

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 SYNDROME KORONER AKUT

2.1.1 Pengertian

Menurut *American Heart Association* (AHA) dan pedoman klinis terkait, Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah kumpulan kondisi darurat akibat penurunan aliran darah ke jantung secara tiba-tiba karena penyumbatan sebagian atau total pada arteri koroner, yang mencakup Angina Pectoris Tidak Stabil (UA), Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI), dan ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI), semuanya disebabkan oleh ruptur plak aterosklerosis yang memicu pembentukan trombus (gumpalan darah) (AHA, 2025).

Acute Coronary Syndrome adalah penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah koroner yang mengakibatkan tidak terpenuhinya oksigen ke otot jantung. (Uun, dkk 2022). Infark Miokard Akut (IMA) adalah penyakit jantung yang terjadi karena kematian jaringan otot jantung atau nekrosis yang diawali dengan iskemia. Infark miokard merupakan salah satu manifestasi akut dari penyakit jantung koroner yang berhubungan dengan arteriosklerosis.

Infark miokard yang merupakan hasil dari penyakit jantung koroner, yang mana obstruksi aliran darah karena plak arteri koroner atau mekanisme yang menghalanginya (misalnya spasm of plaquefree arteries). Plak selalu konsekuensi dari aterosklerosis. Dimana plak yang

ditandai dengan terjadinya peradangan pada pembuluh darah dilokasi plak berada. Ditempat tersebut kemungkinan terjadi erosi, fissuring atau bahkan pecahnya plak (Mendis et al., 2021).

Sindrom Koroner Akut adalah penyakit jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah koroner. Penyempitan pembuluh darah terjadi karena proses aterosklerosis atau spasme atau kombinasi keduanya. Aterosklerosis terjadi karena penimbunan kolesterol dan jaringan ikat pada dinding pembuluh darah secara perlahan. Kondisi ini menyebabkan arteri koroner, yaitu pembuluh darah yang memasok darah kaya oksigen ke organ jantung, menyempit atau tersumbat oleh adanya plak. (Purwaningsih & Retti Andriani, 2020).

2.1.2 Klasifikasi SKA

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Menurut Perki 2024, 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 infarction)
3. Angina Pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris).

2.1.3 Etiologi

Menurut Perki (2024) terdapat dua faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit arteri koroner, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi (modifiable) atau yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (nonmodifiable) atau tidak dapat dirubah. Faktor risiko modifiable dapat dirubah atau dikontrol dengan mengubah gaya hidup dan kebiasaan pribadi, sedangkan faktor risiko yang nonmodifiable atau tiak dapat dirubah merupakan konsekuensi genetic yang tidak dapat dikontrol.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis sindrom koroner akut umumnya berupa nyeri dada substernum yang terasa berat, menekan, seperti diremas-remas dan terkadang dijalarakan ke leher, rahang, epigastrium, bahu, atau lengan kiri, atau hanya rasa tidak enak di dada. Keadaan ini sering didahului oleh serangan angina pektoris pada sekitar 50% pasien. Namun, nyeri pada IMA biasanya berlangsung beberapa jam sampai hari, jarang ada hubungannya dengan aktivitas fisik dan biasanya tidak banyak berkurang dengan pemberian nitrogliserin, nadi biasanya cepat dan lemah, pasien juga sering mengalami diaforesis. Pada sebagian kecil pasien (20% sampai 30%) IMA tidak menimbulkan nyeri dada. Silent IMA ini terutama terjadi pada pasien dengan diabetes mellitus dan hipertensi serta pada pasien berusia lanjut. (Perki, 2024)

2.1.5 Patofisiologi

Sebagian besar SKA merupakan manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini

berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat liang 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 SKA tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam,

anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis. (Perki, 2024)

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Perki (2024) menjelaskan bahwa penatalaksanaan STEMI dimulai sejak kontak medis pertama, baik untuk diagnosis dan pengobatan. Yang dimaksud dengan kontak medis pertama adalah saat pasien pertama diperiksa oleh paramedis, dokter atau pekerja kesehatan lain sebelum tiba di rumah sakit, atau saat pasien tiba di unit gawat darurat, sehingga seringkali terjadi dalam situasi rawat jalan.

Terapi reperfusi dapat dilakukan segera, baik dengan IKP (Intervensi Koroner Perkutan) atau farmakologis, dapat diindikasikan untuk semua pasien dengan gejala yang timbul dalam 12 jam dengan elevasi segmen ST yang menetap atau Left Bundle Branch Block (LBBB) yang (terduga) baru.

Terapi reperfusi sebisa mungkin berupa IKP (Intervensi Koroner Perkutan) diindikasikan apabila terdapat bukti klinis maupun EKG adanya iskemia yang sedang berlangsung, bahkan bila gejala telah ada lebih dari 12 jam yang lalu atau jika nyeri dada dan perubahan EKG tampak tersendat.

Dalam menentukan terapi reperfusi, tahap pertama adalah menentukan ada tidaknya rumah sakit sekitar yang memiliki fasilitas IKP. Bila tidak ada, langsung pilih terapi fibrinolitik. Bila ada, pastikan waktu tempuh dari tempat kejadian (baik rumah sakit atau klinik) ke rumah sakit tersebut apakah kurang atau lebih dari (2 jam). Jika

membutuhkan waktu lebih dari 2 jam, reperfusi pilihan adalah fibrinolitik. Setelah fibrinolitik selesai diberikan, jika memungkinkan pasien dapat dikirim ke pusat dengan fasilitas IKP.

2.1.7 Komplikasi

Sindrom koroner akut (SKA) bukan hanya berbahaya pada saat serangan pertama terjadi. Bila tidak ditangani segera dan cepat, kondisi ini dapat memicu berbagai komplikasi serius yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien, bahkan dapat mengancam nyawa.

Komplikasi utama yang sering timbul akibat sindrom koroner akut:

1. Gagal Jantung

Kerusakan otot jantung yang luas membuat jantung kesulitan memompa darah secara efektif. Akibatnya, timbul gagal jantung dengan gejala seperti:

- a. Sesak napas, terutama saat beraktivitas atau berbaring
- b. Mudah lelah
- c. Pembengkakan pada kaki, pergelangan, atau perut

Gagal jantung adalah salah satu komplikasi jangka panjang paling sering setelah serangan jantung.

