulus subsistem kognator. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi dan penguatan (*reinforcement*). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif, dan kebersamaan (Nursalam, 2015).

(4) Dalam mempertahankan integritas seseorang, kognator dan regulator bekerja secara bersamaan. Sebagai suatu sistem adaptasi, tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik

terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan sehingga individu dapat merespon positif (Nursalam, 2015).

3) Efektor

Sistem adaptasi proses internal yang terjadi pada individu di definisikan Roy sebagai sistem efektor. Empat efektor atau model adaptasi tersebut meliputi (1) fisiologis; (2) konsep diri; (3) fungsi peran; dan (4) ketergantungan (interdependen). Mekanisme regulator dan kognator bekerja pada model adaptasi. Perilaku yang berhubungan dengan model adaptasi merupakan manifestasi dari tinngkat adaptasi individu seseorang dan menghubungkannya dengan model adaptasi, perawat dapat mengidentifikasi adaptif atau ketidak efektifan respon sehat dan sakit (Nursalam, 2015).

(1) Fisiologis

Efektor secara fisiologis dapat dilihat dari beberapa hal berikut.

a. Oksigenasi : menggambarkan pola penggunaan oksigen yang berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi.
b. Nutrisi : menggambarkan pola penggunaan nutrisi untuk memperbaiki kondisi dann perkembangan tubuh klien.
c. Eliminasi : menggambarkan pola eliminasi
d. Aktivitas dan istirahat : menggambarkan pola aktivitas, latihan, istirahat, dan tidur.
e. Integritas kulit : menggambarkan fungsi fisiologis kulit.

(2) Konsep Diri (Psikis)

Konsep diri mengidentifikasikan pola nilai, kepercayaan, dan emosi yang berhubungan dengan ide sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan keadaan diri sendiri tentang fisik, individual, dan moral – etik.

(3) Fungsi Peran

Fungsi peran mengidentifikasi tentang pola interaksi seseorang yang berhubungan dengan orang lain akibat dari peran ganda yang dijalankannya.

(4) Ketergantungan

Interdependen mengidentifikasi pola nilai – nilai manusia, kehangatan, cinta dan memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok.

4) Luaran (*output*)

Output seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak efektif berdampak terhadap respons sakit (maladaptif). Jika klien masuk pada zona maladaptif maka klien mempunyai masalah keperawatan (adaptasi) (Nursalam. 2015).

2.6.2 Keperawatan

Perubahan internal, eksternal, dan input bergantung pada kondisi koping individu. Kondisi koping seseorang menggambarkan tingkat adaptasinya. Tingkat adaptasi seseorang ditentukan oleh fokal, kontekstual, dan residual. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual sehingga individu akan berada dalam zona adaptasi (Nursalam. 2015).

2.6.3 Kesehatan

Sehat sakit adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari, dimensi yang saling berdampingan dalam pengalaman hidup seseorang. Ketika mekanisme koping tidak efektif, maka akan terjadi sakit. Sehat akan terjadi ketika manusia beradaptasi secara terus – menerus. Ketika seseorang dapat beradaptasi terhadap rangsangan maka mereka akan terbebas dari rangsangan yang mengganggu. Sehingga akan mempercepat penyembuhan dan meningkatkan kesehatan (Alligood. 2014).

2.6.4 Lingkungan

Menurut Roy (1984) lingkungan terdiri dari banyak stimulus yaitu kondisi, keadaan sekitar, dan pengaruh sekeliling terhadap individu, apakah fokal, kontekstual, maupun residual. Kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan lingkungan dan berespon terhadap stimulus menentukan tingkat adaptasi (Bhanji. 2012). Perubahan lingkungan akan merangsang seseorang untuk melakukan respon adapatif yang membutuhkan peningkatan energi dalam beradaptasi terhadap situasi. Beberapa faktor dalam lingkungan yang mempengaruhi seseorang dikategorikan sebagai stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Alligood. 2014).

2.6.5 Aplikasi dalam Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, dan evaluasi. Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai sistem adaptif yang berhubungan dengan empat model adaptasi yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Jika ditemukan ketidak efektifan respon (maladaptif) maka dilakukan pengkajian tahap kedua yang terdiri dari stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Diagnosa

keperawatan disusun dengan menggunakan tipologi diagnosis yang berhubungan dengan empat model adaptasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan bertujuan menstimulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual agar tercapai optimal dengan menggunakan koping yang konstruktif. Evaluasi didasarkan pada perubahan perilaku yang adaptif pada individu (Nursalam. 2015).

2.7 *Transpersonal Caring*

Jean watson memusatkan teori yang dia kemukakan untuk praktik keperawatan terhadap 10 faktor karatif. Setiap point mempunyai komponen fenomenologi yang dinamis dalam keperawatan. Tiga faktor interdependent pertama diperuntukkan sebagai *"philosophical foundation for the science of caring"* (Alligood, 2014).

2.7.1 Faktor karatif

Watson yakin bahwa perawat mempunyai tanggung jawab untuk melewati 10 faktor karatif dan memfasilitasi perkembangan klien dalam promosi kesehatan melalui aksi pencegahan kesehatan. 10 faktor karatif yang di kemukakan oleh Jean Watson antara lain:

1) Formasi sistem nilai humanistik dan altruistik.

   Nilai – nilai humanistik dan altruistik di pelajari pada awal kehidupan akan tetapi bisa di pengaruhi oleh perawat pendidik. Faktor ini di definisikan sebagai kepuasan melalui memberi dan perluasan *sense of self.*

2) Penanaman kepercayaan atau keyakinan dan harapan.

   Faktor ini menggabungkan nilai – nilai humanistik dan altruistik, memfasilitasi *promotion of holistic nursing* dan kesehatan positif dalam

populasi. Ini juga menggambarkan peran perawat dalam mengembangkan hubungan klien dan perawat yang efektif dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu klien mengadopsi *health – seeking behaviours*.

3) Pengembangan sensitifitas pada diri sendiri dan orang lain.

Pengenalan perasaan mengantarkan aktualisasi diri melalui penerimaan perawat dan klien. Perawat mengakui sensitifitas dan perasaan klien, menjadi lebih ikhlas, autentik dan sensitif terhadap yang lainnya.

4) Pengembangan hubungan saling membantu dan saling percaya.

Pengembangan hubungan saling membantu dan saling percaya antara perawat dan klien adalah hal yang krusial dalam *transpersonal caring*. Hubungan saling mempercayai menyebabkan penerimaan ekspresi positif dan negatif. Seperti harmoni atau kecocokan, empati, kehangatan yang tidak posesif, dan komunikasi yang efektif. Kecocokan meliputi menjadi apa adanya, jujur, ikhlas, dan autentik.

5) Mempromosikan dan penerimaan ekspresi perasaan positif dan negatif.

Berbagi perasaan adalah pengalaman yang beresiko bagi perawat dan klien. Perawat harus mempersiapkan diri terhadap perasaan positif dan negatif serta mengetahui intelektual dan emosi di situasi yang berbeda.

6) Penggunaan sistem metode pemecahan masalah secara ilmiah dalam pengambilan keputusan.

Penggunaan proses keperawatan menjadikan pendekatan pemecahan masalah yang ilmiah dalam pemberian asuhan keperawatan. Menghilangkan

kesan image bahwa perawat adalah pembantu dokter. Proses keperawatan seperti proses riset yang sistematik dan terorganisir.

7) Mempromosikan atau memajukan proses belajar mengajar transpersonal.

Faktor ini adalah konsep yang penting dalam keperawatan untuk membedakan *caring* dan *curing*. Sehingga klien mendapatkan informasi dan menitik beratkan tanggung jawab kesejahteraan dan kesehatan kepada klien.

8) Menyediakan suasana yang mendukung, melindungi, dan mengkoreksi mental, fisik, sosiocultural serta lingkungan spiritual.

Perawat seharusnya mengetahui pengaruh lingkungan internal dan eksternal yang ada dalam kesehatan dan sakit setiap individu. Konsep – konsep relevan terhadap lingkungan internal termasuk kesejahteraan mental dan spiritual. Sedangkan lingkungan eksternal diantaranya kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan, dan keindangan lingkungan sekitar.

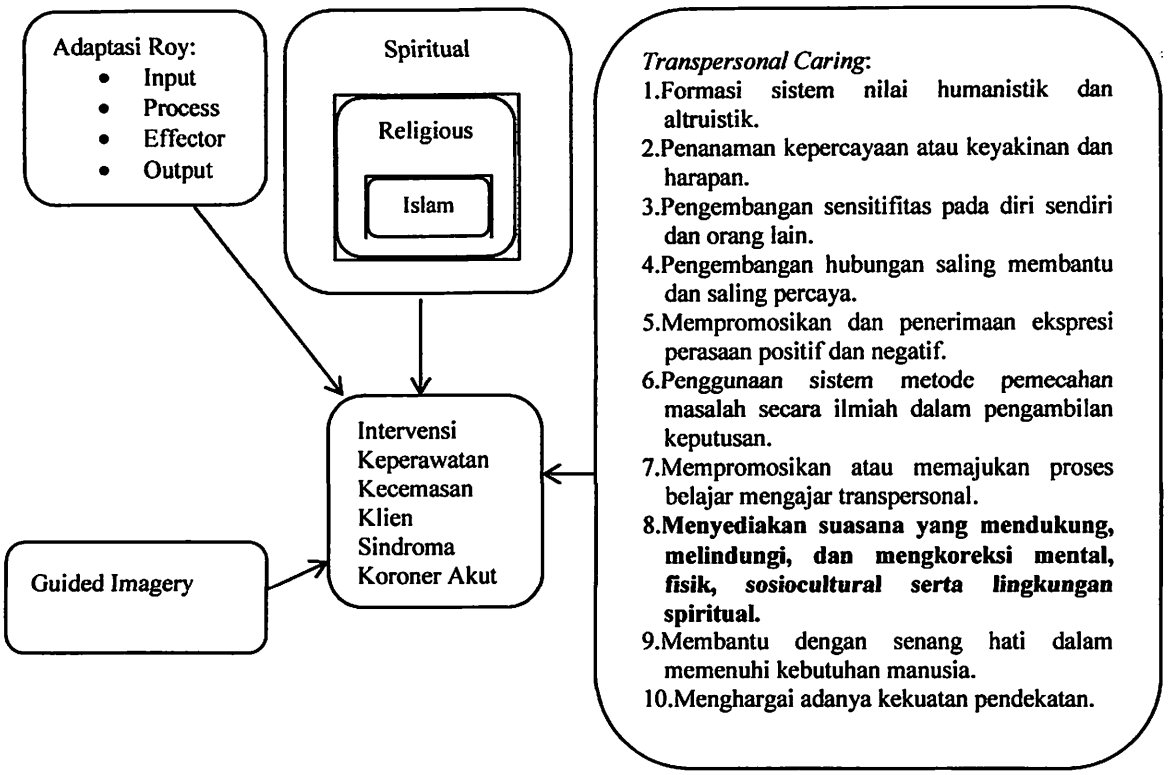
9) Membantu dengan senang hati dalam memenuhi kebutuhan manusia.

Perawat mengetahui biofisik, psikologis, psikososial dan kebutuhan intepersonal diri dan klien. Klien wajib terpenuhi kebutuhan yang paling dasar sebelum memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi.

10) Menghargai adanya kekuatan pendekatan.

Pendekatan menggambarkan keadaan dengan segera yang membantu orang – orang mendekati dalam memahami keraguan mereka. Adanya ilmu yang mempelajari tentang psikolog merupakan dasar ilmiah yang bisa digunakan oleh manusia dalam menggunakan pendekatan analisa (Watson, 1979 dalam Alligood 2014).

2.8 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka teori penelitian Efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2017

Kerangka teori disusun berdasarkan teori yang sudah pada bahasan sebelumnya, kerangka teori merupakan panduan teoritis untuk melaksanakan penelitian. Teori dan konsep yang digunakan untuk mendesain intervensi keperawatan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut adalah *guided imagery* dan *religious care* yang merupakan bagian dari *spiritual* dengan menggunakan pendekatan teori model adaptasi, *transpersonal caring*.

Imagery atau imajinasi terbimbing digunakan untuk memberikan rasa menyenangkan bagi klien serta di masukkan unsur – unsur religious yang islami

sesuai dengan Agama mayoritas klien di Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Kemudian *imagery religious care* di integrasian dengan menggunakan pendekatan teori model adaptasi yang di kemukakan oleh Callista Roy serta teori *transpersonal caring* dengan sepuluh faktor karatif dari Jean Watson.

2.9 Keaslian Penelitian

No.	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
1	Membaca *Al Fatihah* Reflektif Intuitif untuk Menurunkan Depresi dan Meningkatkan Imunitas (Julianto dan Subandi., 2015).	*Pretest-Postest Control Group Design*	**Sample :** 20 siswa pesantren **Teknik Sampling:** *Random Sampling*	**Variabel Independent:** Membaca Al Fatihah reflektif intuitif **Variabel Dependent:** Depresi dan Imunitas	1. *Depression Anxiety Stress Scale (*DASS) 2. *Haematology analyser*	*mixed design* anova	membaca Al Fatihah reflektif intuitif dapat : • menurunkan depresi (F=15.34, p<0.05). • meningkatkan imunitas (F=25.6, p<0.05)
2	The Effects of Guided Imagery on Heart Rate Variability in Simulated Spaceflight Emergency Tasks Performers (Zhang Yijing., et al., 2015)	*Pretest-Postest Control Group Design*	**Sample :** Twenty-one student subjects were recruited for the experiment **Teknik Sampling:** *Random Sampling*	**Variabel Independent :** *Guided Imagery* **Variabel Dependent :** Heart Rate Variability (HRV).	*Electro Cardiogram* (ECG).	Two-way repeated measures ANOVA	Guided imagery was an effective regulator for HRV indices and could be a potential stress countermeasure in performing spaceflight tasks
3	Spiritual care and kidney disease in NZ: A qualitative study with New Zealand renal specialists (Egan et al, 2014)	Kualitatif	10 nurses and 10 physicians as interviewers across New Zealand's 10 renal centres.				Most participants indicated they would attempt to provide some form of spiritual care, either directly or by referring the patient to appropriate services.

No.	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
5	*Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease (Mizrahi., et al., 2012)*	*pre–post-test design*	**Sample :** *18 patients with IBD (Inflamatory Bowel Disease).* **Tehnik sampling :** *Random sampling*	**Variabel Independent :** *guided imagery with relaxation training* **Variabel Dependent :** *anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease*	Screeing • Disease Activity Questionnaire, an unpublished questionnaire developed by Dr Israeli and Dr Lan, senior gastroenterologists at Hadassah Medical Centre. Anxiety • Spielberger State-Trait Anxiety Inventory QOL • IBD Questionnaire (IBDQ)	*R-ANOVA*	*Findings indicate IBD patients may benefit from relaxation training in their holistic care : improvement as compared to the control group : anxiety levels decreased, QoL and mood improved, while levels of pain and stress decreased.*

No.	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
7	Outcomes of Guided Imagery in Patients Receiving Radiation Therapy for Breast Cancer (Serra., et al., 2012)		**Sample :** 66 women receiving radiation Therapy for breast cancer **Tehnik sampling :**	**Variabel Independent :**	Satisfaction • The EuroQoL Group's EQ-5D questionnaire		*Overall, 86% of participants described the guided imagery sessions as helpful, and 100% said they would recommend the intervention to others.*
8	*The effect of guided imagery with religious content on controlling Anxiety and hypertension in patients undergoing endoscopy and colonoscopy (Noghani., et al., 2015)*	*pre–post-test design*	**Sample :** *60 candidates for endoscopy and colonoscopy referring to 22 Bahman Hospital in Gonabad, 2014.* **Tehnik sampling :** *Random sampling*	**Variabel Indepndent :** *guided imagery with religious content.* **Variabel Dependent :** *Anxiety and hypertension in patients undergoing endoscopy and colonoscopy*	*Anxiety* • *State-Trait Anxiety Inventory* *Blood pressure* • *Mercury Sphygmomano meter.*		*After the intervention, mean and standard deviation of anxiety level and patient's pulse in the intervention group (30 patients) showed a significant difference, as compared to the control group (30 patients), but in terms of blood pressure, no significant difference was found.*

No.	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
9	*The Effect of Holy Qur'an Recitation on anxiety in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial (Babamohamadi., 2015)*	*pre–post-test design*	**Sample :** *60 hemodialysis patients.* **Tehnik sampling :** *Random sampling*	**Variabel Independent :** *Holy Qur'an Recitation.* **Variable Dependent :** *anxiety in Hemodialysis Patients*	*Anxiety* • *Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*	*t-test*	*a significant reduction in anxiety in the intervention versus the control group*

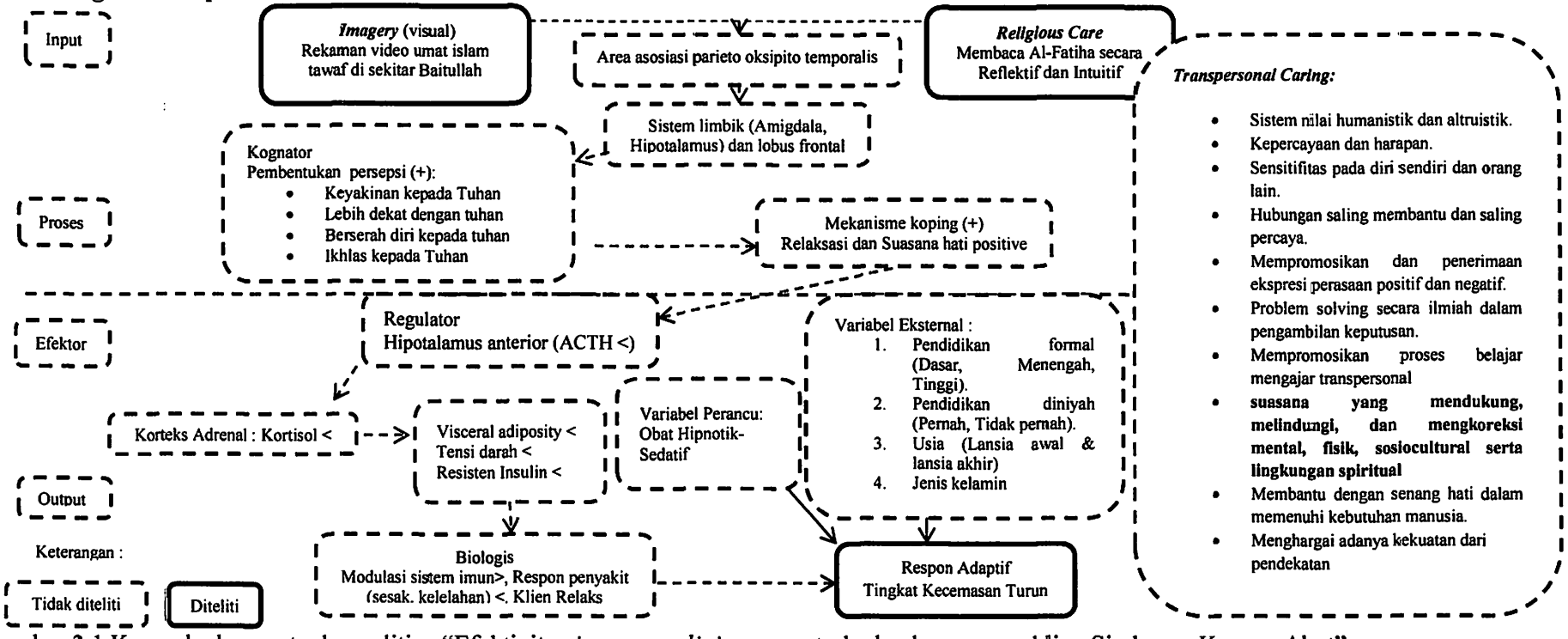
Tabel 2.4 Keaslian Penelitian

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian "Efektivitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Korone Akut"

Variabel independent dalam penelitian ini adalah *imagery religious care* yang merupakan integrasi dari *guided imagery* dan *religious care* yang merupakan bagian dari *spiritual care* dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi dan *transpersonal caring* yang dikemukakan oleh Jean Watson.

Imagery merupakan upaya untuk menciptakan kesan senang dalam pikiran klien dalam waktu 10 menit dengan menggunakan teknik visualisasi sederhana, kemudian berkonsentrasi pada kesan yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien (Prasetyo, 2010 dalam Julianto dan Subandi. 2015; Sarsito, 2015; Yijing, *et al.* 2015). Dalam penelitian ini menggunakan visualisai yang bersifat religi sesuai dengan Agama klien, yaitu penayangan video umat islam sedang bertawaf di sekitar Baitullah, Masjidil Haram, Makkah. Penayangan ini memberikan stimulus visual yang akan ditangkap oleh indera penglihatan untuk diteruskan ke Area asosiasi oksipitalis yang selanjutnya di tangkap oleh G*od spot* (*circuit of God*).

God spot merupakan suatu lokasi tertentu di bagian otak yang mengontrol keyakinan religius. Stimulus pada *God spot* akan dikirim ke prefrontal korteks yang diperkuat oleh *guided imagery*. Hasil proses yang baik dari *stress perception* berupa respon kognitif positif secara emosional maupun *spiritual*. Respon kognitif positif dikirim ke amigdala kemudian menuju hipokampus. Amigdala juga menstimulasi hipotalamus melalui *hypothalamus-pituitary-adrenal* (HPA) axis untuk menurunkan *corticotrophin-releasing factors* (CRF) (Newberg, 2011). Penurunan *Adreno Corticotropic Hormone* (ACTH) kemudian di ikuti oleh penurunan kortisol yang dapat meningkat modulasi sistem imun, menurunkan

respon penyakit (kelelahan), serta dapat membuat klien relaks dan menurunkan tingkat kecemasan.

Religious yang merupakan bagian dari *spiritualitas* adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain. Walaupun beberapa berpendapat bahwa spiritualitas diartikan sebagai kepercayaan yang memiliki arti yang lebih luas di bandingkan dengan agama (Wilson & Barber, 2015). Al-Fatiha merupakan surah pertama dalam Al-Quran dan merupakan Surah Al-Fatiha adalah salah satu surah yang paling direkomendasikan untuk dibaca dalam menyembuhkan penyakit spiritual, mental, atau fisik (Babamohamadi, *et al*, 2015). Kedua teori di atas di integrasikan ke dalam teori *transpersonal caring* Jean Watson (1979) dengan 10 faktor karatif di integrasikan dengan teori model adaptasi yaitu; input, proses, efektor serta output.

