

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Miocard Infark Acute*

2.1.1 Pengertian *Miocard Infark Acute*

Infark Miokard Acute (IMA) merupakan penyakit jantung karena terjadinya iskemia atau nekrosis pada lapisan otot jantung yang terjadi bila sirkulasi ke daerah jantung tersumbat (Santoso Karo Karo, 2012).

2.1.2 Gambaran Klinik *Infark Miocard Acute*.

Nyeri dada bagian kiri adalah keluhan pasien *infark miocard acute* yang paling khas dan sering tampil dalam beberapa hal dapat cukup gawat untuk dilukiskan sebagai nyeri yang paling buruk yang pernah dialami pasien yang paling lazim dipakai dalam melihat nyeri pasien tersebut adalah nyeri seperti tertusuk, berat, tekanan, menghancurkan. Sifat nyeri hampir serupa dengan angina pectoris tetapi lazimnya lebih gawat dan jauh lebih lama. Nyeri *infark miocard* sering di ikuti kelemahan, berkeringat, mual, muntah, pusing dan ketakutan yang menyolok, nyeri biasanya terjadi saat pasien periode kegiatan. Meskipun nyeri adalah keluhan yang tampil, paling minimal 15-20% pasien *infark miocard* dapat terjadi tanpa nyeri (Kartoleksono, 2005).

Dalam banyak hal ciri yang menonjol dari penampilan pasien adalah reaksinya terhadap nyeri, ketakutannya khas dan gelisah, berusaha meredakan nyerinya dengan bergerak-gerak di tempat tidur, berbelit-belit, mengeliat, berdahak atau berusaha muntah. Lazimnya pucat, sering bertalian dengan respirasi dan ekstremitas-ekstremitas dingin. Takut mati, perasaan ajal sudah dekat, cepat marah pada penyakit atau menganggap perawatan yang tidak perlu,

khawatir tentang keluarga, kerja dan pengeluaran keuangan yang begitu banyak (Suliswati, 2005).

Hasil pemeriksaan laboratorium yang sering dilakukan pada khusus *infark miocard acut* adalah Creatine Phosphokinase (CPK), Glutamic Oxaloacetic Transaminase (GOT). CK-MB pada meningkat antara 4-6 jam, memuncak dalam 12-24 jam dan kembali normal dalam 36-48 jam. Pemeriksaan LDH naik agak lebih lambat dan lebih lama yaitu memuncak pada 24-48 jam dan memakan waktu lama untuk kembali normal, biasanya hari ke empat dan penurun terakhir pada hari ke sebelas. Pada gambaran EKG menunjukkan peninggian gelombang S-T, iskemia berarti penurunan atau datarnya gelombang T, menunjukkan cedera dan adanya gelombang Q berarti nekrosis (David, 2005).

2.1.3 Komplikasi yang Mungkin Banyak Terjadi

Banyak komplikasi dari *miocard infark*, namun hanya beberapa yang di tulis diantaranya adalah :

- *Dysrhythmia* : 40-50% kematian *miocard infark* disebabkan kerusakan miokard.
- Cardiogenik shock juga tidak kalah tingginya, dimana pasien setelah (*Infark Miocard*) terjadi shock dan 80 % meninggal dunia.
- Gagal jantung dan oedema paru dan juga komplikasi lainnya.

2.1.4 Penata Laksanaan

Sasaran pengobatan pada *Infark Miocard Acute* (IMA) pertama dan yang paling penting adalah menghilangkan rasa sakit (nyeri) dan cemas. Kedua menurunkan kerja miokard. Ketiga mencegah dan mengobati sedini mungkin komplikasi yang akan terjadi. Istirahat, pemberian O₂, diet rendah kalori dan

mudah dicerna dan pasang infus untuk siap gawat. Yang keempat adalah dengan cara meningkatkan kesehatan jantung, serta perawatan diri.

Untuk pemberian terapi obat, diupayakan dengan cara kolaborasi dengan dokter ahli dan yang sifatnya *emergency* dan dapat dilakukan perawat *Intensive Care Unit* harus ada protap ruang *Intensive Care Unit* dan dapat di pertanggungjawabkan dalam cara pemberian maupun cara pendokumentasian, misalnya pemberian oksigen.

