



**STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN**

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN MOBILISASI PADA  
PASIEN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG ICCU RSUP DR.  
SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.**

**Skripsi**

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Klaten**

**Oleh :**

Sulistiyani

NIM. B1801048

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MUHAMMADIYAH KLATEN  
JANUARI 2020**

## SURAT PERNYATAAN

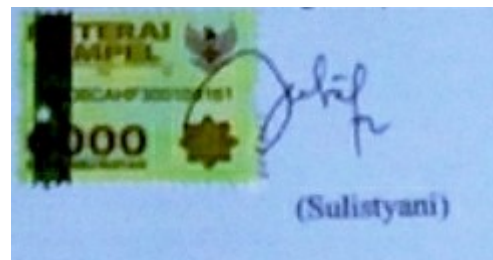
Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Sulistyani

NIM : B 1801048

Dengan ini saya menyatakan bahwa proposal ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu tempat Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Klaten, Januari 2020



(Sulistyani)

Sulistyani

LEMBAR PERSETUJUAN

HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN MOBILISASI PADA  
PASIEN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG ICCU RSUP DR.  
SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.

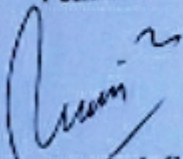
Disusun oleh :

Sulistiyani  
NIM. B. 1801048

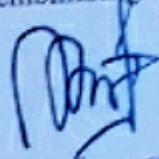
Skripsi ini telah disetujui untuk dilakukan ujian skripsi pada :

Hari / Tanggal :  
Jam :

Pembimbing I

  
Saifudin Zuhri. S.Kp., M.Kes  
NPP. 129.103

Pembimbing II

  
Romadhani Tri Purnomo, S.Kep.NS, M.Kep  
NPP. 129.119

**PENGESAHAN**

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN MOBILISASI PADA PASIEN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG ICCU RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.**

Disusun Oleh :

Sulistiyani  
NIM B. 1801048

Skripsi ini telah dipertahankan di depan dewan penguji skripsi dan telah  
Dan telah diterima sebagai persyaratan untuk mendapatkan  
gelar sarjana keperawatan

Klaten, \_\_\_\_\_

Penguji I

Zukhri, S.Kp., M.Kes  
NPP. 129.103

Penguji II

Romadhani TP, S.Kep.NS, M.Kep  
NPP. 129.119

Penguji III

Esri Rusminingsih, S.Kep., Ns, N  
NPP. 129.130

Mengetahui,

Ketua Program Studi SI Keperawatan



Ns. Istiqomah Nurhidayah, M.Kep., Sp.Kep. Kom  
NPP. 129.117

## KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala limpahan Rahmat, kesehatan, kekuatan dan kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “*Hubungan Tingkat Kecemasan dan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*” yang merupakan salah satu persyaratan untuk melakukan penelitian.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, arahan, bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Sri Sat Titi Hamranani, S. Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Klaten .
2. Ns.Istianna Nurhidayati, M.Kep., Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Klaten.
3. Saifudin Zukhri, S.Kp., M.Kes., selaku Pembimbing I Skripsi yang telah memberi masukan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik
4. Romadhani TP., S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing II Skripsi yang telah memberi masukan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik
5. Esri Ruminingsih S. Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji Skripsi
6. Direktur RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang telah memberikan ijin penelitian.
7. Teristimewa kepada keluarga tercinta yang senantiasa memberikan dukungan baik doa, moril dan materil.
8. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan namanya satu persatu, yang telah meberikan bantuan dalam bentuk apapun kepada penulis.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan skripsi ini. Semoga segala bantuan yang telah diterima penulis mendapatkan imbalan dari Allah SWT. Amin.

Klaten, November 2019

Penulis

## PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademik Stikes Muhammadiyah Klaten, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Sulistyani  
NIM : B. 1801048  
Program Studi : S1 Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Stikes Muhammadiyah Klaten Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah/skripsi yang berjudul "Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten" beserta perangkat yang (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Stikes Muhammadiyah Klaten berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Klaten

Pada tanggal : ... Januari 2020

Yang menyatakan



(Sulistyani)

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
PERNYATAAN PUBLIKASI.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
INTISARI .....	xii
ABSTARCT.....	xiii
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
E. Keaslian Penelitian.....	7
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Dasar Teori.....	9
1. IMA (Infark Miocard Akut).....	9
2. Kecemasan .....	24
3. Mobilisasi.....	30
4. Mobilisasi IMA .....	38
B. Kerangka Teori .....	38
C. Hipotesis Penelitian .....	39
<b>BAB III    METODE PENELITIAN</b>	
A. Kerangka Konsep.....	40
B. Desain Penelitian .....	40
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
D. Variabel Penelitian.....	42
E. Definisi Operasional .....	43
F. Tempat dan Waktu .....	43
G. Etika Penelitian .....	44
H. Instrumen Penelitian .....	44
I. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	46
J. Jalannya Penelitian.....	46
K. Metode Pengolahan dan Analisis Data .....	47
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi .....	54
B. Hasil Penelitian .....	55

BAB V PEMBAHASAN

A. Analisa Univariat .....	57
B. Hubungan Kecemasan dengan Mobilisasi .....	61
C. Keterbatasan Penelitian.....	62

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan .....	63
B. Saran .....	62

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	43
Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner Kecemasan.....	45
Tabel 3.3 Analisa Data Univariat.....	49
Tabel 3.4 Analisa Bivariat .....	49
Tabel 4.1 Rerata Umur Responden.....	55
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	55
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kecemasan .....	56
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Mobilisasi .....	56
Tabel 4.5 Hasil Analisis Hubungan Kecemasan dengan mobilisasi.....	56

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	38
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	40

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 : Balasan Ijin Studi Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Balasan Ijin Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Angket Mobilisasi
- Lampiran 8 : Angket Kecemasan
- Lampiran 9 : Expert
- Lampiran 10 : Hasil Penelitian
- Lampiran 11 : Lembar Konsultasi

# HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN MOBILISASI PADA PASIEN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG ICCU RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

## INTISARI

Sulistiyani<sup>1</sup>, Saifudin Zukhri<sup>2</sup>, Romadhoni TP<sup>3</sup>

Latar Belakang. Infark Miokard Akut adalah keadaan yang mengancam kehidupan terdapat tanda khas jaringan nekrosis otot yang permanen akibat dari otot jantung yang kehilangan suplai oksigen yang terjadi akibat adanya sumbatan pada bagian arteri koroner. Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Kecemasan yang terjadi menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian kardiovaskular seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan kebutuhan myocard terhadap oksigen meningkat dan dapat menghambat mobilisasi.

Tujuan. Mengetahui Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Metode Penelitian. Desain penelitian ini merupakan penelitian diskriptif analitik, pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien IMA di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bulan Januari sampai dengan Juni 2019, dengan rata-rata setiap bulan 35 orang dengan teknik *accidental sampling* sebanyak 34 orang. Analisis data menggunakan *chi square*.

Hasil. Rerata umur  $51,525 \pm 7,71$  tahun, jenis kelamin responden mayoritas adalah laki-laki, pendidikan adalah SMA, responden mayoritas bekerja. Kecemasan pasien IMA adalah normal sebanyak 26 orang (76,5%). Mobilisasi pasien IMA sebagian besar melakukan lebih dari atau sama dengan 4 tahap sebanyak 28 orang (82,4%)

Kesimpulan. Ada hubungan kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA dengan nilai *p value* = 0,000

Kata Kunci : Kecemasan, Mobilisasi, IMA

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY LEVELS WITH MOBILIZATION  
IN ACUTE MIOKARD PATIENTS IN THE ICCU ROOM  
Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

ABSTRACT

Sulistiyani<sup>1</sup>, Saifudin Zukhri<sup>2</sup>, Romadhoni TP<sup>3</sup>

**Background.** Acute myocardial infarction is a life-threatening condition characterized by permanent tissue necrosis of the muscle resulting from a heart muscle that loses oxygen supply that results from a blockage in the coronary arteries. Increased anxiety is quite high, especially in patients who first know that they have heart disease which is closely related to death. This anxiety occurs due to fear of death threats, disability for life, and decreased quality of life. Anxiety that occurs causes the release of the hormone cortisol and catecholamines which causes a series of cardiovascular events such as decreased cardiac output which causes the need for myocard to increase oxygen and can inhibit mobilization.

**Purpose.** Knowing the Relationship of Anxiety Levels with Mobilization in Acute Myocardial Infarction Patients in the ICCU Room of RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

**Research methods.** The design of this research was descriptive analytic research, cross sectional approach. The population in this study were all IMA patients at ICCU Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten from January to June 2019, with an average of 35 people every month with 34 accidental sampling techniques. data analysis using chi square.

**Results.** The average age of  $51.525 \pm 7.71$  years, the sex of the respondents were male, education was high school, the majority of respondents worked. Anxiety in IMA patients is normal as many as 26 people (76.5%). Mobilization of IMA patients was mostly yes or do more than the same with 4 stages of 28 people (82.4%)

**Conclusion.** There was a relationship of anxiety with the mobilization of IMA patients with p value = 0,000

**Keywords:** Anxiety, Mobilization, IMA

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Infark Miokard Akut adalah keadaan yang mengancam kehidupan terdapat tanda khas jaringan nekrosis otot yang permanen akibat dari otot jantung yang kehilangan suplai oksigen yang terjadi akibat adanya sumbatan pada bagian arteri koroner. Infark miokard aku (IMA) juga biasa dikenal dengan serangan jantung atau serangan koroner yang mengakibatkan kematian, sebab adanya perluasan area jaringan yang rusak (Udjanti, 2010). Manifestasi klinis pada pasien Infark Miokard Akut (IMA) umumnya yang akan muncul adalah nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus (Muttaqin, 2009).

*World Health Organization* (WHO) menyatakan penyakit jantung merupakan penyebab kematian utama di dunia. Pada tahun 2015 terhitung sebanyak 17,7 juta orang meninggal dunia akibat penyakit jantung dan diperkirakan angka tersebut akan terus meningkat mencapai 23,3 juta orang pada tahun 2020 (WHO, 2017). Data profil kesehatan provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 memberitahukan kasus infark miokard akut (IMA) sebanyak 8.602 kasus pada tahun 2017 dan meningkat menjadi 8.939 kasus di tahun 2019, sedangkan data kejadian infark miokard di RSUP dr. Soeradji Tirotnegoro Klaten pada Januari-Mei 2019 terdapat 105 pasien yang rawat diruangan ICU/ICCU dengan diagnosa infark miokard STEMI dan NSTEMI .

IMA merupakan kematian sel-sel myocardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen yang berkepanjangan, sel-sel myocardium mulai mati sekitar 20 menit mengalami kekurangan oksigen. Gejala yang umum timbul pada penyakit AMI adalah nyeri dada seperti ditekan beban berat yang menjalar ke lengan kiri, bahu dan terutama timbul di epigastrium. Selain nyeri dada, gejala lain yang sering timbul yaitu sesak nafas, cemas, diaphoresis, palpitasi dan keletihan (Gray *et al*, 2015).

IMA terjadi ketika iskemia yang terjadi berlangsung cukup lama yaitu lebih dari 30-45 menit sehingga menyebabkan kerusakan seluler yang ireversibel. Bagian jantung yang terkena infark akan berhenti berkontraksi selamanya. Iskemia yang terjadi paling banyak disebabkan oleh penyakit arteri koroner / *coronary artery disease* (CAD). Pada penyakit ini terdapat materi lemak (*plaque*) yang telah terbentuk dalam beberapa tahun di dalam lumen arteri koronaria (arteri yang mensuplay darah dan oksigen pada jantung) *Plaque* dapat rupture sehingga menyebabkan terbentuknya bekuan darah pada permukaan *plaque*. Jika bekuan menjadi cukup besar, maka bisa menghambat aliran darah baik total maupun sebagian pada arteri koroner (Brunner dan Suddarht, 2012). Nyeri terjadi akibat stimulasi saraf simpatis yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung sehingga dapat memperburuk keadaan pada pasien IMA (Corwin, 2009). Nyeri pada IMA disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan myocard terhadap oksigen sehingga membuat ukuran infark semakin luas. Kematian

myocard menyebabkan terjadinya blokade pada arteri koroner yang selanjutnya menstimulasi reseptor nyeri (Muttaqien, 2010).

Penyakit IMA membutuhkan perawatan intensif untuk memonitoring status hemodinamika, yang diakibatkan penurunan *cardiac output*. Penurunan *cardiac output* ini terjadi karena adanya nekrosis pada otot jantung menyebabkan jaringan parut yang akan mengganggu kontraksi otot jantung sehingga perfusi jaringan perifer, otak dan organ lain mengalami gangguan, kondisi ini dapat mengancam nyawa (Morton, 2013). Tindakan atau penatalaksanaan untuk mengurangi angka kematian penyakit IMA diantaranya adalah mengurangi beban kerja jantung, meningkatkan curah dan kontraktilitas jantung dengan cara melakukan mobilisasi setelah immobilisasi/bedrest 12 jam (Nurani 2016).

Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar pada manusia yang diperlukan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan beraktivitas. Mobilisasi penting bagi pasien IMA karena menunjang sistem kardiovaskuler, sistem respiratori, sistem metabolik, sistem muskuloskeletal (Potter dan Perry, 2010). Mobilisasi bila dilakukan pada pasien akan meningkatkan aliran darah dari ekstermitas ke jantung sehingga *cardiac output* juga akan mengalami peningkatan. Manfaat lain mobilisasi adalah meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung, meningkatkan suplai darah ke jantung dan otot serta mencegah kehilangan plasma darah (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Asgari, et.al. (2015) membuktikan bahwa program mobilisasi dini dapat mengurangi denyut jantung dan tidak menyebabkan perubahan tekanan darah. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan program mobilisasi dini dalam perawatan pasien IMA sangat disarankan. Salah satu upaya asuhan keperawatan yang diperlukan untuk menurunkan prevalensi pada pasien AMI tersebut adalah mengoptimalkan status kesehatan, dengan cara merubah gaya hidup dan melakukan rehabilitasi atau latihan fisik jantung (Yenni, Nurchayati & Sabrian, 2015).

Tahapan mobilisasi pasien IMA yaitu meliputi 24 jam pertama tirah baring, 24 jam kedua adalah miring kanan dan kiri, 24 jam ketiga adalah duduk dan 24 jam keempat adalah latihan berjalan (Satiyadi, 2018). Posisi terlentang yang diberikan secara terus menerus berdasarkan penelitian di ICU Amerika dapat menurunkan sirkulasi darah dari ekstremitas bawah, yang seharusnya banyak menuju dada. Pada tiga hari pertama bedrest, volume plasma berkurang 8%-10% Tahapan mobilisasi dini pada pasien IMA di rumah sakit seringkali diabaikan dan tidak ditatalaksana dengan baik sejak awal perawatan, sehingga menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai berkurangnya kemampuan gerak (immobilisasi), dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (sindrom delirium). Dampak lain pada pasien IMA adalah pasien mengalami komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot (Brunner dan Suddarth, 2012)

Dampak apabila hemodinamik tidak dimonitor secara cermat selama mobilisasi dini akan mengakibatkan penurunan kondisi, syok dan penurunan kesadaran. Penelitian

Vollman (2010) menyatakan kehilangan dari stabilisasi volume tersebut menjadi 15%-20% pada bedrest minggu keempat. Akibatnya terjadi peningkatan beban jantung, peningkatan masa istirahat dari denyut jantung, dan penurunan volume curah jantung. Pada penelitiannya menunjukkan efek maksimal akan terlihat pada 3 minggu bedrest, perubahan dari disfungsi baroreseptor dalam pengaturan otonom dan pertukaran cairan dapat diduga menjadi penyebab kerja otot jantung menjadi tidak baik ketika posisi pasien bedrest. Pada orang sehat bedrest 5 hari, terjadi resistensi insulin dan disfungsi mikrovaskuler. Secara normal, kulit tidak dapat mentolerir tekanan yang lama, oleh karena itu pasien yang immobilisasi dan yang bedrest memiliki risiko terbesar terhadap kerusakan kulit dan keterlambatan penyembuhan luka (Vollman 2010).

Mobilisasi dini akan meningkatkan kerja jantung, tubuh mentoleransi dengan cepat. Oleh karena itu monitoring sangat diperlukan selama intervensi mobilisasi dini untuk mencegah kondisi yang lebih buruk. Pasien sakit kritis umumnya memiliki elastisitas pembuluh darah yang jelek, siklus umpan balik yang tidak berfungsi dan atau cadangan kardiovaskuler yang rendah. Untuk pasien yang status hemodinamiknya tidak seimbang, solusi yang dapat disarankan adalah dengan melatih pasien untuk toleransi perubahan posisi daripada membiarkannya dalam posisi supine (Vollman, 2013). Dewi (2017) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien IMA adalah umur, pendidikan, dukungan keluarga, informasi, nyeri dan kecemasan.

Kecemasan merupakan pengalaman emosional dan subjektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga seseorang merasakan perasaan was-was (khawatir) seolah olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (Lestari, 2015). Kecemasan yang dialami pasien akibat adanya ancaman yang berupa kegagalan fisiologis seperti jantung, sistem imun dan lainnya yang akan berdampak kepada ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas (Kasron, 2012). Hasil dari penelitian yang dilakukan Maendra (2014) prevalensi kecemasan pada pasien IMA didapatkan hasil yaitu sebanyak (6,7%) mengalami kecemasan ringan, (43,3%) kecemasan sedang dan (1,7%) mengalami kecemasan berat.

Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup (Kim, Moser, Gavin *et al*, 2010). Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita IMA (Jeff, Christopher, James, 2010). Kecemasan yang terjadi menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian kardiovaskular seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan kebutuhan myocard terhadap oksigen meningkat dan dapat menghambat mobilisasi (Muttaqien, 2009).



Tambunan dan Kasim (2012) dalam Sulistyawati (2019) mengatakan mobilisasi dini mempunyai manfaat pada sistem kardiovaskuler dapat meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran balik vena. Mobilisasi dini pasien kritis dapat meningkatkan kekuatan otot, menurunkan stres oksidasi dan inflamasi, selama beraktivitas atau latihan akan memaksimalkan 60%-75% intake oksigen dan meningkatkan produksi antioksidan (Nofiyanto & Adhinugrah, 2016). Program mobilisasi dini yang saat ini dikembangkan oleh perawat dapat meningkatkan tidak hanya fisik dan hasil jantung, tetapi juga mental dan psikologis kesejahteraan sebelum pulang dari rumah sakit (Rifai, 2015). Terapi mobilisasi dini sangat bermanfaat bagi pasien AMI, akan tetapi pelaksanaan mobilisasi dini oleh perawat harus didasarkan pada tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan individual. Selain itu, hal yang penting untuk diperhatikan oleh perawat adalah bahwa program mobilisasi dini sebaiknya dimonitor berdasarkan target tekanan darah dan *perceived exertion* (Yenni, Nurchayati dan Sabrian, 2015; Sulistyawati, 2019). Hal ini sangat diperlukan untuk mengoptimalkan status kesehatan pada pasien AMI. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Asgari, et.al. (2015) dibuktikan bahwa program mobilisasi dini dapat mengurangi denyut jantung dan tidak menyebabkan perubahan tekanan darah. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan program mobilisasi dini dalam perawatan pasien AMI sangat disarankan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tanggal 16 Juli 2019 didapatkan data angka kejadian IMA pada tahun 2018 sebanyak 312 pasien dan pada tahun 2019 pada bulan April sebanyak 26 pasien, Mei sebanyak 13 pasien dan Juli sebanyak 11 pasien. Hasil wawancara kepada 10 pasien IMA didapatkan kedua pasien yang melakukan mobilisasi sudah cukup tenang dan tidak merasa gelisah, sedangkan 8 pasien mengalami hambatan untuk melakukan mobilisasi karena merasa cemas, gelisah dan gemetar saat melakukan mobilisasi.

Berdasarkan pernyataan di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mobilisasi Pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

## **B. Rumusan Masalah**

Infark Miokard Akut adalah keadaan yang mengancam kehidupan terdapat tanda khas jaringan nekrosis otot yang permanen akibat dari otot jantung yang kehilangan suplai oksigen yang terjadi akibat adanya sumbatan pada bagian arteri koroner. Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita IMA. Kecemasan yang terjadi menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian

kardiovaskular seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan kebutuhan myocard terhadap oksigen meningkat dan dapat menghambat mobilisasi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tanggal 16 Juli 2019 didapatkan data angka kejadian IMA pada tahun 2018 sebanyak 312 pasien dan pada tahun 2019 pada bulan April sebanyak 26 pasien, Mei sebanyak 13 pasien dan Juli sebanyak 11 pasien. Hasil wawancara kepada 10 pasien IMA didapatkan kedua pasien yang melakukAN mobilisasi sudah cukup tenang dan tidak merasa gelisah, sedangkan 8 pasien mengalami hambatan untuk melakukan mobilisasi karena merasa cemas, gelisah dan gemetar saat melakukan mobilisasi.

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- b. Mengetahui Tingkat Kecemasan Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
- c. Mengetahui Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
- d. Menganalisis Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat memberikan asuhan keperawatan dan edukasi terkait kecemasan dengan mobilisasi kepada pasien infark miokard akut.

#### 2. Bagi rumah sakit

Dapat memberikan masukan kepada pihak Rumah Sakit Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam pembuatan SOP mobilisasi pada pasien IMA dan menjadi embrio dalam penyusunan SOP

3. Bagi responden

Pasien berpikiran positif akan kesembuhan penyakitnya dan menambah wawasan tentang pentingnya mobilisasi pada pasien IMA

## E. Keaslian Penelitian

1. Mertha (2010), tentang pengaruh latihan aktifitas rehabilitasi jantung fase I terhadap efikasi diri dan kecemasan pasien PJK di RSUP Sanglah Denpasar.

Penelitian dilakukan berdasarkan kenyataan PJK sebagai penyakit kardiovaskuler dan pembuluh darah dengan angka kematian yang terus meningkat. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain kuasi eksperimen tanpa kelompok kontrol. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 30 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner efikasi diri dengan 17 item pertanyaan dan kuesioner kecemasan dengan 18 item pertanyaan. Hasil uji validitas dan realibilitas menggunakan *Alpha Cronbach* dengan hasil baik. Analisis data didapatkan bahwa terdapat pengaruh bermakna latihan aktifitas terhadap peningkatan efikasi diri ( $p=0,001$ ), dan terhadap penurunan kecemasan responden ( $p=0,001$ ) setelah dilakukan intervensi latihan aktifitas.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian, waktu penelitian dan lokasi penelitian.

2. Mendra (2014) tentang prevalensi tingkat kecemasan pada pasien infark miokard lama di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan sampel yang berjumlah 60 orang. teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Analisa data menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi kecemasan pada pasien infark miokard di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yaitu 93,3% dan tingkat kecemasan sedang didapatkan paling banyak 98%.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian, waktu penelitian dan lokasi penelitian

3. Yunani (2013) tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap pasien terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien IMA di ruang ICU RSUD Ungaran.

Metode penelitian: Metode yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *cross sectional*. Populasi dan sampel adalah semua pasien Akut Miokard Infark di ruang ICU RSUD Ungaran sebanyak 60 pasien dengan teknik *total sampling*. Hasil penelitian: Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 26 responden (43,3%). Sikap pasien tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 27 responden (45,0%). Perilaku mobilisasi dini sebagian besar tidak melakukan sebanyak 32 responden (53,3%). Ada hubungan antara tingkat pengetahuan pasien AMI terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ( $pvalue=0,000$ ). Ada hubungan

antara sikap pasien terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ( $pvalue=0,031$ ).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian yaitu variabel bebas adalah kecemasan dan variabel terikat mobilisasi, waktu penelitian pada bulan Desember 2019 dan lokasi penelitian yaitu di IGD Poli Jantung RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan teori

##### 1. IMA (Infark Miocard Akut)

###### a. Pengertian

IMA merupakan proses rusaknya jaringan akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang (Smeltzer & Bare, 2016). Barbara (2016) akut miokard infark merupakan blok total yang mendadak dari arteri koroner besar atau cabang-cabangnya. Lamanya kerusakan miokardial bervariasi dan bergantung kepada besar daerah yang diperfusi oleh arteri yang tersumbat. Akut miokard infark dapat berakibat nekrosis karena parut atau fibrosis, dan mendatangkan kematian mendadak.

IMA merupakan kematian sel-sel miokardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen berkepanjangan. Hal ini merupakan respon letal terakhir terhadap iskemia miokard yang tidak teratasi. Sel-sel miokardium mulai mati setelah sekitar 20 menit mengalami kekurangan oksigen (Corwin, 2009). Morton (2012) akut miokard infark merupakan terjadinya nekrosis miokard yang cepat disebabkan oleh karena ketidakseimbangan yang kritis antara aliran darah dan kebutuhan darah miokard.

###### b. Klasifikasi

Infark miokard akut dengan ST-segmen elevasi adalah salah satu bentuk dari PJK yang didefinisikan sebagai suatu sindroma klinis dimana didapatkan gejala yang khas dari iskemia miokard yang dikaitkan dengan perubahan gambaran elektrokardiografi (EKG) berupa ST-segmen elevasi dan adanya peningkatan nilai biomarker dari miokard yang nekrosis (O'Gara *et al.*, 2013). Diagnosa ST Elevasi tanpa adanya hipertrofi ventrikel kiri atau *Left Bundle Branch Block* (LBBB) telah dijabarkan pada panduan klinis *European Society of Cardiology/ American Heart Association* (ESC/AHA) tahun 2012 sebagai elevasi dari ST segmen dihitung dari titik J pada setidaknya 2 sadapan yang bersebelahan  $\geq 2$  mm (0.2 mV) pada laki-laki atau  $\geq 1.5$  mm (0.15 mV) pada

wanita di sadapan V2-V3 dan atau  $\geq 1$  mm (0.1 mV) di sadapan lain di dada atau sadapan ekstremitas (Thygesen et al., 2012).

c. Etiologi

Akut miokard infark disebabkan oleh terlepasnya plak aterosklerosis dan membentuk thrombus sehingga menyebabkan oklusi arteri. Penyebab lain AMI ini berupa vasospasme (penyempitan tiba-tiba) dari arteri koroner, penurunan suplai oksigen (misalnya, kehilangan darah akut, anemia, atau tekanan darah rendah), dan meningkatnya penggunaan oksigen (misalnya, detak jantung yang cepat, tirotoksikosis, atau penggunaan kokain) (Lippincott Williams & Wilkins, 2010).

Terlepasnya suatu plak aterosklerosis dari salah satu arteri koroner, dan kemudian tersangkut dibagian hilir yang menyumbat aliran darah keseluruhan miokardium yang diperdarahi oleh pembuluh tersebut, dapat menyebabkan akut miokard infark. Akut miokard infark juga dapat terjadi apabila lesi trombotik yang melekat ke suatu arteri yang rusak menjadi cukup besar untuk menyumbat secara total aliran darah ke bagian hilir, atau apabila suatu ruang jantung mengalami hipertrofi berat sehingga kebutuhan oksigennya tidak dapat terpenuhi (Corwin, 2009).

Infark miokard akut terjadi ketika aliran darah koroner menurun secara drastis setelah oklusi trombosis pada suatu arteri koroner yang sebelumnya menyempit karena aterosklerosis. Infark miokard akut terjadi ketika suatu trombus arteri koroner berkembang cepat di lokasi cedera vaskular. Cedera ini dihasilkan dan dipercepat oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi, dan akumulasi lipid. Pada umumnya, infark terjadi ketika suatu plak aterosklerosis membelah, pecah, atau memborok dan ketika kondisi (lokal atau sistemis) mendukung trombogenesis, maka terbentuk suatu mural trombus di lokasi ruptur dan menimbulkan oklusi arteri koroner. Studi-studi histologi menunjukkan bahwa plak koroner yang rentan terhadap ruptur adalah plak dengan sebuah inti yang kaya lipid dan penutup fibrosa yang tipis. Setelah platelet monolayer terbentuk di lokasi plak yang rusak, maka sejumlah agonis (kolagen, ADP, epinefrin, serotonin) akan mempercepat aktivasi platelet. Setelah simulasi platelet, terjadi produksi dan pelepasan tromboksan A<sub>2</sub> (suatu

vasokonstriksi lokal yang kuat), aktivasi platelet, dan seterusnya, resistansi potensial terhadap trombolisis (Syamsudin, 2011).

d. Patofisiologi

Aterosklerotik, spasme pembuluh darah, dan emboli trombus merupakan etiologi yang paling sering menyebabkan terjadinya akut miokardinfark. Terjadinya penyumbatan pembuluh darah koroner menyebabkan aliran darah ke seluruh miokardium yang diperdarahi oleh pembuluh tersebut terhambat. Terhambatnya aliran darah juga akan menghambat suplai oksigen ke sel-sel miokardium. Kebutuhan oksigen yang melebihi kapasitas suplai oksigen oleh pembuluh darah yang mengalami gangguan menyebabkan terjadinya akut miokard infark. Sel-sel miokardium tersebut mulai mati setelah 20 menit mengalami kekurangan oksigen.

Berkurangnya oksigen mendorong miokardium untuk mengubah metabolisme aerob menjadi metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob melalui jalur glikolitik jauh lebih tidak efisien apabila dibandingkan dengan metabolisme aerob melalui fosforilasi oksidatif dan siklus krebs. Pembentukan fosfat berenergi tinggi menurun cukup besar. Hasil akhir metabolisme anaerob yaitu penimbunan asam laktat yang menyebabkan nyeri substernal hebat atau diseluruh pericardium yang menetap dengan durasi lebih dari 20 menit ‘yang berlangsung selama lebih kurang 20 menit yang bisa menjalar ke lengan atau rahang, kadang gejala terutama timbul dari epigastrium. Akibat dari nyeri dada ini berupa sesak nafas yang berat sampai kesulitan bernafas (nafas pendek), keringat dingin, pusing, mual dan muntah (Smeltzer & Bare, 2012)

Tanpa ATP, pompa natrium kalium berhenti dan sel terisi ion natrium dan air yang akhirnya menyebabkan sel pecah (lisis). Adanya lisis, sel melepaskan kalium intrasel dan enzim intrasel, yang mencederai sel-sel disekitarnya. Protein intrasel mulai mendapatkan akses ke sirkulasi sistemik dan ruang interstitial dan ikut menyebabkan edema dan pembengkakan interstitial di sekitar sel miokardium. Akibat dari kematian sel, tercetus reaksi inflamasi. Pada tempat inflamasi, terjadi penimbunan trombosit dan pelepasan faktor pembekuan. Terjadi degranulasi sel mast yang menyebabkan pelepasan histamin dan berbagai prostaglandin. Sebagian bersifat vasokonstriksi. Dilepaskannya

berbagai enzim intrasel dan ion kalium serta penimbunan asam laktat, jalur hantaran listrik jantung terganggu. Hal ini dapat menyebabkan hambatan depolarisasi atrium atau ventrikel atau terjadinya distritmia. Matinya sel otot, pola listrik jantung berubah, pemompaan jantung menjadi kurang terkoordinasi sehingga kontraktilitasnya menurun. Volume sekuncup menurun sehingga terjadi penurunan tekanan darah sistemik.

Penurunan tekanan darah merangsang respon baroreseptor, sehingga terjadi pengaktifan sistem saraf simpatis, sistem renin-angiotensin, dan peningkatan pelepasan hormon antidiuretik. Hormon stress (ACTH dan kortisol) juga dilepaskan disertai peningkatan produksi glukosa. Pangaktifan sistem saraf parasimpatis berkurang. Berkurangnya perangsangan saraf parasimpatis dan meningkatnya rangsangan simpatis ke nodus SA, kecepatan denyut jantung meningkat. Demikian juga pada ginjal, terjadi penurunan aliran darah sehingga produksi urin juga berkurang dan ikut merangsang sistem renin-angiotensin. Perangsangan simpatis ke kelenjar keringat dan kulit menyebabkan individu berkeringat dan merasa dingin.

Secara singkat, semakin banyak darah (peningkatan *preload*) disalurkan ke jantung, jantung akan memompa lebih cepat untuk melawan arteri yang menyempit (peningkatan *afterload*) akibatnya beban jantung yang telah rusak tersebut meningkat. Kebutuhan oksigen jantung juga meningkat. Hal ini mengakibatkan semakin banyak sel jantung yang mengalami hipoksia. Apabila kebutuhan oksigen sel miokard tidak dapat dipenuhi, maka terjadi perluasan daerah sel yang cedera dan sistemik di sekitar zona nekrotik yang akan beresiko mengalami kematian. Akibatnya kemampuan pompa jantung semakin berkurang dan terjadi hipoksia semua jaringan dan organ. Ketidakmampuan ventrikel kiri untuk memompa darah menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan ventrikel kiri dan vena pulmonal. Hal ini meningkatkan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan cairan merembes keluar dan lolos ke jaringan alveoli di sekitarnya melalui hubungan antara bronkioli dan bronki. Cairan ini kemudian bercampur dengan udara selama pernapasan. Akibat adanya timbunan cairan, paru menjadi kaku dan tidak dapat mengembang dan udara tidak dapat masuk sehingga terjadi gangguan pertukaran  $O_2$  dan  $CO_2$  (Smeltzer & Bare, 2006; Corwin, 2009).



Penurunan curah jantung karena tidak adekuatnya tekanan pengisian ventrikel kiri dapat menyebabkan syok kardiogenik. Syok kardiogenik mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan dan penghantaran oksigen ke jaringan. Akibat dari proses infark, kontraktilitas ventrikel kiri dan kinerjanya menjadi sangat terganggu. Ventrikel kiri gagal bekerja sebagai pompa dan tidak mampu menyediakan curah jantung yang memadai untuk mempertahankan perfusi jaringan. Maka dimulailah siklus yang terus berulang. Siklus dimulai dengan terjadinya infark yang berlanjut dengan gangguan fungsi miokardium.