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah Kecemasan klien Sindroma koroner akut sebagaimana digambarkan dalam kerangka konsep.

Variabel eksternal dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan klien baik pendidikan formal maupun diniyah (Agama), serta usia dan jenis kelamin responden. Pendidikan formal disini di bagi menjadi tiga yaitu pendidikan formal dasar, menengah dan tinggi. Pendidikan formal secara teori dapat mempengaruhi proses berfikir dalam menghadapi suatu stressor. Klien yang pernah mendalami pendidikan diniyah (Agama) akan lebih mudah di beri penjelasan tentang segala hal yang berhubungan dengan keagamaan, terutama mengenai *imagery religious care*, klien akan lebih mudah di bimbing dan membayangkan bertawaf di sekitar

Baitullah serta membaca Al-fatiha secara reflektif dan inntuitif. Usia responden di bagi menjadi 2 yaitu lansia awal (46 tahun sampai dengan 55 tahun) dan lansia akhir (56 tahun sampai dengan 65 tahun).

Pemberian obat – obatan penenang atau golongan hipnotik – sedatif biasa di berikan kepada klien yang mengalami kecemasan dan mengeluh tidak bisa beristirahat atau mengalami gangguan tidur. Golongan hipnotik – sedatif yang paling sering di resepkan di seluruh dunia adalah Alprazolam. Obat tersebut dapat mempengaruhi penilaian tingkat kecemasan klien, sehingga pemakaian obat – obatan tersebut di masukkan ke dalam kategori variabel perancu atau pengacau, akan tetapi pada penelitian kali ini di kondisikan seluruh responden tidak menerima Alprazolam.

3.2 Hipotesis penelitian

Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban atau dugaan sementara penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya dibuktikan dalam sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Hipotesis penelitian ini adalah:

"*Imagery religious care* efektif menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember".

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

4.1.1 Desain tahap I

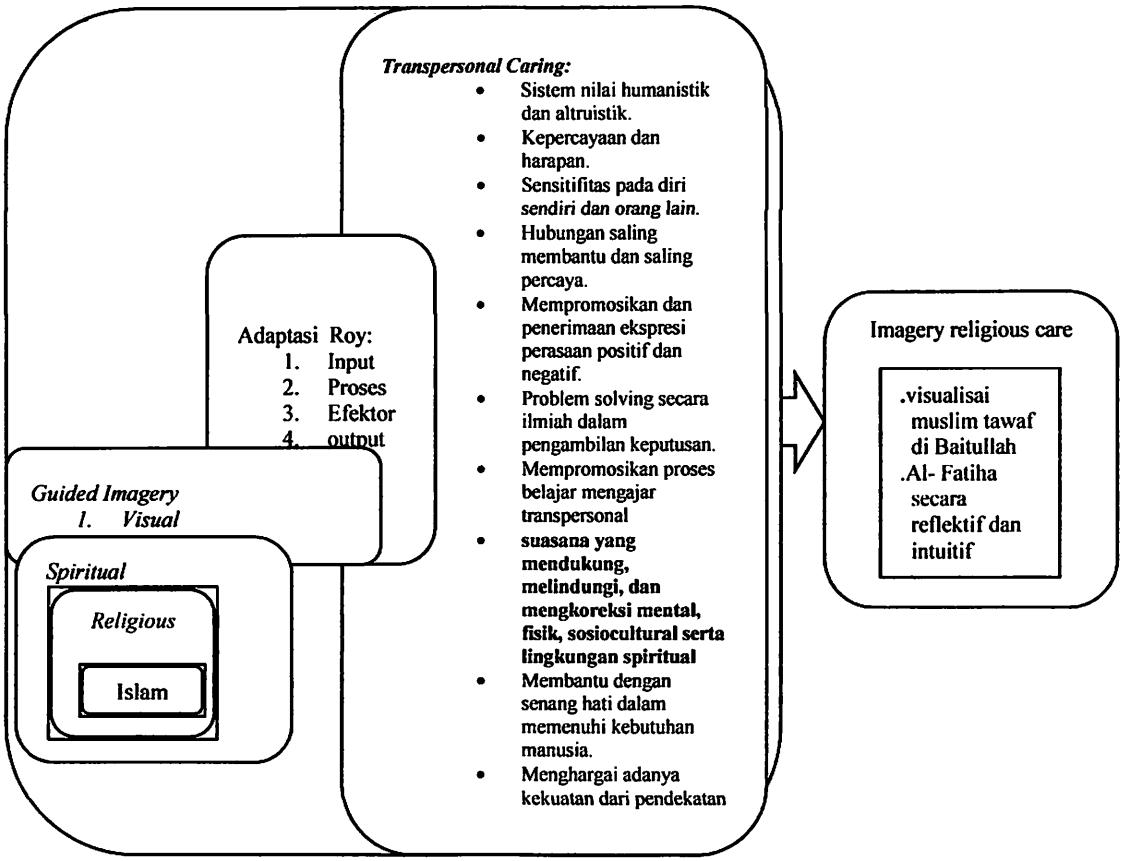
Desain penelitian tahap I ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan tehnik *focus group discussion* (diskusi kelompok terfokus) yang di lakukan terhadap 3 informan di poli jantung rawat jalan Rumah Sakit Bina Sehat. Setelah mengikuti diskusi kelompok terfokus, kemudian 3 infroman tersebut di wawancarai lebih mendalam (*indepth interview*) secara bergantian guna mengidentifikasi kecemasan responden yang di alami saat menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember, mendapatkan informasi tentang pemahaman responden mengenai kecemasan serta harapan responden terhadap tata laksana kecemasan. Klien Sindroma Koroner Akut di poli jantung rawat jalan Rumah Sakit Bina Sehat sebagai populasi target dan di dapatkan 3 informan untuk mendapatkan isu tentang kecemasan yang dibahas pada kegiatan diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam.

4.1.2 Desain tahap II

Kegiatan dalam penelitian tahap II ini merupakan tindak lanjut dari hasil tahap I. Penelitian tahap I dengan 3 informan yang mengikuti diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam untuk mendapatkan informasi mengenai tema – tema penelitian yaitu; 1) tema identifikasi kecemasan saat menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut (seluruh

infroman mengalami kecemasan), 2) tema pemahaman informan tentang kecemasan, yaitu informan memahami kecemasan sebagai suatu respon yang berlebih, merasakan takut terhadap ancaman kematian dan merasakan ketakutan meninggalkan orang – orang terdekat, 3) tema harapan informan terhadap manajemen kecemasan yang di alami. Informan mengharapkan manajemen kecemasan adalah bersifat menyenangkan, non farmakologis, bisa di aplikasikan dimana saja dan kapan saja saat di butuhkan, serta bersifat religious.

Pada tahap II ini peneliti menyusun modul solusi dalam membantu menurunkan kecemasan pada responden dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember berdasarkan analis hasil diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam. Penyusunan modul solusi masalah dilakukan dengan cara *critical review* dan konsultasi pakar komponen tatalaksana dalam membantu menurunkan kecemasan. Komponen modul yang sesuai kerangka konsep adalah 1) *guided imagery*, 2) *religious care* yang merupakan bagian dari *spiritual care*, 3) teori model adaptasi, 4) *transpersonal caring*. Hasil *critical review* dan konsultasi pakar kemudian di tuangkan dalam bentuk panduan modul *imagery religious care* dalam membantu menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.



Gambar 4.1. Gambaran modul solusi masalah dalam mengatasai kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2017

Panduan modul solusi masalah ini dilakukan oleh perawat kepada responden untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan responden dengan cara menayangkan rekaman umat islam yang melakukan ibadah tawaf di Baitullah serta membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif dengan menggunakan pendekatan teori adapatasi, *transpersonal caring* serta konsep dari *guided imagery* dan *religious* yang merupakan bagian dari *spiritual care*. Panduan implementasi modul dalam menurunkan kecemasan responden dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut secara keseluruhan terdiri dari dua kali pertemuan. Pertemuan

pertama di lakukan di hari ke – 3 klien rawat inap di Rumah Sakit dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut, pada pertemuan pertama ini, perawat melakukan kontrak dengan klien kemudian di lakukan penilaian tingkat kecemasan, selanjutnya perlakuan *imagery religious care* selama kurang lebih 10 menit di berikan kepada klien setelah di ketahui tingkat kecemasan klien. Pertemuan ke – 2 di lakukan pada hari ke - 4 klien rawat inap di Bina Sehat Jember dengan diagnosa yang sama yaitu Sindroma Koroner Akut, pada pertemuan ini di lakukan penguatan kembali stimulus ekternal terhadap klien yaitu perlakuan *imagery religious care* dengan intensitas yang sama seperti pada pertemuan pertama. Setelah di berikan perlakuan kemudian klien di nilai kembali tingkat kecemasannya dengan menggunakan HARS (*Hammilton Anxiety Rating Scale*) sebagai patokan tingkat kecemasan responden pasca perlakuan, yang di lakukan oleh perawat pendidikan diploma III.

4.1.3 Desain tahap III

Uji efektifitas hasil integrasi teori adaptasi, *transpersonal caring*, *guided imagery* serta *religiousity* yang tertuang dalam *imagery religious care* mutlak di perlukan. Tehnik uji efektifitas yang di gunakan adalah *quasi experimental* tipe *pre test post test control group design* (Nusalam, 2016). Yaitu kelompok intervensi *imagery religious care*, serta kelompok kontrol yang hanya menerima tindakan standard di Rumah Sakit Bina Sehat.

1) Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah klien dengan Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 yang sedang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

2) Sampel dan sampling

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan melalui teknik *consecutive sampling,* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2015). Responden penelitian yang telah memenuhi kriteria sebesar 14 responden dibagi kedalam dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan *imagery religious care* dan kelompok kontrol.

Proses pengelompokan responden dilakukan dengan tehnis sebagai berikut; klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 yang rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan nomer urut ganjil di tetapkan sebagai kelompok perlakuan, sedangkan klien dengan nomer urut genap di tetapkan sebagai kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian ini diambil setelah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi berikut:

a. Kriteria inklusi

(1) Beragama Islam

(2) Usia 40 – 65 tahun

(3) Sadar penuh

(4) Dapat berkomunikasi dengan lancar

(5) Hemodinamik stabil setelah pengobatan.

a. Tidak ada rasa nyeri dada

b. Tidak terjadi aritmia yang serius

(6) Klien mengalami kecemasan ringan, sedang atau berat setelah di lakukan penilaian dengan menggunakan HARS.

(7) Klien menjalani rawat inap hari ke – 3 dan ke – 4 telah di pindahkan di ruang rawat inap biasa setelah di rawat secara intensif di ICU Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

(8) Mendapatkan persetujuan dari dokter spesialis jantung yang bertanggung jawab.

b. Kriteria ekslusi

(1) Klien berada dalam masa marah atau anger dalam respon psikologis yang di tandai dengan reaksi fisik wajah merah, nadi cepat, gelisah, sudah tidur, dan tangan mengepal.

(2) Klien pernah melaksanakan ibadah haji atau umroh.

c. Kriteria *drop out*

(1) Klien mengundurkan diri sebagai responden penelitian.

(2) Klien mengalami komplikasi.

Besar sampel (*sample size*) menggunakan rumus estimasi rata – rata (*mean*) pada penelitian sebelumnya dengan judul "Membaca Al – Fatiha Reflektif dan Intuitif untuk Menurunkan Depresi dan Meningkatkan Imunitas" yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{2\sigma^2(z1 - \alpha/2 + z1 - \beta)^2}{(\mu 0 - \mu a)^2}$$

$$n = \frac{2 * 3.802^2(1.96 + 0.84)^2}{(17.3 - 10.8)^2}$$

$n = 5.40$ dibulatkan menjadi 6 responden.

Keterangan:

n = besar sampel

Z1-α/2 = nilai Z pada derajat kemaknaan (biasanya 95% = 1.96)

Z1-β = nilai Z pada kekuatan uji power 80% (0.84)

σ = standar deviasi

$\mu 0$ = *mean outcome* pertama

μa = *mean outcome* kedua

Untuk menghindari adanya sampel yang *droup out* maka dilakukan koreksi sebesar 10%, maka besar sampel yang dibutuhkan adalah.

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{6}{1-0{,}10} = 6{,}67 \approx 7$$

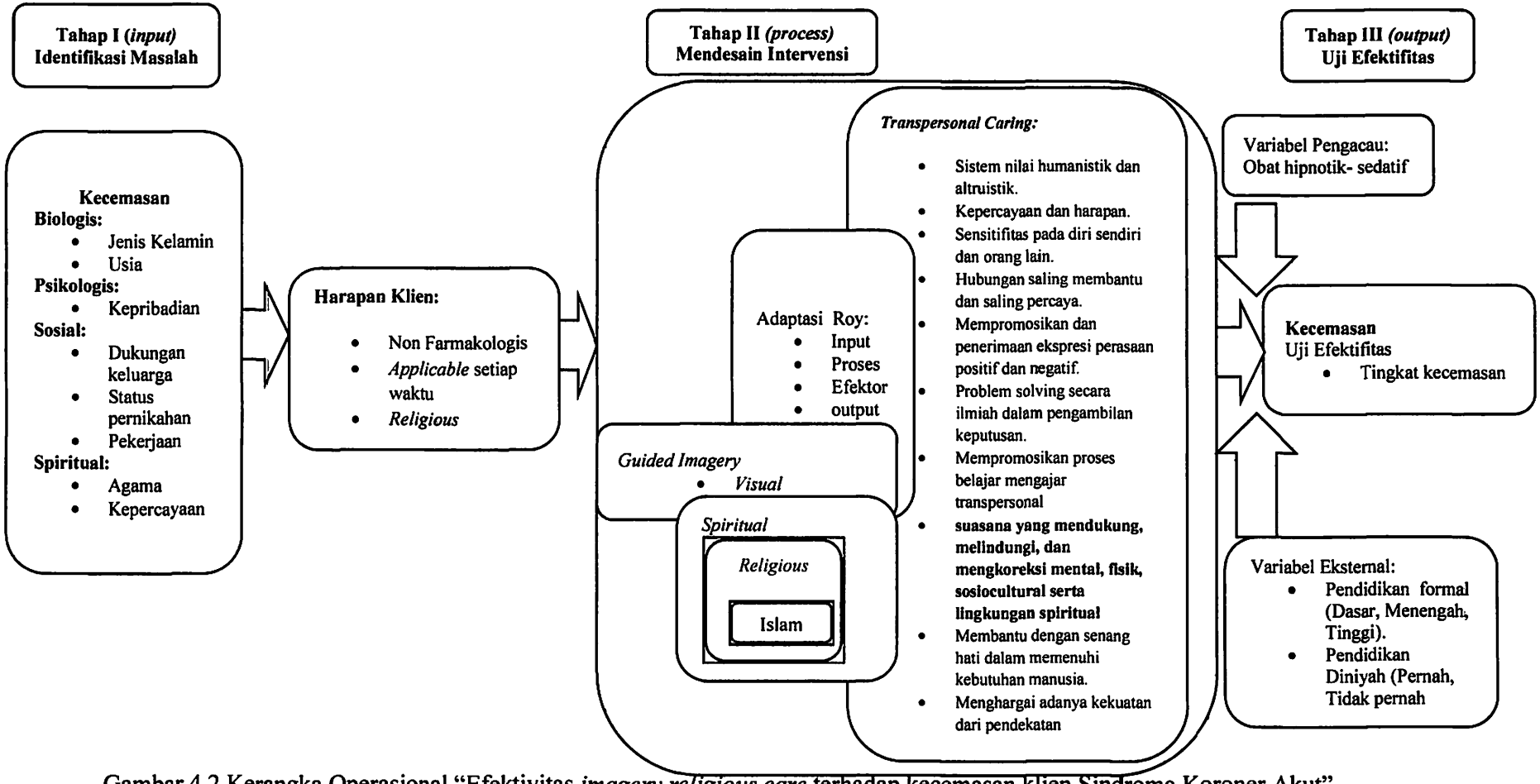
Keterangan :

n = perkiraan besar sampel yang dihitung

f = perkiraan proporsi *drop out* (10%).

Jadi besar sampel yang dibutuhkan pada kelompok intervensi adalah 7 responden, begitu juga dengan sampel pada kelompok kontrol yaitu berjumlah 7 responden.

3) Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional "Efektivitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut"

4) Definisi operasional

Dalam penelitian tahap III ini memiliki dua variabel: 1. variabel independent atau variabel bebas yaitu *imagery religious care,* 2. Variabel dependent atau variabel bergantung yaitu tingkat kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

Tabel 4.3. Definisi Operasional penelitian efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2017

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: *Imagery religious care* (Agama Islam)	Membimbing klien membayangkan sebuah tempat di mana klien merasa tenang, aman, bahagia (melaksanakan ibadah tawaf di Baitullah di masjidil haram makkah) dan membimbing klien untuk membaca surah Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif dengan khusyuk dan meyakini Al-Fatiha adalah penyembuh (Syifa') seluruh penyakit atas izin Allah SWT. Akan tetapi tetap di tekankan bahwa haji dan umroh wajib hanya bagi mereka yang mampu melaksanakan. Apabila tidak mampu cukup melaksanakan ibadah lain dengan ikhlas mengaharapkan ridha Allah.	1.Mengatur posisi klien senyaman mungkin serta menganjurkan nafas dalam sebanyak 3 kali. 2.Menayangkan video umat islam melakukan tawaf di baitullah melalui handphone selama kurang lebih 10 menit. 3.Memasangkan earphone di telingan klien dan memperdengarkan bacaan surah Al-Fatiha pada menit ke 2 sampai dengan menit ke 8. 4.Membimbing klien untuk melafalkan surah Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif dengan penuh kekhusyukan dan penuh keyakinan kepada Allah SWT dimulai dari menit ke 2 sampai dengan menit ke 8. 5.Saat membaca "Iyyaka nakbudu	SOP penayangan video umat islam tawaf di disekitar Baitullah dan murottal surah Al-Fatiha.		

Tabel 4.2. Lanjutan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		waiyyaka nasita'iinu" bimbing klien untuk meminta kesembuhan pada Allah SWT. 6.Dilakukan setiap hari selama 2 hari yaitu hari ke – 3 dan ke – 4 7. Anjurkan klien untuk menarik nafas dalam sebanyak 3 kali. 8. *Imagery religious care* bisa di akhiri .			
Dependen: Tingkat Kecemasan	Skor kecemasan sebagai bentuk respon psikologis yang diukur melalui instrument HARS	Skala HARS dalam penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi : 1.Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung. 2.Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu. 3.Ketakutan 4.Gangguan tidur. 5.Gangguan kecerdasan 6.Perasaan depresi 7.Gejala somatik. 8.Gejala sensorik. 9.Gejala kardiovaskuler 10.Gejala pernafasan 11.Gejala gastrointestinal 12.Gejala urogenital 13.Gejala vegetatif 14.Perilaku sewaktu wawancara	Kuesioner	Interval Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dari item 1-14 dengan hasil: 1. Skor <14 = tidak ada kecemasan 2. Skor 14 – 20 = kecemasan ringan 3. Skor 21 – 27 = kecemasan sedang 4. Skor 28 – 41 = kecemasan berat 5. Skor 42 – 56 = panik	Penjumlahan nilai pengukuran HARS berdasarkan tanda dan gejala yang muncul: 0= tidak ada gejala sama sekali 1= ringan / satu dari gejala yang ada 2= sedang /separuh dari gejala yang ada 3= berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada 4= sangat berat / semua gejala ada

5) Alat dan bahan penelitian

Penelitian ini menggunakan berbagai alat mulai dari persiapan sampai penyampaian hasil penelitian. Alat tersebut meliputi alat – alat tulis (pulpen dan kertas), laptop dan printer. *Imagery religious care* menggunakan *handphone* dan *earphone* untuk menayangkan video rekaman orang yang sedang tawaf di Baitullah, serta membimbing klien membaca surah Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif menggunakan *earphone.* Untuk memperoleh data yang dapat diukur maka peneliti menyediakan kuesioner yang berisi pertanyaan yaitu HARS (*Hammilton Anxiety Rating Scale*) untuk menilai tingkat kecemasan klien.

6) Instrument penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan variabel yang akan diteliti. Instrument yang digunakan adalah *Hammilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dengan 14 item penilaian.

7) Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian akan dilakukan di Rumah Sakit Bina Sehat Jember, pada tanggal 17 Februari sampai dengan 28 April 2017.

8) Prosedur pengumpulan data

a) Tahap persiapan

(a) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mendapatkan keterangan lolos kaji etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomer sertifikat uji etik no: 355 – KEPK. Selanjutnya, peneliti mengajukan izin kepada Direktur Rumah Sakit

Bina Sehat Jember melalui surat pengantar dari dekan fakultas Keperawatan Universita Airlangga.

(b) Melalukan permintaan persetujuan kepada dokter spesialis jantung yang bertanggung jawab terhadap klien Sindroma Koroner Akut.

(c) Melakukan identifikasi klien Sindroma Koroner Akut yang menjalani rawat jalan di poli jantung unit rawat jalan Rumah Sakit Bina Sehat Jember untuk penelitian tahap I.

(d) Melakukan identifikasi klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember yang sesuai kriteria inklusi dan ekslusi untuk penelitian tahap III.

(e) Memberikan *informed consent* dan lembar persetujuan penelitian kepada responden penelitian

(f) Membagi responden ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol pada penelitian tahap III.

b. Tahap pelaksanaan

(a) Penelitian diawali dengan kuesioner tentang data demografi dan *pre test* untuk tingkat kecemasan dengan menggunakan HARS.

(b) Melakukan diskusi kelompok terfokus serta wawancara mendalam terhadap responden penelitian tahap I.

(c) Peneliti memberikan perlakuan kepada responden tahap III, yaitu *imagery religious care* pada kelompok perlakuan sebanyak 2 kali pertemuan yaitu pada hari ke – 3 dan ke – 4 rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan

durasi 10 menit setiap pertemuan. Pemberian perlakuan dilakukan secara terpisah antar responden satu dengan yang lainnya.

(1) Pertemuan pertama, setelah melakukan pengukuran tingkat kecemasan dengan menggunakan HARS, peneliti memberikan penjelasan tentang *imagery religious care* setelah *imformed consent*, manfaat dan keutamaan membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif, serta menayangkan rekaman umat islam melakukan tawaf di Baitullah serta membimbing membaca Al – Fatiha secara reflektif dan intuitif.