Kecemasan merupakan respon alami terhadap nyeri dan terhadap serangan jantung. Keyakinan pasien dan keluarga merupakan hal yang sangat penting untuk mengurangi kecemasan. Dan kecemasan pada pasien *Infark Miocard Acute* timbul karena adanya perasaan takut akan datangnya kematian dan merasa tidak berdaya akibat dari nyeri hebat yang dialami (Kanel, 2011). Karena itu penatalaksanaan Rehabilitasi Jantung sangat diperlukan guna untuk mempertahankan atau mencapai kehidupan seoptimal mungkin di masyarakat dengan usahanya sendiri (WHO, 1993). Oleh karena itu sangatlah diperlukan juga penatalaksanaan kecemasan pada pasien *Infark Miocard Acute*.

Penatalaksanaan komponen rehabilitasi jantung dengan Edukasi dan konseling sangat penting dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien agar mampu mengatasi kecemasan ,juga menghindari faktor resiko dengan usaha sendiri, dan pasien diharap dapat mengatasi faktor resiko agar proses penyakitnya atau proses artherosklerosis dapat dihentikan atau dihambat (Balady, 2009). Dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya, diharapkan pasien bisa lebih tenang sehingga kecemasan akan

menurun. Dan penerapan rehabilitasi jantung dengan edukasi merupakan cara yang paling aman dilakukan pada fase awal serangan *Infark Miocard Acute*.

2.2 Konsep Edukasi

2.2.1 Pengertian Edukasi

Edukasi adalah serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Setiawati, 2008).

Definisi di atas menunjukkan bahwa edukasi adalah suatu proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Edukasi merupakan proses belajar dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu dan dari tidak mampu mengatasi kesehatan sendiri menjadi mandiri (Suliha, 2002).

Dalam keperawatan, edukasi merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik. Pelaksanaan edukasi dalam keperawatan merupakan kegiatan pembelajaran dengan langkah-langkah sebagai berikut: pengkajian kebutuhan belajar klien, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan edukasi, implementasi edukasi, evaluasi edukasi, dan dokumentasi edukasi (Suliha, 2002).

2.2.2 Tujuan Edukasi

Menurut (Notoatmodjo, 2005) tujuan edukasi adalah:

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.

- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Tujuan edukasi di atas pada dasarnya dapat disimpulkan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri, dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Suliha, 2002).

Dalam keperawatan, tujuan edukasi adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan (Suliha, 2002).

2.2.3 Macam – Macam Edukasi

Dimensi tingkat pelayanan edukasi ada 5 tingkat sebagai berikut :

- a) Promosi kesehatan (*health promotion*), dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dengan peningkatan gizi, kebiasaan hidup sehat dan sebagainya.
- b) Perlindungan khusus (*specific protection*), sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama dinegera berkembang.
- c) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early and prompt treatment*).
Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap

kesehatan maka sering sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di masyarakat. Oleh karena itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

- d) Pembatasan cacat (*disability limitation*), oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas sehingga dapat mengakibatkan orang bersangkutan cacat.
- e) Rehabilitasi (*rehabilitation*), setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang orang menjadi cacat sehingga diperlukan latihan tertentu. Disamping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang malu untuk kembali ke masyarakat dan masyarakat tidak mau menerima mereka (Notoatmojo, 2003).

2.2.4 Konseling

Konseling adalah terjemahan dari kata *counseling*, mempunyai makna sebagai hubungan timbal balik antara dua individu, dimana seorang (konselor) berusaha membantu yang lain (klien) untuk mencapai pengertian tentang dirinya sendiri dalam hubungan dengan masalah-masalah yang dihadapinya pada waktu yang akan datang (Natawijaya, 1987). Sedangkan menurut (Surya, 1998) pengertian konseling adalah seluruh upaya bantuan yang diberikan konselor kepada konseli supaya dia memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri sendiri , untuk dimanfaatkan olehnya dalam memperbaiki tingkah lakunya pada masa yang akan datang. Dalam pembentukan konsep kepribadian yang sewajarnya mengenai: dirinya sendiri, orang lain, pendapat orang lain tentang dirinya, tujuan-tujuan yang hendak dicapai, dan kepercayaan diri. Selanjutnya Sukardi (2000) menyimpulkan bahwa konseling merupakan suatu upaya bantuan

yang dilakukan dengan empat mata atau tatap muka antara konselor dan klien yang berisi usaha yang laras, unik, human (manusiawi), yang dilakukan dalam suasana keahilan dan yang didasari atas norma-norma yang berlaku, agar klien memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri sendiri dalam memperbaiki tingkah lakunya saat ini dan mungkin pada masa yang akan datang.