2. Aritmia (Gangguan Irama Jantung)

Sindrom koroner akut dapat mengganggu aliran listrik jantung sehingga memicu aritmia. Kondisi ini bisa berupa:

- a. Detak jantung terlalu cepat (takikardia)
- b. Terlalu lambat (bradikardia)

- c. Tidak teratur (fibrilasi atrium atau fibrilasi ventrikel)

Beberapa aritmia ringan mungkin tidak berbahaya. Namun, ventricular fibrillation bisa memicu henti jantung mendadak bila tidak segera ditangani.

3. Syok Kardiogenik

Ini adalah kondisi kritis ketika jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk seluruh tubuh. Tandanya antara lain:

- a. Tekanan darah sangat rendah
- b. Kulit pucat, dingin, dan berkeripat
- c. Napas cepat atau sesak
- d. Penurunan kesadaran

American Heart Association (AHA) menegaskan bahwa syok kardiogenik merupakan salah satu komplikasi SKA yang paling mematikan bila tidak segera mendapat perawatan intensif.

4. Ruptur Otot Jantung atau Katup

Meski jarang, SKA dapat menyebabkan robeknya otot jantung atau katup jantung. Kondisi ini sangat fatal karena dapat menimbulkan perdarahan berat dan henti jantung mendadak.

Penanganannya biasanya membutuhkan operasi darurat untuk menyelamatkan nyawa pasien.

5. Kematian Mendadak Jantung

Komplikasi paling berbahaya dari sindrom koroner akut adalah kematian mendadak jantung, sering disebabkan oleh aritmia fatal

atau kerusakan jantung berat. Risiko ini paling tinggi pada jam-jam awal setelah serangan jantung.

2.2 Tanda – Tanda Vital

2.2.1 Pengertian

Pemeriksaan tanda vital adalah cara untuk mendeteksi perubahan system yang ada di dalam tubuh. Tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah. Perubahan tanda vital dapat terjadi bila tubuh dalam keadaan sakit atau kelelahan. Perubahan tersebut merupakan indikator adanya gangguan sistem tubuh. (Istiqomah, 2024).

Pemeriksaan tanda vital adalah pengukuran fungsi tubuh yang paling mendasar dan dilakukan secara objektif untuk menilai fungsi fisiologis tubuh manusia. Pemeriksaan tanda vital terdiri dari sensorium, pemeriksaan pernapasan, denyut nadi, tekanan darah dan temperature sebagai informasi utama dalam menentukan kondisi fisik atau keadaan penyakit manusia. Tanda vital menjadi langkah awal untuk mendeteksi secara dini penyakit yang berkorelasi dengan perubahan status kardiopulmoner. (Agni, dkk. 2022).

2.2.2 Macam – Macam Tanda -Tanda Vital

1. Suhu tubuh

Suhu tubuh dipengaruhi oleh banyak factor internal dan eksternal. Normalnya, suhu pada tubuh manusia yang sehat berkisar 36,5 °C - 37,5 °C.

2. Frekuensi pernapasan

Frekuensi pernapasan adalah jumlah napas per menit dengan tingkat pernapasan normal untuk dewasa berkisar 18 – 20 napas per menit.

3. Denyut nadi

Pengukuran denyut nadi dilakukan dengan memeriksa nadi radial dimana denyut nadi akan diraba pada bagian pergelangan tangan. Penilaian normal orang dewasa dalam pemeriksaan ini ialah 80 sampai 100 kali per menit.

4. Tekanan darah

Tekanan darah ialah tanda vital penting yang dilakukan untuk memantau kondisi hemodinamik pada pasien. Normalnya tekanan darah untuk sistolik berkisar 120 dan untuk diastolic berkisar 80 mmHg.

2.3 Terapi Relaksasi Benson

2.3.1 Pengertian

Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membantu tubuh serta pikiran bebas dari ketegangan melalui sebuah proses yang secara progresif membuat otot disetiap tubuh menjadi rileks. Relaksasi dilakukan untuk menurunkan rasa fokus yang berlebihan, menurunkan stress dan berbagai gejala yang berhubungan dengan kecemasan, seperti gangguan tidur, sakit kepala ataupun depresi (Potter & Perry, 2025)

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang mengabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Formula kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang – ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan yang dapat menimbulkan

respon yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan (Benson, 2000)

2.3.2 Manfaat Relaksasi Benson

Menurut Potter & Perry (2025) antara lain sebagai berikut :

- a. Menurunkan tekanan nadi, tekanan darah dan frekuensi pernafasan
- b. Penurunan konsumsi oksigen
- c. Penurunan ketegangan otot
- d. Penurunan kecepatan dalam metabolisme
- e. Peningkatan kesadaran
- f. Perasaan damai dan sejahtera
- g. Periode kewaspadaan yang santai dan terjaga

Manfaat dari Relaksasi Benson menurut Benson & Proctor (2000) dalam (Maulinda dkk, 2022) terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang dan nyaman.

2.3.3 Prinsip Relaksasi Benson

Lingkungan yang tenang merupakan hal yang harus diperhatikan dalam melaksanakan terapi relaksasi Benson disamping mengendorkan otot-otot secara sadar. Memusatkan diri selama 10-15 menit pada ungkapan yang dipilih dan bersifat pasif pada pikiran-pikiran yang mengganggu.

Prinsip pelaksanaan relaksasi Benson adalah sebagai berikut (Benson, 2000) :

a. Suasana tenang

Suasana tenang membantu efektifitas pengulangan kata yang dipilih dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

b. Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran yang berada diluar diri, harus ada suatu rangsangan yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase singkat yang diulang sesuai dengan keyakinan kata yang dipilih. Kata atau frase merupakan fokus dalam melakukan relaksasi Benson. Fokus terhadap kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan saraf simpatik.

c. Sikap pasif

Sikap pasif merupakan elemen yang paling penting dalam relaksasi Benson. Sikap ini dapat dijaga dengan mengabaikan pikiran-pikiran yang mengacau dengan tetap berfokus. Tidak perlu berpikir seberapa baik melakukannya karena perasaan ini akan mencegah terjadinya respon relaksasi.

d. Posisi nyaman

Posisi tubuh yang nyaman penting agar tidak menyebabkan ketegangan otot. Posisi yang digunakan biasanya duduk atau berbaring di tempat tidur.