(2) Pertemuan kedua, peneliti memberikan penguatan kembali pentingnya *imagery religious care*, manfaat dan keutamaan membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif, serta menayangkan video rekaman umat islam melakukan tawaf di Baitullah dan membimbing membaca Al – Fatiha secara reflektif dan intuitif, kemudian di lakukan pengukuran tingkat kecemasan setelah perlakuan dengan menggunakan HARS.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan sebelumnya *guided imagery* di berikan selama 10 menit, 1 jam sebelum tindakan (*hernioraphy* surgery, *endoscopy* dan *colonoscopy*), (Mirzahi, *et al*, 2012; Noghani, *et al,* 2015; Mohebi, *et al,* 2015).

(d) Kelompok kontrol mendapatkan perlakuan standar seperti yang biasa dilakukan di Rumah Sakit Bina Sehat jember dan akan diberikan perlakuan *imagery religious care* setelah selesai dilakukan pengukuran tingkat kecemasan.

9) Analisis data

Setelah data – data di dapatkan oleh peneliti, data terlebih dahulu diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah – langkah yang harus ditempuh, antara lain:

1) *Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan, dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2) *Coding* adalah kegiatan pemberian kode numerik yaitu 1 untuk kelompok perlakuan, kode 2 untuk kelompok kontrol.

3) *Entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah terkumpul ke dalam *master table* atau *database* komputer.

4) Analisa data

(1) Analisa deskriptif, data – data yang di analisa secara deskriptif antara lain:

a. Hasil penelitian berupa skala interval.

b. Penilaian HARS (*Hammilton Anxiety Rating Scale*) pada point tentang gejala sistem kardio vaskuler, sistem pernafasan, dan sistem gastro intestinal di karenakan gejala tersebut lebih banyak di pengaruhi oleh penyakit yang mendasari serta obat – obatan yang di terima oleh klien.

c. Variabel perancu: obat – obatan yang di terima oleh klien Sindroma Koroner Akut (obat golongan hipnotik – sedatif yaitu Alprazolam).

d. Variabel eksternal: tingkat pendidikan formal klien (Pendidikan Dasar, Menengah, dan Tinggi), serta pendidikan diniyah atau keagamaan sebelum di

diagnosa Sindroma Koroner Akut, apakah klien pernah mengikuti pendidikan diniyah atau tidak.

(2) Analisis inferensial, analisis inferensial yang digunakan dalam penelitian ini jika data berdistribusi normal dan homogen, *independent t – test.*

10) Etik penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa prinsip etika, yaitu: 1) prinsip manfaat, 2) prinsip menghargai hak – hak subjek, 3) prinsip keadilan.

(1) Prinsip manfaat

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian (*beneficience*). Peneliti juga selalu meminimalisasi dampak yang merugikan subyek (*normaleficience*).

(2) Prinsip menghargai hak – hak subjek

Hak klien dijunjung tinggi selama penelitian berlangsung, baik berupa hak untuk mundur maupun hak mendapatkan perhargaan yang relevan. Keikutsertaan klien bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan, apabila klien menolak untuk di dokumentasikan dalam bentuk gambar atau rekaman peneliti wajib menghormati dan menghargai hak klien.

(3) Prinsip keadilan

Setiap responden pada masing – masing kelompok mendapatkan perlakuan yang adil, dimana pada kelompok kontrol, pemberian intervensi diberikan setelah pengukuran selesai dilakukan.

Peneliti menerapkan prinsip etik dalam penelitian ini melalui langkah mendapatkan rekomendasi dari institusi pendidikan (Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga) dan permintaan izin ke Rumah Sakit tujuan, yaitu Rumah Sakit Bina Sehat. Setelah mendapatkan persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

(1) *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada setiap klien Sindroma Koroner Akut dengan memberikan penjelasan terlebih dahulu tentang maksud dan tujuan penelitian, serta pengaruh yang terjadi jika menjadi responden. Lembar persetujuan di isi secara suka rela oleh responden dan jika klien tidak bersedia, maka hak klien tetap dijunjung tinggi.

(2) *Anonimity*

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data. Hal ini bertujuan menjaga kerahasiaan responden. Keikutsertaan responden dalam penelitian disamarkan dalam bentuk pengkodean pada masing – masing lembar pengumpulan data.

(3) *Confidentiality*

Informasi yang telah diperoleh dari responden dijamin kerahasiaannya. Informasi yang disajikan dalam laporan hanyalah data yang berhubungan dengan penelitian.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian di uraikan ke dalam 3 tahap penelitian yaitu tahap I : penelitian kualitatif untuk mengidentifikasi kecemasan, pemahaman dan harapan klien Sindroma Koroner Akut terhadap tatalaksana kecemasan yang dialami saat di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember; tahap II: mendesain modul solusi masalah, yaitu mendesain panduan untuk membantu menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut; tahap III: validasi solusi masalah, yaitu menguji efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

5. 1 Gambaran umum lokasi penelitian

5.1.1 Sejarah

Bina Sehat merupakan salah satu rumah sakit swasta type C di kabupaten Jember yang bernuansa Islami. Seluruh karyawati di wajibkan menggunakan seragam berjilbab sesuai ketentuan yang telah di tentukan oleh instansi di bawah pimpinan seorang dokter keturunan arab. Sejarah singkat berdirinya RS Bina Sehat yaitu bulan Maret tahun 1995, Yayasan Bina Sehat membuka Balai Pengobatan (BP) Bina Sehat yang beralamat di Jalan Jayanegara No. 7 Jember, dengan kegiatan pelayanan kesehatan rawat jalan pagi dan sore yaitu Poli Umum dan Poli Gigi serta Medical Check Up (TKI & Umum). Pada Tanggal 13 September 2005, RS Bina Sehat mendapatkan Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit dari Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: YM.02.04.3.5.4019.

5.2 Gambaran umum klien SKA di Rumah Sakit Bina Sehat

Kunjungan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat lumayan tinggi setiap bulannya di bawah pengawasan 2 dokter spesialis jantung. Jumlah rawat inap klien Sindroma Koroner Akut setiap bulannya di Rumah Sakit Bina Sehat antara 13 sampai dengan 23, sepanjang tahun 2016. Kunjungan klien rawat inap tersebut mencapai puncak pada bulan April dan bulan Desember 2016. Hal tersebut bisa di lihat pada tabel 5.1 di bawah ini, yang menggambarkan klien Sindroma Koroner Akut sepanjang tahun 2016.

Tabel 5.1. Gambaran rawat inap klien Sindroma Klien Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember sejak bulan Januari 2016 sampai dengan Desember 2016

No	Bulan	Jumlah Rawat Inap SKA tahun 2016
1	Januari	19 klien
2	Februari	19 klien
3	Maret	18 klien
4	April	23 klien
5	Mei	13 klien
6	Juni	13 klien
7	Juli	17 klien
8	Agustus	19 klien
9	September	21 klien
10	Oktober	13 klien
11	November	15 klien
12	Desember	23 klien

5. 3 Hasil tahap I

Pada penelitian ini di dapatkan hasil tema – tema sebagai berikut: yaitu tema identifikasi, tema pemahaman, dan tema harapan responden atau partisipan terhadap manajeman kecemasan yang di alami saat partisipan menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat. Data dalam penelitian tahap I di dapatkan dari 3 infroman, yaitu klien post rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan

diagnosa Sindroma Koroner Akut dan sedang melakukan rawat jalan di poli jantung Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Usia klien berkisar antara 50 tahun sampai dengan 60 tahun, tingkat pendidikan mulai seluruh infroman adalah SD. Berasal dari suku Madura yang tinggal di Jember dan pernah mengikuti pendidikan diniyah atau ke agamaan di masa muda klien.

5.3.1 Diskusi terfokus dan wawancara mendalam

Diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam ini bertujuan mengidentifikasi kecemasan, pemahaman dan harapan klien dalam tatalaksana kecemasan yang di alami klien, maka di ajukan beberapa pertanyaan terhadap klien peserta diskusi kelompok terfokus. Berikut hasil diskusi terfokus dan wawancara mendalam pada penelitian tahap I:

1) Tema identifikasi

Identifikasi adanya kecemasan klien Sindroma koroner akut yang menjadi responden penelitian tahap I di jelaskan dalam transkrip berikut ini:

a. Transkrip diskusi terfokus

Pada penelitian tahap I di temukan seluruh responden mengalami kecemasan saat di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut.

Iyeh nak.... cek kabeterah ongghuen engkok " (P1).

(Iya nak, saya merasa sangat cemas/khawatir)(P1).

"Ongghuen kabeter .....takok mateh engkok..... polanah tetanggeh sakek dekiyyeh mateh cong" (P2).

(Saya benar – benar merasa cemas, hal itu di karenakan tetangga saya meninggal di sebabkan penyakit seperti ini)(P2).

"Yeh kabeter cong, nyamanah manussah" (P3).

(Ya cemas nak, begitulah manusia)(P3).

2) Tema pemahaman

Pemahaman kecemasan menurut persepsi responden yang bersedia mengikuti penelitian tahap I yang di dapatkan selama proses diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam terhadap 3 informan di jelaskan dalam transkrip berikut:

a. Transkrip diskusi terfokus:

Pemahaman responden terhadap kecemasan berbeda satu sama lainnya, di sini di tekankan tidak ada jawaban yang salah, diskusi ini hanya untuk menggali pemahaman responden mengenai kecemasan.

Kabeter ariyah kapekkeran takok mik mateh soalah sakek jantung nak (P1)

(Khawatir/cemas adalah berpikiran atau takut meninggal sebab sakit jantung nak) (P1).

Yeh mekker bet talebet cong, mun polanah sakabbiknah penyaket ariyah bedeh obetteh tapeh nyamanah manussah mesteh takok, takok mik mateh polanah sakek'en tadek padek cong sengak se anazek waaah (P2).

(Ya terlalu berpikir yang berlebihan, walaupun sebenarnya seluruh penyakit itu ada obatnya, tapi sebagai manusia pasti merasa ketakutan, takut mati, karena sakit yang di rasakan seperti sakaratul maut)(P2).

"Yeh kabeter tor kapekkeran mak bisa engkok sakek dekiyyeh cong, jek engkok gun ngakan tahu tempe ben arenah"(P3).

(Ya khawatir/cemas dan kepikiran, kenapa saya bisa sakit seperti ini, sedangkan setiap hari saya hanya makan dengan lauk tahu dan tempe)(P3).

3). Tema Harapan

Harapan atau asa adalah bentuk dasar dari kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan akan didapatkan atau suatu kejadian akan berbuah kebaikan di waktu yang akan datang. Pada umumnya harapan berbentuk abstrak, tidak tampak, namun diyakini bahkan terkadang dibatin dan dijadikan sugesti agar terwujud. Namun adakalanya harapan tertumpu pada seseorang atau sesuatu. Pada praktiknya banyak orang mencoba menjadikan harapannya menjadi nyata dengan cara berdoa atau berusaha. Berikut harapan responden penelitian tahap I dalam tatalaksana penurunan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut yang di tuangkan dalam transkrip hasil diskusi terfokus dan wawancara mendalam.

a. Transkrip diskusi terfokus

Responden menghendaki tatalaksana kecemasan selain obat – obatan selain terapi untuk penyakit jantung yang sedang responden alami serta tidak bertentangan dengan agama yang responden anut serta responden jalankan. Keinginan responden untuk menghindari terapi obat – obatan bisa di baca pada transkrip di bawah ini:

"terro se tak usah obet – obeten nak polanah benyak gelluh obet, tor tak nyalaen agemah nak" (P1)

(Menginginkan yang bukan obat – obatan nak, karena sudah terlalu banyak obat serta yang tidak bertentangan dengan agama nak)(P1).

"Terro se dek sekalah butoh bisa elakonin cong, bisa ebungkoh makle tak usah ajelen kaloar cong, tadek motorah polanah" (P2).

(Menginginkan di saat saya membutuhkan bisa di kerjakan dirumah, sehingga tidak usah keluar rumah, karena saya tidak punya motor) (P2).

"Se tak osah nginum obet cong, tor tak aganggu ka ibede" (P3).

(Yang tidak usah minum obat nak, dan tidak mengganggu ibadah) (P3).

b. Transkrip wawancara mendalam

Sebagaimana di sebutkan dalam transkrip diskusi terfokus responden juga menyatakan dalam wawancara mendalam bahwa responden menghendaki tatalaksana kecemasan selain obat – obatan diluar terapi untuk penyakit jantung yang sedang responden alami.

"Lebbi sae selaenah obet – obeten nak, soallah ampon benyak gelluh obet se koduh eyenum, taker engak se kaloarrah pole" (P1).

(Lebih baik selain obat – obatan nak, karena udah terlalu banyak obat yang diminum, bahkan seperti mau keluar kembali)(P1).

" Nyamanan benni obet cong, polanah obet gik repot se melleah, kaloar pesse pole, engkok tak norok BPJS cong"(P2).

(Lebih baik selain obat, karena masih repot untuk beli, keluar uang lagi, saya tidak ikut BPJS nak)(P2).

" Selaenah obet beih cong, engak se tak bisa masok mun bennyak gelluh nginum obet"(P3).

(Selain obat saja nak, seperti tidak bisa masuk kalau terlalu banyak minum obat)(P3).

Selain non farmakologi responden juga mengharapkan tatalaksana kecemasan yang di alami bisa di lakukan kapan saja dan dimana saja setiap waktu responden membutuhkannya.

" Se sakeranah tak osa ka Mar Sakek (Rumah Sakit) nak, lessoh se ajelenah cong" (P1).

(Sekiranya tidak perlu ke Rumah Sakit nak, capek yang mau berangkat nak) (P1).

" Pokoken tak osa ujeuh cong, tadek motorah cong"(P2).

(Yang paling penting tidak jauh nak, saya tidak punya motor nak) (P2).

" *Se tak osa ajelen jeuh cong, moguk lah*"(P3).

(Yang tidak perlu berjalan jauh nak, soalnya capek) (P3).

" *Bile'eh beih nak, mun butoh yeh langsung*"(P1).

(Kapan saja nak, di saat di butuhkan bisa langsung).

" *Dek sekalah butoh cong*"(P2).

(Di saat di butuhkan nak)(P2).

" *Sebektoh – bektoh butoh cong*"(P3).

(Sewaktu – waktu di butuhkan nak)(P3).

Tempat yang paling di inginkan oleh klien untuk berkunjung serta dapat memberikan ketenangan serta kenyamanan adalah Baitullah yang berada di Masjidil Haram, Makkah.

" *Yeh ka Baitullah nak, mun endik pasteh dessak'ah nak*"(P1).

(Ya ke Baitullah nak, kalo di takdirkan berangkat kesana nak)(P1).

" *Yeh Baitullah cong, terro aduk'aah edissak, soallah mustajeb mun edissak*"(P2).

(Ya ke Baitullah nak, ingin berdoa di sana, karena disana semua doa akan di kabulkan)(P2).

" *Yeh Baitullah cong, mun selaennah gebey apah cong*"(P3).

(Ya ke Baitullah nak, kalau tempat yang lain buat kesana nak)(P3).

Keinginan semua responden ketika bertawaf di Baitullah hampir serupa yaitu berdoa dan bermunajat kepada Allah SWT, sebagai tempat umat Islam bergantung.

" *Aduk'a' nak, sambih ataweb*"(P1).

(Berdoa nak, sambil melakukan ibadah tawaf)(P1).

" *Ataweb cong, sambih minta ka sekobesah*"(P2).

(Melakukan ibadah tawaf nak, sambil meminta kepada yang Kuasa)(P2).

" *Yeh Ibede cong mun dessak ariyah koduh pa benyak ibede* "(P3).

(Ya beribadah nak, kalau kesana itu harus memperbanyak ibadah)(P3).

Berdasarkan penjabaran tema dan sub-tema sampai dengan pembentukan pola penelitian tahap I, bisa di katakan bahwa seluruh partisipan atau informan mengalami kecemasan saat menjalani rawat inap di Bina Sehat Jember dengan diagnose Sindroma Koroner Akut, memahami kecemasan sebagai berpikir berlebihan terhadap penyakit yang di alami sehingga merasa terancam dengan kematian, serta merasa takut kehilangan. Partisipan mengharapkan tatalaksana kecemasan bersifat non farmakologi, bisa di laksanakan kapan saja, dimana saja ketika partisipan membutuhkan, serta bersifat *religious* atau bersifat agamis sesuai dengan yang partisipan percayai dan yakini (Islam). Partisipan mengharapkan tatalaksana yang bernuansa islami, dan tawaf di sekitar Baitullah sebagai pilihan seluruh partisipan.

Tabel 5.2. Gambaran pola penelitian tahap I mengenai kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat tahun tanggal 17 februari tahun 2017

No	Topik	Tema	Sub tema	Pola
1	Kecemasan	Identifikasi	Mengalami kecemasan	• Seluruh informan mengalami kecemasan
		Pemahaman	• Ancaman kematian • Takut meninggalkan keluarga	• Infroman merespon kecemasan secara berlebihan
		Harapan	• Non farmakologi • *Aplicable* • *Religious*	• Hal yang menyenangkan • Bisa di aplikasikan setiap saat. • *Religious* (nuansa islami) • Tawaf di Baitullah

Tabel 5.2 di atas menunjukkan merupakan rangkuman dari hasil diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam tema identifikasi, pemahaman serta

harapan klien. sehingga terbentuk sub-tema harapan berupa manajemen kecemasan yang bersifat non farmakologi, *aplicable* dan *religious* dan mempunyai pola responden menginginkan hal yang menyenangkan, bisa di aplikasikan setiap saat, *religious* (nuansa islami) serta tawaf di Baitullah.

5.4 Hasil Tahap II

Berdasarkan hasil penelitian tahap I, komponen penting yang harus ada dalam penyusunan modul solusi masalah adalah non farmakologis, bisa di aplikasikan kapan saja dan dimana saja di butuhkan, *religious*, serta membayangkan hal yang menyenangkan yaitu tawaf di Baitullah. Membayangkan hal – hal yang menyenangkan serta bersifat religious dapat menurunkan kecemasan pada klien Sindroma Koroner Akut.

Maka dari itu membayangkan hal yang menyenangkan serta bersifat religious dapat di integrasikan dengan hasil studi literatur. Konsep teori keperawatan yang dapat merubah kecemasann klien tersebut adalah 1) konsep teori adaptasi dari Callista Roy (1984), 2) *transpersonal caring* dari Jean Watson (1979), 3) imajinasi terbimbing atau *guided imagery*, 4) *religious care* yang merupakan bagian dari *spiritual care* (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012)

Adaptasi merupakan proses dinamis dimana seseorang menggunakan kesadaran dan pilihannya untuk menciptakan integrasi manusia dengan lingkungannya yang meliputi lima objek utama yaitu manusia, keperawatan, konsep sehat, konsep lingkungan, dan aplikasi dalam keperawatan Callista Roy (1984).

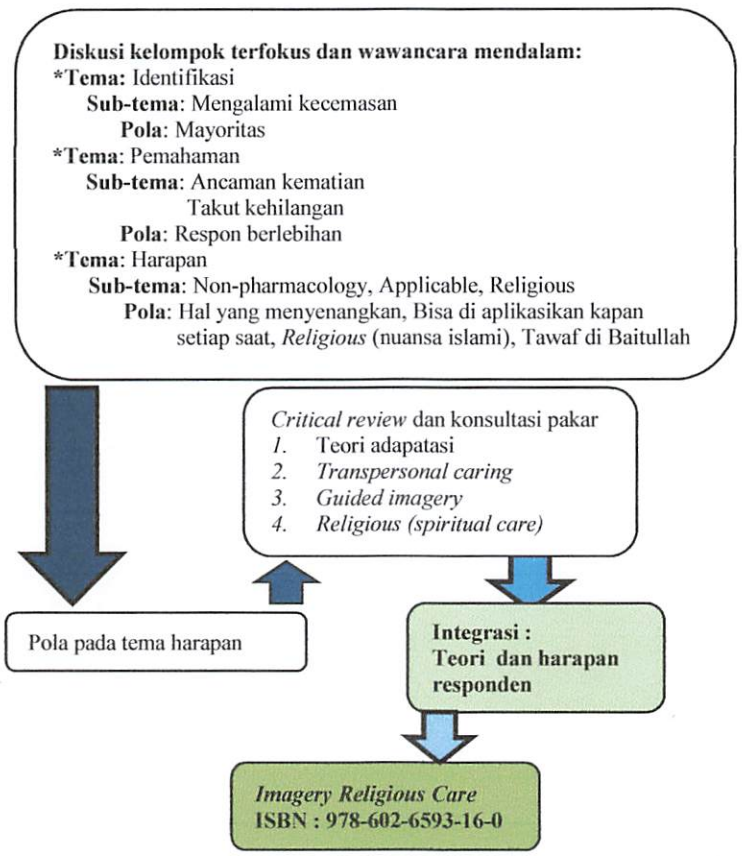
Faktor karatif *transpersonal caring* yang di kemukakan oleh Jean Watson (1997) mempunyai komponen fenomenologi yang dinamis dalam keperawatan terutama pada point ke–8 yang berisi tentang penyediaan suasana yang mendukung, melindungi, dan mengkoreksi mental, fisik, sosio kultural serta lingkungan *spiritual.*

Imajinasi terbimbing atau *guided imagery* adalah upaya petugas kesehatan untuk menciptakan rasa senang dalam pikiran klien dalam waktu kurang lebih sekitar 10 menit dengan menggunakan teknik visualisasi sederhana, kemudian berkonsentrasi pada rasa yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien. Imajinasi terbimbing ini bersifat religious sesuai dengan hasil tahap I yang menginginkan suasana yang agamis sesuai keyakinan klien yaitu agama Islam. Gambar umat Islam yang sedang melakukan tawaf di sekitar Baitullah merupakan tempat pilihan yang menyenangkan serta menenangkan bagi klien.