Kerusakan miokardium baik iskemia dan infark pada miokardium mengakibatkan perubahan metabolisme dan terjadinya asidosis metabolik pada miokardium yang berlanjut pada gangguan kontraktilitas miokardium yang berakibat pada penurunan volume sekuncup yang dikeluarkan oleh ventrikel. Gangguan fungsi miokardium yang berat akan menyebabkan menurunnya curah jantung dan hipotensi arteria. Akibat menurunnya perfusi koroner yang lebih lanjut akan meningkatkan hipoksia miokardium yang bersiklus ulang dan dapat berkembang menjadi tahap irreversibel yang menuju ke aritmia dan kematian Muttaqin (2009).

e. Faktor Penyebab

Faktor resiko Infark Miokard Akut Faktor resiko Infark Miokard Akut (IMA) dibagi menjadi dua, yaitu : faktor resiko yang tidak dapat diubah dan factor resiko yang dapat diubah (Santoso, 2017).

1) Faktor Resiko Yang Tidak Dapat Diubah

a) Usia

Sindrom Koroner Akut umumnya terjadi pada pasien dengan usia diatas 40 tahun. Walaupun begitu, usia yang lebih muda dari 40 tahun dapat juga menderita penyakit tersebut. Banyak penelitian yang telah menggunakan batasan usia 40-45 tahun untuk mendefinisikan “pasien usia muda” dengan penyakit jantung koroner atau infark miokard akut (IMA). IMA mempunyai insidensi yang rendah pada usia muda (Wiliam, 2017)

Umur merupakan faktor risiko PJK dimana penambahan usia akan meningkatkan risiko terjadinya PJK. Semakin tua umur maka semakin

besar kemungkinan timbulnya karat yang menempel di dinding dan menyebabkan mengganggu aliran air yang melewatinya. Berdasarkan penelitian Donald Nababan di RSUD Dr. Pirngadi Medan penderita PJK didapatkan lebih banyak pada kelompok usia  $\geq 40$  tahun.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Marleni dan Alhabib (2017) di RSI Siti Khadijah Palembang bahwa penderita PJK lebih banyak terjadi pada kelompok usia  $> 45$  tahun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Patriyani dan Purwanto (2016) sebesar 75% PJK terjadi pada usia  $> 40$  tahun. *American Heart Association* (2018) menjelaskan bahwa usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah dan mayoritas orang meninggal akibat jantung koroner berusia 65 tahun atau lebih, selain itu pada usia 45 tahun seseorang mempunyai peluang sebesar 50% mengalami PJK dibandingkan pada usia muda.

Penyakit jantung koroner saat ini banyak terjadi pada usia dewasa, dimana secara anatomi fisiologis tubuh manusia masih mampu bekerja dengan baik pada usia ini. Hal tersebut dikarenakan adanya faktor pemicu lain terutama dari segi gaya hidup pada zaman sekarang seperti merokok, dan mengkonsumsi makanan instan sehingga membuat tingginya risiko terhadap PJK (Muthmainah, 2019)

b) Riwayat keluarga

Berbagai survei epidemiologis telah menunjukkan adanya predisposisi familial terhadap penyakit jantung. Hal ini sebagian besar disebabkan karena banyak faktor resiko, misalnya hipertensi (Aaranson and Ward, 2010). Riwayat anggota keluarga sedarah yang mengalami penyakit jantung koroner (PJK) sebelum usia 70 tahun merupakan faktor resiko independent untuk terjadi PJK. Agregasi PJK keluarga menandakan adanya predisposisi genetik pada keadaan mempengaruhi onset penderita PJK pada keluarga dekat (Kasuari, 2012).

Niluh, Rampengan dan Jim (2016) memaparkan bahwa sebesar 20% responden mempunyai riwayat keturunan penyakit jantung dalam keluarga. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Saputri dan Herawati (2016) di RS Haji Jakarta menjelaskan bahwa 65,6%

mempunyai riwayat keturunan keluarga PJK dan menunjukkan adanya pengaruh riwayat keluarga terhadap kejadian PJK. Adanya predisposisi genetik yang diturunkan maka akan meningkatkan risiko terhadap PJK (Black & Hawks, 2014).

Penderita PJK saat ini tidak hanya karena riwayat keturunan keluarga, namun banyak diakibatkan karena adanya faktor lain. Merokok, hipertensi, perubahan life style menjadi faktor meningkatnya kasus PJK saat ini. Sama seperti kita tidak bisa mengendalikan usia, kita juga tidak bisa mengendalikan riwayat keturunan keluarga. Karena itu, lebih penting untuk merawat dan mengendalikan faktor risiko lain apa pun yang kita miliki (AHA, 2018).

c) Jenis Kelamin

Dyah (2019), yang menyebutkan terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian PJK ( $p = 0,008$ ). Hal ini mungkin terjadi karena sekitar 50 tahun keatas, wanita dan pria memiliki tingkat risiko yang samadan pada penelitian ini mayoritas pasien berusia  $\geq 45$  tahun. Secara medis juga dapat menyerang siapa saja baik laki-laki maupun perempuan.

Patriyani dan Purwanto (2016) menjelaskan bahwa penderita PJK lebih banyak pada laki-laki. Sehingga, laki-laki memiliki risiko sangat tinggi terhadap penyakit atau serangan jantung dibandingkan dengan perempuan. Namun, perempuan tetap berisiko terhadap PJK, karena menurut penelitian Saputri dan Herawati (2016) menerangkan bahwa adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kasus PJK di usia dewasa menengah sampai akhir dimana perempuan lebih berpeluang terhadap PJK dibanding laki-laki.

Sementara penelitian Nugraha, Nursiswati, dan Rahayu (2018) dilakukan pada pasien PJK berjenis kelamin perempuan rata-rata berusia 59,86 tahun. Perempuan akan berisiko tinggi terhadap PJK apabila telah mengalami menopause, hal tersebut dikarenakan perempuan mempunyai hormon estrogen yang berfungsi sebagai pelindung imunitas sebelum masa menopause. Jenis kelamin laki-laki lebih berisiko terhadap PJK karena perubahan gaya hidup dan kebiasaan laki-laki merokok. Namun,

perlu diwaspadai juga oleh perempuan agar menjaga gaya hidup terutama menerapkan pola hidup sehat sebelum ataupun sesudah masa menopause.

2) Faktor resiko yang dapat diubah

a) Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai keadaan tekanan darah diatas 140/90 mmHg. Hipertensi memacu terjadinya aterosclerosis dengan merusak endotel dan menyebabkan efek berbahaya lain pada dinding arteri besar. Semakin tinggi beban kerja jantung, yang ditambah dengan arteri meningkat, juga menyebabkan penebalan dinding ventrikel kiri yang merupakan penanda kerusakan kardiovaskular yang lebih serius (Aaranson & Ward, 2010).

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri dan Herawati (2016) bahwa sebesar 87,5% responden usia dewasa menengah sampai akhir yang mengalami PJK mempunyai riwayat hipertensi dan hasil uji analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara hipertensi terhadap kejadian PJK. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Marleni dan Alhabib (2017) mendapatkan hasil bahwa penderita PJK sebesar 90,4% atau 122 responden yang mengalami hipertensi.

Penelitian ini juga didukung dengan penelitian terbaru tahun 2018 menyebutkan bahwa pada analisa faktor-faktor risiko penyakit jantung koroner pada pasien wanita sebesar 74,1% penderita mempunyai riwayat hipertensi (Nugraha, Nursiswati, dan Rahayu, 2018). Hipertensi akan menaikkan beban kerja jantung, sehingga otot jantung menebal dan menjadi lebih kaku. Pengerasan otot jantung merupakan kondisi yang tidak normal, karena jantung tidak dapat bekerja dengan baik, serta risiko terhadap stroke meningkat, gagal ginjal, serangan jantung, dan gagal jantung kongestif. Ketika tekanan darah tinggi dan disertai faktor risiko lain seperti obesitas atau kegemukan, merokok, kadar kolesterol darah tinggi atau diabetes, risiko serangan jantung atau stroke semakin meningkat (AHA, 2018).

Hipertensi meningkatkan faktor risiko terjadinya PJK. Hal tersebut dikarenakan pola hidup manusia saat ini dimana lebih suka mengonsumsi makanan yang instan atau junk food dan berlemak, serta kebiasaan merokok semakin membuat beban kerja jantung meningkat. Sehingga apabila seseorang dengan hipertensi perlu untuk mengontrol tekanan darah agar menurunkan risiko terhadap PJK serta menerapkan pola hidup lebih sehat (Muthmainah, 2019)

Tekanan darah yang tinggi secara terus menerus menyebabkan kerusakan sistem pembuluh darah arteri dengan perlahan-lahan. Arteri tersebut mengalami pengerasan yang disebabkan oleh endapan lemak pada dinding, sehingga menyempitkan lumen yang terdapat di dalam pembuluh darah yang akan membuat aliran darah menjadi terhalang. Jika pembuluh arteri koroner terkena maka menyebabkan terjadinya penyakit jantung koroner (Siregar 2015)

b) Dislipidemia

Dislipidemia merupakan suatu kelompok kondisi heterogen yang ditandai oleh kadar abnormal pada satu atau lebih lipoprotein. Dislipidemia mencakup kadar LDL yang tinggi dalam plasma. LDL memiliki peran utama dalam menyebabkan aterosklerosis karena LDL dapat dikonversi menjadi bentuk teroksidasi, yang bersifat merusak dinding vascular (Aaranson & Ward, 2010).

c) Merokok

Merokok tembakau menyebabkan penyakit jantung dengan menurunkan kadar HDL, meningkatkan koagulabilitas darah, dan merusak endotel sehingga memacu terjadinya aterosklerosis. Selain itu, terjadi pula stimulasi jantung yang diinduksi nikotin serta penurunan kapasitas darah pengangkut oksigen yang dimediasi oleh karbon monoksida. Efek ini, bersama dengan peningkatan kejadian spasme koroner, menentukan tingkat terjadinya iskemik jantung dan infark miokard (Aaranson & Ward, 2010).

Sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa merokok sebagai faktor yang sangat dominan terhadap kasus PJK dengan p value= 0,02 (Patriyani dan Purwanto, 2016). Hasil tersebut

sejalan dengan penelitian selanjutnya dimana perokok mempunyai risiko PJK 1,82 kali lebih tinggi dibanding dengan yang bukan perokok (Iskandar, Hadil, dan Alfridsyah, 2017).

Merokok merupakan faktor risiko independen yang kuat untuk kematian jantung mendadak pada pasien dengan penyakit jantung koroner (AHA, 2018). Berdasarkan hasil penelitian ini dan teori pendukung, 8 peneliti berpendapat bahwa seseorang yang merokok sangat berisiko terhadap kejadian PJK. Paparan asap rokok berat mempunyai hubungan terhadap kejadian PJK pada perempuan usia produktif (Anggraini dan Hidajah, 2018). Seseorang yang merokok akan mengeluarkan zat nikotin dan tar lebih banyak bahkan dua kali lipat dibandingkan dengan yang dihirup perokok aktif itu sendiri, dan apabila zat tersebut dihirup orang lain maka akan meningkatkan risiko 20 hingga 30 % terhadap PJK (Anggraini dan Hidajah, 2018).

Paparan asap orang lain meningkatkan risiko penyakit jantung bahkan bukan perokok aktif (AHA, 2018). Sehingga peneliti berpendapat bahwa perokok pasif juga sangat berisiko terhadap PJK.

d) **Obesitas**

Obesitas berat, terutama obesitas perut, terkait dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular. Meskipun obesitas itu sendiri tidak dianggap sebagai penyakit, hal ini terkait dengan peningkatan prevalensi hipertensi, intoleransi glukosa dan aterosklerosis. Di samping itu, pasien obesitas memiliki kelainan kardiovaskular yang berbeda ditandai dengan peningkatan volume total darah, cardiac output, dan tekanan pengisian ventricel kiri (Fauci et al, 2008).

Yuliani, Oenzil, dan Iryani (2014) menjelaskan bahwa adanya hubungan antara obesitas dengan kasus PJK pada penderita DM tipe 2. Orang dewasa yang mengalami obesitas dengan faktor risiko lain penyakit kardiovaskular seperti tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, atau gula darah tinggi sebaiknya membuat perubahan gaya hidup untuk menurunkan berat badan (AHA, 2018). Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti berpendapat bahwa obesitas dapat meningkatkan risiko terhadap

PJK. Menerapkan pola hidup lebih sehat dan menurunkan berat badan diharapkan dapat mencegah serta mengurangi risiko terhadap PJK

e) Diabetes Melitus

Beberapa studi epidemiologi telah menyatakan bawa diabetes sebagai faktor resiko utama untuk pengembangan semua manifestasi CVD, termasuk infark miokard. Individu dengan diabetes melitus memiliki pengelompokan faktor resiko kardiovaskular tambahan terkait erat dengan resistensi insulin, termasuk hipertensi dan obesitas sentral. Upaya untuk menurunkan resiko kardiovaskular pada pasien telah memasukkan strategi yang mengatasi beberapa kelainan patofisiologis. Strategi ini termasuk intervensi gaya hidup untuk mencegah obesitas dan kurangnya aktivitas fisik, control tekanan darah yang memadai, pengobatan dislipidemia aterogenik, dan pengobatan yang tepat dengan terapi antiplatelet (Aaranson & Ward, 2010).

Hasil penelitian ini sesuai dengan peneliti Mamat Supriyono (2008) dengan nilai  $p = 0,026$  dan Harris Hasan (2011) dengan nilai  $p = 0,01$ . Diabetes yang tidak terkontrol dengan kadar glukosa yang tinggi di dalam darah cenderung menaikkan kadar kolesterol dan trigliserida. Peningkatan risiko diabetes disebabkan kelainan lipid. Mekanisme belum jelas, akan tetapi terjadi peningkatan tipe IV hiperlipidemi dan hipertrigliserid, pembentukan platelet yang abnormal dan DM yang disertai obesitas dan hipertensi. Faktor risiko kejadian penyakit jantung koroner yang belum diteliti dengan teknik dan tempat penelitian yang berbeda.

f. Manifestasi

Menurut Gray (2017) ada beberapa respon tubuh terhadap perubahan fisiologis akibat penyakit akut miokard infark adalah :

1) Nyeri Dada

Nyeri substernal hebat atau diseluruh pericardium yang menetap dengan durasi lebih dari 20 menit, nyeri menyebar luas ke dada dan disertai nyeri pada bahu, lengan, rahang, perut, atau punggung.

2) Sesak Nafas

Sesak nafas dapat disebabkan oleh peningkatan mendadak tekanan akhir diastolic ventrikel kiri, mengindikasikan ancaman gagal ventrikel, dan kadang terjadi sebagai manifestasi satu-satunya infark miokard. Ansietas dapat menyebabkan hiperventilasi. Pada infark tanpa gejala, sesak nafas lanjut merupakan tanda disfungsi ventrikel kiri bermakna.

3) Gejala gastrointestinal

Peningkatan aktivitas vagal menyebabkan mual dan muntah dan dikatakan lebih sering terjadi pada infark inferior. Stimulasi diafragmatik pada infark inferior juga dapat menyebabkan cegukan.

4) Keadaan mental berupa perasaan sangat cemas disertai perasaan mendekati kematian sering terjadi, mungkin berhubungan dengan pelepasan hormon stress dan ADH.

5) Pengeluaran urin berkurang karena penurunan aliran darah ginjal serta peningkatan aldosteron dan ADH.

6) Kehilangan kesadaran karena perfusi cerebral yang tidak adekuat dan syok kardiogenik, bisa juga menyebabkan kematian yang tiba-tiba.

7) Palpitasi

Palpitasi adalah kondisi yang muncul ketika jantung terasa berdebar dan berdetak lebih cepat daripada biasanya. Penyakit ini juga dikenal dengan nama takikardi. Dalam kondisi ini, Anda akan merasakan degup jantung yang lebih cepat dan kuat, sehingga seolah terasa ketika sedang berdetak.

8) Rasa pusing

Sakit kepala yang menyiksa juga bisa menjadi gejala *stroke* atau adanya penggumpalan darah. Bila cuma pusing, mungkin itu bukan gejala sakit jantung. Tapi bila disertai leher kaku dan lesu, itu yang harus diwaspadai dan perlu mendapatkan pertolongan medis.

9) Sinkop dari aritmia ventrikel

Aritmia adalah masalah pada laju atau irama detak jantung yang berdetak terlalu cepat, terlalu lambat, atau dengan ritme yang tidak teratur. Penderita aritmia mungkin akan merasakan detak jantung yang terlalu cepat, yang



disebut takikardia. Sementara detak jantung yang terlalu lambat disebut bradikardia.

10) Takikardia

Banyak orang yang mengira sakit jantung ditandai dengan rasa sakit di dada atau lengan kiri. Mereka tidak menyadari rasa sakit bisa muncul di bagian tubuh yang lain, termasuk di perut, karena jantung sedang memberi sinyal rasa sakit ke perut.

11) Emboli arteri

Emboli adalah kondisi di mana benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah. Penyumbatan tersebut dapat menimbulkan gejala yang berbeda pada tiap orang, tergantung tipe dan lokasi pembuluh darah yang tersumbat.

g. Komplikasi

*Cardiac Arrest* (Henti Jantung) Henti jantung adalah penyebab sebagian besar kematian akut yang merupakan komplikasi dengan infark miokard dan hal ini terjadi karena fibrilasi ventrikel. Penatalaksanaan dengan defibrilasi dilakukan segera. Risiko ini biasanya terlihat dalam 48 jam pertama infark miokard. *Ventricle fibrillation arrest* yang muncul setelah lebih dari 48 jam menunjukkan adanya cedera miokardium ekstensif dan fungsi miokardium yang buruk. Kondisi ini dapat memungkinkan untuk terjadi kekambuhan *ventricle fibrillation arrest* di masa mendatang (Syamsudin, 2011).