2.3.4 Prosedur Pelaksanaan

Pelaksanaan terapi relaksasi Benson menurut Agung (2023) dalam SOP nya adalah sebagai berikut :

1. Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien.
2. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran.
3. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otototot tubuh sampai keadaannya rileks.
4. Pasien dianjurkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya.
5. Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan senyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat.
6. Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya.
7. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.
8. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.
9. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang.

2.4 Terapi Murrotal

2.4.1 Pengertian

Terapi Murottal Al-Qur'an adalah terapi spiritual di mana seseorang mendengarkan ayat-ayat suci Al-Qur'an selama beberapa menit atau jam yang dapat memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang. Terapi murottal adalah terapi membacakan Al-Quran dengan tartil dan tajwin yang indah secara qori' atau qoriah. (Alvinda, dkk 2023) Bacaan ini direkam dalam pada media audio seperti CD, kaset atau digital. Dalam penelitiannya terapi Murrotal qur'an berlangsung selama 15 hingga 30 menit. Hasil evaluasi pada hari ketiga membuktikan bahwa skala nyeri pasien semakin berkurang secara signifikan, dari skala nyeri 8 menjadi skala 3. Dengan mendengarkan audio murottal Al-Qur'an membuat perhatian responden lebih fokus, didukung oleh volume yang besar dan konsentrasi yang lebih baik. Mendengarkan murottal Al-Qur'an dinilai memiliki efek terapeutik. Terapi murottal Qur'an dapat mengaktifkan gelombang yang dikirim ke kita melalui udara dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang kemudian ditangkap oleh tubuh, sehingga mengurangi sensasi rasa nyeri dan menenangkan jiwa (Susanti., 2019 dalam Fadhlurrahman et al., 2022). Jika didengarkan dengan alunan irama yang teratur dan secara terus menerus tidak ada perubahan ritme yang secara tiba-tiba maka akan terjadi suatu proses adaptasi kognitif (pengetahuan, persepsi, emosi) yang mempengaruhi perubahan reseptor tubuh sehingga

menyebabkan tubuh merasa nyaman dan rileks. Hal tersebut juga akan menyebabkan nadi dan denyut jantung bekerja secara normal (Pramono et al., 2021).

2.4.2 Manfaat terapi murrotal

Bagi dunia medis manfaat terapi murrotal adalah

a) Mengurangi nyeri Terapi murottal efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien post operasi, pasien kanker, persalinan, luka bakar, dari nyeri akut hingga nyeri kronis.

b) Mengurangi Ansietas Pada pasien yang akan dilakukan tindakan medis (seperti operasi, kemoterapi, atau rawat ICU), murottal membantu menurunkan tingkat ansietas dan meningkatkan ketenangan. Hasilnya, tekanan darah dan denyut jantung juga akan lebih stabil .

c) Meningkatkan Kualitas Tidur Murottal dapat membantu pasien dengan insomnia atau gangguan tidur akibat nyeri atau stres, terutama di ruang perawatan intensif atau rawat inap jangka panjang.

d) Menstabilkan Parameter tanda-tanda Vital Beberapa studi mencatat penurunan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi napas setelah terapi murottal dilakukan, terutama pada pasien pasca operasi, trauma, atau lansia dengan penyakit kronis (Siregar et al., 2024).

2.4.3 Prosedur Terapi Murrotal

Terapi murottal Al-Qur'an yang diberikan sebagai terapi nonfarmakologi yaitu berupa pemutaran audio visual ayat suci Al-quran melalui handphone speaker selama kurang lebih 15 menit atau bisa sampai 1

jam atau dapat diberikan sampai Nyeri berkurang. Pasien diminta untuk fokus mendengarkan, rileks dan melupakan rasa sakit yang dirasakan secara perlahan-lahan (Puspitasari et al., 2023).

1. Tahap persiapan

- a. Persiapan alat : alat pemutar audia (speaker, mp3, earphone dan HP)
- b. Memilih murottal yang akan diputar : Pemilihan surat dan versi qori. Pilih surat dengan bacaan yang merdu dan tempo yang sesuai (tidak terlalu cepat) atau menyesuaikan keinginan pasien.
- c. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan yang aman, tidak bising agar pasien bisa fokus dan pencahayaan yang tidak terlalu terang
- d. Persiapan pasien : pastikan pasien dalam posisi nyaman : duduk atau berbaring (sesuai keinginan pasien)

2. Tahap pelaksanaan

- a. Putar audio murottal yang sudah disiapkan : Jika pasien bisa mendengar dengan baik, gunakan speaker dengan volume yang sesuai (tidak terlalu keras dan tidak terlalu kecil) Jika pasien ingin lebih fokus gunakan headphone atau earphone (menyesuaikan keinginan pasien).
- b. Putar dengan durasi 15-30 menit atau dapat disesuaikan dengan kondisi pasien.

3. Tahap evaluasi

- a. Pantau respon pasien : Amati perubahan ekspresi wajah, tanda-tanda ketenangan, dan respons pasien terhadap terapi.
- b. Tanyakan kepada pasien tingkat nyeri sebelum dan sesudah terapi menggunakan skala nyeri. Bandingkan tingkat nyeri sebelum dan sesudah terapi.
- c. Minta pasien melakukan terapi murottal secara berkala (misalnya, 2-3 kali sehari) Jika diperlukan.

2.4.2 Etiologi Kecemasan

Penyebab dari kecemasan menurut Stuart & Tomb (2007) dalam Kasana Nur (2014) menjelaskan antara lain :

a. Faktor Predisposisi

1) Teori psikoanalisis

Id dan superego merupakan dua elemen kepribadian yang menyebabkan cemas.

2) Teori interpersonal

Menurut teori interpersonal cemas timbul akibat perasaan takut terhadap penolakan interpersonal dan ketidaksetujuan.

Kecemasan rentan terjadi pada seseorang dengan harga diri rendah. Trauma akibat perpisahan ataupun kehilangan juga rentan terjadinya kecemasan.