Spiritualitas adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain. Spiritual adalah apa yang memberikan motivasi dalam hidup, memilih dan kemudian bertindak. Keadaan ini mencakup kesadaran tentang sesuatu atau seseorang yang lebih besar daripada diri sendiri. Spiritual bisa di pelajari dan dilakukan melalui empat tahapan UNESCO (2014). Empat tahapan tersebut adalah: 1). *Learning to know,* 2). *Learning to do*, 3). *Learning to be*, 4). *Learning to live together.*

Religious atau agamis merupakan bagian dari spiritual. Dalam agama Islam sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW ada beberapa macam,

salah satunya adalah *spiritual illahiyah* yaitu doa dan dzikir atau lebih dikenal dengan sebutan istilah *ruqyah syar'iyah.* Al-Fatiha merupakan salah satu surat dalam Al-Quran bisa di gunakan untuk mengobati penyakit non medis dan medis, sasaran dan tujun dari intervensi tersebut adalah pengolahan/aktivitas *spiritual* untuk memperoleh ridho Allah SWT.



Gambar 5.3. Proses integrasi teori – teori dalam menyusun *imagery religious care* sebagai modul solusi masalah

Gambar 5.3. di atas menunjukkan integrasi teori model adaptasi yang dikemukakan oleh Callista Roy (1984) , *transpersonal caring* oleh Jean Watson pada tahun 1997, kemudian konsep visualisai untuk memberikan ketenangan dan

kenyamanan bagi klien dari *guided imagery,* serta unsur *religious care* yang merupakan bagian dari *spiritual care* (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012). Hasil integrasi beberapa teori tersebut kemudian di aplikasikan dalam bentuk buku panduan, penayangan rekaman umat islam tawaf di Baitullah untuk membantu visualisai klien, serta mendengarkan *murottal* Al – Fatiha dan membacanya secara reflektif dan intuitif dalam upaya menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut. Hasil diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) dan wawancara medalam (*indepth interview*) merupakan rujukan dalam menyusun panduan dalam upaya menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

Tabel 5.4. Penyusunan intervensi berdasarkan tema

No	Tema	Intervensi	Metode
1.	Identifikasi	Pengkajian tentang kecemasan yang di alami responden	Wawancara
2.	Pemahaman	Komunikasi terapeutik antara klien dan perawat atau nakes.	Wawancara dan diskusi.
3.	Harapan	Imagery religious care	Wawancara, diskusi, visualisasi, dan praktek.

5.4.1 Implementasi modul

Panduan ini menjelaskan tentang prosedur intervensi modul yang dilakukan oleh perawat kepada klien untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan klien dengan cara menayangkan rekaman umat islam yang melakukan ibadah tawaf di Baitullah serta membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif dengan menggunakan pendekatan teori adapatasi, *transpersonal caring* serta konsep dari *guided imagery* dan *religiousity* yang merupakan bagian dari *spiritual care.*

Panduan implementasi modul dalam menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut secara keseluruhan terdiri dari dua kali pertemuan. Pertemuan pertama di lakukan hari ke – 3 klien rawat inap di Rumah Sakit dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut, pada pertemuan pertama ini, perawat melakukan kontrak dengan klien kemudian di lakukan penilaian tingkat kecemasan, selanjutnya perlakuan *imagery religious care* selama kurang lebih 10 menit bisa di berikan kepada klien setelah di ketahui tingkat kecemasan klien. Pertemuan ke – 2 di lakukan pada hari ke – 4 klien rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan diagnosa yang sama yaitu Sindroma Koroner Akut, pada pertemuan ini di lakukan penguatan kembali stimulus ekternal yaitu pemberian perlakuan *imagery religiosu care* dengan intensitas yang sama seperti pada pertemuan pertama. Setelah di berikan perlakuan kemudian klien di nilai kembali tingkat kecemasannya dengan menggunakan HARS (*Hammilton Anxiety Rating Scale*) sebagai patokan tingkat kecemasan klien pasca perlakuan. Secara umum model ini harus dilakukan oleh perawat dengan pendidikan minimal diploma III keperawatan.

5.5. Hasil Tahap III

Hasil integrasi beberapa teori berdasarkan diskusi kelompok terfokus serta wawancara medalam pada penelitian tahap I dan Tahap II di aplikasikan dalam bentuk buku panduan dalam membantu menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut dan visualisai umat Islam melaksanakan tawaf di Baitullah serta membaca Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif. Hasil integrasi tersebut kemudian

di berikan kepada responden yang mengalami kecemasan ringan, sedang dan berat pada penelitian tahap III.

Pada tahap III ini peneliti menguraikan hasil uji efektifitas *imagery religious care* meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan formal, serta pendidikan diniyah atau agama) dan melihat sejauh mana efektifitas *imagery religious care* dalam menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember yang di lakukan pada tanggal 17 Februari sampai dengan 28 april 2017 dengan menggunakan *independent t – test.*

Tabel 5.5. Karakteristik responden uji efektifitas *imagery religious care* berdasarkan tingkat pendidikan, usia, jenis kelamin dan pendidikan agama, tanggal 11 maret sampai dengan 28 april 2017

Variabel	Cemas				
	Tidak Cemas	Cemas Ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat	Panik
Tingkat Pendidikan					
• SD & SMP	0	2 (14.285%)	2 (14.285%)	2 (14.285%)	0
• SMA	0	2 (14.285%)	2 (14.285%)	4 (28.57%)	0
Usia					
• 50 th	0	0	0	1 (7.142%)	0
• 53 th	0	0	0	1 (7.142%)	0
• 57 th	0	0	1 (7.142%)	1 (7.142%)	0
• 59 th	0	0	1 (7.142%)	2 (14.285%)	0
• 60 th	0	4 (28.571%)	2 (14.285%)	1 (7.142%)	0
Jenis kelamin					
• laki-laki	0	4 (28.571%)	3 (21.428%)	5 (35.714%)	0
• perempuan	0	0	1 (7.142%)	1 (7.142%)	0
Pendidikan Agama					
• pernah	0	0	2 (14.285%)	2 (14.285%)	0
• tidak pernah	0	4 (28.571%)	2 (14.285%)	4 (28.571%)	0
Perlakuan	0	2 (14.285%)	2 (14.285%)	3 (21.428%)	0
Kontrol	0	2 (14.285%)	2 (14.285%)	3 (21.428%)	0

Pada tabel 5.5. di atas menunjukkan bahwa klien Sindroma Koroner Akut yang menjalani rawat inap dan bersedia menjadi responden mayoritas adalah laki – laki sebesar 12 responden (85,7%), 4 (28.571%) mengalami kecemasan ringan, 3

(21.428%) kecemasan sedang, 5 (35.714%) responden mengalami kecemasan berat. 1 (7.142%) dari 2 responden perempuan mengalami kecemasan sedang dan 1 responden (7.142%) perempuan mengalami kecemasan berat selama uji efektifitas yang di laksanakan sejak tanggal 11 Maret sampai dengan minggu tanggal 28 April 2017.

Dari segi pendidikan mayoritas klien hanya sampai pendidikan dasar sesuai dengan kebijakan pemerintah pendidikan dasar 9 tahun, besar responden yang berpendidikan dasar dan mengengah adalah 2 (14.285%) mengalami kecemasan ringan, 2 (14.285%) responden mengalami kecemasan sedang, pada kecemasan berat 2 (14.285%) responden berpendidikan dasar mengalami kecemasan berat dan 4 (28.57%) responden berpendidikan menengah mengalami kecemasan berat.

Responden yang pernah mengikuti pendidikan diniyah atau ke agamaan sebesar 4 responden (28,5%) dan serta 50% dari klien dengan pendidikan diniyah atau agama mengalami kecemasan berat, sedangkan responden yang tidak pernah mengikuti pendidikan diniyah masing - masing 4 (28.571%) responden mengalami kecemasan ringan dan berat dan 2 (14.285%) mengalami kecemasan sedang.

5.6. Uji chi square karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan formal, pendidikan diniyah/Agama pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol *imagery religious care* di Rumah Sakit Bina Sehat Jember 2017.

Variabel		Perlakuan (n=7)	Kontrol (n=7)	p value
Jenis kelamin	Laki – laki	6 (85.7%)	6 (85.7%)	1.000
	Perempuan	1 (14.3%)	1 (14.3%)	
Pendidikan	Ya	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1.000
Agama	Tidak	5 (71.4%)	5 (71.4%)	
Pendidikan formal	Dasar	3 (42.9%)	4 (57.1%)	1.000
	Menengah	3 (42.9%)	4 (57.1%)	
Usia	Lansia awal	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1.000
	Lansia akhir	6 (85.7%)	6 (85.7%)	

Berdasarkan tabel 5.6. di atas menunjukkan bahwa p *value* variabel jenis kelamin (1.000), pendidikan diniyah (1.000), pendidikan formal (1.000), pada kelompok perlakuan dan kontrol lebih besar dari 0.05, berarti semua variabel tersebut dalam tabel di atas adalah setara atau tidak ada perbadaan antara kelompok kontrol dan perlakuan.

Tabel 5.7. Tabel *paired t – test* efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2017 pada kelompok perlakuan

Kecemasan kelompok perlakukan *imagery religious care*					
	Mean	**SD**	**n**	**t**	**p *value***
Sebelum	25.71	8.807	7	4.430	0.004
Sesudah	13.86	6.768			

Uji *paired t – test* pada kelompok perlakuan setelah di berikan *imagery religious care* sebagaimana terlihat dalam tabel 5.7. di atas. Menggambarkan bahwa tingkat kecemasan responden dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut pada hari ke – 4 lebih rendah, terlihat pada nilai rata – rata yaitu (13.86) di bandingkan dengan kecemasan pada kelompok yang sama yang di lakukan penilaian pada hari ke – 3 sebelum di berikan *imagery religious care* yaitu dengan nilai rata – rata (25.71). Begitu juga pada nilai p pada uji statistik paired t – test di atas menunjukkan bahwa ada perubahan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan antara sebelum dan sesudah *imagery religious care*. Hal ini terlihat pada nilai p value 0.004 <0.05 yang terlihat pada tabel 5.7. di atas.

Tabel 5.8. *Paired t – test* efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke -4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2017 pada kelompok kontrol

Kecemasan kelompok kontrol *imagery religious care*					
	Mean	**SD**	**n**	**t**	**p *value***
Sebelum	24.14	5.786	7	-.281	0. 788
Sesudah	24.29	5.219			

Kelompok kontrol atau kelompok yang hanya mendapatkan tindakan standard yang di berikan oleh instansi tanpa perlakuan *imagery religious care.* Pada kelompok ini prinsip penilaian adalah sama seperti pada kelompok perlakuan yaitu penilaian sebelum *imagery religious care* di lakukan pada hari ke – 3 saat responden di rawat di ruang perawatan biasa pasca di rawat di ruang ICU Rumah Sakit Bina Sehat. Penilaian setelah *imagery religious care* di lakukan pada hari ke – 4 responden di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember, kemudian setelah di lakukan penilaian tingkat kecemasan selanjutnya *imagery religious care* di berikan kepada responden kelompok kontrol. Pada hasil uji *paired t – test* menunjukkan tidak ada perubahan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah perlakuan *imagery religious care.* Tidak adanya perubahan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol antara sebelum dan sesudah perlakuan terlihat pada nilai p value 0.788 > 0.05 sebagaimana di gambarkan pada tabel 5.8. di atas.

Tabel 5.9. Uji t efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke- 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember sebelum di lakukan *imagery religious care* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Kecemasan kelompok perlakukan dan kelompok kontrol sebelum *imagery religious care*					
	Mean	**SD**	**n**	**t**	**p *value***
Perlakuan	25.71	8.807	7	0.395	0.700
Kontrol	24.14	5.786	7		

Pada tabel 5.9. di atas menggambarkan kondisi responden pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dilakukan *imagery religious care*. Responden terlihat homogen antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum di lakukan *imagery religious care*.

Tabel 5.10. Uji t efektifitas *imagery religious care* terhadap kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke- 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember setelah di lakukan *imagery religious care* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Kecemasan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah imagery religious care					
	Mean	**SD**	**n**	**t**	**p *value***
Perlakuan	13.86	6.768	7	-3.228	0.007
Kontrol	24.29	5.219	7		

Tabel 5.10. di atas menunjukkan kelompok perlakuan setelah *imagery religious care* mengalami tingkat kecemasan yang lebih rendah di bandingkan dengan kelompok kontrol, terlihat pada rata – rata kelompok kontrol (24.29) lebih tinggi di bandingkan dengan kelompok perlakuan (13.86). Setelah di lakukan perlakuan *imagery rligious care* kemudian di lakukan uji efektifitas dengan menggunakan uji independent t terlihat adanya perubahan tingkat kecemasan responden dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut setelah di berikan *imagery religious care* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Adanya perubahan tingkat kecemasan terlihat pada nilai p value 0.007 < 0.05 pada tabel 5.10 di atas.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang 3 tahap hasil penelitian. Tahap I tentang identifikasi kecemasan, pemahaman serta harapan terhadap manajemenn kecemasan yang di alami pertisipan, tahap II mengenai *imagery religious care*, tahap III mengenai uji efektifitas *imagery religious care.* Keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian ini juga di sampaikan pada bab ini.

6.1 Pembahasan hasil penelitian

6.1.1 Tahap I

1). Tema Identifikasi

Pada penelitian tahap I di temukan bahwa seluruh informan yaitu 3 klien dari poli jantung rawat jalan Rumah Sakit Bina Sehat mengalami kecemasan sehubungan dengan penyakit yang di alami yaitu Sindroma Koroner Akut saat menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Temuan pada penlitian tahap I ini berbanding lurus dengan hasil penelitian – penelitian pada responden Sindroma Koroner Akut baik penelitian yang di lakukan di luar negri ataupun penelitian dalam negri.

Penelitian yang di lakukan di *Boston University Hospital* pada tahun 2012, menunjukkan bahwa 79% dari 79 klien Sindroma Koroner Akut mengalami kecemasan (Tisminetzky, *et al.* 2012). Di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Indonesia, menunjukkan prevalensi kecemasan 93,3% dengan tingkat kecemasan sedang dari 60 klien Sindroma Koroner Akut (Maendra, *et al.*

2014). Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan di komunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya. Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen, 2006). Setiap individu yang mengalami kecemasan tentu mempunyai harapan untuk terbebas dari kecemasan yang sedang di alaminya.

Asumsi peneliti tentang kecemasan yang di alami oleh responden saat menjalani rawat inap di Rumah Sakit Bina Sehat dengan dignosa Sindroma Koroner Akut disebabkan oleh tidak adanya deteksi dini dan tatalaksana kecemasan secara mandiri oleh perawat yang belum memadai. Kondisi tersebut dapat menjadi faktor yang dapat memperburuk kondisi kecemasan dan dapat memberikan dampak negatif.

2). Tema Pemahaman

Responden memahami kecemasan sebagai suatu respon yang berlebih atau berpikir yang berlebihan terhadap penyakit yang di alami serta merasa takut terhadap ancaman kematian, serta takut kehilangan orang – orang yang di sayangi. Perasaan takut tersebut di dasari pengalaman karib kerabat atau orang yang mereka kenal meninggal akibat penyakit yang serupa.

Ansietas (kecemasan) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Tidak ada objek yang dapat di identifikasi sebagai stimulus

ansietas (Videbeck, 2008). Kecemasan merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disetai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan yang berlebihan. Kecemasan merupakan gejala yang umum tetapi non spesifik yang sering merupakan suatu fungsi emosi (Kaplan, Saddock, & Grebb, 1998).

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan di komunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya. Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan unntuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen, 2006)

Pada tema pemahaman ini peneliti hanya bertujuan untuk mengeksplor pemahaman dan opini responden tentang kecemasan yang di alami. Ditekankan disini bahwa tidak ada jawaban ataupun opini yang salah mengenai kecemasan yang di sampaikan oleh responden. Responden bebas menyampaikan pendapat, opini serta pemahaman tentang tema yang berkaitan. Berbeda dengan teori yang di sampaikan oleh Stuart dan Sundeen yang mengatakan bahwa kecemasan tidak sama pengertiannya dengan rasa takut akan tetapi responden justru mengasumsikan bahwa kecemasan tersebut adalah rasa takut terhadap kematian dan takut meninggalkan orang – orang yang di cintai.

3).Tema Harapan

Responden mengharapkan tata laksana kecemasan bersifat non farmakologi, bisa di aplikasikan kapan saja dan di mana saja responden

membutuhkan, serta bersifat agamis atau tidak bertentangan dengan agama dan keyakinan yang responden yakini. Responden memilih Baitullah dan ritual ibadah tawaf sebagai tempat tujuan yang dapat memberikan ketenangan dan kenyamanan sehingga di harapkan dapat membantu menurunkan kecemasan yang di alami.

Harapan atau asa adalah bentuk dasar dari kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan akan didapatkan atau suatu kejadian akan berbuah kebaikan di waktu yang akan datang. Pada umumnya harapan berbentuk abstrak, tidak tampak, namun diyakini bahkan terkadang dijadikan sugesti agar terwujud. Namun adakalanya harapan tertumpu pada seseorang atau sesuatu. Pada praktiknya banyak orang mencoba menjadikan harapannya menjadi nyata dengan cara berdoa atau berusaha. Harapan setiap manusia berbeda satu dengan yang lainnya dan bersifat individual, bahkan dalam satu keluarga dengan keyakinan dan kepercayaan yang sama setiap anggota keluarga bisa memiliki persepsi dan harapan yang berbeda pula. Begitu juga dengan halnya spiritualitas, adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain. Walaupun beberapa berpendapat bahwa spiritualitas diartikan sebagai kepercayaan yang memiliki arti yang lebih luas di bandingkan dengan agama (Wilson & Barber, 2015). Dengan kata lain spiritual adalah apa yang memberikan motivasi dalam hidup, memilih dan kemudian bertindak. Keadaan ini mencakup kesadaran tentang sesuatu atau seseorang yang lebih besar daripada diri sendiri, belum tentu tuhan yang Maha Esa

Akan tetapi dari semua hal yang di kemukakan oleh partisipan atau informan pada penelitian tahap I bisa di ambil suatu kesimpulan bahwa partisipan

menginginkan manajemen kecemasan tersebut bisa dilaksanakan kapan saja dan dimana saja responden membutuhkannya, hal yang menyenangkan, sedangankan hal – hal yang menyenangkan bagi responden adalah bersifat *religious* (Islami), sesuai dengan tempat yang sangat responden inginkan untuk dikunjungi adalah Baitullah, Masjidil Haram, Makkah, serta melaksanakan ibadah tawaf dan berdoa kepada yang Maha Kuasa tanpa mengesampingkan hak responden dalam memilih dan menentukan apapun yang berkenaan dengan dirinya.

6.1.2 Tahap II

Pada penelitian tahap I sesuai dengan tema harapan yaitu responden berharap bahwa manajemen kcemasan yang di alami bersifat non farmakologi, bisa di terapkan kapan saja, dimana saja saat di butuhkan, kemudian manajemen tersebut bersifat *religious* atau agamis dan tempat yang paling ingin responden kunjungi adalah Baitullah, serta melakukan ibadah tawaf dan berdoa di sekitar Baitullah.

1). Non farmakologi dan *aplicable*

Manajemen kecemasan secara non farmakologi bisa menggunakan psikoterapi, hal tersebut selalu menjadi terapi pilihan untuk mengatasi kecemasan secara umum, akan tetapi tidak untuk kasus kecemasan yang sangat berat dimana dibutuhkan efek yang cepat untuk menurunkan kecemasan dan unntuk mencegah konsekuensi yang lebih berat. Diantara psikoterapi yang paling sering di gunakan adalah *Behavioral therapies,* yaitu terapi yang berfokus menggunakan tehnik – tehnik seperti yang digunakan dalam *guided imagery*, tehnik relaksasi,

biofeedback; desensitization secara progresiv untuk menurunkan kecemasan atau untuk menghilangkan fobia tertentu.

Guided imagery adalah tehnik relaksasi yang berdasarkan visualisasi gambar atau *imagery* dan *body awareness* yang menyenangkan, digunakan untuk membantu klien untuk menciptakan *sensory–rich image* dalam otak dan pemikiran klien yang kemudian dapat menimbulkan ketenangan atau keadaan yang relaks, konsentrasi dan *body awareness. Guided imagery* dapat mendorong klien agar pemikiran atau otak mereka bebas dari segala pemikiran yang mengganggu, terlepas dari kekhawatiran mereka dari segala kehidupan sehari – hari dan melebur dalam sesi ini. Teknik-teknik ini didasari oleh konsep bahwa tubuh dan pikiran adalah terhubung. Dengan kata lain *guided imagery* mendorong orang-orang merasa terhubung antara pikiran dan tubuh dan dapat berkontribusi pada perasaan untuk mengelola kesulitan dalam hidup mereka (Tisminetzky, *et al*, 2012; Yijing, *et al.* 2015). Imajinasi terbimbing adalah upaya petugas kesehatan untuk menciptakan rasa senang dalam pikiran klien dalam waktu 10 sampai 15 menit dengan menggunakan teknik visualisasi sederhana, kemudian berkonsentrasi pada rasa yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien (Prasetyo, 2010 dalam Julianto dan Subandi. 2015; Crampton, 2005).

Penggunaan imajinasi terbimbing tersebut terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan serta berdampak positif terhadap kecemasan klien. sebagaimana penelitian yang di lakukan sebelumnya tentang rasa senang yang di ciptakan dengan cara imajinasi terbimbing dapat menurunkan tingkat kecemasan,

meningkatkan kualitas hidup klien, serta perngaruh yang positif terhadap sistem kardio vaskuler (Mizrahi., et al., 2012; Noghani., et al., 2015; Zhang Yijing., et al., 2015). Apabila responden sudah pernah melakukan imajinasi terbimbing dan berhasil, maka responden dapat mengulangi hal tersebut setiap saat membutuhkan dimanapun responden berada tanpa harus mengunjungi fasilitas kesehatan.

2). *Religious*

Keinginan responden bahwa manajemen kecemasan bersifat *religious* atau agamis dan tempat yang paling ingin responden kunjungi adalah Baitullah, serta melakukan ibadah tawaf dan berdoa di sekitar Baitullah adalah salah satu bentuk kebutuhan spiritual responden.