Dari berbagai pendapat pendapat diatas dapat disimpulkan pengertian dari konseling adalah bantuan secara profesional yang diberikan konselor kepada klien secara tatap muka empat mata yang dilaksanakan interaksi secara langsung dalam rangka memperoleh pemahaman diri yang lebih baik, kemampuan mengontrol diri, dan mengarahkan diri untuk dimanfaatkan olehnya dalam rangka pemecahan masalah dan memperbaiki tingkah lakunya pada masa yang akan datang. Pembahasan masalah yang dimaksud bersifat mendalam yang menyangkut hal-hal penting tentang klien, bersifat luas meliputi berbagai segi permasalahan klien, serta bersifat spesifik mengarah pada pengentasan masalah klien yang urgen.

Tujuan konseling dibagi menjadi 2:

- 1) Tujuan Umum: tujuan layanan konseling adalah terentaskannya masalah yang dialami klien. Upaya pengentasan masalah klien ini dapat berupa mengurangi intensitasnya atas masalah tersebut, mengurangi intensitasnya hambatan atau kerugian yang disebabkan masalah tersebut, dan meniadakan masalah yang dimaksud. Dengan layanan konseling ini beban klien diringankan, kemampuan klien ditingkatkan dan potensi klien dikembangkan.
- 2) Tujuan Khusus: klien memahami seluk-beluk masalah yang dialami secara mendalam dan komprehensif, serta positif dan dinamis. Pemahaman yang dimaksud mengarah kepada dikembangkannya persepsi dan sikap serta

kegiatan demi terentaskannya secara spesifik masalah yang dihadapi klien. Pengembangan dan pemeliharaan potensi dan unsur-unsur positif yang ada pada diri klien, diperkuat terentaskannya masalah, dan berkembangnya masalah yang lain.

Dalam sebuah proses konseling yang adekuat, berperan dua pihak yang saling terkait, yaitu seorang konselor dan seorang klien yang menjalin hubungan profesionalisme.

- **Konselor** : konselor adalah seorang ahli dalam bidang konseling, yang memiliki kewenangan dan mandat secara profesional untuk melaksanakan pemberian layanan konseling. Dalam proses konseling, konselor yang aktif mengembangkan proses konseling melalui dioperasionalkan pendekatan, tehnik dan asas-asas konseling terhadap klien. Dalam proses konseling, selain media pembicaraan verbal, konselor juga dapat menggunakan media tulisan, gambar, media elektronik, dan media pembelajaran lainnya, serta media pengembangan tingkah laku. Semua itu diupayakan konselor dengan cara-cara yang cermat dan tepat, demi terselesaikannya masalah yang dihadapi klien.
- **Klien**: Klien adalah individu yang sedang mengalami masalah, atau setidaknya sedang mengalami sesuatu yang ingin dia sampaikan kepada orang lain. Klien menanggung semacam beban, uneg-uneg, atau mengalami suatu kekurangan yang ingin diisi, atau ada suatu yang ingin dan/atau perlu dikembangkan pada dirinya. Semuanya agar dia mendapatkan suasana pikiran dan/atau perasaan yang lebih ringan, memperoleh nilai tambah, hidup lebih berarti, dan hal-hal positif lainnya selama menjalani hidup sehari-hari dalam rangka kehidupan dirinya secara menyeluruh.

2.2.5 Manfaat Edukasi dan Konseling

- 1) Memberikan dukungan dan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang penyakit jantung.
- 2) Membantu mereka untuk mengenal faktor resiko dan mendiskusikan modifikasi faktor resiko tersebut.
- 3) Dukungan dari anggota keluarga untuk membantu perubahan pola hidup.
- 4) Memberi semangat pasien untuk taat terhadap program aktivitas dirumah dan program berjalan.
- 5) Program edukasi fase II dan memberi semangat terhadap pasien dan pasangannya untuk patuh terhadap program latihan (di RS).
- 6) Memberi informasi dan edukasi seperti yang tercatat pada program terintegrasi.
- 7) Ruang lingkup masa depan akan mencakup penilaian ansietas dan depresi

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya "*anxiety*" berasal dari Bahasa Latin "*angustus*" yang berarti kaku, dan "*ango, anci*" yang berarti mencekik. Menurut (Alwisol, 2005) mengatakan bahwa kecemasan adalah fungsi ego untuk memperingatkan individu tentang kemungkinan datangnya suatu bahaya sehingga dapat disiapkan reaksi adaptif yang sesuai. Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang melindungi ego karena kecemasan memberi sinyal kepada kita bahwa ada bahaya dan kalau tidak dilakukan tindakan yang tepat maka bahaya itu akan meningkat sampai ego dikalahkan. Sedangkan menurut (Townsend, 2009).