3) Teori perilaku Teori perilaku mengatakan bahwa cemas adalah sesuatu yang mengganggu individu untuk mencapai tujuan yang menimbulkan frustrasi. Cemas juga merupakan suatu tindakan untuk menghindari kepedihan.

- 4) Teori kajian keluarga Teori ini mengatakan bahwa cemas dengan depresi tumpang tindih dan terjadi di dalam keluarga.

b. Faktor Presipitasi

1) Faktor eksternal

a) Ancaman integritas diri

Ancaman integritas diri terdiri dari ketidakmampuan fisiologis (trauma fisik, penyakit, dan operasi).

b) Ancaman sistem diri

Ancaman meliputi harga diri, identitas diri, perubahan peran, hubungan interpersonal, dan kehilangan.

2) Faktor internal

a) Potensial stressor

Stressor psikososial adalah situasi yang mengharuskan individu untuk beradaptasi dikarenakan kehidupan yang berubah.

b) Maturitas

Semakin matur kepribadian individu maka semakin sukar individu tersebut mengalami kecemasan kehidupan dikarenakan memiliki daya adaptasi besar.

c) Pendidikan

Kemampuan menganalisa situasi akan mempermudah individu dalam mengurai masalah baru. Individu yang memiliki pendidikan tinggi dengan mudah menangkap informasi baru dan mudah berpikir secara rasional.

d) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan yang asing mudah mengalami kecemasan. Kecemasan semakin meningkat ketika seseorang berada di ruang operasi.

e) Dukungan sosial

Kehadiran dari orang lain dapat membantu individu mengurangi kecemasan yang dialaminya.

f) Usia

Seseorang yang memiliki usia lebih muda rentan mengalami kecemasan.

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan yang disebabkan karena adanya ancaman atau kerusakan jaringan. Nyeri merupakan salah satu indikator pertahanan tubuh manusia yang menandakan adanya suatu masalah. Jika masalah nyeri tersebut tidak diatasi akan mempengaruhi perilaku dan aktivitas sehari-hari serta dapat mengganggu aktivitas sosial penderitanya. (Purnama et al., 2024).

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang bersifat subjektif serta disertai dengan respons emosional yang tidak

menyenangkan, yang berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan baik yang bersifat aktual maupun potensial. Setiap individu memiliki persepsi dan ambang nyeri yang berbeda, sehingga tidak ada dua orang yang merasakan atau menggambarkan nyeri dengan cara yang benar-benar sama. Oleh karena itu, nyeri dipahami sebagai segala sesuatu yang dirasakan menyakitkan oleh individu dan dinyatakan berdasarkan pengalaman pribadi orang yang mengalaminya, kapan pun nyeri tersebut dirasakan (Potter et al., 2025).

2.5.2 Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri menurut Swarjana, 2022:

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan jenis nyeri:

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara tiba-tiba, umumnya dengan intensitas yang cukup berat, dan akan berkurang seiring dengan berlangsungnya proses penyembuhan. Nyeri akut sering berarti nyeri hebat yang tiba-tiba artinya jenis nyeri ini memiliki durasi yang relatif singkat dan akhir yang dapat diperkirakan, biasanya berlangsung kurang dari enam bulan. Nyeri akut sering ditemukan pada kondisi cedera atau setelah tindakan medis. Contohnya adalah nyeri pascaoperasi yang dirasakan oleh pasien setelah menjalani prosedur pembedahan.
- b. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu lama dan menetap, bahkan setelah proses penyembuhan seharusnya

telah selesai. Nyeri ini terjadi ketika rasa sakit bertahan melebihi fase pemulihan dari suatu penyakit atau cedera, umumnya selama lebih dari tiga hingga enam bulan. Nyeri kronis sering dikaitkan dengan kondisi penyakit tertentu yang bersifat menetap dan dapat memengaruhi kualitas hidup pasien. Contohnya adalah nyeri punggung bawah yang dirasakan secara terus-menerus dalam periode waktu yang Panjang.

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan sumber nyeri:

Sumber atau tempat nyeri memberikan klasifikasi nyeri yang lain. Sumber nyeri memengaruhi sejumlah reaksi tubuh terhadap nyeri.

- a. Nyeri kulit (*cutaneous pain*) merupakan nyeri yang timbul akibat adanya stimulasi pada reseptor nyeri yang terdapat di lapisan kulit. Jenis nyeri ini umumnya dapat dilokalisasi dengan baik dan akurat, karena kulit memiliki jumlah reseptor nyeri yang relatif banyak dibandingkan jaringan tubuh lainnya. Akibatnya, individu yang mengalami nyeri kulit biasanya mampu menunjukkan lokasi nyeri secara jelas dan spesifik. Nyeri kulit sering bersifat tajam atau terasa perih dan muncul sebagai respons terhadap rangsangan fisik maupun termal, seperti trauma atau paparan panas. Salah satu contoh nyeri kulit adalah rasa nyeri yang dirasakan pada luka bakar derajat pertama yang mengenai permukaan kulit.
- b. Nyeri somatik (*somatic pain*) merupakan nyeri yang timbul akibat stimulasi reseptor nyeri pada struktur tubuh yang lebih dalam,

seperti otot, tulang, sendi, tendon, dan ligamen. Berbeda dengan nyeri kulit yang dapat dilokalisasi secara jelas, nyeri somatik umumnya dirasakan sebagai nyeri tumpul dengan intensitas yang cukup kuat dan berlangsung dalam waktu yang lebih lama. Nyeri ini sering disertai rasa tidak nyaman yang menetap dan dapat meningkat saat area yang terdampak digerakkan atau diberi tekanan. Pasien biasanya masih dapat menunjukkan lokasi nyeri, meskipun tidak seakurat nyeri kulit. Salah satu contoh nyeri somatik adalah rasa nyeri tumpul, intens, dan berkepanjangan yang dialami akibat patah tulang pada pergelangan kaki.