Spiritualitas adalah segala sesuatu yang memberi arti, harapan dan tujuan dalam kehidupan kita, bersifat individual dan berbeda satu sama lain. Walaupun beberapa berpendapat bahwa spiritualitas diartikan sebagai kepercayaan yang memiliki arti yang lebih luas di bandingkan dengan agama (Wilson & Barber, 2015). Dengan kata lain spiritual adalah apa yang memberikan motivasi dalam hidup, memilih dan kemudian bertindak. Keadaan ini mencakup kesadaran tentang sesuatu atau seseorang yang lebih besar daripada diri sendiri, belum tentu tuhan yang Maha Esa

Agama merupakan bagian dari *spiritual*. Menurut MacKinlay (2006) dikutip dalam Barber (2012), kegiatan peribadatan dalam agama merupakan salah satu cara manusia untuk berhubungan dengan Yang Maha Kuasa serta manusia dan alam sekitar. *Religion* dalam bahasa Indonesia berarti agama. Agama adalah sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan

Yang Maha Kuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta lingkungannya (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012). Dalam agama Islam ada beberapa sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW, diantaranya: Spiritual ilahiyah, materi natural seperti madu, zam – zam dan zaitun, kemudian hal yang bersifat terapi yaitu *hijamah* atau bekam (Pandi, 2010).

Hasil penelitian sebelumnya menyatakan bahwa pembacaan Al-Fatiha secara reflektif dan intuitif serta pembacaan ayat – ayat suci Al-qur'an yang lainnya dapat menurunkan cemas, depresi serta meningkatkan imunitas santriwan dan santriwati di pesantren (Julianto dan Subandi, 2015; Babamohammadi, 2015). Sedangkan imajinasi terbimbing dengan konten yang bersifat *religious* juga terbukti memberikan dampak yang positif terhadap kecemasan dan detak jantung responden (Noghani., et al., 2015).

Religiousitas dan spiritualitas setiap individu berbeda dan beragam, akan tetapi informasi yang di kemukakan oleh informan atau partisipan merupakan tolak ukur penentuan konten religi dalam suatu tindakan. Penentuan konten tersebut juga tetap memperhatikan dan menghormati hak responden dalam menentukan segala sesuatu yang berkenaan dengan diri responden.

Spiritual care yang bisa di lakukan melalui imajinasi terbimbing merupakan salah satu kebutuhann yang wajib di penuhi oleh perawat sesuai dengan salah satu point faktor karatif teori transpersonal caring yang dikemukakan oleh Jean Watson yaitu; Menyediakan suasana yang mendukung, melindungi, dan mengkoreksi mental, fisik, sosiokultural serta lingkungan spiritual, sedangkan untuk pencapaian keadaan tersebut di butuhkan suatu proses adaptasi. Adaptasi

merupakan proses dinamis dimana seseorang menggunakan kesadaran dan pilihannya untuk menciptakan integrasi manusia dengan lingkungannya. Model adaptasi Roy menggambarkan individu sebagai biopsikososial yang dapat beradaptasi terhadap stimulus lingkungan yaitu fokal, kontekstual, dan residual stimuli. Ketika mengkaji fungsi fisik dilihat sebagai stimulus fokal. Kontekstual stimuli secara tidak langsung berhubungan dengan stimulus fokal seperti aktivitas fisik dan kepercayaan diri. Residual adalah semua stimulus yang berpengaruh terhadap stimulus fokal dan kontekstual seperti hubungan keluarga dan teman (Rogers dan Keller. 2010).

Hasil penelitian tema harapan kemudian di konsultasikan dan di lakukan kritikal review penelitian – penelitian sebelumnya. *Imagery religious care* merupakan hasil kritikal review serta konsultasi pakar terhadap beberapa teori, kemudian di susun sebuah modul solusi masalah yang merupakan integrasi teori model adaptasi, *transpersonal caring,* serta visualisai rekaman umat Islam melakukan ibadah tawaf di Baitullah dengan menggunakan konsep dasar *guided imagery*, serta membaca Al – Fatiha secara reflektif dan intuitif. Konten ibadah tawaf di sekitar Baitullah merupakan pilihan yang di ambil oleh responden sebagai tempat yang paling di inginkan untuk di kunjungi dan memberikan rasa nyaman kepada responden.

Modul yang di susun merupakan gambaran harapan responden pada penelitian tahap I, akan tetapi setiap individu memiliki tingkat religiusitas serta harapan yang berbeda – beda, tidak bisa di paksakan dan di generalisir terhadap semua individu bahkan dalam satu keluarga yang memiliki kepercayaan dan

keyakinan yang sama bisa memiliki harapan yang berbeda terlebih dalam tatalaksana manajemen kecemasan. Prinsip menghormati serta menghargai hak – hak responden tetap menjadi prioritas, apakah modul tersebut sesuai dengan harapan responden atau bahkan bertentangan dengan harapan serta keyakinan responden. Pemahaman tentang haji atau umroh bukanlah satu – satunya kebaikan perlu di tanamkan, apabila responden tidak mampu melaksanakan ibadah tersebut, responden bisa melaksanakan ibadah yang lain dengan penuh ikhlas mengharap ridha Allah Subhanahu Wa Ta'ala, insyaallah mendapatkan rahmat Allah sama seperti ibadah haji dan umroh.

6.1.3 Tahap III

Hasil temuan penelitian tahap III pada kelompok perlakuan menunjukkan imagery religious care memberikan dampak yang positif kepada semua responden. Sedangankan pada kelompok kontrol menunjukkan 2 responden mengalami penurunan jumlah skor penilaian tingkat kecemasan walaupun tidak begitu signifikan sehingga responden masuk ke kategori cemas yang di bawahnya, yaitu; 1 responden dengan tingkat kecemasan berat dan 1 responden dengan tingkat kecemasan sedang. 2 responden dengan nilai skor yang tetap (1 responden dengan tingkat kecemasan berat dan 1 dengan tingkat kecemasan sedang). Sedangkan 3 responden mengalami peningkatan skor penilaian tingkat kecemasan walaupun tetap berada pada kategori tingkat kecemasan yang sama (2 responden dengan tingkat kecemasan sedang dan 1 responden dengan tingkat kecemasan berat). Jumlah skor penilaian HARS setelah *imagery religious care* menunjukkan

penurunan tanda dan gejala pada sistem – sistem yang sama sebelum perlakuan tanpa.

Hasil Uji statistik setelah *imagery religious care* pada semua kelompok (perlakuan dan kontrol) menunjukkan efektifitas secara statistik yang signifikan begitu juga pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah *imagery religiois care* secara statistik signifikan dalam menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember.

Kondisi ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa *guided imagery* dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan dan depresi begitu juga pembacaan ayat – ayat suci Al-Quran memberikan dampak yang positif terhadap tingkat kecemasan dan depresi serta peningkatan imunitas (Mizrahi., et al., 2012; Egan et al, 2014; Julianto & Subandi, 2015; Babamohammadi, 2015).

Suasana yang mendukung, melindungi, dan mengkoreksi mental, fisik, sosiocultural serta lingkungan spiritual yang merupakan point ke – 8 dari teori *transpersonal Caring* dari Jean watson (1979) sangat terasa dan kental di sikitar lingkungan Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Suasana yang mendukung dalam proses penyembuhan serta penurunan kecemasan klien dapat di lihat dalam pemberian yang di kemas dalam nuansa islami serta pelayanan petugas rumah sakit kepada klien sesuai dengan moto Rumah Sakit Bina Sehat yaitu SCMM (senyum, cepat, murah dan mutu). Senyuman merupakan komunikasi terapeutik non verbal yang sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal, artinya komunikasi antara orang-orang

secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal dan nonverbal (Mulyana, 2013).

Stimulus yang di berikan melalui *imagery religious care* adalah merupakan suatu input dalam proses adaptasi yang di kemukakan oleh Callista Roy (1984). Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian, atau energi yang berasal dari lingkungan (Nursalam, 2016). *Imagery religious care* merupakan stimulus ekternal yang di visualisasikan kemudian di transfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan bagian bawah pusat saraf otonom (Nursalam, 2016). Kemudian pada efektor atau sistem proses adaptasi internal lebih mengarah kepada konsep diri yaitu pandangan terhadap personal (Roy dalam Nursalam 2016). Kemudian stimulus yang menenangkan dan menyenangkan dapat memberikan dampak positif kepada klien dan bereperilaku adaptif sehingga kecemasan klien berkurang.

Hasil yang signifikan secara statistik dan penurunan skor penilaian HARS pada sistem yang sama seperti sebelum di berikan perlakuan, mengisyaratkan bahwa penguatan stimulus eksternal dengan menggunakan *imagery religious care* sangat bermanfaat dalam membantu menurunkan kecemasan responden yang di diagnosa Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember. *Imagery religious care* ini bisa di terapkan sebagai tindakan keperawatan secara mandiri dalam membantu menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut, walaupun demikian tetap harus di perhatikan bahwa spiritualitas serta harapan setiap individu berbeda – beda, sehingga klien tetap di beri kebebasan untuk memilih dan menentukan segala sesuatu yang akan di lakukan terhadap diri klien.

Instrumen HARS merupakan alat ukur kecemasan yang berdasarkan pada munculnya tanda dan gejala pada individu yang mengalami kecemasan (Vural, *et al.* 2008). Menurut skala HARS terdapat 14 simptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 sampai dengan 4. Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton. Skala HARS dalam penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, akan tetapi pada item 9 (gejala kardio vaskuler), 10 (gejala pernafasan), dan 11 (gejala gastro intestinal) lebih di pengaruhi oleh penyakit yang mendasari yaitu Sindroma Koroner Akut serta obat – obatan yang di berikan kepada klien. Tekanan darah yang rendah (hipotensi), aritmia, serta sesak nafas yang di alami klien di karenakan gangguan hemodinamik yang ada.

Hipotensi ditandai oleh tekanan darah sistolik yang menetap di bawah 90 mmHg. Keadaan ini dapat terjadi akibat gagal jantung, namun dapat juga disebabkan oleh hipovolemia, gangguan irama atau komplikasi mekanis. Bila berlanjut, hipotensi dapat menyebabkan gangguan ginjal, *acute tubular necrosis* dan berkurangnya *urine output* (PERKI, 2015, p. 61). Kongesti paru ditandai dispnea dengan ronki basah paru di segmen basal, berkurangnya saturasi oksigen arterial, kongesti paru pada Roentgen dada dan perbaikan klinis terhadap diuretik dan/atau terapi vasodilator (Black & Hawks, 2009, p. 1498; PERKI, 2015, p. 61).

Gejala gastro intestinal seperti mual dan muntah sering di alami klien Sindroma Koroner Akut dan tidak hanya di karenakan klien mengalami kecemasan. Gejala ini muncul di karenakan meningkatnya aktifitas otonom dan efek sistemik akibat dari rangsangan reseptor di dinding ventrikel kiri yang di

kenal dengan *The Bezold-Jarsich Reflex* (Sleight, 1981 dalam Black & Hawks, 2009).

Obat – obatan yang di terima oleh klien Sindroma Koroner Akut baik secara langsung atau tidak langsung akan berpengaruh terhadap hemodinamik, pernafasan atau gastro intestinal. Pemberian obat – obatan golongan vasodilator seperti Nitrogliserin baik *spray* atau tablet merelaksasi semua jenis otot polos tanpa mempertimbangkan tonus otot yang sudah ada sebelumnya. Seluruh segmen sistem vaskular, mulai dari arteri besar sampai vena besar, akan berelaksasi sebagai respon terhadap nitrogliserin. Vena sudah berespon bahkan terhadap konsentrasi nitrogliserin yang paling rendah, sedangkan arteri berespon terhadap konsentrasi yang sedikit lebih tinggi. Efek langsung nitrogliserin dalam dosis efektif yang utama adalah relaksasi vena yang nyata di sertai dengan peningkatan kapasitan vena dan penurunan *preload* ventrikel. Tekanan vaskular paru dan ukuran jantung sangat menurun. Pada keadaan tidak terjadinya gagal jantung, curah jantung berkurang, akibat meningkatnya kapasitan vena, dapat terjadi hipotensi ortostatik sehingga menyebabkan sinkop (Katzung, 2002 p. 188), obat – obatan tersebut secara langsung mempengaruhi pembuluh darah yang mengakibatkan perubahan pada denyut jantung, kemampuan jantung memompa darah serta *cardiac ouptput.*

Pemberian obat – obatan antiplatelet serta trombolitik yang mempengaruhi kekentalan darah dalam tubuh akan berpengaruh terhadap status hemodinamik klien Sindroma Koroner Akut. Sistem gastro intestinal juga akan di pengaruhi oleh obat – obatan tersebut, seperti halnya pemberian aspirin pada dosis biasa efek simpang aspirin yang utama adalah gangguan lambung (intoleransi) dan ulkus

lambung serta duodenum (Katzung, 2002 p. 594). Sebagian besar antiplatelet oral bersifat iritan sehingga bisa menyebabkan rasa nyeri dan rasa panas di area epigastrik, selain memang kondisi tersebut akibat dari proses penyakit itu sendiri yang di kenal dengan sebutan *The Bezold-Jarsich Reflex* sebagaimana di jelaskan pada paragraf sebelumnya.

Pemberian morfin pada klien Sindroma Koroner Akut sebagai analgesia untuk nyeri yang hebat dan menetap serta tidak berespon setelah pemberian obat – obatan vasodilator seperti nitrogliserin. Efek toksik langsung opioid analgesik yang merupakan perluasan efek farmakologi yang akut meliputi depresi pernafasan, mual, muntah, dan konstipasi (Katzung, 2002 p. 512). Sehingga penilaian tingkat kecemasan dengan menggunakan alat ukur HARS yang berhubungan dengan gejala sistem kardio vaskuler, sistem pernafasan serta gastro intestinal tidak bisa di jadikan penilaian absolut sebagai tanda dan gejala kecemasan klien Sindroma Koroner Akut karena lebih di pengaruhi oleh penyakit yang mendasari serta obat – obatan yang di terima oleh klien.

6.2 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

a. Modul solusi masalah keperawatan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 dengan menggunakan pendekatan teori model adaptasi dan *transpersonal caring* yang di visualisasikan dengan konsep dasar dari *guided imagery* dengan nuansa *religious* yang merupakan bagian dari *spiritual care.* Meningkatnya hubungan yang terbuka sehingga meningkatkan kenyamanan serta

memberikan ketenangan secara psikologis kepada klien, dengan demikian dapat mempercepat proses penyembuhan dan memperpendek rawat inap klien.

b. Modul solusi masalah ini teruji secara statistik efektif mampu menurunkan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut pada kelompok perlakuan *imagery religious care*, sehingga perlu adanya dukungan dari instansi yang berwenang untuk mengaplikasikan temuan dalam penelitian ini sehingga dapat di aplikasikan secara nyata dalam pelayanan keperawatan secara nyata.

6.3 Keterbatasan peneliti

Seluruh informan pada peneltian kualitatif berasal dari suku Madura, sehingga peneliti menggunakan bahasa Madura sesuai dengan pilihan responden di karenakan responden lebih menguasai bahasa Madura serta menghindari salah pengertian dan pemahaman dari apa yang di ucapkan oleh responden. Penggunaan alat ukur hanya menggunakan instrument HARS (*Hammliton Anxiety Rating Scale*) dalam menilai tingkat kecemasan responden tanpa adanya penilaian biologis yang menjadi indikator kecemasan responden.

BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab 7 ini membahas tentang semua keputusan akhir atau simpulan dari hasil penelitian, serta saran sebagai bahan rekomendasi terhadap kebijakan dan peningkatan pelayanan keperawatan.

7.1 Simpulan

7.1.1 Tahap I

1). Seluruh responden pada tahap I mengalami kecemasan.

2). Memahami kecemasan sebagai suatu respon berlebih terhadap penyakit yang di alami dan merasa ketakutan terhadap ancaman kematian.

3). Responden mengharapkan tatalaksana kecemasan yang bersifat non farmakologi, bisa di applikasikan setiap responden membutuhkan serta bersifat *religious* atau agamis.

7.1.2 Tahap II

Imagery religious care merupakan integrasi konsep teori model adaptasi, teori *transpersonal caring*, kemudian di visualisaikan dalam bentuk penayangan rekaman umat islam yang sedang bertawaf di Baitullah dengan menggunakan konsep dari *guided imagery*, serta murattal Al – Fatiha dan membacanya dengan reflektif dan intuitif dalam memenuhi kebutuhan *religious care* klien yang merupakan bagian dari *spiritual care*.

7.1.3 Tahap II

Efektifitas *imagery religious care* yang di berikan kepada responden pada hari ke – 3 dan ke - 4 di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut secara statistik dan ilmiah efektif menurunkan tingkat kecemasan responden, sehingga bisa di gunakan sebagai referensi dalam membantu menurunkan tingkat kecemasan klien Sindroma Koroner Akut secara luas di Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Prinsip menghormati hak klien dalam memilih dan menentukan segala hal yang berhubungan dengan tindakan terhadap diri klien tetap di junjung tinggi dan menjadi pritoritas.

7.2 Saran

Saran yang di sampaikan berupa saran yang bersifat applikatif, perkembangan ilmu dan saran untuk penelitian selanjutnya

7.2.1 Rumah Sakit

1). Panduan tatalaksana penurunan kecemasan pada klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 dapat di jadikan sebagai referensi dalam menyelesaikan masalah kecemasan klien secara non farmakologi.

2). Dapat di berikan secara luas di lingkungan Rumah Sakit Bina Sehat dengan memanfaatkan layar televisi yang terhubung dengan ruang kontrol Rumah Sakit.

7.2.2 Perawat

1). Dapat melakukan replikasi panduan penurunan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut terhadap klien yang menjadi tanggung jawab perawat tersebut.

2). Melakukan desiminasi panduan penuruanan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut hari ke – 3 dan ke – 4 melalui kegiatan seminar, lokakarya, lintas program dan sektoral, sehingga mendapat dukungan dalam penerapannya.

7.2.3 Penelitian Selanjutnya

1). Penelitian selanjutnya bisa di lakukan dengan besar responden yang lebih sehingga benar – benar mewakili populasi.

2). Penelitian lanjutan di harapkan dapat memunculkan parameter biologis sebagai tolak ukur efektifitas tindakan *imagery religious care*.

3). Penelitian lebih lanjut perlu di lakukan dengan mengaplikasikan *imagery religious care* terhadap seluruh agama keyakinan yang di akui di Indonesia atau bahkan dunia internasional.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Alligood, MR. (2014). Nursing Theorist and Their Work, Edisi 8. Elsevier. Missouri.

Anwar, Md Jamir., Krishna, K., Pillai, Razia Khanam, Akhtar, Mohammad., Vohora, Divya. (2001). Effect of Alprazolam on Anxiety and Cardiomyopathy Induced by Doxorubicin in mice. Fundamental & Clinical Pharmacology 26. 356–362

Apostolo, Joao Luis Alves., Kolcaba, Katharine. 2009. The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. Archives of Psychiatric Nursing. Hal 1–9.

Babamohamadi, H, Sotodehasl, N, Koenig, HG, Jahani, C & Ghorbani, R. (2015). The Effect of Holy Qur'an Recitation on Anxiety in Hemodialisys Patient: A Randomized Clinical Trial. Journal of Religion and Health. Vol. 54, No. 5, hal 1921 – 1930.

Balitbangkes Departemen Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)–Laporan Provinsi Jawa Timur. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.

Barber, Chris. (2012). Spirituality and religion: a brief definition. British Journal of Healthcare Assistants August. Vol, 06. No, 08. Hal. 378 – 381.

Bhanji, SM. (2012). Comparison and Contrast of Orem's Self Care Theory and Roy's Adaptation Model. Journal of Nursing. Vol. 1, No. 1, Hal. 48 – 53.

Black, Joyce M., Jane Hokanson Hawks. (2009). Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome. 8th Ed. Elsevier Inc. USA.

Burnett, Julie. (2012). Guided Imagery as An Adjunct to Pharmacologic Pain Control at End of Life. North American Associationof Christians in Social Work. p. 1-12.

Cornah, Deborah. (2013). The Impact of Spirituality on Mental Health A Review of Literature. Mental Health Foundation.1 – 40.

Crampton, Martha. (2005). Guided Imagery: A Psychosynthesis Approach. The Synthesis Center Inc. 1 – 75.

Departemen Agama RI. (2007). Al – Qur'anulkarim: Terjemah Per – Kata Tipe Hijaz. Syaamil Al – Qur'an. Bandung.

Feldman, R. S. (2004). Understanding Psychology (6th ed.). New Delhi: Tata-McGraw-Hill.

Fox, KAA., Birkhead, J., Wilcox, R., Knight, C., Barth, J. (2004). British Cardiac Society Working Group on The Definition of Myocardiac Infarction. Heart 90: 603 – 9.

Hawari, Dadang. (2008). Manajemen Stres Cemas dan Depresi. FK Univesitas Indonesia. Jakarta.

Halpin, L. S., Speir, A. M., CapoBianco, P., & Barnett, S. D. (2016). Guided Imagery in Cardiac Surgery. ResearchGate, 132-137.

Humphreys, Melanie. (2011). Nursing The Cardiac Patient. Wiley-Blackwell. UK

Julianto dan Subandi. (2015). Membaca Al Fatihah Reflektif Intuitif untuk Menurunkan Depresi dan Meningkatkan Imunitas. Jurnal Psikologi. Vol. 42. No. 1.

Kaplan, H.I, Saddock, B.J., Grebb, J.A. (1998). Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat. Widya Medika. Jakarta.

Karagozoglu, Serife., Tekyasar, Filiz., Yilmaz, Figen Alp. (2012). Effects of Music Therapy and Guided Visual Imagery on Chemotherapy-Induced Anxiety and Nausea–Vomiting. Journal of Clinical Nursing. 22, 39–50.

Katzung, Bertram G. (2011). Farmakologi Dasar & Klinik. Edisi 10. EGC. Jakarta.

Maendra, I. K., Munayang, H., Dundu, A. E., & Ekawardani, N. (2014). Prevalensi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Infark Miokard Lama di Poliklinik Jantung RSUP Prof. Dr. R.D. KANDOU. Jurnal e-CliniC (eCl), Volume 2, Nomor 3.

Marshall, Kathy. (2011). Acute coronary syndrome: diagnosis, risk assessment and management. Nursing Standard. 25, 23, 47-57.

Matlin, M. W. (1998). Cognition, (Ed 4th). Harcout Brace College Publisher Fort Worth. Texas.

Mizrahi, Maya C., Atir, Rebecca Reicher., Levy, Sigal., Haramatic, Sara., Wengrowera, Dov., Israelic, Eran., & Eran Goldina, Eran. (2012). Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. Psychology & Health, Vol. 27, No. 12.