Kecemasan merupakan sebuah perasaan khawatir yang samar – samar, sumbernya sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu yang bersangkutan.

2.3.2 Gambaran Klinis Kecemasan

(Hawari, 2006) mengemukakan gejala kecemasan baik yang sifatnya akut maupun kronis (menahun) merupakan komponen utama bagi hampir semua gangguan kejiwaan (*psychiatric disorder*). Diperkirakan jumlah mereka yang menderita gangguan kecemasan baik akut maupun kronis mencapai 5% dari jumlah penduduk, dengan perbandingan antara wanita dan pria 2:1 dan diperkirakan antara 2 - 4% diantara penduduk saat dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan cemas. Hawari (2006) mengemukakan keluhan - keluhan yang sering dilontarkan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan adalah sebagai berikut:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
- 2) Merasa tegang, tidak tegang, gelisah, mudah terkejut.
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
- 4) Gangguan pola tidur dan mimpi - mimpi yang menegangkan.
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.

2.3.3 Tingkat Kecemasan pada Pasien

Tingkat kecemasan dapat dibagi menjadi 4 (Stuart & Sudden, 2006):

1) Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari – hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan area persepsinya.

Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan beraktivitas.

2) Kecemasan Sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah.

3) Kecemasan Berat

Sangat mengurangi area persepsi seseorang, seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada sesuatu yang lain.

2.3.4 Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan alat ukur kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap point yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor yaitu antara 0 sampai 4. Adapun gejala yang tercantum dalam HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) terdiri dari 14 gejala yang tampak pada individu yang mengalami kecemasan, dengan perincian sebagai:

- 1) Perasaan Cemas, Firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
- 2) Ketegangan, 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 pernapasan, Rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas 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 keneing, tidak dapat menahan keneing, 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 napas pendek dan cepat.

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori.

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang atau separuh dari gejala yang ada

3 = berat atau lebih dari separuh gejala yang ada

4 = sangat berat atau semua gejala ada

Masing – masing nilai dari 14 kelompok dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang :

1. Skor kurang dari 14 : tidak ada kecemasan.
2. Skor 14 – 20 : kecemasan ringan.
3. Skor 21 – 27 : kecemasan sedang.
4. Skor 28 – 34 : kecemasan berat.
5. Skor ≥ 35 : Kecemasan sangat berat Atau panik

Perlu diketahui bahwa alat ukur HARS ini bukan dimaksudkan untuk mengetahui diagnosa gangguan kecemasan. Diagnosa gangguan kecemasan ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (psikiater), namun digunakan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu digunakan alat ukur HARS (Hawari, 2006).

2.3.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Sedangkan faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2006), faktor–faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah:

2.3.5.1 Faktor predisposisi

1) Teori Psikoanalitis

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan di kendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada tanda bahaya.

2) Teori Interpersonal

Ansietas terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan, perpisahan yang menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya, individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami ansietas yang berat.

3) Faktor Perilaku

Ansietas merupakan hasil frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

2.3.5.2 Faktor Presipitasi

Kecemasan adalah keadaan yang tidak dapat dielakan pada kehidupan manusia dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman ansietas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan, yaitu :

1) Faktor eksternal :

- a. Ancaman integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
- b. Ancaman sistem diri antara lain : ancaman terhadap identitas diri, harga diri dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status/peran.

2) Faktor internal :

Menurut Stuart & Sundeen (1998) kemampuan individu dalam merespon terhadap penyebab kecemasan ditentukan oleh :

a. Potensi Stressor.

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

b. Maturitas Individu.

Seseorang yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

c. Pendidikan dan Status Ekonomi.

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

d. Keadaan fisik.

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan, di samping itu orang yang mengalami kelelahan fisik lebih mudah mengalami kecemasan.

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 kepribadian B mempunyai ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena orang dengan tipe kepribadian B adalah orang yang penyabar, tenang, teliti, dan rutinitas.

f. Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

g. Umur

Seseorang yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Stuart, 2006).