- c. Nyeri visceral (*visceral pain*) merupakan nyeri yang muncul akibat stimulasi reseptor nyeri yang terdapat pada organ dalam tubuh atau visera. Nosiseptor visceral berada di dalam organ-organ internal serta rongga tubuh, sehingga karakteristik nyeri yang ditimbulkan berbeda dengan nyeri yang berasal dari kulit atau jaringan somatik. Nyeri visceral umumnya sulit dilokalisasi secara tepat dan sering kali dirasakan menyebar atau menjalar ke area tubuh lain yang tidak secara langsung berhubungan dengan sumber nyeri. Kondisi ini dikenal sebagai nyeri alih (*referred pain*). Sebagai contoh, pada kasus iskemia miokard, nyeri tidak hanya dirasakan di area dada, tetapi juga sering menjalar ke lengan kiri bagian atas atau ke bahu.

3) Klasifikasi nyeri berdasarkan kecepatan transmisi sinyal syaraf

- a. Nyeri cepat (*fast pain*) ditransmisikan oleh serat A-delta. Ini terjadi sangat cepat, biasanya dalam waktu 0,1 detik setelah stimulus

diterapkan dan tidak terasa di jaringan tubuh yang lebih dalam. Jenis rasa sakit ini juga dikenal sebagai rasa sakit yang tajam, cepat, dan rasa sakit menusuk. Contohnya adalah rasa sakit yang dirasakan akibat tusukan jarum atau pisau yang tersayat pada kulit.

- b. Nyeri lambat (*slow pain*) ditransmisikan oleh serat C. Serabut C membutuhkan waktu sedikit lebih lama dari serabut A-delta untuk mentransmisikan rasa sakit dan berakhir di area yang luas dari batang otak serta talamus. Sinyal nyeri lambat ini tidak diteruskan ke korteks somatosensori dan sulit dilokalisasi. Contoh dari jenis ini adalah sakit gigi.

2.5.3 Faktor Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Viera Valencia & Garcia Giraldo, 2023) yaitu :

a. Usia

Usia seseorang sangat berpengaruh terhadap sensasi nyeri baik secara persepsi maupun ekspresi. Pada usia anak-anak akan sulit dalam mengungkapkan rasa nyeri yang dirasakan karena belum bisa berbicara. Pada usia dewasa menginterpretasikan nyeri jika sudah sampai pada kerusakan fungsi. Dan yang terakhir pada usia lansia cenderung menyembunyikan rasa nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal yang biasa dan normal dan mereka memiliki keyakinan nanti akan sembuh dan hilang dengan sendirinya.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin mempunyai pengaruh penting dalam berespon terhadap nyeri. Perbedaan jenis kelamin telah diidentifikasi dalam hal nyeri dan respon nyeri. Secara umum, perempuan lebih sensitif terhadap nyeri dibandingkan Laki-laki yang sensitifitasnya lebih rendah terhadap nyeri.

c. Kultur/Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Budaya berpengaruh pada bagaimana seseorang merespon terhadap nyeri. Sejak dini pada masa kanak-kanak, individu belajar dari sekitar mereka respon nyeri yang bagaimana yang dapat diterima atau tidak diterima. Latar belakang budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresinyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

d. Ansietas

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat

memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka e. Kelelahan Kelelahan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping

e. Riwayat sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut akan muncul. Dan, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri

f. Pola coping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan/total. Sumber-sumber seperti berkomunikasi dengan keluarga pendukung melakukan

latihan, atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu

g. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri (Potter et al., 2021).

2.5.4 Skala Nyeri

Skala nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Setiap orang berbeda-beda dalam menggambarkan skala nyeri (Febriansyah et al., 2021). Berikut salah satu skala yang digunakan mengukur nyeri.

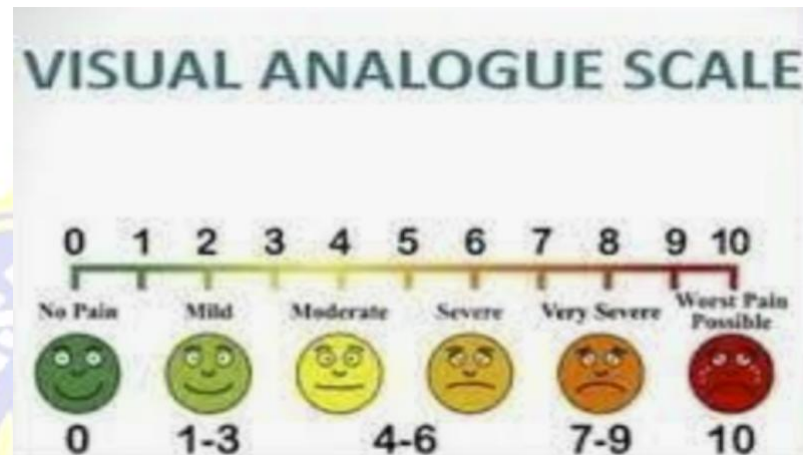
a. VAS (*Visual Analogue Scale*)

Skala Analog Visual (Visual Analogue Scale/VAS) merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai

intensitas nyeri berdasarkan persepsi subjektif pasien. Alat ini dirancang untuk mengukur karakteristik nyeri yang berada pada suatu kontinum nilai dan sulit diukur secara langsung. Secara operasional, VAS disajikan dalam bentuk garis horizontal sepanjang 100 mm dengan deskriptor verbal pada kedua ujungnya. Pasien diminta untuk memberikan tanda berupa garis atau titik pada bagian garis yang dianggap paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan saat itu. Skor nyeri kemudian ditentukan dengan cara mengukur jarak dalam satuan milimeter dari ujung kiri garis hingga titik yang ditandai oleh pasien, sehingga diperlukan alat bantu seperti penggaris dalam proses pengukuran (Kemenkes RI, 2019).

VAS dikenal sebagai metode penilaian nyeri yang memiliki tingkat sensitivitas tinggi, mudah digunakan, serta relatif murah dalam pembuatannya. Instrumen ini dinilai lebih akurat dan sensitif dibandingkan metode penilaian nyeri secara deskriptif, serta memiliki korelasi yang kuat dengan alat ukur nyeri lainnya sehingga dapat diaplikasikan pada berbagai kelompok pasien. Namun, keakuratan hasil pengukuran VAS sangat dipengaruhi oleh pemahaman pasien terhadap cara penggunaan alat tersebut. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi terlebih dahulu mengenai penggunaan VAS, yaitu dengan

menjelaskan bahwa garis horizontal sepanjang 10 cm memiliki ujung kiri yang menggambarkan kondisi tanpa nyeri dan ujung kanan yang menunjukkan nyeri sangat berat, sebelum pasien menunjuk atau menandai tingkat nyeri yang dirasakannya (Kemenkes RI, 2019).