Muhyidin, M. (2008). Hidup di Pusaran Al – Fatihah: Mengungkap Keajaiban Konstruksi Ummul Kitab. Mizania. Bandung.

Mulyana, Deddy. (2013). Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar. PT. Remaja Rosdakarya. Bandung.

Munawir, A.W. (1997). Kamus Al-Munawwir Arab-Indonesia Terlengkap. Pustaka Progressif. Surabaya.

Newberg, A. (2011). Spirituality and the Aging Brain. Journal of the American Society on Aging, 35 (2), 83 – 91.

Notoatmodjo. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.

Nursalam. (2013). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 2. Salemba Medika. Jakarta.

Nursalam. (2015). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

Nursalam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 4. Salemba Medika. Jakarta.

Oldroyd, John C., Cyril, Sheila., Wijayatilaka, Bhanuja S., O'Neil, Adrienne., McKenzie, Dean P., Zavarsek, Silva., David, L Hare., Fisher, Aaron J., Forber, Andrew B., Taylor, Craig Barr., Clarke, David M., Meredith, Ian T., Oldenburg, Brian. (2013). Evaluating The Impact of Depression, Anxiety, Autonomic Function on Health Related Quality of Life, Vocational Functioning and Health Care Utilisation in Acute Coronary Syndrome Patients: The Advent Study Protocol. BMC Cadiovascular Disorder. 13: 103.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2015). Pedoman Tatalaksana Sindroma Koroner Akut. Centra Communications.

Rogers, C & Keller, C. (2010). Roy Adaptation Model To Promote Physical Activity Among Sedentary older Adults. Geriatric Nursing. Vol, 30, No. 2, Hal. 21 – 26.

Sarsito,, Muhlisin, Abi., Kartinah. (2015). Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Surakarta. Hal 1-14.

Serra, Diane., Parris, Celina Robertson., Carper, Elise., Homel, Peter., Fleishman, Stewart B., Harrison, Louis B., FASTRO., Chadha, Manjeet. 2012. Outcomes of Guided Imagery in Patients Receiving Radiation Therapy for Breast Cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 16, Number 6. Hal 617-623.

Sugiyono. (2011). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Alfabeta. Bandung.

Susilo, Cipto, Sujuti, Hidayat, W, Titin Andri. (2013). Dengan Respon Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) di RSUD dr. Soebandi Jember. Jurnal Ilmu Keperawatan. 91-97.

Stuart dan Sundeen. (2006). Buku Saku Keperawatan, Edisi 3. EGC. Jakarta.

Syatha, SM. (2008). Dikedalaman Samudra Al-Fatiha: Menyingkap tabir terdalam makna, kandungan dan hikmah surah yang paling akrab dalam hidup kita' Al – Fatihah. Mirqat Publishing. Jakarta.

The Internatonal Study Group (I.S.G). (1990). In-hospital Mortality and Clinical Course of 20.891 Patients With Suspected Randomised Between Alteplase and Streptokinase With or Wtihout Heparin. Lancet. 329: 71-5.

Tisminetzky, Mayra., Bray, Bethany C., Miozzo Ruben., Aupont, Onesky., McLaughlin, Thomas. (2012). Classes of Depression, Anxiety, and Functioning in Acute Coronary Syndrome Patients. Am J Health Behav. 36(1):20-30.

UNESCO. (2014). Learning to Live Together. UNESCO Bangkok Office: Thailand.

Videbeck, Sheila L. (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. EGC. Jakarta.

Vural, Mutlu., Acer, Mehmet., Akbas, Berfu. (2008). The Scores of Hamilton Depression, Anxiety, And Panic Agorapobhia Rating Scale in Patients With Acute Coronary Syndrome. Anadolu Kardiyol Derg. Hal 43 – 48.

Yijing, Zhang., Xiaoping, Du., Fang, Liu., Xiaolu, Jing., & Bin, Wu. 2015. The Effects of Guided Imagery on Heart Rate Variability in Simulated Spaceflight Emergency Tasks Performers. Biomed Research International. Vol 2015, 8 Pages.

Yusuf, Ah, Fitriasari PK, Rizky & Nihayati, Hanik. 2014. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Salemba Medika. Jakarta.

Wilson, Carol & Barber, Jo. 2015. Handbook of Spiritual Care in Mental Illness. Mental Health NHS Foundation Trust. 1 – 32.

Williamson K, Mattu A, Plautz CU, Binder A and Brady WJ. (2006). Electrocardiographic Application of Lead aVR. American Journal of Emergency Medicine. 24: 864-74.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Permohonan Fasilitas Penelitian

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website http://ners.unair.ac.id | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Nomor : 148 /UN3.1.13/PPd/S2/2017 — 23 Februari 2017
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RS Bina Sehat
Jember

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Achmad Sya'id, S.Kp.
NIM : 131514153003
Judul Proposal : Efektivitas *Imagery Religius Care* terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di ICU RS Bina Sehat Jember

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n.Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Tembusan:
1. Kabid Keperawatan RS Bina Sehat Jember
2. Kepala Ruang ICU RS Bina Sehat Jember

Lampiran 2

Surat Balasan Permohonan Izin

RS BINA SEHAT

Alamat : Jln. Jayanegara 7 Jember Telp. (0331) 422701 Fax. (0331) 424304
Website : www.rsbinasehat.co.id email : rs_binasehat@yahoo.com

Jember, 10 Februari 2017

Nomor : 0292/RSBS/II/2017
Lamp : -
Perihal : **Surat Balasan Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada Yth
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115
Surabaya

Dengan hormat,
Menunjuk surat Saudara No:416/UN3.1.13/PPd/S2/2016 tanggal 1 Desember 2016 perihal permohonan Ijin Penelitian di Rumah Sakit Bina Sehat Jember yang dilakukan oleh Mahasiswa Magister Keperawatan berikut.

Nama Mahasiswa : Achmad Sya'id, S.Kp
NIM : 131514153003
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Penelitian : Pengaruh GIAF (Guided Imagery dan Al Fatihah) dalam Asuhan Keperawatan terhadap Kecemasan Klien ACS di ICU RS Bina Sehat Jember

Pada prinsipnya kami menyetujui dilaksanakannya perihal tersebut diatas dengan syarat mengikuti ketentuan biaya dan tata tertib yang berlaku.

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih atas perhatiannya.

Hormat kami,
RS. BINA SEHAT JEMBER

dr. Maria Ulfah, MMRS
Pjs. Direktur

Tindasan :
1. Bakesbangpol
2. Arsip

Lampiran 3

Surat Rekomendasi Bakesbangpol

PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Direktur RS. Bina Sehat Jember
di -
TEMPAT

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/2555/314/2017

Tentang

PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 23 Pebruari 2017 Nomor : 148/UN3.1.13/PPd/S2/2017 perihal Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM.	:	Achmad Sya'id, S.Kp. 131514153003
Instansi	:	Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Alamat	:	Kampus C Mulyorejo Surabaya
Keperluan	:	Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan penelitian dengan judul : "Efektivitas Imagery Religius Care terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di ICU RS. Bina Sehat Jember.
Lokasi	:	Rumah Sakit Bina Sehat Jember
Waktu Kegiatan	:	April s/d Mei 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 11-04-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kasubid. Kajian Eksos & Budaya

ACHMAD DAVID F., S.Sos
Penata Tk. I
NIP. 19690912 199602 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keperawatan Unair;
2. Ybs.

Lampiran 4

Keterangan Lolos Uji Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No : 355-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, *with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

"EFEKTIFITAS *IMAGERY RELIGIOUS CARE* TERHADAP KECEMASAN KLIEN SINDROMA CORONER AKUT DI ICU".

Peneliti utama / *Principal Investigator* : **Achmad Syaid**
Nama Institusi / *Name of the Institution* : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian / *Setting of research* : ICU RS Bina Sehat Jember

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned

Surabaya, 10 Maret 2017

Ketua (CHAIRMAN)

Ioni Haryanto, S.Kp.,M.Si..Dr Kep
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 5

SURAT PERMOHONAN UNTUK BERPARTISIPASI MENJADI RESPONDEN PENELITIAN KELOMPOK PERLAKUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Achmad Sya'id

NIM : 131514153003

Mahasiswa : Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Alamat : Jl. K.H Dewantara no. 166 Tempurejo, Jember

No. Telp/HP : 081216252415

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk menjadi responden penelitian yang saya lakukan dengan judul "Efektifitas *Imagery Religious Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut".

Penelitian ini bertujuan mengetahui Efektifitas *imagery religious care* terhadap tingkat kecemasan klien sindroma koroner akut. Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat berupa perbaikan luaran dan kualitas hidup klien sindroma koroner akut.

Sebelumnya saya akan menjelaskan tentang *imagery religious care* yang akan dilakukan oleh Bapak/Ibu. Sebelum dilakukan tindakan *imagery religious care* Bapak/Ibu akan dilakukan pengukuran pengukuran tingkat kecemasan dengan menggunakan kuesioner. Kemudian Bapak/Ibu akan diberikan buku panduan *imagery religious care* yang berisi tentang pengertian dan langkah – langkah pelaksanaan *imagery religious care*. Bapak/Ibu akan mendapat pendampingan *imagery religious care* sebanyak 2 kali pertemuan. Setiap pertemuan akan

dilaksanakan selama 10 menit sampai dengan 15 menit, pada pagi hari jam 09.00 WIB atau sesuai waktu yang disepakati dengan Bapak/Ibu . Pada hari ke-3 Bapak/Ibu akan dilakukan pengukuran tingkat kecemasan dengan menggunakan kuesioner untuk mengetahui efektifitas *imagery religious care*.

Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dann tanpa paksaan. Identitas dan informasi mengenai Bapak/Ibu akan dijaga kerahasiaannya. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi Bapak/Ibu sebagai responden. Jika selama penelitian ini Bapak/Ibu mengalami ketidak nyamanan, maka Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri tanpa ada konsekuensi apapun.

Demikian permohonan ini dibuat, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Jember,_____

Peneliti

Achmad Sya'id

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca, mendengarkan dan memahami isi penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan di lakukan oleh mahasiswa magister keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yaitu :

Nama : Achmad Sya'id

NIM : 131514153003

Judul : Efektivitas *Imagery Religious Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di ICU Rumah Sakit Bina Sehat Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Jember, _____

Peneliti

Responden

Achmad Sya'id

_____

Saksi

_____

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB KLIEN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca, mendengarkan dan memahami isi penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya sebagai dokter penanggung jawab klien atas nama :

Nama :

No Rekam Medik :

Diagnosa :

memberikan izin kepada peneliti yang dilakukan oleh mahasiswa magister keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yaitu :

Nama : Achmad Sya'id

NIM : 131514153003

Judul : Efektivitas *Imagery Religious Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di ICU Rumah Sakit Bina Sehat Jember

untuk melakukan intervensi *imagery religious care* terhadap kliem klien tersebut di atas karena tidak membahayakan dan merugikan klien maupun keluarga.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Jember, _____

Peneliti

Dokter penanggung jawab

Achmad Sya'id

_____

Saksi

_____

Lampiran 8

Kode Responden :_____

KUESIONER DATA DEMOGRAFI DAN KEGIATAN KEAGAMAAN RESPONDEN

1. **Data Demografi**

Nama responden :_____
Umur :_____ tahun
Jenis kelamin : laki – laki / perempuan *)
Alamat :_____
Riwayat penyakit : Hipertensi / Diabetes Melitus / Lainnya....
Pendidikan : a.SD b.SMP c.SMA d.Perguruan tinggi
Status perkawinan : a.Kawin b.Belum kawin c.Janda d.Duda
Pekerjaan : a.Tidak bekerja d.Pegawai negri b.Wiraswasta e.Petani c.Karyawan swasta f.Lainnya..
Status hidup bermukim : a.Hidup sendiri b.Hidup dengan keluarga c.Lainnya..
Masuk RS yang ke : a.Pertama kali b.Kedua kalinya c.Lainnya..
Diagnosa **) :_____
Daftar obat **) :_____

2. **Data Kegiatan Keagamaan Klien**

Apa agama anda?
a. Islam b. Selain Islam
Apakah anda pernah melaksanakan ibadah Haji atau Umroh?
a. Pernah b. Tidak pernah
Apakah ada pendidikan Diniyah (Agama) di lingkungan anda?
a. Ada b. Tidak ada
Apakah anda pernah mengikuti pendidikan Diniyah (Agama) tersebut ?
a. Pernah b. Tidak Pernah

*) Coret yang tidak perlu
**) Diisi oleh peneliti

3. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum menjawab pertanyaan, dimohon membaca dengan teliti setiap pertanyaan.
2. Jawablah pertanyaan dengan melingkari jawaban sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu yang sebenar – benarnya.
3. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Lampiran 9

KUESIONER KECEMASAN

TINGKAT KECEMASAN-HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

A. Penilaian
B. Penilaian Derajat Kecemasan
C. Berilah tanda ( ) jika terdapat gejala yang terjadi selama berada di ICU Rumah Sakit Bina Sehat Jember

1. Perasaan cemas
   - ☐ Firasat buruk
   - ☐ Takut akan pikiran sendiri
   - ☐ Mudah tersinggung
2. Ketegangan
   - ☐ Merasa tegang
   - ☐ Lesu
   - ☐ Mudah terkejut
   - ☐ Tidak dapat istirahat dengan nyenyak
   - ☐ Mudah menangis
   - ☐ Gemetar
   - ☐ Gelisah
3. Ketakutan
   - ☐ Pada gelap
   - ☐ Ditinggal sendiri
   - ☐ Pada orang asing
   - ☐ Pada binatang besar
   - ☐ Pada keramaian lalu lintas
   - ☐ Pada kerumunan banyak orang
4. Gangguan tidur
   - ☐ Sukar memulai tidur
   - ☐ Terbangun malam hari
   - ☐ Tidak pulas
   - ☐ Mimpi buruk
   - ☐ Mimpi yang menakutkan
5. Gangguan kecerdasan
   - ☐ Daya ingat buruk
   - ☐ Sulit berkonsentrasi
   - ☐ Sering bingung

6. Perasaan depresi
   - ☐ Kehilangan minat
   - ☐ Sedih
   - ☐ Bangun dini hari
   - ☐ Berkurangnya kesukaan pada hobi
   - ☐ Perasaan berubah – ubah sepanjang hari
7. Gejala somatik (otot-otot)
   - ☐ Nyeriotot
   - ☐ Kaku
   - ☐ Kedutan otot
   - ☐ Gigi gemeretak
   - ☐ Suara tidak stabil
8. Gejala sensorik
   - ☐ Telinga berdengung
   - ☐ Penglihatan kabur
   - ☐ Muka merah dan pucat
   - ☐ Merasa lemah
   - ☐ Perasaan ditusuk – tusuk
9. Gejala kardiovaskuler
   - ☐ Denyut nadi cepat
   - ☐ Berdebar – debar
   - ☐ Nyeri dada
   - ☐ Denyut nadi mengeras
   - ☐ Rasa lemah seperti mau pingsan
   - ☐ Detak jantung hilang sekejap
10. Gejala pernafasan
    - ☐ Rasa tertekan di dada
    - ☐ Perasaan tercekik
    - ☐ Merasa nafas pendek/sesak
    - ☐ Sering menarik nafas panjang
11. Gejala gastrointestinal
    - ☐ Sulit menelan
    - ☐ Mual munah
    - ☐ Berat badan menurun
    - ☐ Konstipasi/sulit buang air besar
    - ☐ Perut melilit
    - ☐ Gangguan pencernaan
    - ☐ Nyeri lambung sebelum/sesudah makan
    - ☐ Rasa panas di perut
    - ☐ Perut terasa penuh/kembung

12. Gejala urogenitalia
    - ☐ Sering kencing
    - ☐ Tidak dapat menahan kencing
    - ☐ Amenor/menstruasi yang tidak teratur
13. Gejala vegetatif/otonom
    - ☐ Mulut kering
    - ☐ Muka kering
    - ☐ Mudah berkeringat
    - ☐ Pusing/sakit kepala
    - ☐ Bulu roma berdiri
14. Apakah Bapak/Ibu merasakan
    - ☐ Gelisah
    - ☐ Tidak terang
    - ☐ Mengerutkan dahi muka tegang
    - ☐ Tonus/ketegangan otot meningkat
    - ☐ Nafas pendek dan cepat
    - ☐ Muka merah

Tehnik Skoring

0= tidak ada gejala sama sekali

1= ringan / satu dari gejala yang ada

2= sedang /separuh dari gejala yang ada

3= berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada

4= sangat berat / semua gejala ada

Jumlah skor :.....

Kesimpulan :

- ☐ Tidak ada kecemasan
- ☐ Kecemasan ringan
- ☐ Kecemasan sedang
- ☐ Kecemasan berat

Kode : _____

Lampiran 10

Lembar Penjelasan *Focus Group Discussion* (FGD) Dan *In Depth Interview*

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Bapak/ Ibu yang terhormat, saya Achmad Sya'id, No.Hp 081216252415, mahasiswa Program Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya. Saat ini saya sedang melakukan penelitian yang berjudul "Efektivitas *Imagery Religious Care* Terhadap Kecemasan Klien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Bina Sehat Jember ".

Focus Group Discussion (FGD) dan *In Depth Interview* ini bertujuan untuk mengetahui apakah saat Bapak/Ibu di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember mengalami kecemasan, pemahaman serta harapan Bapak/Ibu untuk mengatasi kecemasan tersebut. Hasil dari kegiatan FGD dapat digunakan sebagai masukan untuk membuat bentuk atau model tindakan keperawatan untuk menurunkan kecemasan yang di alami oleh klien Sindroma Koroner Akut. Untuk maksud tersebut, maka saya memerlukan kesediaan Bapak/ Ibu untuk menjadi responden dalam kegiatan FGD. Sebelum Bapak/ Ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan Bapak/ Ibu untuk ikut serta dalam penelitian saya:

1. Identitas Bapak/ Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data tertentu yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
2. Keikutsertaan Bapak/ Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela.

3. Jika Bapak/ Ibu bersedia ikut dalam penelitian ini, peneliti akan meminta kesediaan Bapak/ Ibu untuk hadir dalam FGD/ diskusi kelompok yang akan dilaksanakan di Rumah Sakit Bina Sehat Jember
4. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikit pun.
5. Bapak/ Ibu berhak mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaan dalam penelitian ini.
6. Hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan kepada peneliti.

Kesediaan Bapak/ Ibu untuk berpartisipasi sangat berarti dalam penelitian ini. Atas kerja sama yang baik dan perhatian Bapak/ Ibu saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jember, 2017

Yang memberi penjelasan

Peneliti

(Achmad Sya'id)

Lampiran 11

PRE PLANNING PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION*

Tempat : Rawat Jalan Rumah Sakit Bina Sehat

Waktu : 60 menit

Topik : Pemahaman kecemasan serta harapan klien dalam tatalaksanan penurunan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut.

1. Latar Belakang

Sindroma Koroner Akut (SKA) merupakan sekumpulan sindroma klinis dada yang dise SKA tidak hanya berdampak terhadap fisik klien akan tetapi juga terhadap kondisi psikologis klien, salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan sering terjadi pada klien dengan SKA maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. babkan oleh kerusakan miokard yang di istilahkan dengan infark miokard. Akan tetapi manajemen kecemasan pada klien dengan SKA secara khusus sampai saat ini belum pernah dilakukan.

2. Tujuan

1). Tujuan Umum

Mendapatkan informasi mengenai kecemasan yang di alami klien sebagai dasar acuan dalam merumuskan model tindakan keperawatan dalam menurunkan kecemasan klien.

2). Tujuan Khusus

a). Mengidentifikasi pemahaman pasien mengenai kecemasan saat di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan Diagnosa Sindroma Koroner Akut.

b). Mengidentifikasi harapan klien dalam tatalaksana penurunan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut.

3. *Plan of Action*

1). Menyusun rencana strategis

a). Menyusun *pre-planning* 1 hari sebelumnya

b). Menghubungi kepala urusan Rawat Jalan Ruma Sakit Bina Sehat untuk perijinan 1 hari sebelumnya.

c). Merencanakan peserta sasaran.

d). Menentukan waktu dan tempat diskusi.

2). Tindakan

a). Menyebarkan undangan kepada sasaran.

b). Menyiapkan tempat diskusi.

3). Penanggung jawab

Peneliti dibantu perawat Rawat Jalan Rumah Sakit Bina Sehat.

4). Sasaran

Klien Rawat Jalan dengan Diagnosa Sindroma Koroner Akut.

5). Media

Laptop dan *power point*

6). Metode

Diskusi

7). Susunan Acara

Alokasi Waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta
Pendahuluan (5 menit)	1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri 3) Menyebutkan tujuan pertemuan 4) Kontrak waktu	1) Menjawab salam 2) Memperhatikan 3) Memperhatikan 4) Menyetujui kontrak yang disepakati
Inti (40 menit)	1) Menyampaikan pertanyaan 2) Memberikan *reinforcement* positif	1) Menjawab dengan jujur dan antusias. 2) memperhatikan
Penutup (5 menit)	1) Menyimpulkan hasil diskusi 2) Mengucapkan terima kasih dan salam penutup.	1) Mendengarkan dan menanggapi 2) Menjawab salam.

3. Evaluasi

1). Kriteria Struktur

a). Peserta hadir di tempat sesuai jadwal

b). Kontrak dilakukan saat klien berkunjung ke Rawat Jalan Rumah Sakit Bina Sehat.

2). Kriteria Proses

a). Peserta mengikuti kegiatan dari awal sampai dengan selesai.

b). Peserta mengikuti diskusi dengan aktif.

3). Kriteria Hasil

a). Peserta menjawab semua pertanyaan dengan baik.

b). Tujuan peneliti tercapai.

4. Daftar Pertanyaan

1). Apakah Bapak/ Ibu sebelumnya di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan diagnosa Sindroma Koroner Akut?

2). Apa Bapak/ Ibu mengalami kecemasan saat di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember?

3). Apa yang Bapak/ Ibu ketahui mengenai kecemasan tersebut?

4). Apa yang Bapak/ Ibu harapankan dalam tatalaksana penurunan kecemasan tersebut?