1) Gagal Jantung

Penyakit arteri koroner adalah penyebab paling umum dari gagal jantung sistolik, terjadi pada hampir 70% kasus. Infark miokard menyebabkan penurunan massa otot sebagai akibat dari kematian sel-sel miokard. Ukuran infark berpengaruh terhadap terganggunya kontraktilitas sel miokard jantung. Dalam upaya untuk mempertahankan curah jantung, miokardium yang hidup mengalami compensatory remodeling, sehingga awal proses maladaptif menyebabkan sindrom gagal jantung dan menyebabkan cedera lebih lanjut ke jantung. Miokardial iskemia dan infark juga mempengaruhi diastolik sifat jantung dengan meningkatkan kekakuan ventrikel dan relaksasi ventrikel melambat. Dengan demikian, infark

miokard sering mengakibatkan disfungsi sistolik dan diastolik (Dipiro et al, 2018).

2) Syok kardiogenik

Syok kardiogenik terlihat ketika > 40% dari otot miokardium mengalami luka dan ditandai dengan hipotensi, hiperfusi perifer yang buruk, serta penurunan output urin. Syok kardiogenik menandakan prognosis yang sangat buruk dan merupakan penyebab kematian pada 60% STEMI. Syok kardiogenik juga dapat disebabkan oleh otot kapiler yang mengalami ruptur atau septum interventrikel (Syamsudin, 2011).

3) Perikarditis

Gesekan perikardial dan/atau nyeri perikardial sering ditemui pada pasien dengan STEMI yang melibatkan epikardium tersebut. Komplikasi ini biasanya dapat dikelola dengan aspirin (650 mg empat kali sehari).

4) Ancaman Nyeri

Hal ini penting untuk mendiagnosis nyeri dada perikarditis secara akurat, karena kegagalan untuk mengenalinya dapat menyebabkan diagnosis yang salah sebagai nyeri iskemik berulang dan/atau perpanjangan infark, dengan hasil yang tidak tepat dengan penggunaan antikoagulan, nitrat, beta blockers, atau arteriografi koroner. Ketika itu terjadi, keluhan nyeri yang menjalar ke otot trapezius membantu karena pola seperti ketidaknyamanan khas perikarditis tetapi jarang terjadi dengan ketidaknyamanan iskemik. Antikoagulan berpotensi menyebabkan tamponade dengan adanya perikarditis akut (yang ditunjukkan dengan rasa sakit atau menggosok yang persisten) dan karena itu antikoagulan tidak boleh digunakan kecuali ada indikasi yang kuat (Fauci *et al*, 2008).

h. Penatalaksanaan

Penanganan akut miokardinfark menurut PERKI (2013) dikenal dengan istilah MONA. MONA merupakan singkatan yang digunakan untuk membantu para profesional medis dalam penanganan awal akut miokard infark. MONA singkatan dari morfin, oksigen, nitrigliserin, dan aspirin.

1) Morfin

Morfin diberikan pada pasien akut miokard infark untuk mengurangi rasa nyeri yang tidak teratasi oleh nitrogliserin. Morfin ini diberikan sebanyak 2,5 mg (2-4 mg) mg intravena, dapat diulang setiap 5 menit sampai dosis total 20 mg. Morfin mengikat reseptor opiat di otak yang menurunkan persepsi nyeri.

Pasien yang diberi morfin harus selalu dimonitor untuk menentukan reaksi pasien terhadap obat. Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan morfin berupa rasa pusing, mual, mulut kering, sakit kepala, hipotensi, dan lain- lain. Selain menghilangkan nyeri, morfin juga mendilatasi pembuluh darah, sehingga dapat mengurangi beban kerja jantung dengan menurunkan tekanan pengisian jantung (*preload*) dan mengurangitekanan saat otot jantung harus memompa darah (*afterload*). Morfin juga bermanfaat dalam mengatasi ansietas pasien (Smeltzer & Bare, 2012).

## 2) Oksigen

Ketika aliran darah menurun ke jantung pada akut miokard infark, sebagian dari jantung mengalami kekurangan oksigen sehingga diperlukan oksigen tambahan untuk meningkatkan oksigenasi jantung. Oksigen harus diberikan segera jika saturasi oksigen arteri <95% atau yang mengalami distress respirasi. Oksigen dapat diberikan melalui kanula nasal atau masker selama 6 jam pertama. Menurut Potter& Perry (2015) macam-macam pemberian oksigenasi adalah:

- a) Nasal Kanul, memberikan oksigen secara kontinu dengan kecepatan aliran 2-6 liter/ menit dan konsentrasi oksigen kecil dari 50%. Indikasi pemberian nasal kanul adalah pada pasien yang bernapas spontan tetapi membutuhkan alat bantu untuk memenuhi kebutuhan oksigen.
- b) *Simple Mask*, memberikan oksigen kontinu dengan kecepatan aliran 6-8 liter/ menit dan konsentrasi oksigen 40- 60%.
- c) *Rebreathing Mask*, memberikan oksigen dengan aliran 9-15 liter/ menit dan konsentrasi oksigen 60-90%. *Rebreathing mask* ini diberikan pada pasien yang kadar tekanan CO<sub>2</sub> yang rendah (Pa CO<sub>2</sub> normal 35-45 atm).

d) *Nonbreathing Mask*, pemberian oksigen dengan aliran 9-15 liter/ menit dan konsentrasi oksigen 60-90%. *Nonbreathing mask* ini diberikan pada pasien yang kadar CO<sub>2</sub> nya yang tinggi.

3) Nitrat

Selain morfin, nitrogliserin digunakan juga untuk mengurangi nyeri dada. Penggunaan nitrogliserin dapat membantu arteri dan vena dilatasi sehingga dapat menurunkan beban kerja jantung dan mengurangi kebutuhan oksigen. Nitrogliserin dapat diberikan secara sublingual dengan dosis 0,3 mg sampai 0,4 mg setiap lima menit sampai tiga dosis. Nitrogliserin ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, bradikardia (< 50 kali/ menit), atau takikardia.

4) Aspirin

Aspirin juga merupakan bagian dari pengobatan awal untuk akut miokard infark. Aspirin digunakan untuk mencegah pembentukan gumpalan lanjut dengan mengurangi agregasi platelet. Dosis aspirin yang diberikan sebanyak 160-325 mg.

## 2. Kecemasan

### a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan gelisah yang tidak jelas, akan ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respons otonom (Marry, 2009). Kecemasan adalah perasaan was-was seakan-akan sesuatu yang buruk akan terjadi dan merasa tidak nyaman seakan ada ancaman yang disertai gejala-gejala fisik seperti jantung berdebar-debar, keringat dingin, tangan gemeteran (Kiliat 2011).

### b. Tanda dan Gejala Kecemasan

Hawari (2011), membagi tanda dan gejala kecemasan diantaranya:

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan dengan tanda dan gejala meningkatnya kesadaran, terangsang untuk melakukan tindakan, termotivasi secara positif, sedikit mengalami peningkatan tanda-tanda vital.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang dengan tanda dan gejala lebih tegang, menurunnya konsentrasi dan persepsi, sadar tetapi fokus sempit, gejala-gejala fisiknya berkembang seperti sakit kepala, sering berkemih, mual dan letih.

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat dengan tanda dan gejala persepsi menjadi terganggu, perasaan terancam atau takut meningkat, komunikasi menjadi terganggu, mengalami tanda-tanda vital yang lebih dramatis, diare, nyeri dada dan muntah.

4) Panik

Panik dengan tanda dan gejala perasaan terancam, gangguan realitas, tidak mudah untuk berkomunikasi, dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.

c. Dampak Kecemasan

Murdiningsih (2013) mengatakan dampak kecemasan sebagai system saraf sebagai neuro transmitter terjadi peningkatan sekresi kelenjar neropinefrin, serotonin, gama aminobuyric acid sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan diantaranya:

1) Fisik (fisiologis)

Fisik atau fisiologis dapat berupa perubahan denyut jantung, suhu tubuh, pernafasan, mual, muntah, diare, sakit kepala, kehilangan nafsu makan, berat badan menurun dan kelelahan yang luar biasa. Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan

2) Tingkah laku

Dampak kecemasan pada tingkah laku antar lain, aktivitas psikomotorik bertambah atau berkurang, sikap menolak, berbicara kasar, sukar tidur, gerakan yang aneh-aneh.

3) Mental

Dampak kecemasan pada mental antara lain kurang konsentrasi, pikiran meloncat-loncat kehilangan kemampuan persepsi, kehilangan ingatan, phobia, ilusi dan halusinasi.

d. Tingkatan Kecemasan

Dalami (2010), menggolongkan tingkatan kecemasan sebagai berikut:

1) Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkatan ini lapangan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Respon fisiologi meliputi sesak napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar. Respon kognitif meliputi lapang persepsi melebar, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menjelang masalah secara efektif. Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

2) Kecemasan sedang

Tingkatan ini lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan hal-hal penting saat itu dan menyampaikan hal yang lain. Respon fisiologi meliputi sering napas pendek, nadi (ekstra systole) dan tekanan darah naik, mulut kering, anorexia, diare dan konstipasi, gelisah. Respon kognitif meliputi lapang seperti menyempit rangsang luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian. Respon perilaku dan emosi meliputi gerakan tersentak-sentak (meremas tangan), bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, perasaan tidak aman.

3) Kecemasan berat

Ansietas berat lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berfikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respon fisiologi meliputi napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, ketegangan. Respon kognitif meliputi lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah. Respon perilaku dan emosi meliputi perasaan ancaman meningkat, verbalisasi cepat, bloking

4) Panik

Tingkatan ini lapangan persepsi individu sudah sangat menyempit dan usaha terganggu. Sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak

dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberikan pengarahan. Respon fisiologi meliputi napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah. Respon kognitif meliputi lapangan persipsi sangat sempit, tidak dapat berfikir logis. Respon perilaku dan emosi meliputi agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, *blocking*, kehidupan kendali atau kontrol diri, persepsi kacau.

e. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stenly (2010), Yeniar (2010), Azizah (2010) dan Maryam (2010) adalah sebagai berikut :

1) Pekerjaan

Seorang yang memasuki dewasa mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Setelah pensiun beberapa orang tidak pernah dapat menyesuaikan diri dengan waktu luangnya dan selalu merasa mengalami hari yang panjang. Beberapa lansia tidak termotivasi untuk mempertahankan penampilan mereka ketika mereka hanya sedikit melakukan kontak dengan orang lain diluar rumahnya (Stenly, 2010).

Pekerjaan adalah kesibukan yang dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan keluarga. Notoatmodjo (2013) memasukan kesibukan pekerjaan kedalam kelompok predisposisi yang mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat, tingkat pendidikan dan social ekonomi. Seseorang yang bekerja akan mempunyai banyak pengalaman dalam menyelesaikan masalah, dan secara tidak langsung dapat meningkatkan keterampilan dalam menggunakan koping yang lebih konstruktif. Keterampilan menggunakan koping yang konstruktif dapat menurunkan tingkat kecemasan. Pekerjaan berhubungan dengan tingkat pendapatan, seseorang yang mendapatkan penghasilan yang semakin tinggi maka kecemasan akan semakin berkurang dari aspek biaya pengobatannya. Pekerjaan responden dapat mempengaruhi kecemasannya dalam menjalani kehidupan sehari-harinya sebagai pasien dengan PJK. Hal ini disebabkan karena responden yang tidak bekerja merasa tidak dapat hidup produktif, merasa menjadi beban atau tanggung jawab keluarga dan cemas akan biaya pengobatannya

2) Status kesehatan

Orang yang memasuki masa dewasa umumnya mulai dihinggapi adanya kondisi fisik yang bersikap patologis berganda (*multiple pathology*). Hal ini dapat menimbulkan gangguan fungsi fisik, psikologik maupun sosial yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain (Stenly, 2010).

3) Kehidupan pasangan

Kehilangan orang yang dicintai seperti persoalan dengan suami, kematian, atau perceraian, ditinggalkan seorang istri/suami dan sebaliknya, merupakan persoalan yang sering terjadi pada wanita atau laki-laki (Yeniar, 2010).

4) Dukungan sosial

Dukungan sosial dari orang lain menjadi sangat berharga dan akan menambah ketentraman hidupnya. Dukungan sosial tidak berarti setelah memasuki masa lansia hanya tinggal duduk, diam, tenang dan berdiam diri saja (Azizah, 2010).

5) Keluarga

Keluarga merupakan *support system* utama dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan antara lain menjaga atau merawat, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia. (Maryam, 2010).

f. Pengukuran Kecemasan

Instrumen memiliki peran penting dalam sebuah penelitian. instrumen berperan dalam memperoleh data yang digunakan dari 26 sebuah penelitian, untuk selanjutnya diteliti dan ditarik kesimpulan sebagai hasil penelitian. Dalam penelitian ini penulis menggunakan instrumen atau alat pengumpul data dengan angket atau kuesioner untuk alat ukur tingkat kecemasan. Tingkat kecemasan adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya stres yang dialami seseorang (Hardjana, 2014).

DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*) merupakan alat ukur kecemasan untuk mengetahui sejauh mana kecemasan pasien tersebut. DASS dibentuk



tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai tingkat kecemasan. DASS mempunyai 42 aspek penilaian dengan keterangan 0= tidak pernah, 1= kadang-kadang atau sesuai yang dialami sampai tingkat tertentu, 2= sering, dan 3= sangat sesuai dengan yang dialami atau hampir setiap saat. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu dengan tujuan penelitian (Lovibond & Lovibond, 1995. dalam Nursalam 2011)

Dari 42 aspek penilaian tersebut, terdapat tiga skala diantaranya, skala depresi pada aspek penilaian (3,5,10,13,16,17,21,24,26,31,34,37,38,42), aspek skala kecemasan (2,4,7,9,15,19,20,23,25,28,30,36,40,41) dan aspek skala stress (1,6,8,11,12,14,18,22,27,29,32,33,35,39), (Nursalam, 2011).

**Tabel 2.1 tingkat aspek penilaian depresi, kecemasan dan stress**

<b>Tingkat</b>	<b>Depresi</b>	<b>Kecemasan</b>	<b>Stress</b>
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33
Berat sekali	>28	>20	>34

g. Kecemasan Pasien IMA

Penyebab kecemasan terjadi adanya peristiwa traumatik yang berkaitan dengan krisis yang dialami, konflik yang tidak terselesaikan, terapi maupun medikasi serta kegagalan fisiologis (Suliswati, 2015). Kecemasan yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan dampak fisiologis dan psikologis. Secara fisiologis kecemasan mengakibatkan palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah tinggi, denyut nadi menurun, nafas cepat dan dangkal. Ditinjau dari psikologis menyebabkan kegelisahan, mudah tersinggung, khawatir, berperilaku

menghindar dan penurunan konsentrasi (Jeffrey, Spencer & Beverly; 2005; Karima, 2017).

Gustad & Laugsand (2014), mengemukakan bahwa kecemasan yang tidak tertangani sepenuhnya akan menyebabkan serangan ulang pada pasien akut miokard infark, sehingga dapat menyebabkan kecemasan yang timbul akan lebih besar dari yang sebelumnya. Penyakit jantung khususnya akut miokard infark merupakan krisis kesehatan yang tidak dapat langsung terselesaikan, harus melalui program perawatan yang berlangsung secara lama sehingga dapat menyebabkan kecemasan, program terapi yang dilakukan pasien akut miokard infark bertujuan untuk memulihkan kondisi fisik, mental serta vokasioal (Muttaqin, 2009).

Cemas banyak terjadi pada pasien dengan IMA maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Kecemasan menimbulkan dampak yang buruk bagi penderita IMA. Prevalensi gangguan cemas pada populasi dengan penyakit jantung cukup tinggi yakni 28% sampai 44%. Pasien dengan penyakit IMA memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan populasi umum. (Kadek Dwi, 2013). Kecemasan bisa dirasakan bila individu mempunyai kepekaan lingkungan, klien yang baru pertama dirawat di rumah sakit dihadapkan pada situasi dan lingkungan baru sehingga kemampuan adaptasi klien akan mempengaruhi kecemasan. Menurut Utama (2010), kecemasan timbul akibat ketidakmampuan berhubungan interpersonal dan sebagai akibat dari penolakan (Karima, 2019)

### 3. Mobilisasi

#### a. Pengertian

Mobilisasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2012). Mobilisasi dini didefinisikan sebagai program perubahan posisi dari tempat tidur ke kursi, dari tempat tidur untuk berdiri, atau dari tempat tidur untuk

berjalan ditambahkan ke perawatan konvensional sementara di rumah sakit (Cortes, 2019).