Gambar : Visual analogue scale

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan SKA

2.6.1 Pengkajian

2.6.1.1 Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor registrasi, tingkat pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, serta pekerjaan yang berpotensi menimbulkan stres atau berasal dari lingkungan yang kurang mendukung. Data identitas ini penting untuk membedakan antar pasien serta membantu dalam mengidentifikasi faktor risiko, termasuk risiko terjadinya Sindrom Koroner Akut (SKA). Risiko SKA lebih tinggi pada laki-laki usia di atas 35 tahun dan perempuan di atas 50 tahun. Laki-laki memiliki

kecenderungan lebih besar mengalami kejadian kardiovaskular akut dengan onset yang lebih dini dibandingkan perempuan. Angka kejadian pada laki-laki dilaporkan lebih tinggi dan dapat terjadi sekitar 10 tahun lebih awal dibandingkan perempuan. Hal ini berkaitan dengan peran hormon estrogen pada perempuan yang bersifat protektif terhadap sistem kardiovaskular. Namun, setelah menopause, kadar estrogen menurun sehingga risiko SKA pada perempuan meningkat dan menjadi sebanding dengan laki-laki (World Health Organization, 2025).

2.6.1.2 Keluhan Utama

Pasien dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) umumnya mengeluhkan nyeri dada yang terletak di area substernal. Nyeri biasanya dirasakan seperti tertusuk atau tertekan kuat, bersifat terus-menerus, dan tidak hilang dengan mudah. Nyeri dapat menjalar ke bagian belakang tulang dada, dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, hingga bahu kiri. Nyeri yang berasal dari miokardium terkadang sulit ditentukan lokasinya secara pasti dan dapat berlangsung lebih dari 30 menit serta tidak berkurang dengan istirahat maupun pemberian nitroglicerine (Kemenkes RI, 2020).

Pengkajian nyeri dada pada pasien dapat dilakukan menggunakan metode PQRST (Kemenkes RI, 2020), yaitu:

- 1) *Provoking Incident*: nyeri biasanya muncul setelah aktivitas dan tidak berkurang meskipun sudah beristirahat atau diberikan nitroglicerine.
- 2) *Quality of Pain*: nyeri dirasakan seperti tertekan, diremas, atau tertindih.

- 3) *Region, Radiation, Relief*: nyeri berlokasi di daerah substernal atau sekitar jantung dan dapat menjalar ke dada serta ekstremitas atas, yang kadang disertai keterbatasan pergerakan.
- 4) *Severity (Scale) of Pain*: tingkat nyeri dinilai menggunakan skala nyeri, seperti skala 0–4 atau 0–10 (VAS). Pada kondisi akut, nyeri biasanya berada pada tingkat sedang hingga berat.
- 5) *Time*: nyeri muncul secara tiba-tiba, berlangsung lebih dari 15 menit, dapat terjadi saat istirahat, bersifat progresif, dan cenderung menetap dalam waktu yang cukup lama.

2.6.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) umumnya mengalami nyeri dada di sisi kiri yang berlangsung lebih dari 30 menit. Nyeri ini dapat menjalar ke lengan kiri, rahang, dan bahu, serta sering disertai gejala seperti mual, muntah, lemah, dan pusing. Nyeri yang menetap dalam waktu lama sering menjadi tanda awal terjadinya serangan jantung, sehingga waktu kedatangan pasien ke unit gawat darurat sangat berpengaruh terhadap keberhasilan penanganan (Kim et al., 2024).

Semakin cepat pasien mendapatkan pertolongan medis, semakin baik pula hasil klinis yang dapat dicapai. Penanganan optimal dianjurkan dilakukan dalam waktu kurang dari 120 menit sejak onset gejala, dengan periode ideal atau *golden hour* kurang dari 60 menit. Selain itu, periode emas penanganan masih berlangsung hingga 12 jam setelah serangan, di mana tindakan reperfusi untuk membuka aliran darah yang tersumbat masih efektif dilakukan. Keterlambatan

dalam pemberian terapi reperfusi terbukti meningkatkan risiko komplikasi dan kematian (PERKI, 2024).

2.6.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut (SKA), penting untuk mengkaji riwayat penyakit penyerta seperti diabetes mellitus. Diabetes dapat menyebabkan gangguan pada fungsi endotel pembuluh darah akibat peningkatan kadar gula darah yang kronis. Kondisi ini menurunkan produksi nitrit oksida yang berperan dalam vasodilatasi, sehingga memicu penyempitan atau spasme pembuluh darah. Akibatnya, risiko terjadinya gangguan aliran darah ke jantung menjadi meningkat.

Selain itu, hipertensi juga perlu diperhatikan karena dapat terjadi akibat gangguan aliran darah ke ginjal, misalnya karena penyempitan arteri renalis. Kondisi ini dapat menyebabkan penurunan perfusi ginjal dan memperburuk tekanan darah. Baik diabetes maupun hipertensi umumnya berkaitan dengan proses aterosklerosis (penumpukan plak pada pembuluh darah), yang dapat menimbulkan komplikasi seperti terbentuknya bekuan darah (tromboemboli) dan meningkatkan risiko kejadian kardiovaskular (Yang et al., 2025).

2.6.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit jantung keluarga, diabetes mellitus, peningkatan kolesterol darah, kegemukan, hipertensi, yang beresiko diturunkan secara genetik berdasarkan kebiasaan keluarganya.

2.6.1.6 Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan

Menurut World Health Organization tahun 2025, pola hidup yang mempengaruhi kesehatan antara lain:

1) Tidak olahraga teratur

Olahraga bukan hanya sekali atau dua kali saja dilakukan, tetapi harus teratur dan terukur untuk meningkatkan kesehatan jantung.

2) Terlalu banyak minum alkohol

Dampak buruk terlalu banyak minum alkohol bagi kesehatan tubuh, termasuk jantung. Minum minuman beralkohol dapat meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, meningkatkan kadar lemak dalam darah, dan risiko gagal jantung.