2.4 Konsep Hubungan Edukasi Rehabilitasi Jantung dengan Penurunan Kecemasan

2.4.1 Pengertian Rehabilitasi Jantung

Rehabilitasi jantung merupakan serangkaian kegiatan diperlukan untuk mempengaruhi penyebab penyakit jantung dan mencapai kondisi fisik, mental, dan sosial terbaik sehingga mereka dapat mempertahankan atau mencapai kehidupan seoptimal mungkin di masyarakat dengan usahanya sendiri (WHO, 1993).

2.4.2 Tujuan Rehabilitasi Jantung

Menurut Tedjasukmana (2010) tujuan rehabilitasi jantung yaitu:

- a. Medical goals yaitu meningkatkan fungsi jantung, mengurangi risiko kematian mendadak, infark berulang, meningkatkan kapasitas kerja, mencegah progresivitas yang mendasari proses ateroskeloris, dan menurunkan mortalitas dan morbiditas.
- b. Psychological goals yaitu mengembalikan percaya diri, mengurangi kecemasan dan depresi, meningkatkan manajemen stres dan mengembalikan fungsi seksual yang baik.
- c. Social goals yaitu dapat bekerja kembali dan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.
- d. Health service goals yaitu mengurangi biaya medis, mobilisasi dini dan pasien dapat pulang dengan segera, mengurangi pemakaian obat-obatan, dan mengurangi kemungkinan dirawat kembali.

2.4.3 Komponen Rehabilitasi Jantung

Menurut (Balady, 2009) menjelaskan program rehabilitasi jantung yang komprehensif harus mencakup beberapa komponen berikut yaitu:

- a. Pengkajian kondisi dan riwayat medis pasien.
- b. Edukasi dan konseling dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien agar mampu menghindari faktor risiko dengan usaha sendiri, mampu mengatasi kecemasan, dan mengatasi faktor risiko agar proses penyakit atau proses atherosklerosis dapat dihentikan atau dihambat.
- c. Upaya pengontrolan faktor risiko; menyangkut edukasi, modifikasi gaya hidup kearah hidup sehat dan pengobatan yang diperlukan.
- d. Program latihan dan konseling aktivitas fisik, terutama dalam upaya meningkatkan pola hidup sehat, tingkat kebugaran, kualitas hidup, dan pengendalian faktor risiko.