Carpenito (2012) menjelaskan bahwa mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan pencegahan terjadinya komplikasi pasca bedah, mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari lama rawat dan mengurangi resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan atau penegangan otot-otot diseluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernafasan, dan gangguan peristaltik maupun berkemih. Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Alimul, 2009)

#### b. Pengkajian

Pengkajian mobilisasi menurut Potter dan Perry (2015) adalah sebagai berikut :

- 1) Rentang gerak, merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potong tubuh, sagital, frontal, dan transversal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan dan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah. Mobilisasi sendi disetiap potongan dibatasi oleh ligamen, otot, dan kontruksi sendi. Beberapa gerakan sendi adalah spesifik untuk setiap potongan. Pada potongan sagital, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi (jari-jari tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul).
- 2) Gaya berjalan, istilah gaya berjalan digunakan untuk menggambarkan cara utama atau gaya ketika berjalan (Potter dan Perry, 2015).

- 3) Kesejajaran tubuh pengkajian kesejajaran tubuh dapat dilakukan pada klien yang berdiri, duduk atau berbaring

c. Manfaat Mobilisasi

Beberapa tujuan dari mobilisasi menurut Susan J.Garrison (2014), antara lain:

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh

Gerakan-gerakan dalam mobilisasi dini mempunyai banyak manfaat. Banyak manfaat yang dapat diperoleh dari mobilisasi dini, diantaranya adalah mempertahankan fungsi tubuh agar tetap berfungsi dengan baik, memperlancar peredaran atau sirkulasi darah, membantu pernafasan agar lebih baik sehingga aktivitas pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian. Gerakan-gerakan dalam mobilisasi dini tersebut dapat membantu memulihkan pemulihan ibu pasca persalinan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Dube (2014), bahwa ambulasi dini merupakan strategi yang efektif untuk manajemen pada pasien IMA.

- 2) Memperlancar peredaran darah

Mobilisasi dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota tubuh badan akan mencegah kekuatan otot dan sendi, sehingga dapat mengurangi nyeri dan dapat memperlancar peredaran darah kebagian yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka menjadi cepat. Hal ini sejalan dengan carpenito (2015) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat pembedahan adalah mobilisasi.

- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik

Adanya perbedaan intensitas nyeri responden disebabkan oleh karena pemberian teknik relaksasi nafas dalam itu sendiri, jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat berkurang/optimal dan pasien sudah merasa nyaman disbanding sebelumnya, sebaliknya jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tidak benar, maka nyeri yang dirasakan sedikit berkurang namun masih terasa nyeri dan pasien merasa tidak nyaman dengan keadaannya. Hal ini dapat mempengaruhi intensitas nyeri, karena jika teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang akan dapat

menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Jika seseorang mampu meningkatkan toleransinya terhadap nyeri maka seseorang akan mampu beradaptasi dengan nyeri, dan juga akan memiliki pertahanan diri yang baik pula (Lukman 2013).

#### 4) Mempertahankan tonus otot

Menurut Karunia (2016) dengan adanya dukungan keluarga akan membuat penderita stroke tidak mengalami depresi. Keluarga bertindak sebagai perantara antara penderita stroke dengan pelayanan kesehatan, membantu penderita apabila mengalami kesulitan dalam melakukan suatu hal. Dukungan ini juga berarti pemberian motivasi sehingga penderita akan lebih giat berlatih dan keinginan untuk sembuh akan muncul. Maka dari itu, diharapkan bagi keluarga untuk terus memberikan dukungan berupa motivasi bagi penderita stroke karena dapat memberikan dampak yang positif bagi penderita untuk mau terus melakukan latihan range of motion yang berguna untuk memulihkan keadaannya.

Dalam penelitian Pongantung H, Sampe Anita, (2018) mengatakan bahwa penderita stroke harus di mobilisasi sedini mungkin. Salah satu mobilisasi dini yang dapat segera dilakukan adalah pemberian latihan range of motion yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien pasca stroke Menurut Garrison (2003) dalam penelitian Derison dan Surani (2016) kontraktur merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan kemampuan rentang gerak sendi pada penderita stroke. Menurut Lewis (2007) dalam penelitian Derison dan Surani (2016) Mengemukakan bahwa atropi otot karena kurangnya aktivitas dapat terjadi hanya dalam waktu kurang dari satu bulan setelah terjadinya serangan stroke. Namun dengan pemberian latihan range of motion dengan rutin dan sedini mungkin pada bagian tubuh yang mengalami kelemahan ataupun kekakuan sendi, akan memberikan perubahan yang berfungsi melemaskan sendi-sendi yang telah kaku. Latihan range of motion dilakukan dengan tujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Jaringan otot yang memendek akan memanjang secara perlahan apabila dilakukan latihan range of motion dan

jaringan otot akan mulai beradaptasi untuk mengembalikan panjang otot kembali normal (Murtaqib, 2013)

- 5) Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- 6) Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- 7) Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

d. Indikasi

Program mobilisasi dini dapat dilakukan pada pasien penyait jantung, menurut Horey dalam Khoidriyati (2011)

- 1) Pasca IMA, angina pektoris stabil, penyakit jantung koroner tanpa keluhan multiple faktor risiko
- 2) Pasien pasca bedah bypass dan PTCA
- 3) Pasca bedah katup dan korektif pada kelainan jantung

Indikasi untuk latihan rentang gerak menurut Potter,P (2015).

- 1) Stroke atau penurunan tingkat kesadaran

Salah satu efek yang ditimbulkan pada anestesi umum adalah efek anesthesia yaitu analgesia yang disertai hilangnya kesadaran (Zunlida dalam Sulistia, 2017).

- 2) Kelemahan otot

Menurut Zunlida dalam Sulistia (2017) salah satu efek dari trias anesthesia adalah efek relaksasi otot.

- 3) Fase rehabilitasi fisik

Beberapa fisioterapis menempatkan latihan pasif sebagai *preliminary exercise* bagi pasien yang dalam fase rehabilitasi fisik sebelum pemberian terapi latihan yang bersifat *motor relearning* (Irfan, 2012).

- 4) Klien dengan tirah baring lama

Pemberian terapi latihan berupa gerakan pasif sangat bermanfaat dalam menjaga sifat fisiologis dari jaringan otot dan sendi pada pasien dengan tirah baring lama. Jenis latihan mobilisasi dapat diberikan sedini mungkin untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi, dan lain-lain (Irfan, 2012). Pada pasien kardiovaskuler dapat menurunkan terjadinya stroke.

e. Kontraindikasi

Selain indikasi pasien penyakit jantung ada pengecualian atau kontra indikasi yang harus diperhatikan, menurut Hoery (2011), yaitu :

- 1) Angina pectoris yang tidak stabil
  - 2) Tekanan darah sistolik diatas 200 mmHg atau tekanan darah diatas diastolik diatas 100 mmHg
  - 3) Penyakit sistemik akut atau demam
  - 4) Artimia ventrikel atau aritmia atrial yang tidak terkontrol
  - 5) Takikardia yang tidak terkontrol (denyut nadi lebih dari 100 kali permenit)
  - 6) Gagal jantung kongestif yang tidak terkompensasi
  - 7) Blok AV derajat 3 tanpa pacu jantung
  - 8) Perikarditis atau miokarditis akut
  - 9) Thromboplebitis
  - 10) EKG istirahat menunjukkan depresi lebih dari 3 mm
  - 11) Problem ortopedi yang tidak mengizinkan latihan
- f. Tahapan

Tahapan mobilisasi menurut Udjianti (2010) adalah sebagai berikut

- 1) Diruang ICCU Hari 1-2
  - a) Latihan
    - (1) Pergerakan fisik semua ekstremitas masing-masing 5 kali diatas tempat tidur
    - (2) Pergerakan aktif pergelangan kaki ke arah plantar dan durasi 10 kali dengan frekuensi 3 kali per hari
  - b) Aktivitas
    - (1) Duduk diursi 2 x 15 menit/hari
    - (2) Makan sendiri
- 2) Diruang ICCU Hari 3-4
  - a) Latihan

Fleksi, ekstensi, rotasi, sendi bahu, siku pinggang dengan bantuan
  - b) Aktivitas
    - 1) Mencuci tangan, menggosok gigi
    - 2) Duduk dikursi 3 x 15 menit/hari

Hasil penelitian Sulistyawati (2019) menunjukkan bahwa pada pasien AMI di ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebelum dilakukan mobilisasi dini bernilai normal sebanyak 11 responden (100%) dan sesudah dilakukan mobilisasi dini bernilai normal sebanyak 11 responden (100%). Tahap-tahap mobilisasi pada pasien IMA menurut Rustam Moechtar (2010), meliputi Tirah baring merupakan salah satu cara menurunkan aktifitas seluruh kebutuhan kerja jantung, volume intravaskuler melalui induksi deuresis berbaring (Hudak & Gallo, 2012). Pasien IMA dengan gejala berat merasa nyaman dengan istirahat. Dengan aktifitas fisik minimal terkadang dapat menimbulkan dispnea. Pembatasan aktifitas pada pasien IMA dapat mempercepat rekompensasi, sehingga dianjurkan secara hati-hati untuk meningkatkan aktifitas atau kegiatan secara teratur (Tierney, 2012).

Waktu untuk melakukan mobilisasi dini dimulai 8 jam sampai 24 jam setelah terbebas dari serangan tanpa ada tanda aritmia, hipotensi, syok ataupun nyeri dada (Black 3 & Jacob, 2012). Pelaksanaan latihan selama 15 menit sampai 20 menit dalam 24 jam. Latihan pada pasien IMA secara teratur dengan menggunakan latihan gaya tubuh baik aktif maupun pasif merupakan modal untuk mewujudkan tujuan perawatan. Bentuk mobilisasi yang digunakan secara pasif menggerakkan anggota gerak, tungkai dan lengan di tempat tidur, gerakan aktif berupa gerakan fleksi ekstensi bahu, siku, dan paha.

Mobilisasi dini berfungsi untuk mencegah dan membatasi sedikit kecemasan dan depresi, mencegah tromboemboli, menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, memperbaiki fungsional kardiovaskuler (Potter & Perry, 2015). Mobilisasi dini tidak segera dilakukan dapat menimbulkan hipovolemi yang menyebabkan viskositas darah meningkat sehingga mudah terjadinya emboli, ventilasi paru akan berkurang akibat mengecilnya volume paru, kekuatan kontraksi otot dan jumlah massa otot rangka akan menurun (Black & Jacobs, 2012). Sehingga peran perawat dalam mobilisasi dini penting dalam tercapainya tujuan kesembuhan, bimbingan perawat dan intervensinya yang intensif dapat mengurangi kekambuhan penyakit (Lefrandt, 2014).

Mobilisasi dalam penelitian ini dilakukan setelah pasien tidak mengalami nyeri. Tahapan mobilisasi yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan modifikasi dari Udjianti (2010), Black dan Jacob (2012) dan Cortez (2019),



dengan rincian tahapan yaitu pasien di tempat tidur latihan flexi ekstensi rotasi kepala, pasien di tempat tidur menggerakkan pergelangan kaki sebanyak 5 kali di tempat tidur, menggerakkan flexi ekstensi tangan sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan kaki flexi ekstensi 5 kali ditempat tidur, menggerakkan leher flexi ekstensi sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan bahu rotasi di tempat tidur, duduk diatas tempat tidur melakukan aktivitas (makan sendiri dan gosok gigi)

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Menurut Kozier, 2012, faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi pada pasien IMA dapat segera terlaksana antara lain :

1) Pengetahuan

Hasil penelitian juga ditemukan responden dengan tingkat pengetahuan baik tetapi tidak melakukan mobilisasi dini. Hal ini terjadi karena responden merasa tubuhnya lemah, responden juga mendapatkan pengawaasan ketat setelah serangan IMA karena nilai ECG yang tidak normal dan nilai laboratorium yang tinggi. Walaupun responden mempunyai pengetahuan baik, dokter menyarankan untuk tirah baring sehingga responden tidak melakukan mobilisasi dini. Tingkat kekambuhan pada pasien IMA dapat berkurang dengan adanya mobilisasi dini, pengetahuan dan konseling untuk pasien IMA, seperti memberikan dukungan dan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang penyakit jantung, memberi semangat pasien untuk taat terhadap program aktivitas dirumah dan program berjalan, program edukasi dan memberi semangat terhadap pasien dan pasangannya untuk patuh terhadap program latihan di rumah sakit, serta dukungan dari anggota keluarga untuk membantu perubahan sikap dan perilaku hidup pasien IMA (Tedjasukmana, 2010)

2) Gaya hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

3) Proses penyakit atau trauma

Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya; seorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit atau nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lambat. Ada kalanya klien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu.

4) Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

5) Tingkat energi

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

6) Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja.

7) Peran keluarga, terutama orang tua

Dukungan dan motivasi dalam keluarga yang kuat akan memicu pasien untuk berani melakukan mobilisasi dini pasca operasi. Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh. Perubahan gerakan dan posisi ini harus diterangkan pada pasien atau keluarga yang menunggu. Pasien dan keluarga akan dapat mengetahui manfaat mobilisasi, sehingga akan berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi.

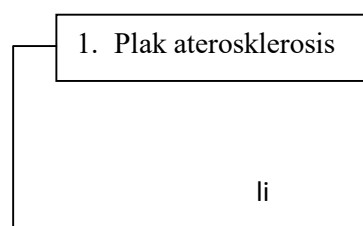
4. Mobilisasi Pasien IMA

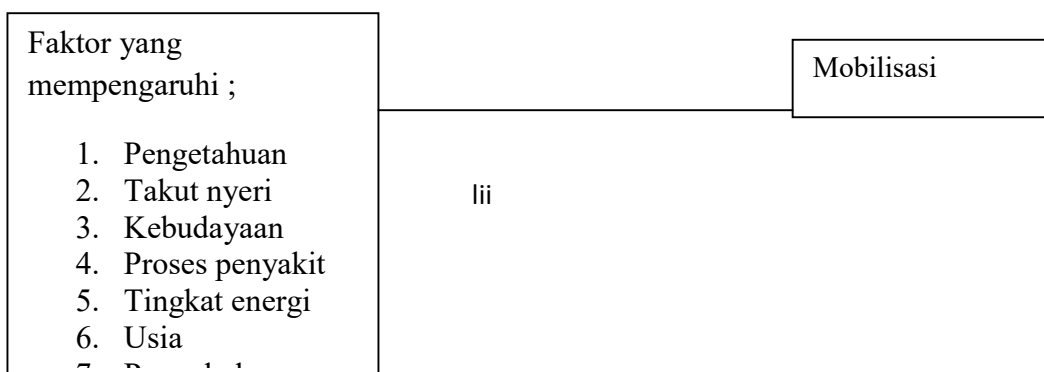
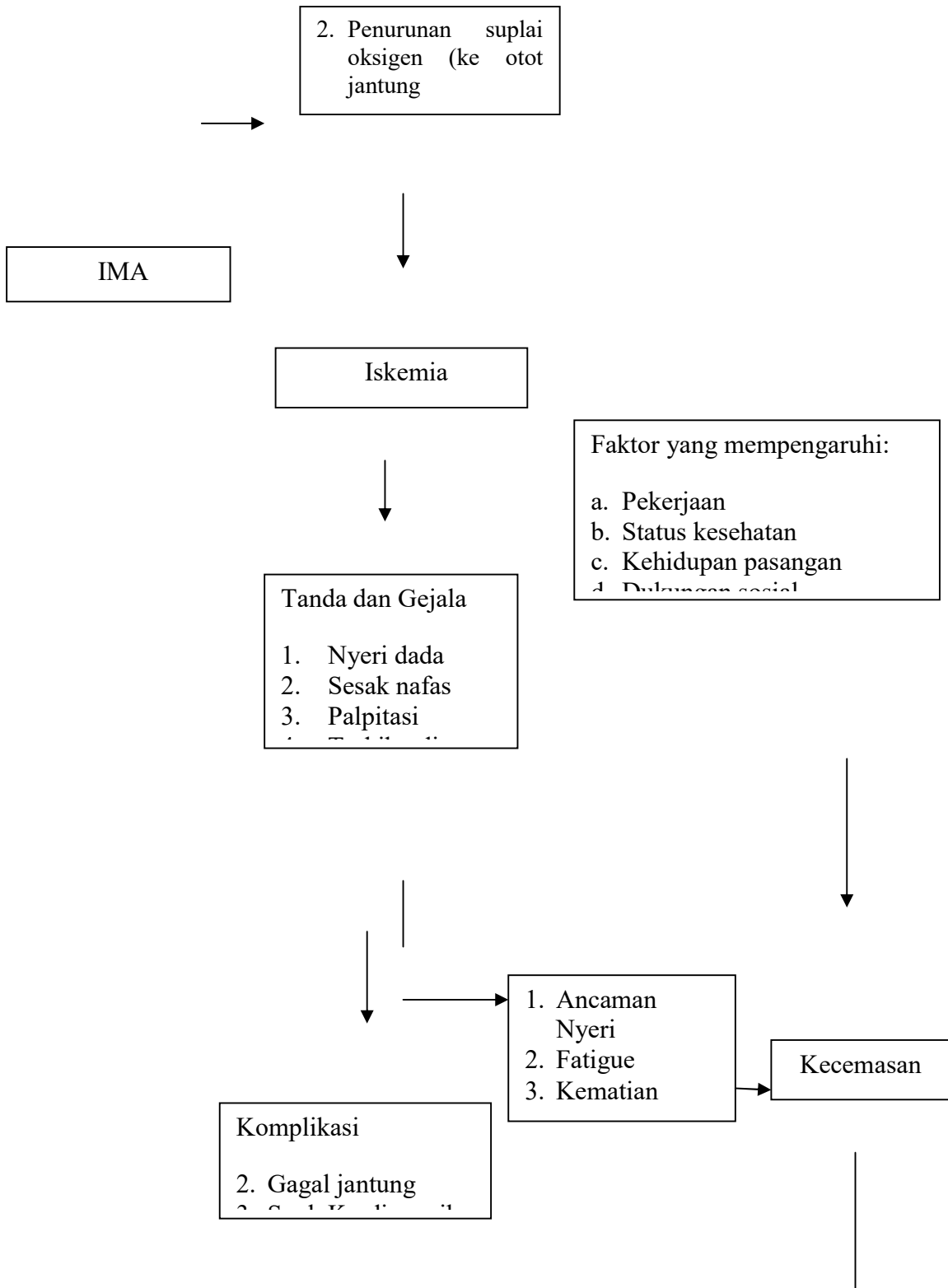
Mobilisasi dini pada pasien AMI seringkali diabaikan dan tidak ditatalaksana dengan baik sejak awal perawatan di rumah sakit. Hal ini akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai berkurangnya kemampuan gerak (immobilisasi), dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi acute confusional state (sindrom delirium). Kondisi terparah apabila kebijakan mobilisasi dini tidak dilakukan pada pasien AMI adalah pasien

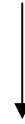
harus mengalami imobilisasi lama yang pada gilirannya menimbulkan berbagai komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot, dan sebagainya. Melihat kondisi tersebut, maka identifikasi dan penatalaksanaan mobilisasi sedini mungkin sangat diperlukan pada pasien AMI untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat penyakit AMI tersebut. Mobilisasi dini pasien kritis dapat meningkatkan kekuatan otot, menurunkan stres oksidasi dan inflamasi, selama beraktivitas atau latihan akan memaksimalkan 60%-75% intake oksigen dan meningkatkan produksi antioksidan (Nofiyanto & Adhinugrah, 2016).