3) Makan berlebihan

Makan terlalu banyak menyebabkan kelebihan berat badan yang menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya penyakit jantung. Tingginya lemak dalam darah bisa menyebabkan penumpukkan plak di pembuluh darah. Kurangi kebiasaan minum minuman manis dan menggantinya dengan minum air putih saja juga membantu penurunan berat badan dan risiko sakit jantung.

4) Merokok

Merokok dapat meningkatkan pembekuan darah, menghambat aliran darah ke jantung, hingga meningkatkan penumpukkan plak di pembuluh darah. Tak hanya bagi merokok, mereka yang tidak merokok tetapi tinggal dengan seorang perokok pun berisiko terkena penyakit jantung.

2.6.1.7 Riwayat Psikososial

Rasa takut, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada pasien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit, yang dirasakan oleh pasien. Perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan terhadap penyebab, proses dan penanganan penyakit sindrom koroner akut (Potter et al., 2025). Hal ini terjadi dikarenakan pasien kurang kooperatif dengan perawat.

2.6.1.8 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

- a. Inspeksi: pada pasien SKA terlihat adanya peningkatan produksi sputum, sesak nafas, serta penggunaan otot bantu pernafasan, perubahan kecepatan/kedalaman pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernafasan.
- b. Palpasi: pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal dan seimbang kanan dan kiri.
- c. Perkusi: pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah.
- d. Auskultasi: terdapat suara nafas tambahan seperti krekels, ronkhi, dan mengi.

2. B2 (*Blood*)

Biasanya bunyi jantung irama tidak teratur, bunyi ekstra, denyut menurun.

- a. Inspeksi: sianosis +, pucat +, edema perifer +.
- b. Palpasi: vena jugular amplitudonya meningkat, CRT > 2 detik, nadi biasanya takikardi.
- c. Auskultasi sistolik murmur, suara jantung S3.

- d. Perkusi: Pemeriksaan perkusi pada jantung biasanya jarang dilakukan jika pemeriksaan foto rontgen toraks telah dilakukan. Tetapi pemeriksaan perkusi ini tetap bermanfaat untuk menentukan adanya kardiomegali, efusi perikardium, dan aneurisma aorta. Foto rontgen toraks akan menunjukkan daerah redup sebagai petunjuk bahwa jantung melebar. Daerah redup jantung akan mengecil pada emfisema.

3. B3 (*Brain*)

- a. Inspeksi: pada pasien SKA kesadaran compos mentis. Biasanya pasien merasakan pusing, berdenyut, sakit kepala, disorientasi, bingung, letargi.

4. B4 (*Bladder*)

- a. Inspeksi: pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita SKA ditemukan adanya pola berkemih seperti oliguria. Oliguria disebabkan adanya gangguan pada ginjal urine sedikit kurang dari 400 ml. Haluaran urine menurun bila curah jantung menurun berat.

5. B5 (*Bowels*)

- a. Inspeksi: pengkajian tentang status nutrisi pasien meliputi jumlah, frekuensi dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya pada pasien SKA biasanya hilang nafsu makan, anoreksia, tidak toleran terhadap makanan, mual muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembaban kulit.

6. B6 (*Bone*)

- a. Inspeksi: pada pasien SKA ditemukan adanya pergerakan ekstermitas menurun, tonus otot menurun, nyeri, turgor kulit menurun, kulit pucat, dan sianosis.

7. B7 (Sistem Penglihatan)

- a. Inspeksi: pada pasien SKA ditemukan adanya kerusakan penginderaan seperti pada penglihatan terganggu terjadi perubahan pupil, dan tidak ada gangguan pada pendengaran.

8. B8 (Sistem Endokrin)

- a. Inspeksi: pada penderita SKA tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar thyroiddan kelenjar parotis.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (DPP PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan yang biasa terjadi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri.

- 1) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.
- 2) Penyebab:

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, leukemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

4) Gejala dan Minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

1. Tekanan darah meningkat
2. pola napas berubah
3. nafsu makan berubah
4. proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

5) Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi intervensi pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), berbagai kategori (fisiologis dan psikososial), berbagai upaya kesehatan (kuratif, preventif dan promotif), berbagai jenis pasien (individu, keluarga, komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternatif (DPP PPNI, 2018a). Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil juga dapat disebut sebagai indikator karena menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan (DPP PPNI, 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri ditandai dengan:	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1) Mengidentifikasi karakteristik nyeri membantu menentukan etiologi dan jenis

1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur 7. Tekanan darah meningkat 8. pola napas berubah 9. nafsu makan berubah 10. proses berpikir terganggu 11. Menarik diri 12. Berfokus pada diri sendiri 13. Diaforesis	diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Menarik diri menurun (5) 7. Berfokus pada diri sendiri menurun (5) 8. Diaforesis menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Pola napas membaik (5) 11. Tekanan darah	3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik</i> 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain) 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12) Fasilitasi istirahat dan tidur 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi</i> 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	nyeri sehingga intervensi yang diberikan lebih tepat sasaran. 2) Skala nyeri memberikan data objektif untuk menilai tingkat keparahan dan evaluasi efektivitas terapi. 3) Respons nonverbal membantu menilai nyeri pada pasien yang tidak mampu mengungkapkan secara verbal. 4) Mengetahui faktor pemicu dan pereda membantu dalam perencanaan intervensi yang individual dan efektif. 5) Pengetahuan dan keyakinan memengaruhi persepsi serta coping pasien terhadap nyeri. 6) Budaya memengaruhi ekspresi dan toleransi nyeri sehingga penting untuk pendekatan yang sesuai. 7) Nyeri kronis dapat memengaruhi fungsi fisik, emosional, dan sosial pasien. 8) Evaluasi terapi
--	---	---	--

	membaik (5) 12. Nafsu makan membaik (5) 13. Pola tidur membaik (5)	15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan momonitor nyert secara mandiri 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	komplemen ter diperlukan untuk menentukan keberlanjutan atau modifikasi terapi. 9) Analgetik dapat menimbulkan efek samping sehingga perlu pemantauan untuk mencegah komplikasi. <i>Terapeutik</i> 10) Teknik nonfarmakologis menurunkan persepsi nyeri melalui distraksi, relaksasi, dan stimulasi saraf non-nosiseptif. 11) Lingkungan yang tidak nyaman dapat meningkatkan stimulasi nyeri dan stres pasien. 12) Istirahat dan tidur membantu pemulihan serta menurunkan persepsi nyeri. 13) Pemilihan strategi sesuai jenis nyeri meningkatkan efektivitas manajemen nyeri. <i>Edukasi</i> 14) Pemahaman tentang nyeri meningkatkan
--	---	---	--