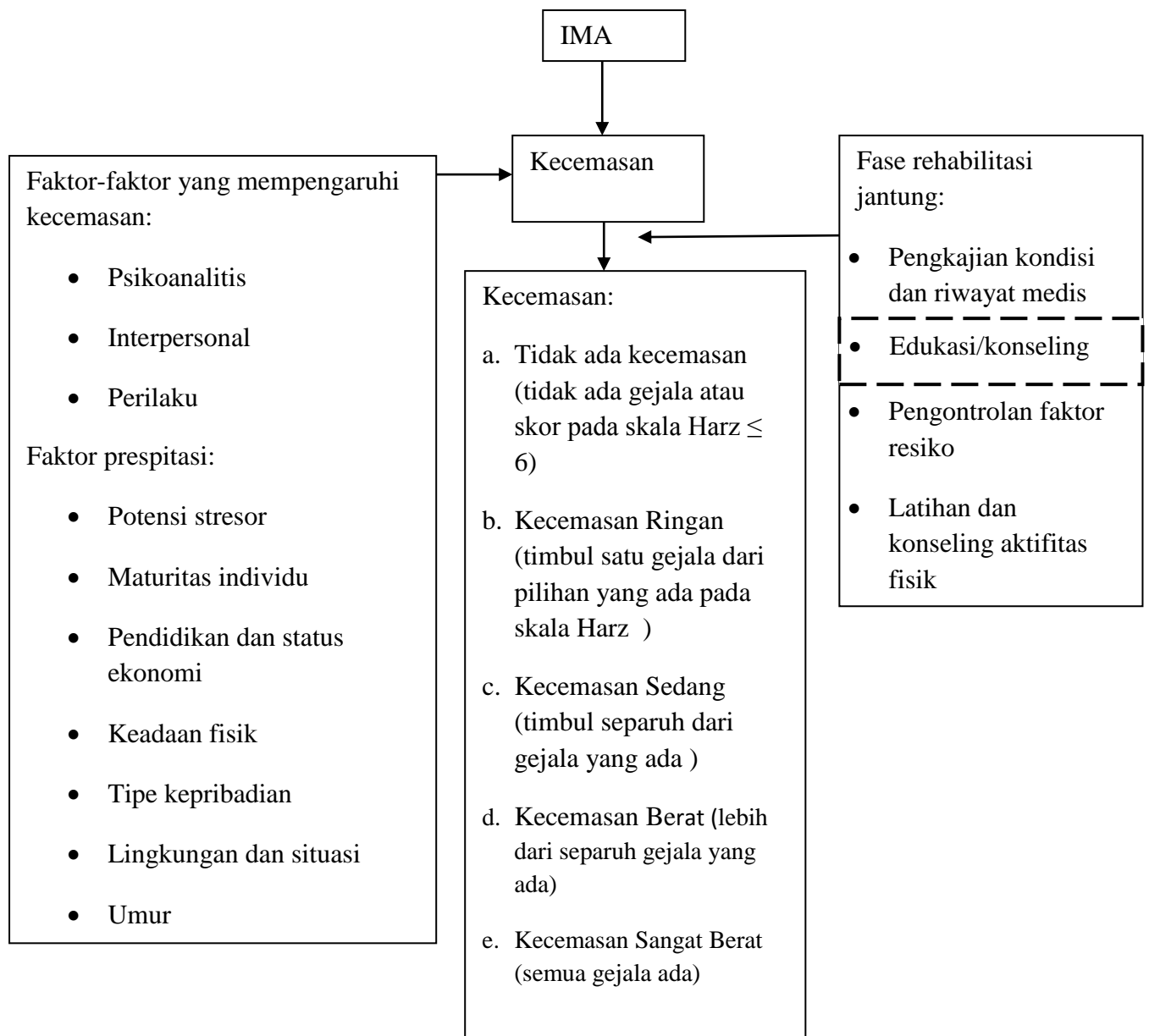
2.4.4 Fase Rehabilitasi Jantung

Rehabilitasi jantung dimulai saat kondisi hemodinamik pasien stabil yaitu tidak ada sakit dada berulang dalam 8 jam, tidak ada tanda-tanda gagal jantung yang tidak terkompensasi (sesak pada saat istirahat dengan ronki di dasar paru bilateral), dan tidak ada perubahan signifikan yang baru pada EKG dalam 8 jam terakhir (Tedjasukmana, 2010). Kriteria-kriteria untuk pasien rehabilitasi jantung yaitu:

- a. Kriteria inklusi: paska *miokard infark*, penyakit jantung koroner, paska PTCA, paska CABG, CHF stabil, pacu jantung, penyakit katup jantung, transplantasi jantung, penyakit jantung bawaan, dan penyakit gangguan vaskular lainnya.

- b. Kriteria eksklusi: angina tidak stabil, gagal jantung kelas 4, *takiaritmia*, *bradikardia* tidak terkontrol, *severe aortic-mitral stenosis*, *hypertrophicobstructive cardiomyopathy*, *severe pulmonary hypertension*, dan kondisi lainnya.

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan: yang tidak diteliti

Yang diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian pengaruh Konseling terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien *infark miocard acute* di ruang *intensive care unit* Di ICU RS Siti Khodijah Sepanjang, Sidoarjo

Dari uraian diatas maka secara singkat dapat dilihat dan digambarkan dalam Kerangka konseptual sebagai berikut :

Dalam pembuatan kerangka konseptual pada kasus ini adalah menurut Betty Neuman, dimana menjelaskan bahwa konseptual keperawatan yang dapat diaplikasikan oleh perawat adalah model sistem Betty Neuman yang memberikan warisan baru tentang cara pandang terhadap manusia sebagai makhluk holistik (memandang manusia secara keseluruhan) meliputi aspek (variabel) fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual yang berhubungan secara dinamis seiring dengan adanya respon-respon sistem terhadap kecemasan baik dari lingkungan internal maupun eksternal (Potter and Perry, 2009).

Secara individu seseorang terdiri dari fisiologi, psikologi, sosiokultural yang mengalami perkembangan. Model sistem pada pasien berupa bentuk dasar atau utama dari faktor pertahanan lingkungan oleh sistem yang dibentuk oleh garis resisten, mempertahankan garis normal dan mempertahankan garis yang mudah berubah. Peran perawat dalam hal ini adalah mengidentifikasi kecemasan yang ada dan mengkaji individu terhadap kecemasan.

2.5.1 Hipotesis

Hipotesis yang digunakan adalah HI.

HI = Adanya pengaruh edukasi tentang penyakit *Infark Miocard Acute* efektif terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien *Infark Miocard Acute*.