

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular hingga saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama yang menunjukkan kecenderungan peningkatan. Di antara berbagai manifestasi penyakit kardiovaskular, salah satunya adalah Sindrom Koroner Akut (SKA), merupakan kondisi kegawatdaruratan jantung yang umumnya ditandai dengan nyeri dada akibat iskemia miokard (Sweis et al., 2024). Secara teori, nyeri tersebut diharapkan dapat berkurang setelah pemberian terapi farmakologis seperti analgesik dan vasodilator (Rao et al., 2025). Namun pedoman klinis menyebutkan bahwa pasien SKA dapat mengalami nyeri dada yang menetap atau berulang meskipun telah mendapatkan terapi analgesik sesuai indikasi (*National Heart Foundation of Australia*, 2025). Dibuktikan dengan masih ditemukannya pasien SKA yang mengalami nyeri dada disertai perubahan tanda-tanda vital berupa peningkatan tekanan darah dan denyut nadi (Epriliyani et al., 2025). Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori penatalaksanaan nyeri yang mengandalkan terapi farmakologis dengan kenyataan di lapangan bahwa nyeri belum sepenuhnya terkontrol secara optimal.

Secara global, pada 2021 terdapat 254,3 juta kasus penyakit iskemik jantung yang merupakan kelompok utama penyebab Sindrom Koroner Akut (Yang et al., 2025). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang tercantum dalam Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut tahun 2024, prevalensi penyakit jantung di Indonesia adalah sebesar

1,5% atau sebanyak 1.017.290 jiwa dimana sesuai diagnosis dokter pada penduduk semua umur di Jawa Timur menyumbang sebesar 1,4-1,6% atau sekitar 151.878 jiwa yang yang menderita penyakit jantung (Kemenkes RI Balitbangkes, 2019).

Berdasarkan *World Health Organization* (2025) diperkirakan 19,8 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2022, yang mewakili sekitar 32% dari semua kematian global dimana 85% kematian ini disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, yang memiliki kecenderungan meningkat setiap tahunnya dan berdampak tidak hanya pada negara maju, tapi juga negara berkembang (Kemenkes RI, 2019) dan terdapat lebih dari 7 juta kasus baru SKA setiap tahunnya di seluruh dunia (Nuviastuti et al., 2023). Mengutip dari *World Health Organization* melalui DPP PPNI (2024) pada tahun 2016, diperkirakan kematian akibat SKA akan meningkat hingga 23 juta pada tahun 2030.

Sindrom Koroner Akut terdiri dari beberapa bentuk klinis yang masing-masing memiliki potensi berkembang menjadi ketidakstabilan kardiovaskular (Rao et al., 2025). Data dari *One ACS Registry multisenter* melaporkan 48,8% SKA dengan elevasi segmen ST (STEMI) dan 51,2% SKA dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI). Berdasarkan klasifikasi tersebut kondisi klinis pada pasien SKA berat ditandai dengan takikardi, perubahan tekanan darah, gangguan pernapasan, hingga aritmia (Khotimah & Ashar, 2022). Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard dapat mengganggu fungsi jantung dan langsung memengaruhi

status hemodinamik, yang terlihat dari perubahan tekanan darah, denyut nadi, dan meningkatnya nyeri (Singh et al., 2023).

Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 77,2% pasien Sindrom Koroner Akut mengalami nyeri dan gejala terkait nyeri, artinya sekitar 7–8 dari 10 pasien SKA mengalami nyeri dada (Young & Yoonyoung, 2023). Berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh dari salah satu perawat di ruang intensif RSUD Haji Provinsi Jawa Timur, tercatat sebanyak 214 pasien dengan Sindrom Koroner Akut yang menjalani perawatan dalam rentang Juni hingga Oktober tahun 2025. Sebagian besar pasien tersebut mengalami keluhan utama berupa nyeri dada dengan skala nyeri yang dilaporkan berkisar antara 3–7 pada skala *Visual Analog Scale* (VAS), yang menunjukkan tingkat nyeri ringan hingga berat. Data ini menunjukkan bahwa nyeri akibat SKA juga masih menjadi masalah klinis yang signifikan di tingkat rumah sakit dan menggambarkan besarnya kebutuhan akan penatalaksanaan komprehensif.