Program mobilisasi dini yang saat ini dikembangkan oleh perawat dapat meningkatkan tidak hanya fisik dan hasil jantung, tetapi juga mental dan psikologis kesejahteraan sebelum pulang dari rumah sakit (Rifai, 2015). Terapi mobilisasi dini sangat bermanfaat bagi pasien AMI, akan tetapi pelaksanaan mobilisasi dini oleh perawat harus didasarkan pada tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan individual. Selain itu, hal yang penting untuk diperhatikan oleh perawat adalah bahwa program mobilisasi dini sebaiknya dimonitor berdasarkan target tekanan darah dan *perceived exertion* (Yenni, Nurchayati & Sabrian, 2015). Hal ini sangat diperlukan untuk mengoptimalkan status kesehatan pada pasien AMI. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Asgari, et.al. (2015) dibuktikan bahwa program mobilisasi dini dapat mengurangi denyut jantung dan tidak menyebabkan perubahan tekanan darah. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan program mobilisasi dini dalam perawatan pasien AMI sangat disarankan.

## B. Kerangka Teori







1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Potter dan Perry (2010) dan Burnner dan Smeslser (2010) dan Hawari (2013)

### C. Hipotesa

Sugiyono (2013), mengatakan perumusan hipotesis merupakan langkah ketiga dalam penelitian setelah mengemukakan kerangka berpikir dan landasan teori. Hipotesis merupakan jawaban sementara dari permasalahan yang akan diteliti. Hipotesis disusun dan diuji untuk menunjukkan benar atau salah dengan cara terbebas dari nilai dan pendapat peneliti yang menyusun dan mengujinya. Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, penulis dapat merumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

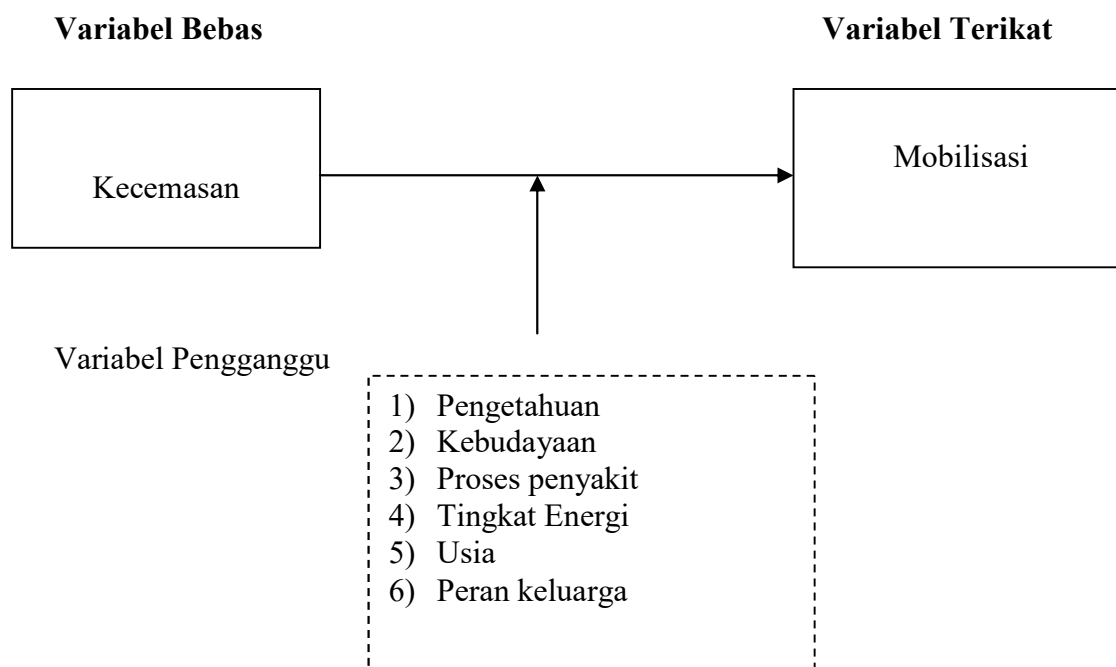
Ha : ada hubungan tingkat kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Ho : tidak ada hubungan tingkat kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan tingkat kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

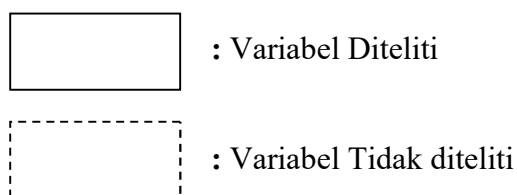
### BAB III METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep



**Gambar 3.1. Kerangka Konsep**

Keterangan :



#### B. Desain Penelitian

Desain penelitian ini merupakan penelitian diskriptif analitik. Diskriptif analitik adalah suatu penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang realitas pada obyek yang diteliti secara obyektif (Sugiyono, 2011 h45). Pendekatan yang digunakan *cross sectional*, yaitu desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan variabel dependen diidentifikasi pada satu satuan waktu (Dharma, 2011). Tiap subjek penelitian hanya

diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan antara tingkat kecemasan dengan mobilisasi

### C. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien IMA di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bulan Januari sampai dengan Juni 2019, dengan rata-rata setiap bulan 20 orang.

#### 2. Besar Sampel

Rumus ukuran besar sampel untuk penelitian *cross sectional* menggunakan rumus Slovin

$$n = N / (1 + (N \times e^2))$$

$$\text{Sehingga: } n = 38 / (1 + (38 \times 0,05^2))$$

$$n = 38 / (1 + (38 \times 0,0025))$$

$$n = 38 / (1 + 0,095)$$

$$n = 38 / 1,095$$

$$n = 34$$

Jadi sampel penelitian ini berjumlah 34 orang.

#### 3. Teknik Sampling

Sampel penelitian ini adalah sebagian dari keseluruhan subjek penelitian (Sugiyono, 2012). Sampel penelitian adalah pasien IMA yang berkunjung di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Metode pengambilan sampel yang digunakan dengan teknik *accidental sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan subjek yang kebetulan ditemui (Notoatmodjo, 2014).

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi setiap masing-masing anggota populasi yang akan dijadikan sampel (Notoatmodjo, 2014). Nursalam menjelaskan kriteria inklusi adalah karakteristik umum dari

suatu populasi target yang akan dijadikan subjek penelitian. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah

- 1) Pasien IMA berdasarkan diagnosa NStemi dan Stemi
- 2) Pasien dengan kecemasan tidak cemas, ringan dan sedang
- 3) Pasien yang berusia 45-59 tahun
- 4) Pasien setelah bebas nyeri
- 5) Pasien sudah mendapatkan edukasi mobilisasi
- 6) Bersedia menjadi responden
- 7) Bisa membaca dan menulis

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak bisa dijadikan sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2014). Nursalam menjelaskan kriteria eksklusi adalah mengeluarkan atau menghilangkan beberapa subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian dikarenakan sebab-sebab tertentu.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah

- 1) Pasien IMA dengan komplikasi stroke
- 2) Pasien IMA gagal jantung

.Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan mengambil data dari rekam medis, pasien IMA berdasarkan diagnosa Nstemi dan Stemi

#### **D. Variabel Penelitian**

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2012). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Variabel Bebas (Pengaruh / *Independent Variable*)

Variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2012). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu Tingkat Kecemasan.

2. Variabel Terikat (Terpengaruhi / *Dependent Variable*)

Variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2012). Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu Mobilisasi

3. Variabel Pengganggu



Variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan variabel yang sedang diteliti (Sugiyono, 2012). Variabel pengganggu pada penelitian ini meliputi :

- a. Pengetahuan dikendalikan dengan memilih responden yang sudah mendapatkan informasi tentang mobilisasi pasien IMA
- b. Gaya hidup tidak dikendalikan.
- c. Kebudayaan dikendalikan dengan budaya Indonesia
- d. Proses penyakit dikendalikan dengan pasien IMA tidak mengalami stroke
- e. Tingkat energi tidak dikendalikan
- f. Usia dikendalikan dengan usia 45-59 tahun
- g. Peran keluarga tidak dikendalikan

## E. Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati dan diteliti (Notoatmodjo, 2014).

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Tingkat Kecemasan Pasien IMA	Kecemasan adalah perasaan khawatir, perasaan tidak nyaman atau ketakutan tidak jelas dan gelisah berlebihan yang dirasakan oleh pasien yang tersirat dalam menjawab kuesioner yaitu cemas, khawatir, gelisah	Kuesioner DASS ( <i>Depression, anxiety, stress scale</i> ) yang terdiri dari 14 pernyataan	Skor mengenai kecemasan pasien angina pectoris dikategorikan 1. Normal = 0-7 2. Ringan : 8-9 3. Sedang : 10-14	Ordinal
2	Mobilisasi gerak	Latihan mobilisasi yang dilakukan mandiri oleh pasien yang menderita IMA setelah mendapatkan edukasi tentang mobilisasi	Lembar Observasi dari Udjanti dan Jacob (2013)	1. Ya : Jika semua dapat dilakukan atau skor 4 2. Tidak ; jika hanya dapat melakukan saja (<4)	Nominal

## F. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dan waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2019

## G. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti akan melakukan prosedur yang berkaitan dengan etika penelitian (Hidayat, 2009) meliputi :

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan yang memenuhi kriteria inklusi eksklusi. Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada pasien IMA setelah menjelaskan manfaat penelitian dan apabila responden menolak atau tidak bersedia menjadi pasien maka peneliti tidak berhak memaksa dan tetap menghormati hak pasien. Dalam penelitian ini semua responden menandatangani informed consent yang disediakan peneliti.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

*Anonymity* merupakan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan peneliti hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

*Confidentiality* merupakan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua data yang telah terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset dan data yang diperoleh akan dipergunakan hanya untuk keperluan penelitian.

## **H. Instrumen Penelitian**

Saryono (2011) menyebutkan bahwa instrumen merupakan suatu alat ukur yang dikembangkan untuk menerjemahkan variabel yang dipergunakan dalam mengungkap data suatu penelitian. Instrumen penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam sebuah penelitian karena menentukan keakuratan data yang diperoleh. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berupa pertanyaan tertutup untuk memperoleh data tentang dukungan keluarga dan tingkat kecemasan.

1. Instrumen A : Data Demografi

Instrumen A meliputi kuesioner demografi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita IMA.

2. Instrumen B : Kuesioner Kecemasan

Kuesioner B yaitu kuesioner DASS (*Depression Anxiety and Stress Scale*) yang dikembangkan oleh Lovibond, S.H dan Lovibond P.F pada tahun 1995. Kuesioner DASS terdiri atas 42 item pernyataan yang mengukur general *psychological distress* seperti depresi, kecemasan dan stres. Kuisisioner untuk penelitian ini menggunakan item untuk penilaian kecemasan yang memiliki 14 item pernyataan. Pernyataan yang mengukur tentang kecemasan terdapat pada item 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Jawaban tes DASS ini terdiri atas 4 pilihan yang disusun dalam bentuk skala yaitu 0 = tidak pernah, 1 = kadang-kadang, 2 = sering, 3 = sangat sering. Nilai yang diperoleh dari respon responden akan ditotal dan dikategorikan sesuai dengan tingkat gangguan psikologis responden. Respon tingkat kecemasan dikategorikan menjadi 5 yaitu nilai 0-7 = normal, 8-9 = kecemasan ringan, 10-14 = kecemasan sedang, 15-19 kecemasan berat,  $\geq 20$  kecemasan sangat berat.

**Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner**

No	Pernyataan	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	Jumlah
1	Cemas	1, 2, 3, 4	0	4
2	Khawatir	5, 6, 7, 8	0	4
3	Gelisah	9, 10, 11, 12, 13, 14	0	6
	Jumlah	14	0	14

Respon tingkat kecemasan dikategorikan menjadi 5 yaitu

- a. Nilai 0-7 = normal
- b. Nilai 8-9 = kecemasan ringan
- c. Nilai 10-14 = kecemasan sedang
- d. Nilai 15-19 kecemasan berat
- e. Nilai  $\geq 20$  kecemasan sangat berat

### 3. Instrumen C (Lembar Observasi Mobilisasi Dini)

Lembar observasi menggunakan tahapan mobilisasi menggunakan modifikasi dari Udjianti (2010), Black dan Jacob (2012), Cortes (2019) yang meliputi selama 15 menit sampai 20 menit. Latihan dilakukan setelah pasien tidak nyeri dengan tahapan hari 1-2 melakukan pergerakan tangan dan kaki, hari selanjutnya duduk diatas tempat tidur. Latihan pada pasien IMA secara teratur dengan menggunakan latihan gaya tubuh baik aktif maupun pasif merupakan modal untuk mewujudkan tujuan perawatan. Bentuk mobilisasi yang digunakan secara pasif menggerakkan anggota gerak, tungkai dan lengan di tempat tidur, gerakan aktif berupa gerakan fleksi ekstensi bahu, siku, dan paha. Lembar observasi dengan pilihan jawaban ya bila dilakukan

diberi skor 1 dan tidak bila tidak dilakukan diberi skor 0. Kategori mobilisasi dibagi menjadi 2 yaitu ya apabila melakukan lebih dari sama dengan 4 tahap dan tidak apabila kurang dari 4 tahap.

## **I. Uji Validitas dan Reliabilitas**

### **1. Uji Validitas**

Sugiyono (2012) menjelaskan instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid. Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur.

### **2. Uji Reliabilitas**

Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010).

Instrumen dalam penelitian ini tidak dilakukan uji validitas karena instrumen merupakan instrumen yang baku dan sudah dibukukan.

### **1. Instrumen Kecemasan**

Pengujian validitas aitem DASS, harapan dan resiliensi menggunakan korelasi product moment. Hasil uji validitas aitem DASS menunjukkan semua 44 aitem valid atau koefisien korelasi  $\geq 0,25$  Nilai korelasi aitem-total untuk DASS berkisar dari 0,294 – 0,613. Hasil uji validitas aitem harapan menunjukkan 8 aitem valid atau koefisien korelasi  $\geq 0,25$  Nilai korelasi aitem-total untuk harapan berkisar dari 0,597 – 0,802 ( $>0,25$ ). Hasil uji validitas aitem resiliensi menunjukkan 26 aitem atau koefisien korelasi  $\geq 0,25$  Nilai korelasi aitem-total untuk resiliensi berkisar dar 0,269 – 0,692 ( $>0,25$ )

Pengujian reliabilitas aitem DASS, menggunakan koefisien alpha cronbach. Hasil uji koefisien alpha cronbach DASS-stres, DASS-kecemasan, DASS-depresi dan DASS-total (0,790; 0,781; 0,794; dan 0,900). Sedangkan hasil uji koefisien alpha cronbach harapan, yaitu 0,874 dan resiliensi, yaitu 0,855.

### **2. Instrumen Mobilisasi**

Lembar observasi mobilisasi keperawatan dan bentuk grafik-abstraksi dikembangkan berdasarkan instrumen yang digunakan dalam penelitian sebelumnya

dan dari formulir (Alderson, 1979; Wholey, Hatry, & Newcomer, 1994) dalam Bacl dan Jacob, 2015).