Lampiran 12

Pedoman Wawancara Mendalam (*In Depth Interview*)

1. **Identitas Informan** **Kode : _____**

   Nama Klien :

   Jenis Kelamin :

   Tingkat Pendidikan :

   Agama :

2. **Pertaanyaan Penelitian**

   a. Apa yang Bapak / Ibu harapkan dalam tatalaksana kecemasan, apakah menginginkan dalam bentuk obat – obatan selain dari obat – obatan terapi untuk jantung Bapak / Ibu atau menginginkan tindakan lain selain obat – obatan?

   b. Dimanakah Bapak / Ibu ingin melaksanakan tindakan tersebut? (di mana saja, Rumah Sakit / Faskes).

   c. Kapan Bapak / Ibu ingin melaksanakan tindakan tersebut?

   d. Seberapa penting peran Agama bagi Bapak / Ibu dalam menghadapi kondisi Bapak / Ibu saat itu (mengalami kecemasan)?

   e. Tempat yang paling Bapak / Ibu inginkan untuk di kunjungi jika ada rejeki untuk berkunjung? (sambil menunjukkan foto Pantai, Gunung, Singapore, Baitullah).

   f. Apa yang Bapak / Ibu inginkan jika sudah berada di tempat tersebut?

Lampiran 13

Transkrip

1. Transkrip hasil diskusi kelompok terfokus

	Transkrip	Intisari
1	Apakah Bapak/Ibu sebelumnya pernah di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember dengan diagnosa (penyakit) Sindroma Koroner Akut (Jantung)? *(Ponapah Bapa/Ebu sabelummah perna erabet e Mar Sakek Bina Sehat Jember, kalaben penyaket Sindroma Koroner Akut (Jantung)?*	
	Iyeh nak, rik berik'en waah (P1) (Iya nak, beberapa hari yang lalu).	Iya / pernah
	Iyeh cong, apinda tedung e Mar Sakek (P2) (Iya nak, pindah tidur ke Rumah Sakit).	Iya / pernah
	Toman rikberiknah cong, prappaknah sakek tang dedeh cong, sakek jantung caknah cong (P3) (Pernah, beberapa hari yang lalu nak, waktu itu dada saya sakit, sakit jantung katanya nak).	Iya / pernah
2	Apakah Bapak/Ibu mengalami kecemasan saat di rawat di Rumah Sakit Bina Sehat Jember? *(Ponapah Bapa/Ebu aromasah kabeter e bektonah e rabet e Mar Sakek Bina Sehat Jember)?*	
	Iyeh nak, cek kabeterah ongghuen engkok (P1). (Iya nak, saya merasa sangat cemas/khawatir).	Mengalami kecemasan
	Ongghuen kabeter takok mateh engkok, polanah tetanggeh sakek dekiyyeh mateh cong (P2). (Saya benar – benar merasa cemas, hal itu di karenakan tetangga saya meninggal di sebabkan penyakit seperti ini).	Mengalami kecemasan
	Yeh kabeter cong, nyamanah manussah (P3). (Ya cemas nak, begitulah manusia).	Mengalami kecemasan
3	Apa yang Bapak/Ibu ketahui mengenai kecemasan tersebut (pengertian)? *(Ponapah se Bapa/Ebu kaoningih kalaben kabeter ka'dintoh)?*	
	Kabeter ariyah kapekkeran takok mik mateh soalah sakek jantung nak (P1) (Khawatir/cemas adalah berpikiran atau takut meninggal sebab sakit jantung nak).	Respon berlebih
	Yeh mekker bet talebet cong, mun polanah sakabbiknah penyaket ariyah bedeh obetteh tapeh nyamanah manussah mesteh takok, takok mik mateh polanah sakek'en tadek padek cong sengak se anazek waaah (P2) (Ya terlalu berpikir yang berlebihan, walaupun sebenarnya seluruh penyakit itu ada obatnya, tapi sebagai manusia pasti merasa ketakutan, takut mati, karena sakit yang di rasakan seperti sakaratul maut).	Respon berlebih

No	Transkrip	Intisari
	Yeh kabeter tor kapekkeran mak bisa engkok sakek dekiyyeh cong, jek engkok gun ngakan tahu tempe ben arenah (P3). (Ya khawatir/cemas dan kepikiran, kenapa saya bisa sakit seperti ini, sedangkan setiap hari saya hanya makan dengan lauk tahu dan tempe).	Respon berlebih
4	Apa yang Bapak/Ibu cemaskan? (*Ponapah se Bapa/Ebu kabeteraghin)?*	
	Takok amik mateh nak, gik endik tanggungan ebungkoh (P1). (Takut mati nak, karena masih banyak tanggungan di rumah).	Kecemasan akan kematian
	Biasanah lah parak depak'ah cong mun la sakek dekiyyeh, engak tetanggeh waah mateh pareknah sakek dekiyyeh (P2). (Biasanya sudah mendekati kematian kalau sakit seperti ini, seperti hal nya tetangga saya meninggal di sebabkan penyakit ini).	Kecemasan akan kematian
	Takok se adinak'ah nak potoh cong, polanah gik tak bisa nyamberik apah – apah ka nak potoh (P3). (Merasa takut meninggalkan anak cucu, karena belum bisa memberikan sesuatu yang berharga kepada anak cucu).	Kecemasan akan kematian
5	Apa yang Bapak/Ibu harapkan dalam tatalaksana penurunan kecemasan tersebut? (*Ponapah pengarepnah Bapa/Ebu edelem lelakon se bisah ngurangih kabeter ka'dissah)?*	
	terro se tak usah obet – obeten nak polanah benyak gelluh obet, tor tak nyalaen agemah nak (P1) (Menginginkan yang bukan obat – obatan nak, karena sudah terlalu banyak obat serta yang tidak bertentangan dengan agama nak).	Non farmakologi dan agamis
	Terro se dek sekalah butoh bisa elakonin cong, bisa ebungkoh makle tak usah ajelen kaloar cong, tadek motorah polanah (P2). (Menginginkan di saat saya membutuhkan bisa di kerjakan dirumah, sehingga tidak usah keluar rumah, karena saya tidak punya motor).	Bisa di applikasikan kapan saja dan di mana saja.
	Se tak osah nginum obet cong, tor tak aganggu ka ibede (P3). (Yang tidak usah minum obat nak, dan tidak mengganggu ibadah).	Non farmakologi dan agamis

2. Transkrip wawancara mendalam

No	Transkrip	Instisari
1	Apabila Bapak/Ibu mengalami kecemasan, apakah menginginkan tindakan dalam bentuk obat – obatan selain dari obat – obatan terapi untuk jantung Bapak / Ibu atau menginginkan tindakan lain selain obat – obatan? (*Manabi panjenengan kabeter panikah terro etanganin ngangguy obet – obeten (selaenah obet – obeten ka angguy penyaket jantung) ponapah selaenah obet – obeten buk/pak?*)	
	"Langkong sae selaenah obet – obeten nak, soallah ampon benyak gelluh obet se koduh eyenum, taker engak se kaloarrah pole". (Lebih baik selain obat – obatan nak, karena udah terlalu banyak obat yang diminum, bahkan seperti mau keluar kembali).	Non farmakologi
	" Nyamanan benni obet cong, polanah obet gik repot se melleah, kaloar pesse pole, engkok tak norok BPJS cong". (Lebih baik selain obat, karena masih repot untuk beli, keluar uang lagi, saya tidak ikut BPJS nak).	Non farmakologi
	" Selaenah obet beih cong, engak se tak bisa masok mun bennyak gelluh nginum obet". (Selain obat saja nak, seperti tidak bisa masuk kalau terlalu banyak minum obat).	Non farmakologi
2	Dimanakah Bapak / Ibu ingin melaksanakan tindakan tersebut? (di mana saja, Rumah Sakit / Faskes). *Panjenengan terro etanganin eka'dimmah pak/buk?(e kakdimmah bisaos, e Mar Sakek)*	
	" Se sakeranah tak osa ka Mar Sakek (Rumah Sakit) nak, lessoh se ajelenah cong". Sekiranya tidak perlu ke Rumah Sakit nak, capek yang mau berangkat nak.	Tidak di Rumah Sakit
	" Pokoken tak osa ujeuh cong, tadek motorah cong". Yang paling penting tidak jauh nak, saya tidak punya motor nak.	Tidak di Rumah Sakit
	" Se tak osa ajelen jeuh cong, moguk lah". Yang tidak perlu berjalan jauh nak, soalnya capek.	Tidak di Rumah Sakit
3	Kapan Bapak / Ibu ingin melaksanakan tindakan tersebut? *Terro bileh se etangannah pak/buk?*	
	" Bile'eh beih nak, mun butoh yeh langsung". Kapan saja nak, di saat di butuhkan bisa langsung.	Bisa di applikasikan kapan saja
	" Dek sekalah butoh cong". Di saat di butuhkan nak.	Bisa di applikasikan kapan saja
	" Sebektoh – bektoh butoh cong". Sewaktu – waktu di butuhkan nak.	Bisa di applikasikan kapan saja

No	Transkrip	Intisari
4	Seberapa penting peran Agama bagi Bapak / Ibu dalam menghadapi kondisi Bapak / Ibu saat ini/itu (mengalami kecemasan)? *Seponapah penting agemah panikah petorot panjenengan delem ngadephin masalah kakdintoh (kabeter masalah penyaket)?*	
	"Cek pentingah nak, jek kabbhi deri sekobesah, mun tak endik agemah dekremmah pas nak guk angguk mun mateh". Sangat penting nak, semua dari yang Maha Kuasa, apabila tidak punya agama bagaimana nanti setelah meninggal.	Agama merupakan hal yang penting dalam kehidupan klien
	" Yeh penting cong, mun tak endik agemah pas engak PKI cong". Ya penting nak, apabila tidak beragama malah seperti PKI nak.	Agama merupakan hal yang penting dalam kehidupan klien
	" Penting sarah cong, agemah ariyah kaangguy tegguken edunnyah ben akherat". Sangat penting nak, agama itu di gunakan sebagai pegangan di dunia dan di akhirat.	Agama merupakan hal yang penting dalam kehidupan klien
5	Apabila ada rejeki yang berlebih, Bapak/Ibu ingin berkunjung kemana? (sambil menunjukkan foto Pantai, Gunung, Singapore, Baitullah). *Manabi endik rejekkeh lebbi, panjengan terro entarah dek kakdimmah pak/buk?" (sambil menunjukkan foto pantai, gunung, Singapore, Baitullah).*	
	" Yeh ka Baitullah nak, mun endik pasteh dessak'ah nak". Ya ke Baitullah nak, kalo di takdirkan berangkat kesana nak.	Memilih Baitullah sebagai tempat yang memberi ketenangan
	" Yeh Baitullah cong, terro aduk'aah edissak, soallah mustajeb mun edissak". Ya ke Baitullah nak, ingin berdoa di sana, karena disana semua doa akan di kabulkan.	Memilih Baitullah sebagai tempat yang memberi ketenangan
	" Yeh Baitullah cong, mun selaennah gebey apah cong". Ya ke Baitullah nak, kalau tempat yang lain buat apa kesana nak.	Memilih Baitullah sebagai tempat yang memberi ketenangan
6	Apa yang Bapak / Ibu inginkan jika sudah berada di tempat tersebut? *Manabi bedeh e Baitullah panjengan terro nganuh napah pas pak/buk?*	
	" Aduk'a' nak, sambih ataweb". Berdoa nak, sambil melakukan ibadah tawaf.	Melaksanakan ibadah tawaf dan berdoa
	" Ataweb cong, sambih minta ka sekobesah". Melakukan ibadah tawaf nak, sambil meminta kepada yang Kuasa.	Melaksanakan ibadah tawaf dan berdoa
	" Yeh Ibede cong mun dessak ariyah koduh pa benyak ibede". Ya beribadah nak, kalau kesana itu harus memperbanyak ibadah.	Melaksanakan ibadah tawaf dan berdoa

Lampiran 14

Penyajian hasil diskusi kelompok terfokus dan wawancara mendalam

No	Tujuan khusus	Tema	Sub-tema	Kata kunci	P1
1	Mengidektifikasi kecemasan, pemahaman dan harapan klien Sindroma Koroner Akut terhadap kecemasan yang di alami	Identifikasi	Mengalami kecemasan	Iya cemas	Iya nak, saya merasa sangat cemas/khawatir(P1). Saya benar – benar merasa cemas, hal itu di karenakan tetangga saya meninggal di sebabkan penyakit seperti ini(P2). Ya cemas nak, begitulah manusia(P3).
		Pemahaman	Ancaman kematian Takut kehilangan	• Takut mati • Takut meninggalkan anak cucu	Takut mati nak, karena masih banyak tanggungan di rumah(P1). Biasanya sudah mendekati kematian kalau sakit seperti ini, seperti hal nya tetangga saya meninggal di sebabkan penyakit ini(P2). Merasa takut meninggalkan anak cucu, karena belum bisa memberikan sesuatu yang berharga kepada anak cucu (P3).
		Harapan	• Non farmakologi • *Aplicable* • *Religious*	• Selain obat	Lebih baik selain obat – obatan nak, karena udah terlalu banyak obat yang diminum, bahkan seperti mau keluar kembali(P1). Lebih baik selain obat, karena masih repot untuk beli, keluar uang lagi, saya tidak ikut BPJS nak(P2). Selain obat saja nak, seperti tidak bisa masuk kalau terlalu banyak minum obat(P3).
				• Saat dibutuhkan	Kapan saja nak, di saat di butuhkan bisa langsung(P1). Di saat di butuhkan nak(P2). Sewaktu – waktu di butuhkan nak(P3).
				• Tidak bertentangan dengan agama	Sangat penting nak, agama itu di gunakan sebagai pegangan di dunia dan di akhirat(P3). Ya ke Baitullah nak, ingin berdoa di sana, karena disana semua doa akan di kabulkan(P2). Melakukan ibadah tawaf nak, sambil meminta kepada yang Kuasa(P2).

Lampiran 15

Distribusi Data Responden Sebelum dan Sesudah Perlakuan

1. Kelompok perlakuan

Responden	Usia	Pendidikan	Alprazolam	Agama/Diniyah	Pre	Post
Tn S.A	60	SMA	_	Pernah	23	14
Tn M	60	SMP	_	Tidak pernah	16	9
Ny L.Y	50	SD	_	Tidak pernah	35	14
Tn S	59	SMA	_	Tidak pernah	31	8
Tn A.M	60	SMA	_	Pernah	37	27
Tn M	60	SMA	_	Tidak Pernah	15	8
Tn S	59	SMP	_	Tidak pernah	23	17

2. Kelompok kontrol

Responden	Usia	Pendidikan	Alprazolam	Agama/diniyah	Pre	Post
Ny I	59	SMA	_	Pernah	22	22
Tn M	57	SMA	_	Pernah	31	31
Tn T	60	SMA	_	Tidak pernah	15	17
Tn A.W	53	SMA	_	Tidak pernah	28	27
Tn S	59	SD	_	Tidak pernah	29	30
Tn M	60	SMP	_	Tidak pernah	19	20
Tn S	60	SMP	_	Tidak pernah	25	23

3. Distribusi skor penilaian *Hammilton Anxiety Rating Scale* sebelum *imagery religious care* pada kelompok perlakuan

HARS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Responden														
Tn S.A	1	3	1	3	2	2	3	3	1	1	0	0	1	2
Tn M	1	2	0	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1
Ny L.Y	4	4	3	4	0	4	2	3	2	2	3	1	0	3
Tn S	4	4	3	3	3	2	3	3	0	1	1	1	1	2
Tn A.M	4	4	1	3	4	4	2	3	2	3	2	1	2	2
Tn M	3	3	2	3	4	3	3	3	4	2	0	3	2	2
Tn S	3	3	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1

4. Distribusi skor penilaian *Hammilton Anxiety Rating Scale* setelah *imagery religious care* pada kelompok perlakuan

HARS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Responden														
Tn S.A	0	2	0	2	2	1	2	1	1	1	0	0	1	1
Tn M	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Ny L.Y	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	3	0	0	0
Tn S	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Tn A.M	3	3	2	2	4	1	2	2	0	3	1	1	2	1
Tn M	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0
Tn S	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1

5. Distribusi skor penilaian *Hammilton Anxiety Rating Scale* sebelum *imagery religious care* pada kelompok kontrol

HARS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Responden														
Ny I	3	4	1	3	3	2	2	1	0	1	0	0	1	1
Tn M	4	3	1	3	4	2	2	2	2	2	4	0	2	2
Tn T	1	2	1	2	1	1	0	1	3	1	0	1	0	1
Tn A.W	3	2	2	2	3	1	1	1	3	3	2	3	1	1
Tn S	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	0	3	2
Tn M	0	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	0	1	1
Tn S	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1

6. Distribusi skor penilaian *Hammilton Anxiety Rating Scale* setelah *imagery religious care* pada kelompok kontrol

HARS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Responden														
Ny I	3	4	1	3	3	2	2	1	0	1	0	0	1	1
Tn M	4	3	1	3	4	2	2	2	2	2	4	0	2	2
Tn T	3	2	1	2	1	1	0	1	3	1	0	1	0	1
Tn A.W	3	2	2	2	3	1	1	1	3	3	2	2	1	1
Tn S	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	0	3	2
Tn M	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	0	1	1
Tn S	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1

Keterangan :

a. Kecemasan

Skor <14 = tidak ada kecemasan

Skor 14 – 20 = kecemasan ringan

Skor 21 – 27 = kecemasan sedang

Skor 28 – 41 = kecemasan berat

Skor 42 – 56 = panik

b. Pendidikan

SD+SMP = pendidikan dasar

SMA = pendidikan menengah

PT = pendidikan tinggi

Lampiran 16

Tabel Silang Hasil Penelitian

1. Sebelum perlakuan *imagery religious care*

	Pre imagery religious care				**Total**
Kategori	(tidak ada kecemasan)	(kecemasan ringan)	(kecemasan sedang)	(kecemasan berat)	
Perlakuan	0	2	2	3	7
Kontrol	0	2	2	3	7
Total	0	4	4	6	14

2. Setelah perlakuan *imagery religious care*

	Post imagery religious care				**Total**
Kategori	(tidak ada kecemasan)	(kecemasan ringan)	(kecemasan sedang)	(kecemasan berat)	
Perlakuan	3	3	1	0	7
Kontrol	0	2	3	2	7
Total	3	5	4	2	14

Lampiran 17

Hasil Analisis

1. Uji chi square variabel pendidikan

2. **Crosstab**

			kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
pendidikan	SD dan SMP	Count	3	3	6
		% within pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	42.9%	42.9%	42.9%
		% of Total	21.4%	21.4%	42.9%
	SMA dan PT	Count	4	4	8
		% within pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	57.1%	57.1%	57.1%
		% of Total	28.6%	28.6%	57.1%
Total		Count	7	7	14
		% within pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000[a]	1	1.000		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.704
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	14				

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Uji chi square pendidikan Agama

			kelompok		
			perlakuan	kontrol	Total
Agama	pernah	Count	2	2	4
		% within agama	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	28.6%	28.6%	28.6%
		% of Total	14.3%	14.3%	28.6%
	tidak pernah	Count	5	5	10
		% within agama	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	71.4%	71.4%	71.4%
		% of Total	35.7%	35.7%	71.4%
Total		Count	7	7	14
		% within agama	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000[a]	1	1.000		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.720
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	14				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Uji chi square jenis kelamin

			kelompok		
			perlakuan	kontrol	Total
Kelamin	1	Count	6	6	12
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	85.7%	85.7%	85.7%
		% of Total	42.9%	42.9%	85.7%
	2	Count	1	1	2
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	14.3%	14.3%	14.3%
		% of Total	7.1%	7.1%	14.3%
Total		Count	7	7	14
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000[a]	1	1.000		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.769
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	14				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Uji chi square usia

			kelompok		
			perlakuan	kontrol	Total
Usia	1	Count	1	1	2
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	14.3%	14.3%	14.3%
		% of Total	7.1%	7.1%	14.3%
	2	Count	6	6	12
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	85.7%	85.7%	85.7%
		% of Total	42.9%	42.9%	85.7%
Total		Count	7	7	14
		% within kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000[a]	1	1.000		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.769
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	14				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Uji normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pretest perlakuan	.192	7	.200*	.911	7	.405
posttest perlakuan	.206	7	.200*	.849	7	.119
pretest kontrol	.202	7	.200*	.887	7	.258
posttest kontrol	.220	7	.200*	.938	7	.616

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

6. *Independent t – test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum imagery religious care

Group Statistics

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
preimagery	perlakuan	7	25.71	8.807	3.329
	kontrol	7	24.14	5.786	2.187

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
preimagery	Equal variances assumed	2.344	.152	.395	12	.700	1.571	3.983	-7.107	10.250
	Equal variances not assumed			.395	10.366	.701	1.571	3.983	-7.261	10.404

7. *Independent t-test* kelompok pelakuan dan kelompok kontrol setelah *imagery religious care*

Group Statistics

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
postimagery	perlakuan	7	13.86	6.768	2.558
	kontrol	7	24.29	5.219	1.973

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
postimagery	Equal variances assumed	.047	.833	-3.228	12	.007	-10.429	3.230	-17.467	-3.390
	Equal variances not assumed			-3.228	11.271	.008	-10.429	3.230	-17.518	-3.339

8. *Paired t-test* kelompok perlakuan sebelum di berikan imagery religious care

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretest perlakuan	25.71	7	8.807	3.329
	posttest perlakuan	13.86	7	6.768	2.558

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pretest perlakuan - posttest perlakuan	11.857	7.081	2.676	5.308	18.406	4.430	6	.004

9. *Paired t-test* kelompok kontrol setelah di berikan *imagery religious care*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretest kontrol	24.14	7	5.786	2.187
	posttest kontrol	24.29	7	5.219	1.973

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pretest kontrol - posttest kontrol	-.143	1.345	.508	-1.387	1.101	-.281	6	.788

Lampiran 18

Curriculum Vitae Peneliti

Nama	: Achmad Sya'id
Nama Ayah	: Hasan Latif (Haji)
Nama Ibu	: Siti Soleha (Hajjah)
Tempat & Tanggal Lahir	: Jember, 01 Juni 1981
Agama	: Islam
Status dalam keluarga	: Anak ke – 4 dari empat bersaudara

Riwayat Pendidikan Formal

1. Sekolah Dasar Negeri Tempurejo III, Tempurejo, Jember tahun 1994.
2. Madrasah Tsanawiyah Baitul Hikmah, Tempurejo, Jember tahun 1997.
3. Madrasah Aliyah Keagamaan Negeri (MAKN), Jember tahun 2000.
4. Diploma III Keperawatan, AKPER Pemkab Lumajang, Lumajang tahun 2005.
5. Sarjana Keperawatan, STIKes Binawan, Jakarta tahun 2007.
6. Magister Keperawatan, Universitas Airlangga masuk tahun ajaran 2015/2016.