Nyeri hampir selalu dialami oleh pasien dengan Sindrom koroner akut SKA terutama pada fase awal serangan, pada fase akut hampir selalu disertai nyeri dada berat yang terasa intens dan menetap sehingga menimbulkan ketidaknyamanan yang besar bagi pasien (Alexander et al., 2024). Umumnya nyeri bersifat menekan, terasa berat, dan dapat menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, atau punggung. Karakteristik nyeri ini sering berlangsung menetap, tidak sepenuhnya hilang dengan istirahat, dan dapat disertai gejala otonom seperti diaforesis, mual, dan sesak napas (Sweis et al., 2024). Pada pasien dengan kondisi kritis, keluhan nyeri yang berulang

atau berkepanjangan mencerminkan proses iskemia yang belum teratasi secara optimal dan berpotensi memperburuk kerusakan miokard (Rao et al., 2025). Jika nyeri tidak ditangani dengan baik, stres fisik dan psikologis yang muncul dapat memperberat kerja jantung, mempercepat perburukan kondisi, meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular, serta menurunkan kualitas hidup pasien (Imam & Jitpanya, 2022).

Nyeri yang berkelanjutan menegaskan bahwa kualitas hidup penderita juga terpengaruh, baik pada aspek fisik maupun psikologis. Pasien cenderung mengalami keterbatasan aktivitas, gangguan istirahat, serta peningkatan kecemasan dan ketakutan terhadap kematian (Imam & Jitpanya, 2022). Penurunan kualitas hidup ini tidak hanya dirasakan selama fase perawatan akut, tetapi dapat berlanjut hingga periode pemulihan.

Apabila nyeri, stres, dan ketidakstabilan fisiologis terus berlanjut tanpa penanganan yang komprehensif, risiko terjadinya komplikasi berat hingga kematian menjadi semakin tinggi (Imam & Jitpanya, 2022). Aktivasi saraf simpatis yang berkepanjangan, peningkatan kebutuhan oksigen miokard, serta gangguan hemodinamik dapat memperburuk kerusakan jantung dan meningkatkan angka mortalitas (Supriyanti et al., 2025). Oleh karena itu, peningkatan SKA, nyeri yang menyertainya, penurunan kualitas hidup, dan tingginya mortalitas merupakan satu rangkaian masalah yang saling berkaitan dan perlu mendapatkan perhatian serius dalam praktik keperawatan kritis.

Nyeri pada Sindrom Koroner Akut (SKA) terjadi akibat iskemia miokard yang disebabkan oleh obstruksi aliran darah koroner sehingga

suplai oksigen tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolik jantung (Welsh & Prentice-Craver, 2024). Kondisi hipoksia memaksa sel miokard beralih ke metabolisme anaerob dan menghasilkan metabolit iritan seperti asam laktat dan adenosin yang merangsang nosiseptor visceral, sehingga memicu impuls nyeri khas SKA (Hall & Hall, 2025). Impuls nyeri ini dihantarkan ke sistem saraf pusat dan memicu aktivasi saraf simpatis yang meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, serta kebutuhan oksigen miokard (Welsh & Prentice-Craver, 2024). Peningkatan kebutuhan oksigen yang tidak diimbangi suplai adekuat menciptakan siklus patologis di mana iskemia dan nyeri saling memperburuk (Hall & Hall, 2025). Akibatnya, nyeri tidak hanya menjadi gejala, tetapi berperan aktif dalam memperluas kerusakan miokard dan meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular akut (Welsh & Prentice-Craver, 2024).

Dalam konteks perawatan kritis, nyeri yang dialami pasien sindrom koroner akut sering kali bersifat persisten dan sulit dikendalikan secara optimal. Nyeri yang berkelanjutan akan memperkuat respon stres fisiologis, ditandai dengan peningkatan kadar katekolamin, aktivasi aksis hipotalamus–pituitari–adrenal, serta perubahan parameter hemodinamik (Hall & Hall, 2025). Respon stres ini tidak hanya memperburuk ketidakstabilan fisiologis, tetapi juga memperpanjang fase kritis pasien di ruang intensif (Welsh & Prentice-Craver, 2024).

Nyeri pada pasien SKA tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga memiliki dimensi psikologis yang kuat, karena sering disertai kecemasan, ketakutan akan kematian, dan perasaan kehilangan kontrol terhadap tubuh.

Kondisi psikologis ini dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri melalui proses kognitif dan emosional, sehingga nyeri terasa lebih berat dibandingkan rangsangan fisik yang sebenarnya (Risnah et al., 2022).