Tahapan mobilisasi yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan modifikasi dari Udjianti (2010), Black dan Jacob (2012) dan Cortez (2019), dengan rincian tahapan yaitu pasien di tempat tidur latihan flexi ekstensi rotasi kepala, pasien di tempat tidur menggerakkan pergelangan kaki sebanyak 5 kali di tempat tidur, menggerakkan flexi ekstensi tangan sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan kaki flexi ekstensi 5 kali ditempat tidur, menggerakkan leher flexi ekstensi sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan bahu rotasi di tempat tidur, duduk diatas tempat tidur melakukan aktivitas (makan sendiri dan gosok gigi)

Sebelum digunakan, alat pengumpulan data (lembar observasi) dan bentuk abstraksi grafik) diujicobakan pada sampel kecil pasien dengan karakteristik yang mirip dengan populasi penelitian. Lembar observasi mobilisasi dimodifikasi sesuai dengan umpan balik dari perawat dan manajer klinis yang mengujinya. Penyesuaian dilakukan pada struktur dan isi formulir meningkatkan pengumpulan data. Peneliti perawat mengunjungi setiap ICCU dua kali sebelumnya penelitian mulai menjawab pertanyaan perawat tentang pencatatan mobilisasi pasien. Instrumen ini sudah dilakukan uji validitas oleh Nurani (2016) menggunakan tahapan mobilisasi dari Black dan Jacob (2015) dengan nilai  $r$  hitung 0,728 dan nilai  $\alpha = 0,873$ .

Perawat pendidik di setiap ICCU memperkuat instruksi untuk staf perawat tentang penyelesaian lembar alur mobilisasi. Observasi dilakukan peneliti, di ICCU dengan perbedaan potensial dalam pola praktik ditingkatkan validitas eksternal

## **J. Jalannya Penelitian**

Penelitian dilakukan dengan beberapa tahap, tahap pelaksanaan penelitian dari persiapan hingga akhir penelitian yaitu :

### **1. Tahap persiapan**

Tahap persiapan dimulai dengan

- a. Peneliti mencari permasalahan yang ada disekitar lingkungan lokasi peneliti, kemudian dijadikan prioritas masalah
- b. Mengajukan judul penelitian
- c. Melakukan studi pendahuluan
- d. Melakukan *review literatur*

- e. Menyusun proposal penelitian
  - f. Melakukan seminar proposal
  - g. Mempersiapkan alat ukur yang berupa kuesioner
  - h. Mengurus izin untuk penelitian
2. Tahap pelaksanaan
- Peneliti pada tahap pelaksanaan melakukan
- a. Peneliti mengurus perijinan ke RSUP RSST Klaten
  - b. Peneliti melakukan sosialisasi ke tempat penelitian
  - c. Peneliti menentukan responden menggunakan teknik pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling*. Peneliti memilih sampel dengan memilih sesuai kriteria yang peneliti buat, responden yang sesuai dengan kriteria dijadikan sampel penelitian.
  - d. Pelaksanaan penelitian dimulai dengan pasien datang dari IGD atau poli jantung sudah terdiagnosa Stemi dan NSTemi, usia 45-65 tahun, tidak ada komplikasi dan bebas nyeri dengan *informed consent*, kemudian dijelaskan maksud dan tujuan penelitian. Pasien diberikan edukasi tentang mobilisasi. pasien di tempat tidur latihan flexi ekstensi rotasi kepala, pasien di tempat tidur menggerakkan pergelangan kaki sebanyak 5 kali di tempat tidur, menggerakkan flexi ekstensi tangan sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan kaki flexi ekstensi 5 kali ditempat tidur, menggerakkan leher flexi ekstensi sebanyak 5 kali ditempat tidur, menggerakkan bahu rotasi di tempat tidur, duduk diatas tempat tidur melakukan aktivitas (makan sendiri dan gosok gigi) dan didapatkan 34 responden. Untuk kuesioner kecemasan dilakukan dengan wawancara pada pasien dan peneliti tinggal memberikan nilai.
  - e. Responden yang sesuai dengan kriteria dijelaskan tentang tujuan dan manfaat penelitian, selanjutnya responden mengisi lembar penjelasan penelitian dan menandatangani *informed consent* sebagai bukti bahwa bersedia menjadi responden
  - f. Peneliti kemudian memberikan informasi tentang cara pengisian kuesioner A, B dan C dengan ditunggu pada waktu pengisian kuesioner dan setelah itu dilakukan observasi mobilisasi selama 3 hari.

### 3. Tahap akhir

Peneliti pada tahap akhir melakukan pengolahan dan analisis data secara komputerisasi. Peneliti melakukan penyusunan laporan hasil dan kemudian melakukan sidang hasil penelitian, penjilidan dan terakhir pengumpulan hasil penelitian.

## K. Metode Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Metode Pengolahan Data

Hidayat (2009) menjelaskan pengolahan data penelitian dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

#### a. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Peneliti melakukan *editing* dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh meliputi : kebenaran pengisian, dan kelengkapan jawaban kuesioner. Dalam penelitian ini semua kuesioner lengkap sudah diisi oleh responden

#### b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Peneliti membuat code pada tiap item pernyataan kuesioner kecemasan dan interaksi sosial. Pemberian kode dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan data.

##### 1) Jenis Kelamin

- a) Laki-laki diberi kode 1
- b) Perempuan diberi kode 2

##### 2) Pendidikan

- a) SD diberi kode
- b) SMP diberi kode 2
- c) SMA diberi kode 3
- d) Perguruan Tinggi diberi kode 4

##### 3) Pekerjaan

- a) Tidak Bekerja diberi kode 1
- b) Bekerja diberi kode 2

- 4) Kecemasan
  - a) Kecemasan meliputi normal diberi kode 1
  - b) Kecemasan ringan diberi kode 2
  - c) Kecemasan sedang diberi kode 3.
- 5) Mobilisasi
  - a) Ya diberi kode 1
  - b) Tidak diberi kode 2

c. *Entry data*

Entri data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau data base komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi. Peneliti memasukkan data ke komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis univariat dan bivariat.

d. Melakukan teknis analisis

Teknik analisis adalah kegiatan melakukan analisis data penelitian menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Peneliti melakukan teknik analisis data penelitian dengan bantuan komputer.

2. Analisis Data

Setelah data terkumpul, peneliti selanjutnya melakukan analisis data sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik dari variabel (Notoatmojo, 2012). Analisis univariat dalam penelitian ini :

**Tabel 3.3. Analisis Univariat**

Variabel	Data	Uji statistik
Umur	Numerik	Mean, Min, Maks, SD
Jenis kelamin	Kategori	Prosentase
Pendidikan	Kategori	Prosentase
Pekerjaan	Kategori	Prosentase
Tingkat Kecemasan	Kategori	Persentase
Mobiliasi	Kategori	Prosentase



b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan menggunakan chi square dengan syarat skala ordinal dan nominal.

**Tabel 3.4 Analisis Bivariat**

Variabel Bebas	Skala	Variabel Terikat	Skala	Teknik Analisis
Kecemasan	Ordinal	Mobilisasi	Nominal	<i>Chi square</i>

Kesimpulan dalam uji chi square karena menggunakan skala ordinal >< nominal ini didapatkan dengan cara membandingkan hasil p hitung. Hasil penelitian menunjukkan nilai p value < 0,05 jadi ada hubungan tingkat kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Soeradji Tirtonegoro didirikan pada tanggal 20 Desember 1927, secara bersama-sama oleh perkebunan-perkebunan (*onderneming*) milik Pemerintah Belanda yang terdiri dari perkebunan tembakau, tebu dan rami. Saat itu rumah sakit tersebut bernama Dr. Scheurer Hospital yang dipimpin oleh Dr. Bakker, dimana pengelolaannya dilaksanakan oleh Zending Kristen yang antara lain bergerak dibidang kesejahteraan umat.

RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terletak di Kabupaten Klaten yang berada kurang lebih 30 km di sebelah timur kota Yogyakarta dan kurang lebih 40 km di sebelah barat kota Surakarta. Rumah sakit tersebut merupakan Rumah Sakit pemerintah yang dikelola langsung oleh Departemen Kesehatan dengan luas bangunan 16.234,74 m<sup>2</sup> yang berdiri di atas tanah seluas 50.572 m<sup>2</sup>.

Pada saat ini RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro memberikan pelayanan kesehatan dalam berbagai jenis spesialisasi yaitu penyakit dalam, penyakit anak, bedah, kebidanan dan penyakit kandungan, mata THT. Penyakit kulit dan kelamin, penyakit syaraf, bedah ortopedi, radiologi, patologi klinik. Patologi anatomi, anestesi rehabilitasi medis, kesehatan jiwa, kesehatan jantung dan pembuluh darah, psikosomatis bedah syaraf, bedah urologi dan pelayanan pengobatan komplementer dan alternatif.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai 375 tempat tidur terdiri dari ruang perawatan VIP, kelas I, kelas II dan III dengan kunjungan instalasi rawat jalan 137.223 orang, IRD sebanyak 20.975 dan penderita Jamkesmas yang rawat inap 9.964 orang pada tahun 2010. Penelitian dilakukan di ruang Melati 4 sebanyak 45 orang, Melati 2 sebanyak 15 orang, Dahlia sebanyak 25 orang dan poli jantung sebanyak 10 orang.

## B. Hasil Penelitian

Adapun hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

### 1. Analisis Univariat

Analisa univariat untuk mengetahui karakteristik responden yaitu umur, pendidikan dan pekerjaan

#### a. Karakteristik Responden

##### 1) Umur

**Tabel 4.1 Rerata Umur Responden di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019 (n=20)**

	n	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Umur	34	45	65	51,52	7,71

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah  $51,52 \pm 7,71$  tahun. Umur termuda dalam penelitian ini adalah 45 tahun dan tertua 65 tahun.

##### 2) Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019 (n=20)**

No	Karakteristik	Frekuensi	(%)
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	10	29,4
	Laki-laki	24	70,6
2	Pendidikan		
	SD	9	26,5
	SMP	10	29,4

	SMA	14	41,2
	PT	1	2,9
<b>3</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	Bekerja	24	70,6
	Tidak Bekerja	10	29,4
	<b>Jumlah</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Tabel 4.2 menunjukkan jenis kelamin responden paling banyak adalah laki-laki sebanyak 24 orang (70,6%). Pendidikan sebagian besar dengan pendidikan SMA sebanyak 14 orang (41,2%). Responden sebagian besar adalah bekerja sebanyak 24 orang (70,6%)

**b. Tingkat kecemasan Responden.**

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi tingkat kecemasan responden di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019 (n=34)**

No	Tingkat Kecemasan	Frekuensi	(%)
1	Normal	26	76,5
2	Ringan	2	5,9
3	Sedang	6	17,6
	<b>Jumlah</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan paling banyak tingkat kecemasan responden adalah normal sebanyak 26 orang (76,5%).

**c. Mobilisasi**

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Mobilisasi di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019 (n=34)**

No	Mobilisasi	Frekuensi	(%)
1	Ya	28	82,4
2	Tidak	6	17,6
	Jumlah	34	100

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan paling banyak melakukan mobilisasi sebanyak 28 orang (82,4%)

## 2. Analisis Bivariat

Tabel 4.5 Hasil Analisis Chi Square Hubungan tingkat kecemasan dengan mobilisasi responden di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019 (n=20)

Kecemasan	Mobilisasi				Total		$\chi^2$	P
	Ya		Tidak		f	%		
	f	(%)	f	(%)				
Normal	26	76,5	0	0	26	76,5		
Ringan	2	5,9	0	0	2	5,9	34,000	0,000
Sedang	0	0	6	17,6	6	17,6		
Jumlah	28	82,4	6	17,6	34	100		

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan dari 34 responden dengan tingkat kecemasan normal sebanyak 26 orang (76,5%) semuanya melakukan mobilisasi. Responden dengan cemas ringan sebanyak 2 orang (5,9%) melakukan mobilisasi dan sebanyak 6 orang (17,6%) dengan kecemasan sedang semuanya tidak melakukan mobilisasi. Hasil analisis statistik menggunakan *chi square* didapatkan nilai p value = 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) jadi  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan kecemasan dengan mobilisasi pada pasien IMA

## PEMBAHASAN

### A. Analisis Univariat

#### 1. Umur

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah  $51,52 \pm 7,71$  tahun. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata usia pasien IMA di ICCU RSUP dr. Soeradji Tioetnegoro Klaten adalah termasuk dalam usia dewasa. Dilihat dari rentang usia termuda adalah 45 tahun dan tertua adalah 65 tahun. Hal ini menunjukkan usia responden antara 45-65 tahun. Hal ini berarti termasuk dalam kategori usia dewasa dan lansia. Usia yang bertambah tua (dewasa) berpengaruh pada risiko penyakit kardiovaskuler, usia menyebabkan perubahan pada jantung dan pembuluh darah (Overbaugh, 2009). Hal ini disebabkan proses aterosklerosis lebih intensif dan mulai memunculkan gejala pada saat proses penuaan.

Price (2010), mengatakan insidensi sindrom koroner akut yang menimbulkan gejala angina meningkat lima kali lipat dari usia 40 sampai 60 tahun. Hal ini telah dibuktikan adanya hubungan antara umur dan kematian akibat PJK. Sebagian besar kasus kematian terjadi pada laki-laki umur 35-44 tahun dan meningkat dengan bertambahnya umur. Kadar kolesterol pada laki-laki dan perempuan mulai meningkat umur 20 tahun (Rachmi, 2018)

Hasil ini sesuai dengan Lestari (2015) mengatakan pada laki-laki kolesterol meningkat sampai umur 50 tahun. Pada perempuan sebelum menopause ( 45-60 tahun ) lebih rendah dari pada laki-laki dengan umur yang sama. Setelah menopause kadar kolesterol perempuan meningkat menjadi lebih tinggi dari pada laki-laki. Hasil penelitian sesuai dengan Rachmi (2018) mengatakan bahwa usia pasien IMA antara 40 sampai 68 tahun.

Usia adalah faktor risiko terpenting dan 80% dari kematian akibat penyakit jantung koroner (PJK) terjadi pada orang dengan usia 65 tahun atau lebih, meningkatnya usia seseorang akan semakin tinggi kemungkinan terjadinya penyakit jantung koroner. Peningkatan usia berkaitan dengan penambahan waktu yang digunakan untuk proses pengendapan lemak pada dinding pembuluh darah. Selain itu proses kerapuhan dinding pembuluh tersebut semakin panjang, sehingga semakin tua seseorang maka semakin

besar kemungkinan terserang penyakit jantung koroner (Majid, 2018). Dalam sebuah literatur juga disebutkan bahwa faktor risiko penderita penyakit jantung untuk pria berusia  $\geq 45$  tahun dan wanita  $\geq 55$  tahun atau sudah menopause (LeMone, Burker, & Bauldoff, 2015)

## 2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian pada tabel 4.2 responden paling banyak dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 24 orang (70,6%). Hal ini dikarenakan IMA lebih banyak terkena pada laki-laki, selain itu hormon estrogen dan endogen pada perempuan lebih protektif sehingga dapat meningkatkan status imunitas sebelum menopause, namun setelah menopause perempuan memiliki resiko yang lebih tinggi tetapi tidak sebesar insiden pada laki-laki (Supriyono, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Kristiawan (2017) bahwa penyakit IMA banyak diderita oleh seorang laki-laki karena hormon estrogen. Hasil penelitian ini didukung juga dengan penelitian Suparti (2010) mengatakan bahwa jenis kelamin penderita angina pectoris banyak diderita oleh seorang laki-laki. Hal ini menggambarkan bahwa laki-laki memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit jantung koroner dibandingkan dengan wanita. Laki-laki mengalami Infark Miokard dengan usia lebih muda, sedangkan pada wanita rawan dengan penyakit jantung koroner setelah menopause. Angka kematian wanita akibat penyakit jantung koroner meningkat, namun angka ini tidak pernah mencapai tingkat risiko pria (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2017).

Hal ini sesuai yang dikemukakan Muttaqin (2009) bahwa akut miokard infark lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita, mungkin dipengaruhi oleh gaya hidup seperti stress yang tinggi, minuman keras, kebiasaan merokok yang mengakibatkan aterosklerosis sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Yuliyanti (2012) bahwa 51,43% respondennya adalah pria, karena berkontribusi dalam memperbesar faktor risiko yaitu merokok. Selain itu laki-laki memiliki risiko 2-3 kali mengalami penyakit jantung koroner daripada perempuan sebelum menopause karena perempuan terlindungi oleh hormon estrogen yang mencegah kerusakan pembuluh darah yang berkembang menjadi proses aterosklerosis (Smeltzer & Bare, 2012).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Maena & Lieberman (2009) menyebutkan perempuan lebih peduli dibandingkan laki-laki tentang efek penyakit, program terapi dan kondisi kesehatannya. Sehingga laki-laki lebih rentan mengalami serangan jantung. Teori lain menyebutkan bahwa laki-laki lebih rentan terhadap terjadinya akut miokard infark dibandingkan wanita karena wanita memiliki hormon estrogen, dimana hormon estrogen tersebut melindungi dinding pembuluh darah dari lemak yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah (Hananto, 2016).