Riwayat Keagamaan Non Formal

1. Juara umum cerdas cermat beregu Fahmil Qur'an tingkat SMA, MA, dan Pondok Pesantren tingkat Kabupaten, mewakili Pondok Pesantren Baitul Hikmah, Tempurejo, Jember tahun 2000.
2. Belajar di Pondok Pesantren Al Wafa, Tempurejo, Jember 2000 – 2001.
3. Bekerja sebagai Emergency Staff Nurse di Rumah Sakit Bina Sehat Jember tahun 2005 – 2009.
4. Bekerja sebagai Emergency Staff Nurse di Mubarak Al Kabeer Hospital, Kuwait tahun 2009 – 2014.
5. Haji atau Umroh tahun 2013.

Lampiran 19

MODUL

PENGELOLAAN KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DENGAN

IMAGERY RELIGIOUS CARE

Penyusun:

Achmad Sya'id

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., Msi

Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.

Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes

Dr. Windhu Purnomo, dr., MS

M. Yusuf. Dr., Sp.JP., PhD., FIHA., FESC

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2017

MODUL

PENGELOLAAN KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DENGAN

IMAGERY RELIGIOUS CARE

Penyusun:

Achmad Sya'id

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., Msi

Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.

Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes

Dr. Windhu Purnomo, dr., MS

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2017

MODUL

PENGELOLAAN KECEMASAN KLIEN SINDROMA KORONER AKUT DENGAN IMAGERY RELIGIOUS CARE

Penyusun:

Achmad Sya'id

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., Msi

Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.

Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes
Dr. Windhu Purnomo, dr., MS
M. Yusuf. Dr., Sp.JP., PhD., FIHA., FESC

ISBN : 978-602-6593-16-0

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Kampus C Unair Jl Mulyorejo Surabaya 60115
Telp (031) 5913754, 5913257,5913756,5913752
Fax (031) 5913257,5913752
Email : dekan@fkp.unair.ac.id

Penyusun:

Achmad Sya'id

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., Msi

Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.

Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes

Dr. Windhu Purnomo, dr., MS

M. Yusuf. Dr., Sp.JP., PhD., FIHA., FESC

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah Swt. yang telah memberikan kasih sayang dan lindungan kepada kita sehingga kita dapat menjalani kehidupan dengan penuh semangat untuk menatap hari depan. Modul ini hadir sebagai salah satu sumber informasi yang ditujukan kepada klien Sindroma Koroner Akut sehingga dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan dan dapat mempertahankan kualitas hidup dengan baik. Panduan ini disusun secara sederhana agar mudah dimengerti dan dipahami, dengan harapan klien Sindroma Koroner Akut dapat melaksanakan secara optimal.dan mandiri. Pengelolaan kecemasan klien Sindroma Koroner Akut yang tepat dapat memberikan dampak yang positif terhadap kondisi penyakit yang di alami. Kami sadar bahwa modul ini masih belum sempurna, karena itu sangat diharapkan saran dan masukan guna memperbaiki modul ini kedepannya. Besar harapan saya bahwa modul ini dapat membawa manfaat bagi klien, keluarga klien, serta dunia keperawatan dalam meningkatkan kualitas asuhan kepada pasien.

Surabaya, 23 Februari 2017

Penyusun

Daftar Isi

Daftar isi

Daftar Gambar

BAB 1
PENDAHULUAN

Sindroma Koroner Akut merupakan sekumpulan sindroma klinis dada yang disebabkan oleh kerusakan otot jantung yang di istilahkan dengan infark miokard (Black & Hawks, 2009, p.1483-1510; Susilo, *et al.* 2013; PERKI, 2015, p.3). Kecemasan sering terjadi pada klien dengan Sindroma Koroner Akut maupun penyakit Jantung lainnya. Kecemasan dapat memicu terjadinya kondisi yang memperberat penyakit yang dialami dan berdampak negatif terhadap klien (Tisminetzky *et al*, 2012).

Penelitian yang di lakukan di *Boston University Hospital* pada tahun 2012, menunjukkan bahwa 79% dari 79 klien Sindroma Koroner Akut mengalami kecemasan (Tisminetzky, *et al.* 2012). Di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Indonesia, menunjukkan prevalensi kecemasan 93,3% dengan tingkat kecemasan sedang dari 60 klien Sindroma Koroner Akut (Maendra, *et al.* 2014).

Imagery religious care adalah suatu tehnik untuk menuntun klien Sindroma Koroner Akut dalam membayangkan dan mengkondisikan klien berada di tempat yang dapat memberikan ketenangan serta kenyamanan bagi klien, yaitu membayangkan berada diantara umat islam yang melakukan tawaf di Baitullah dan ikut dalam prosesi ibadah tawaf, serta membaca surah Al-Fatiha dengan memahami dan menghayati makna setiap ayatNya.

Rangsangan yang dimunculkan dari kegiatan *imagery religious care* akan diterima oleh panca indra, kemudian di lanjutkan ke dalam otak menuju thalamus. Rangsangan yang disukai akan dimunculkan kembali dianggap sebagai suatu persepsi dari pengalaman yang sebenarnya. Pengalaman tersebut dapat memberikan ketenangan kepada klien dalam berpikir dan meregangkan otot-otot serta efek positif terhadap detak jantung sehingga cemas yang dirasakan menjadi berkurang (Prasetyo, 2010 dalam Julianto dan Subandi 2015; Sarsito, *et al.* 2015; Yijing, *et al.* 2015).

Banyak penelitian membuktikan bahwa hubungan *spiritualitas* terutama bersifat *religious* dan kecemasan sangatlah erat terutama individu yang mempunyai penyakit kronis atau penyakit mengancam jiwa (Cornah, 2013). *Religious care* merupakan upaya mewujudkan harapan dan keinginan klien yang bersifat individual sesuai dengan keyakinan, agama dan kepercayaan klien. Stimulus yang di tangkap oleh panca indra akan di lanjutkan ke area *God spot* (titik Tuhan) dan *pre-frontal cortex.* Hasil proses yang baik dari persepsi stress berupa respon kemampuan berpikir yang positif secara emosional maupun spiritual (Newberg, 2011).

Setelah klien melakukan *imagery religious care* diharapkan kecemasan dapat menurun atau bahkan tidak mengalami kecemasan sama sekali, baik yang dilakukan dibawah bimbingan maupun secara mandiri, sehingga bisa dilakukan kapan saja dan dimana saja saat dibutuhkan.

Tujuan

Tujuan Umum

Mempermudah dalam melakukan *imagery spiritual care* untuk menurunkan kecemasan yang dialami.

Tujuan Khusus

1) Menjelaskan pengobatan dalam Agama Islam.
2) Menjelaskan pengertian dan manfaat *imagery religious care.*
2) Menjelaskan langkah – langkah pelaksanaan *imagery religious care.*
3) Memandirikan klien Sindroma Koroner Akut dalam melakukan *imagery religious care* setiap saat di butuhkan.

BAB 2
PENGOBATAN DALAM ISLAM

Di dalam Islam sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW ada beberapa macam, diantaranya:

1) Materi natural; obat alamiah seperti madu, zam – zam, zaitun serta semisalnya.

   "Kemudian makanlah dari segala (macam) buah – buahan lalu tempuhlah jalan Tuhanmu yang telah dimudahkan (bagimu). Dari perut lebah itu keluar minuman (madu) yang bermacam – macam warnanya, di dalamnya terdapat obat yang menyembuhkan bagi manusia. Sungguh, pada yang demikian itu benar – benar terdapat tanda (kebesaran Allah) bagi orang yang berpikir" (An Nahl : 69).

2) Bersifat terapi; hijamah atau bekam. Bekam merupakan metode pengobatan dengan cara mengeluarkan darah yang terkontaminasi dengan racun dari dalam tubuh melalui permukaan kulit ari (Pandi, 2010).

3) *Spiritual ilahiyah*; doa dan dzikir lebih dikenal dengan sebutan istilah *ruqyah syar'iyah.* Ruqyah dengan menggunakan atau membaca ayat—ayat tertentu bisa di gunakan untuk mengobati penyakit non medis dan medis, sasaran dan tujun dari intervensi tersebut adalah pengolahan/aktivitas *spiritual* untuk memperoleh ridho Allah SWT.

   "Katakanlah, "Al-Quran adalah petunjuk dan penyembuh bagi orang – orang yang beriman" (Fushshilat : 44)

   "Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku," (Asy-Syu'araa : 80).

"Dan kami turunkan dari AL-Quran (sesuatu) yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang yang beriman, sedangkan bagi orang yang zalim (Al-Quran itu) hanya akan menambah kerugian " (Al Isra : 82).

"Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku," (Asy Syu'araa : 80).

Al-Fatiha, surat pertama Al-quran, pembacaan surat Al-Fatiha adalah salah satu surah yang paling sering dibaca terutama pada saat melaksanakan shalat wajib lima waktu. Seorang muslim di harapkan dapat membaca, memahami, menghayati makna dan menggunakan surah Al-Fatiha untuk tujuan pengobatan. Surah Al-Fatiha adalah salah satu surah yang paling direkomendasikan untuk dibaca dalam menyembuhkan penyakit spiritual, mental, atau fisik. Surah Al-Fatiha terdiri dari 7 ayat dengan terjemahan sebagai berikut:

(1) بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ ١

Bismillaahirrahmaanirrahiim

{1:1} Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang.

(2) ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ ٱلْعَٰلَمِينَ ٢

(2)Alhamdulillaahirabbil'alamiin

{1:2} Segala puji bagi Allah, Tuhan seluruh alam.

(3) ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ ٣

Arrahmaanirrahiim

{1:3} Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang.

(4) مَٰلِكِ يَوۡمِ ٱلدِّينِ ٤

Maalikiyawmiddiin

{1:4} Pemilik hari pembalasan

(5) إِيَّاكَ نَعۡبُدُ وَإِيَّاكَ نَسۡتَعِينُ ٥

Iyyaakana'budu wa-iyyaakanasta'iin

{1:5} Hanya kepada Engkaulah kami menyembah dan hanya kepada Engkaulah kami mohon pertolongan.

(6) ٱهۡدِنَا ٱلصِّرَٰطَ ٱلۡمُسۡتَقِيمَ ٦

Ihdinaashshiraatalmustaqiim

{1:6} Tunjukilah kami jalan yang lurus

(7)

صِرَٰطَ ٱلَّذِينَ أَنۡعَمۡتَ عَلَيۡهِمۡ غَيۡرِ ٱلۡمَغۡضُوبِ عَلَيۡهِمۡ وَلَا ٱلضَّآلِّينَ ٧

Shiraathalladziina an'amta 'alayhim ghayrilmaghdhuubi 'alayhim walaadhdhaalliin

{1:7} (Yaitu) jalan orang – orang yang telah Engkau beri nikmat kepadanya; bukan (jalan) mereka yang dimurkai, dan bukan (pula jalan) mereka yang sesat (Departemen Agama RI. 2007)

BAB 3
IMAGERY RELIGIOUS CARE

Imagery atau imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan rasa menyenangkan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada rasa yang menyenangkan sehingga secara bertahap dapat menurunkan tingkat kecemasan klien yang bisa di lakukan oleh sebagian besar pekerja kesehatan (Crampton, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *guided imagery* memberikan dampak yang positif terhadap tingkat kecemasan (Mizrahi, *et al*. 2012)

Religious atau hal-hal yang berhubugan dengan agama merupakan bagian dari *spiritual*. Menurut MacKinlay (2006) dikutip dalam Barber (2012), kegiatan peribadatan dalam agama merupakan salah satu cara manusia untuk berhubungan dengan Yang Maha Kuasa serta manusia dan alam sekitar. Agama adalah sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta lingkungannya (MacKinlay, 2006 dalam Barber 2012). Dalam agama Islam ada beberapa sistem pengobatan sesuai sunnah Nabi Muhammad SAW, diantaranya: Spiritual ilahiyah, materi natural seperti madu, zam-zam dan zaitun, kemudian hal yang bersifat terapi yaitu hijamah atau bekam (Pandi, 2010).

Imagery religious care adalah merupakan suatu teknik untuk menuntun klien Sindroma Koroner Akut dalam membayangkan dan mengkondisikan berada diantara umat muslim yang melakukan ibadah tawaf di Baitullah, Makkah AL-Mukarromah serta klien juga terlibat dalam prosesi ibadah tersebut. Dalam prosesi tersebut klien juga diminta untuk membaca Al-Fatiha serta memahami dan menghayati makna setiap ayat yang klien baca. Pada saat klien membaca ayat yang berbunyi "Iyyaka nakbudu wa Iyyaka nastaiinu" yang bermakna "Hanya kepada Engkaulah kami menyembah dan hanya kepada Engkaulah kami mohon pertolongan" mintalah kesembuhan atas segala penyakit dan kecemasan yang sedang anda alami. Prosesi dan pembacaan Al-Fatiha dengan memahami dan menghayati makna setiap ayat yang di baca di ulangi sampai kurang lebih selama 10 menit.

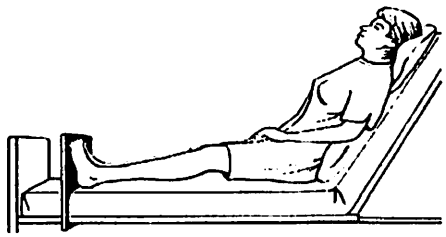
Rangsangan dari kegiatan tersebut di terima oleh panca indra yang kemudian di lanjutkan ke batang otak menuju sensor *thalamus.* Rangsangan yang disukai akan dimunculkan kembali dan dianggap sebagai pengalaman yang sebenarnya. Pengalaman tersebut dapat menenangkan pikiran dan meregangkan otot-otot serta efek positif sehingga cemas yang dirasakan menjadi berkurang.

Banyak penelitian membuktikan bahwa hubungan *spiritualitas* terutama bersifat *religious* dan kecemasan sangatlah erat terutama individu yang mempunyai penyakit kronis atau penyakit mengancam jiwa (Cornah, 2013). *Religious care* merupakan upaya mewujudkan harapan dan keinginan klien yang bersifat individual sesuai dengan keyakinan, agama dan kepercayaan klien. Stimulus yang di tangkap oleh panca indra akan di lanjutkan ke area *God spot* (titik Tuhan) dan *prefrontal cortex.* Hasil proses yang baik dari persepsi stress berupa respon kemampuan klien dalam berpikir positif secara emosional maupun spiritual (Newberg, 2011). Sehingga dengan melakukan *imagery religious care* di harapkan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan klien Sindroma Koroner Akut.

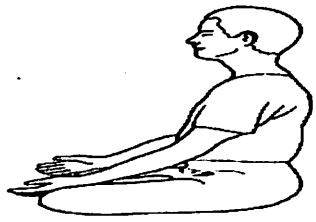
BAB 4
PROSEDUR

Persiapan:

1). Mengatur posisi klien senyaman mungkin, klien bebas memilih apakah akan melakukan imagery religious care dengan posisi berbaring atau duduk.



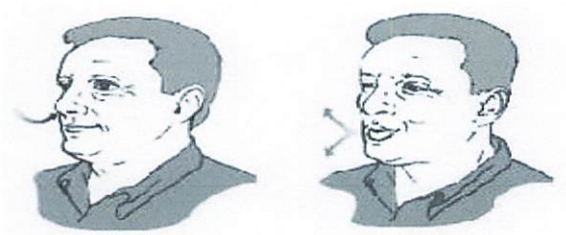
Gambar 4.1. Posisi Berbaring/setengah duduk



Gambar 4.2. Posisi duduk

2). Tutup mata atau fokus pada suatu titik atau suatu benda di dalam ruangan untuk mempermudah klien untuk berkonsentrasi dalam melakukan *imagery religious care*.

3). Menarik napas dalam dan pelan, napas berikutnya biarkan sedikit lebih dalam dan lama dan tetap fokus pada pernapasan dan tetapkan pikiran bahwa tubuh semakin santai pelan.



Gambar 4.3. Bernafas dalam dan pelan

4) Jika pikiran tidak fokus, ulangi kembali pernapasan dalam dan pelan beberapa kali sampai klien bisa berkonsentrasi.

Pelaksanaan:

5) Pasangkan earphone di telinga anda dan tayangkan rekaman video umat islam yang sedang melakukan prosesi ibadah tawaf di Baitullah melalui handphone.

6). Bayangkan anda berada diantara umat islam yang sedang melakukan tawaf di Baitullah dan juga bayangkan anda ikut terlibat dalam prosesi ibadah tawaf tersebut.

Gambar 4.4. Prosesi tawaf di sekitar Baitullah

7). Dengarkan murottal bacaan surah Al-Fatiha melalui earphone.

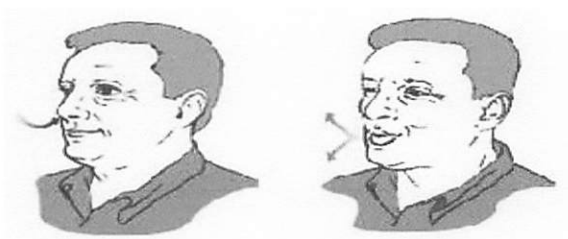
8). Lafalkan surah Al-Fatiha dengan memahami dan menghayati makna penuh kekhusyukan dan penuh keyakinan kepada Allah SWT sesuai bimbingan dan arahan.

9).Saat anda membaca "**Iyyaka nakbudu waiyyaka nasita'iinu**" mintalah kesembuhan pada Allah SWT karena keseumbuhan hanyalah dari Allah SWT

10).Ulangi beberapa kali sampai merasa bersatu dengan dengan apa yang di ucapkan sampai kurang lebih sekitar 10 menit.

Penutup:

11) Tarik nafas dalam dan pelan beberapa kali.



Gambar 4.5. Bernafas dalam dan pelan

12) Klien dapat mengakhiri *imagery religious care.*

13) Rasakan perbedaan sebelum dan sesudah melakukan *imagery religious care*, apakah merasa lebih segar dan tenang?

Kesimpulan:

14) Klien dapat melakukan prosedur ini dan dengan cara yang sama kapan saja dan dimana saja anda menginginkan.

15) Anda bisa seperti ini lagi dengan berfokus pada pernapasan anda, santai, dan membayangkan diri anda berada pada tempat yang anda senangi.

16) Tindakan ini bisa klien ajarkan kepada orang-orang disekitar baik keluarga, teman atau sahabat.

EVALUASI

1. Apakah anda sudah memahami tata cara pengobatan dalam agama Islam?.
2. Sebutkan manfaat dari tindakan yang baru saja anda lalukan (*imagery religious care*)!.
3. Apakah anda sudah bisa melakukan tindakan tersebut (*imagery religious care*) secara mandiri?

BAB 5
PENUTUP

Sindroma Koroner Akut adalah sama seperti penyakit yang lain dan bisa terapi, akan tetapi klien sering mengalami kecemasan serta ketakutan yang berlebihan. Kecemasan yang sering di alami klien bisa memperberat kondsi yang sedang dialami. *Imagery religious care* adalah upaya untuk menciptakan rasa menyenangkan dalam pikiran klien sehingga dapat menurunkan resiko komplikasi dari kecemasan serta dapat meningkatkan daya tahan tubuh klien.

Imagery religious care bisa dilakukan oleh siapa saja, kapan saja dan dimana saja saat klien membutuhkan, sehingga apabila klien merasa cemas dan gelisah, *imagery religious care* bisa anda terapkan. Harapan kami setelah dilakukan *imagery religious care* dapat menurunkan kecemasan. Demikian panduan ini dbuat dengan harapan dapat bermanfaat bagi klien dan orang – orang disekitar baik saudara, kerabat, teman atau sahabat.

DAFTAR PUSATAKA

Barber, Chris. (2012). Spirituality and religion: a brief definition. British Journal of Healthcare Assistants August. Vol, 06. No, 08. Hal. 378 – 381.

Black, Joyce M., Jane Hokanson Hawks, 2009, Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome, 8th Ed, Elsevier Inc, USA, p, 1483-1510.

Cornah, Deborah, 2013, The Impact of Spirituality on Mental Health A Review of Literature, Mental Health Foundation, p, 1 – 40.

Crampton, Martha. (2005). Guided Imagery: A Psychosynthesis Approach. The Synthesis Center Inc. 1—75.

Departemen Agama RI. (2007). Al – Qur'anulkarim: Terjemah Per – Kata Tipe Hijaz. Syaamil Al – Qur'an. Bandung.

Julianto dan Subandi. (2015). Membaca Al Fatihah Reflektif Intuitif untuk Menurunkan Depresi dan Meningkatkan Imunitas. Jurnal Psikologi. Vol. 42. No. 1.

Maendra, I. K., Munayang, H., Dundu, A. E., & Ekawardani, N, 2014, Prevalensi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Infark Miokard Lama di Poliklinik Jantung RSUP Prof. Dr. R.D. KANDOU, Jurnal e-CliniC (eCl), Volume 2, Nomor 3.

Newberg, A. (2011). Spirituality and the Aging Brain. Journal of the American Society on Aging, 35 (2), 83 – 91.

Pandi W, Emma. (2010). Sehat Cara Al-Qur'an & Hadis. Hikmah. Jakarta.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2015). Pedoman Tatalaksana Sindroma Koroner Akut. Centra Communications. p. 1 – 70.

Tisminetzky, Mayra., Bray, Bethany C., Miozzo Ruben., Aupont, Onesky., McLaughlin, Thomas. (2012). Classes of Depression, Anxiety, and Functioning in Acute Coronary Syndrome Patients. Am J Health Behav. 36(1):20-30.

Sarsito,, Muhlisin, Abi., Kartinah. (2015). Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Surakarta. Hal 1-14.

Susilo, Cipto, Sujuti, Hidayat, W, Titin Andri. (2013). Dengan Respon Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) di RSUD dr. Soebandi Jember. Jurnal Ilmu Keperawatan. p. 91-97.

Yijing, Zhang., Xiaoping, Du., Fang, Liu., Xiaolu, Jing., & Bin, Wu. 2015. The Effects of Guided Imagery on Heart Rate Variability in Simulated Spaceflight Emergency Tasks Performers. Biomed Research International. Vol 2015, 8 Pages.

Wilson, Carol & Barber, Jo. (2015). Handbook of Spiritual Care in-Mental Illness. Mental Health NHS Foundation Trust. 1—32.