Penerapan intervensi non-farmakologis dalam keperawatan kritis masih terbatas dan sering hanya digunakan sebagai pelengkap karena belum didukung panduan berbasis bukti yang kuat, sehingga potensi penurunan nyeri dan respon stres belum dimanfaatkan secara optimal (Amalia et al., 2024). Oleh karena itu, menurut Kurniawati dkk., 2018 diperlukan pendekatan manajemen nyeri yang aman dan mudah diterapkan melalui intervensi non-farmakologis berbasis *mind-body-spiritual*, seperti terapi relaksasi benson dan murottal, yang memandang pengalaman nyeri secara holistik melalui aspek fisiologis, psikologis, emosional, dan spiritual (Risnah et al., 2022).

Terapi relaksasi Benson bekerja dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis melalui pengaturan napas dan fokus perhatian, sehingga menurunkan aktivitas saraf simpatis, hormon stres, dan transmisi nyeri (Botutihe & Munir, 2025). Terapi murottal Al-Qur'an memberikan rangsangan audio-spiritual yang memengaruhi sistem limbik dan hipotalamus, meningkatkan rasa tenang, menurunkan kecemasan, serta membantu mengurangi persepsi nyeri (Prihatno, 2025). Kombinasi kedua terapi ini bekerja secara sinergis untuk meningkatkan stabilitas kondisi pasien.

Kombinasi terapi relaksasi benson dan murottal Al-Qur'an diharapkan dapat menurunkan nyeri melalui mekanisme fisiologis dan

psikologis sekaligus, sehingga membantu memutus siklus nyeri dan stres yang memperburuk kondisi pasien sindrom koroner akut, namun pendekatan ini masih jarang diteliti secara khusus di ruang perawatan intensif jantung. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terapi Benson maupun murottal secara terpisah mampu menurunkan nyeri, sementara kombinasi keduanya lebih banyak diteliti untuk mengatasi kecemasan akibat penyakit, sebagaimana dilaporkan oleh Setyorini dkk, 2024.

Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti efektivitas kombinasi terapi relaksasi benson dengan murottal terhadap nyeri, tekanan darah, dan nadi pada pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji. Penelitian ini menempatkan kombinasi terapi tersebut sebagai intervensi keperawatan berbasis bukti yang layak dikembangkan, tidak hanya dapat dilakukan oleh perawat tetapi juga berpotensi dilanjutkan oleh keluarga setelah mendapatkan pendampingan yang tepat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat pengaruh kombinasi terapi relaksasi benson dengan murottal terhadap nyeri, tekanan darah, dan nadi pada pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kombinasi terapi relaksasi benson dengan murottal terhadap nyeri, tekanan darah, dan nadi pada pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perbedaan nyeri, tekanan darah, dan nadi sebelum dan sesudah 3 hari pemberian kombinasi terapi relaksasi benson dan murottal pada kelompok intervensi pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji.
2. Mengidentifikasi perbedaan nyeri, tekanan darah, dan nadi sebelum dan sesudah 3 hari tanpa perlakuan pada kelompok kontrol pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji.
3. Menganalisis perbedaan perubahan nyeri, tekanan darah, dan nadi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk menilai efektivitas kombinasi terapi relaksasi benson dengan murottal terhadap nyeri, tekanan darah, dan nadi pada pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Haji.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam keperawatan kritis dan kardiovaskular, sekaligus menjadi dasar pengembangan intervensi keperawatan komplementer yang menggabungkan pendekatan fisiologis dan psikospiritual berupa kombinasi terapi benson dan murottal Al-Qur'an yang berbasis *evidence based practice*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar ilmiah bagi perawat ruang intensif dalam menerapkan intervensi non-farmakologis terkait kombinasi atau penerapan terapi Benson dan murottal untuk menurunkan tingkat nyeri pasien terutama pada Sindrom Koroner Akut secara efektif dan aman.

2. Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat langsung bagi pasien ruang intensif terutama Sindrom Koroner Akut berupa penurunan tingkat nyeri, pencegahan komplikasi kardiovaskular serta kecemasan jika nyeri tidak ditangani.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan kritis maupun kardiovaskular serta mendukung pembelajaran berbasis bukti (*evidence-based nursing practice*).

4. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi alternatif intervensi non-farmakologis yang aman, mudah diterapkan, dan efektif sebagai terapi pendamping untuk menurunkan nyeri di ruang intensif, serta dapat menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit dalam menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) kebutuhan dasar manusia dalam konteks kenyamanan.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian sejenis dengan desain, variabel, atau populasi yang lebih luas.