			kepatuhan dan kemampuan koping pasien. 15) Edukasi strategi nyeri membantu pasien berpartisipasi aktif dalam pengendalian nyeri. 16) Monitoring mandiri membantu deteksi dini perubahan kondisi nyeri. 17) Penggunaan analgetik yang tepat meningkatkan efektivitas dan mencegah efek samping. 18) Teknik nonfarmakologis dapat digunakan secara mandiri untuk mengontrol nyeri. <i>Kolaborasi</i> 19) Analgetik bekerja secara farmakologis untuk menghambat transmisi nyeri. Terapi Relaksasi (I.09326) <i>Observasi</i> 1) Gangguan kognitif dapat menghambat
		Terapi Relaksasi (I.09326) <i>Observasi</i> 1) Identifikasi penurunan	

		tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi <i>Terapeutik</i> 6) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 7) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8) Gunakan pakaian longgar 9) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 10) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <i>Edukasi</i> 11) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang	efektivitas terapi relaksasi. 2) Teknik yang pernah efektif meningkatkan keberhasilan intervensi. 3) Kesiapan pasien menentukan keberhasilan penerapan terapi. 4) Parameter fisiologis menunjukkan respons tubuh terhadap relaksasi. 5) Monitoring respons membantu evaluasi efektivitas terapi. <i>Terapeutik</i> 6) Lingkungan tenang menurunkan stimulasi simpatis dan meningkatkan relaksasi. 7) Informasi tertulis meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pasien. 8) Pakaian longgar meningkatkan kenyamanan selama terapi. 9) Nada suara lembut membantu menurunkan ketegangan dan meningkatkan fokus.
--	--	---	--

		tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 12) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 13) Anjurkan mengambil posisi nyaman 14) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 15) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 16) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)	10) Relaksasi sebagai terapi tambahan meningkatkan efektivitas terapi utama. <i>Edukasi</i> 11) Pemahaman meningkatkan motivasi dan keterlibatan pasien. 12) Penjelasan rinci mencegah kesalahan dalam praktik teknik relaksasi. 13) Posisi nyaman membantu relaksasi optimal. 14) Fokus pada sensasi relaksasi meningkatkan efek terapi. 15) Latihan berulang meningkatkan efektivitas dan keterampilan pasien. 16) Demonstrasi mempermudah pemahaman dan penerapan teknik. Edukasi Teknik Napas (I.12452) <i>Observasi</i> 1) Kesiapan menentukan efektivitas proses edukasi. <i>Terapeutik</i>
		Edukasi Teknik Napas (I.12452) <i>Observasi</i> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	

		<i>Terapeutik</i> 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 5) Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 6) Jelaskan prosedur teknik nafas 7) Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk, baring) 8) Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 9) Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 10) Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara melalui hidung secara perlahan 11) Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan mengehembuskan napas selama 6 detik	2) Media edukasi mempermudah pemahaman pasien. 3) Penjadwalan meningkatkan efektivitas penyampaian informasi. 4) Kesempatan bertanya meningkatkan pemahaman dan klarifikasi. <i>Edukasi</i> 5) Mengetahui manfaat meningkatkan motivasi melakukan teknik. 6) Penjelasan prosedur memastikan teknik dilakukan dengan benar. 7) Posisi nyaman membantu ekspansi paru optimal. 8) Konsentrasi meningkatkan efektivitas latihan napas. 9) Inspirasi perlahan meningkatkan oksigenasi dan relaksasi. 10) Ekspirasi perlahan membantu pengeluaran CO₂ dan menurunkan ketegangan.
--	--	---	---

			11) Pola napas terkontrol membantu menstabilkan sistem saraf otonom. Terapi Murottal (I.08249) <i>Observasi</i> 1) Menentukan fokus intervensi sesuai kebutuhan pasien. 2) Menyesuaikan tujuan terapi agar lebih efektif. 3) Pemilihan jenis terapi disesuaikan dengan kemampuan pasien. 4) Media yang tepat meningkatkan kenyamanan dan efektivitas terapi. 5) Durasi yang sesuai mencegah kelelahan dan meningkatkan manfaat. 6) Monitoring perubahan membantu evaluasi keberhasilan terapi. <i>Terapeutik</i> 7) Posisi nyaman meningkatkan relaksasi dan penerimaan terapi.
		Terapi Murattal (I.08249) <i>Observasi</i> 1) Identifikasi aspek yang akan diubah atau dipertahankan (mis. sikap, fisiologis, psikologis) 2) Identifikasi aspek yang akan difokuskan dalam terapi (mis. stimulasi, relaksasi, konsentrasi, pengurangan nyeri) 3) Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-quran) 4) Identifikasi media yang dipergunakan (mis. speaker, earphone, handphone) 5) Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai kondisi pasien 6) Monitor perubahan yang difokuskan <i>Terapeutik</i> 7) Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman	

		8) Batasi ransangan eksternal selama terapi dilakukan (mis. lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon) 9) Yakinkan volume yang digunakan sesuai dengan keinginan pasien 10) Putar rekaman yang telah ditetapkan 11) Dampingi selama membaca Al-quran, jika perlu <i>Edukasi</i> 12) Jelaskan tujuan dan manfaat terapi 13) Anjurkan memusatkan perhatian/pikiran pada lantunan ayat Al-quran	8) Minimnya stimulus eksternal meningkatkan konsentrasi dan efek terapi. 9) Volume sesuai mencegah ketidaknyamanan dan gangguan. 10) Murottal memberikan efek relaksasi melalui stimulasi auditori dan spiritual. 11) Pendampingan meningkatkan kenyamanan dan keterlibatan pasien. <i>Edukasi</i> 12) Pemahaman manfaat meningkatkan motivasi pasien. 13) Fokus pada lantunan ayat membantu relaksasi dan distraksi dari nyeri
--	--	---	--

2.7 Pathway