### 3. Pendidikan

Pendidikan responden dalam penelitian ini yang paling banyak adalah SMA yaitu 14 orang (41,2%). Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan pengetahuan seseorang tentang suatu penyakit. Pendidikan tinggi akan meningkatkan pemahaman seseorang agar dapat mencegah terjadinya penyakit IMA. Hal ini Satiyadi (2018) menggambarkan bahwa pendidikan itu, baik pendidikan formal maupun pendidikan non formal yang diinginkan adalah adanya perubahan kemampuan, penampilan atau perilakunya. Menurut teori Notoatmodjo (2010) bahwa semakin tinggi pendidikan maka ia akan mudah menerima hal baru dan akan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Zaqiyah (2017) bahwa pendidikan mempengaruhi terjadinya IMA, karena semakin tinggi pendidikan maka semakin mudah melakukan pencegahan IMA. Hasil penelitian didukung dengan Rachmi (2018) mengatakan dengan tingginya pendidikan dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien IMA.

### 4. Pekerjaan

Hasil penelitian pada tabel 4.2 menunjukkan paling banyak responden dalam penelitian ini adalah bekerja sebanyak 70,6%. Pekerjaan akan meningkatkan aktifitas seseorang, aktifitas yang tinggi akan menyebabkan kelelahan. Berdasarkan data ini menggambarkan bahwa seseorang yang bekerja akan mempengaruhi risiko timbul penyakit jantung koroner. Ini tergantung dari jenis pekerjaan klien serta adanya stres fisik dan psikis yang dapat meningkatkan beban kerja jantung (Udjianti, 2011). Menurut Williams & Willkins (2013) tujuan dari rehabilitasi jantung sendiri secara sosial agar bisa bekerja kembali dan melakukan aktivitas secara mandiri Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Fidyah (2010), mengatakan pekerjaan seseorang mempengaruhi



aktivitas fisiknya. Hasil ini sesuai dengan Lutfianingsih (2016) mengatakan bahwa pekerjaan mempengaruhi kejadian SKA dan meningkatkan kecemasan.

Seorang yang memasuki dewasa mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Setelah pensiun beberapa orang tidak pernah dapat menyesuaikan diri dengan waktu luangnya dan selalu merasa mengalami hari yang panjang. Beberapa lansia tidak termotivasi untuk mempertahankan penampilan mereka ketika mereka hanya sedikit melakukan kontak dengan orang lain diluar rumahnya (Stenly, 2010)

## 5. Kecemasan Pasien

Hasil penelitian pada tabel 4.3 menunjukkan responden dengan kecemasan normal sebanyak 26 orang (76,5%). Kecemasan sering terjadi pada pasien dengan sindrom koroner akut maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Meskipun prevalensinya cukup tinggi, kedua kondisi psikiatrik ini sering tidak disadari oleh petugas kesehatan dan tidak mendapatkan penanganan selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Hal ini tentu dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Jeff, 2010). Pasien penyakit jantung dan pembuluh darah sering merasa cemas, ketakutan dan depresi. Hampir semua pasien menyadari bahwa jantung adalah organ yang penting dan ketika jantung mulai rusak maka kesehatan juga terancam. Ketika penyakitnya meningkat dan manifestasinya memburuk, pasien sering memiliki ketakutan yang berlebihan akan cacat permanen dan kematian. Para pasien mengekspresikan ketakutan dengan berbagai cara seperti mimpi buruk, insomnia, kecemasan akut, depresi dan memungkiri kenyataan (Maendra, 2014)

Kecemasan ringan sebanyak 8 orang, ini menunjukkan bahwa kecemasan identik dengan mekanisme koping pada pasien dengan infark, yang didukung dalam jurnal penelitian terkait yang dilakukan oleh Kusharyadi, (2015) bahwa koping maladaptif pada pasien yang memiliki masalah penyakit jantung dengan informasi yang tidak adekuat akan cenderung gelisah, dan cemas. Kecemasan adalah pengalaman emosi yang tidak menyenangkan, datang dari dalam dan bersifat meningkat, menggelisahkan dan menakutkan yang dihubungkan dengan satu ancaman bahaya yang tidak diketahui oleh individu. Perasaan ini diikuti oleh komponen somatik, fisiologik, otonomik, biokimiawi, hormonal dan perilaku (Ihdaniyati, 2009 dalam Iwan Nurokim, 2014). Dengan demikian, peneliti berpendapat bahwa perlu ada peningkatan pelayanan kesehatan dari perawat atau tenaga medis lainnya, dalam meningkatkan asuhan keperawatan atau pelayanan kesehatan lainnya untuk meminimalisir kecemasan pada pasien dengan infark miokard

akut, sebab kecemasan pada penderita IMA akan menambah beban kerja jantung, dan memperluas area infark.

Selain itu, peningkatan level cemas yang dilaporkan sendiri mencapai 20%50% pada pasien dengan infark miokard akut, dengan seperempatnya mengalami gejala cemas yang sama dengan yang dialami pasien di unit psikiatri (Black dan Hawk, 2015). Menurut beberapa studi belum ditemukan hubungan dan mekanisme yang pasti antara kecemasan dengan infark miokard, namun kecemasan hingga saat ini masih diduga erat kaitannya sebagai faktor prognostik dan faktor resiko untuk kejadian penyakit jantung. Kecemasan pada pasien infark miokard memerlukan penanganan secara holistik dan harus mendapatkan perhatian lebih dari petugas medis dan memerlukan penanganan holistik.

Hasil penelitian menunjukkan kecemasan pasien IMA adalah normal, hal ini terjadi karena pasien sudah mendapatkan pengobatan, sehingga pasien merasa tenang dan menurunkan tingkat nyeri. Menurut Kaplan dan Sadock ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yaitu usia, pengalaman pasien menjalani pengobatan, konsep diri dan peran, status sosial ekonomi, komunikasi terapeutik, diagnosa medis, tingkat pendidikan dan akses informasi (Sulistiawaty, 2015). Gustad & Laugsand (2014), mengemukakan bahwa kecemasan yang tertangani sepenuhnya akan menyebabkan pasien tenang.

Penanganan secara holistik sangat perlu terhadap penyakit infark miokard termasuk juga terhadap kondisi kejiwaan pasien (Ratcliffe D, MacLeod A, Sensky. T, 2015) Kemungkinan persistensi kecemasan terhadap pasien infark miokard harus mendapatkan perhatian sehingga pentingnya pemeriksaan fisik dan psikiatri serta follow-up yang berkesinambungan terhadap pasien infark dapat membantu pasien dalam mempertahankan kondisi seoptimal mungkin sehingga dapat terhindar dari resiko-resiko kejadian penyakit jantung lanjutan.

Hasil penelitian ini jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya didapatkan hasil yang sama yaitu pasien NSTEMI sering mengalami kecemasan.

## 6. Mobilisasi

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 16 orang melakukan mobilisasi (80%). Hal ini berarti sebagian besar responden melakukan langkah-langkah mobilisasi lebih dari 4 langkah dan yang tidak dilakukan oleh responden sebagian besar pada langkah 4 sampai

dengan 8, hal ini dikarenakan responden masih belum bisa untuk bergerak secara bebas. Selain itu pasien setiap duduk merasa pusing, sehingga pasien tidak berani atau takut melakukan mobilisasi. Hasil ini sesuai dengan yang dikemukakan Rifai (2015) yaitu mobilisasi memiliki manfaat yang berbeda pada tiap sistemnya. Pada sistem respirasi mobilisasi berfungsi meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernapasan dan meningkatkan pengembangan diafragma. Sehingga pemberian mobilisasi diharapkan mampu meningkatkan transpor oksigen ke seluruh tubuh pasien.

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan mendasar manusia untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Potter & Perry, 2010). Hasil penelitian Wijayanti (2013) Mobilisasi pada pasien IMA dapat mencegah dan mengatasi kecemasan dan depresi, mencegah tromboemboli, menurunkan angka morbiditas dan mengurangi tingkat kekambuhan atau serangan ulang yang dapat mengancam nyawa dengan catatan pasien sudah tidak merasa nyeri. Penelitian Satiyadi (2019) juga mengataka bahwa sebagian besar pasien IMA cemas.

Latihan fisik yang dilakukan secara rutin yaitu menggerakkan tangan, kepala, leher dan duduk diatas tempat tidur dapat menyebabkan fungsi kerja paru meningkat karena terjadi peningkatan penggunaan oksigen dalam darah. Latihan fisik yang rutin dan teratur dapat meningkatkan kekuatan otot terutama otot pernapasaan yang menghasilkan intensitas yang cukup pada saat inspirasi sehingga terjadi peningkatan pada fungsi otot pernapasan. Faal paru memiliki hubungan yang besar terhadap aktivitas latihan fisik. Pada penderita gangguan faal paru seperti, asma atau penyakit paru obstruktif kronik, dan kelainan paru lainnya akan sangat berpengaruh terhadap latihan fisik, namun apabila latihan fisik dilakukan secara rutin dan teratur maka dapat meningkatkan kualitas dari faal paru terutama olahraga yang memiliki peran yang cukup besar dalam meningkatkan kapasitas paru (Dumat, Engka, & Sapulete, 2016).

## **B. Hubungan Kecemasan dengan Mobilisasi**

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan dari 34 responden dengan tingkat kecemasan normal sebanyak 26 orang (76,5%) semuanya melakukan mobilisasi. Responden dengan cemas ringan sebanyak 2 orang (5,9%) melakukan mobilisasi dan sebanyak 6 orang (17,6%) dengan kecemasan sedang semuanya tidak melakukan mobilisasi. Hasil analisis

statistik menggunakan *chi square* didapatkan nilai p value = 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) jadi  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan kecemasan dengan mobilisasi pada pasien IMA

Menurut Potter & Perry (2010) terjadinya hambatan mobilisasi pada klien yang dirawat di rumah sakit disebabkan oleh kecemasan yang diakibatkan proses penyakit yang dialaminya. Seorang yang mengalami kecemasan sering tidak tahan melakukan aktivitas sebab pasien yang merasa khawatir atau cemas lebih mudah lelah karena mereka mengeluarkan energi yang cukup besar dalam ketakutan dan keemasannya jadi pasien mengalami kelelahan baik secara fisik dan emosional. Kecemasan yang dialami pada pasien akan menyebabkan pelepasan hormon kortisol dan mengaktifkan SPP (sistem saraf pusat) untuk menstimulasi katekolamin yang menyebabkan penurunan curah jantung dan peningkatan tekanan darah sehingga terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen di jantung hal ini akan memperberat kondisi iskemik dan akan memperluas area infark pada miokardium serta memperparah keluhan utama pasien yaitu nyeri dada.

Hasil temuan pada penelitian ini responden dengan kecemasan sedang tidak melakukan mobilisasi. Hal ini dikarenakan responden dengan kecemasan sedang merasakan kegelisahan, was-was dan khawatir jika melakukan mobilisasi maka penyakitnya akan menjadi lebih parah. Hasil ini sesuai dengan penelitian Satiyadi (2017) bahwa kecemasan mempengaruhi pasien dalam melakukan mobilisasi. Semakin pasien merasa cemas maka mobilisasi banyak yang dilakukan tidak sesuai dengan pedoman mobilisasi. Salmon *et al* (2011) menyebutkan ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi mobilisasi diantaranya dipengaruhi nyeri dan rasa takut atau cemas untuk melakukan mobilisasi. Hal ini disebabkan karena pasien menganggap pada hari pertama kondisi badan belum membaik setelah adanya serangan infark oleh karena itu pasien harus lebih banyak tidur setelah serangan nyeri dada untuk menghindari kekambuhan penyakit. Kecemasan yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan dampak fisiologis dan psikologis. Secara fisiologis kecemasan mengakibatkan palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah tinggi, denyut nadi menurun, nafas cepat dan dangkal. Ditinjau dari psikologis menyebabkan kegelisahan, mudah tersinggung, khawatir, berperilaku menghindar dan penurunan konsentrasi (Jeffrey, Spencer & Beverly;2015).

Menurut asumsi peneliti mobilisasi yang sering dilakukan pada pasien IMA adalah berbaring di atas tempat tidur dengan mengerakan tangan dan kaki, serta miring kiri dan miring kanan. Hal ini dapat dilakukan apabila pasien tidak mengalami keluhan nyeri,

apabila pasien mengalami keluhan nyeri, mobilisasi dilakukan setelah tidak dirasakan nyeri

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini adalah pengkajian nyeri pada pasien tidak ditulis meskipun tetap dilakukan pengkajian namun tidak ditulis oleh peneliti, pengkajian nyeri dituliskan di flow sheet dan rekam medis pasien. Faktor pengganggu ada beberapa yang tidak dikendalikan seperti energi, gaya hidup dan peran keluarga tidak dikendalikan. Monitoring mobilisasi masih kurang meskipun sudah dilakukan selama 3 hari.

## **PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

**Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dengan judul Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten maka dapat disimpulkan sebagai berikut**

**:**

1. Rerata umur  $51,525 \pm 7,71$  tahun, jenis kelamin responden adalah laki-laki, pendidikan adalah SMA, responden mayoritas bekerja.
2. Kecemasan pasien IMA adalah normal sebanyak 26 orang (76,5%)
3. Mobilisasi pasien IMA sebagian besar adalah ya sebanyak 28 orang (82,4%)
4. Ada hubungan kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA dengan nilai p value = 0,000

### **B. Saran**

#### **1. Bagi Perawat**

**Perawat memberikan asuhan keperawatan dan edukasi terkait kecemasan dengan mobilisasi kepada pasien infark miokard akut.**

#### **2. Bagi rumah sakit**

Rumah sakit menciptakan suasana yang nyaman serta aman dan pelayanan yang baik untuk mencegah kecemasan dengan mobilisasi dengan cara segera membuat SOP tentang mobilisasi IMA

**3. Bagi responden**

Pasien berpikiran positif akan kesembuhan penyakitnya dan memperbanyak do'a selama menjalani perawatan di ICCU

**4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti selanjutnya yang ingin meneliti dengan judul yang sama supaya melakukan observasi secara langsung dan lebih dapat mengendalikan variabel pengganggu, serta menggunakan metode yang berbeda.

### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Sulistyani  
 Nim : B. 1801048  
 Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada pasien Infark Miokard Akut di ICCU RSUP dr. Soerajdi Tirtonegoro Klaten  
 Pembimbing I : Saifudin Zuhri, S.Kep., M.Kes  
 Pembimbing II : Romadhoni TP S.Kep., Ns. M.Kep

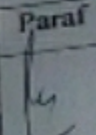
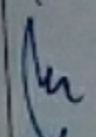
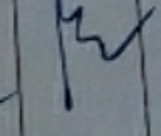
No	Tanggal	Materi	Saran Perbaikan	Paraf
1	18-6-2019	Tema / Judul	Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di ruang ICU RSUP dr. Soerajdi Tirtonegoro Klaten	
2	3.7.2019	BAB I	Menambah uraian dan Latar belakang	
3	10.7.2019	BAB I	dikumpulkan → lanjut Bab I-II	
4	30.7.2019	BAB I + II	dikumpulkan →	
5	13.8.2019	BAB I + II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan mobilisasi AMI</li> <li>- Perbanyak jurnal dari luar (ygoris)</li> <li>- Fokus ke kecemasan</li> <li>- perbaiki tinjauan teori literatur</li> </ul>	
6	19-8-2019	BAB I + II + III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perbaiki kerangka teori</li> <li>- Mobilisasi pada pasien AMI</li> <li>- uraian tinjauan teori</li> </ul>	
7	18-9-2019	BAB I + II + III	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMA - konsep mobilisasi</li> <li>- perbaiki AMI → konsep mobilisasi</li> </ul>	





### LEMBAR KONSULTASI

Nama : Sulistyani  
 Nim : B. 1801048  
 Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi Dini pada pasien Infark Miokard Akut di ICCU RSUP dr. Soerajdi Tirtonegoro Klaten  
 Pembimbing I : Saifudin Zuhri, S.Kep., M.Kes  
 Pembimbing II : Romadhoni TP S.Kep., Ns, M.Kep

No	Tanggal	Materi	Saran Perbaikan	Paraf
8.	8 - 10 - 2019	BAB I + II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Keanggep teori</li> <li>- Berulas Arak Aram</li> <li>- laca laca sebagai saran</li> </ul>	
9.	15 - 10 - 2019	BAB I + II + III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Penulisan dan Keanggep teori</li> </ul>	
10	28 - 10 - 2019	BAB I + II + III	<p style="text-align: center;">Acc</p> <p style="text-align: center;">Seminar proposal</p>	

## LEMBAR KONSULTASI

Nama : Salistyani  
 Nim : B. 1801048  
 Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi Dini pada pasien Infark Miokard Akut di ICCU RSUP dr. Soerjadi Tirtonegoro Klaten  
 Pembimbing I : Saifudin Zuhri, S.Kep., M.Kes  
 Pembimbing II : Romadhoni TP S.Kep., Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Saran Perbaikan	Paraf
	6/1 <sup>20</sup>		- Parallel / lengkap Terdapat	h
	8/1 <sup>20</sup>		- Lengkap pengisian data	h
	13/1 <sup>20</sup>		- Lengkap pengisian data otomatis HL-43	h
	14/1 <sup>20</sup>		- Parallel perbaikan - Lengkap ktb perbaikan dan keabsahan perbaikan - Supaya ujian - Bec yaitu hasil angket	h
			Aca	h

