

JURNAL PENELITIAN KEPERAWATAN

Volume 4, No. 1, Januari 2018

Nilai *Ankle Brachial Index* pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Sesudah Melakukan *Buerger Allen Exercise* di Puskesmas Wilayah Kecamatan Nganjuk

Pengaruh Pelatihan *quality And Safety Education For Nurses (Qsen)* Terhadap Kompetensi *patient Centered Carepreceptor* di RSUD Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Pengaruh *Practice Based Simulation Model* Terhadap *Critical Thinking* di *Nursing Skill Laboratory* FIK Unissula Semarang

Tingkat Kenyamanan Pasien Akut Miokard Infark dengan Rehabilitasi Jantung Fase 1 di IPI Rumah Sakit Baptis Kediri

Hubungan Pengetahuan Penderita DM Tipe 2 Tentang Komplikasi Diabetes Jangka Panjang (Kronis) Terhadap Motivasi Self Care

Stigma Sosial Sebagai Indikator Penilaian Harga Diri pada Pasien Kusta di RS. Kusta Kediri

Pendidikan Kesehatan Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Ketrampilan Kader dalam Tatalaksana Anak Sakit ISPA

Penerimaan Diri Pasien Kusta di RS. Kusta Kediri

Kondisi Psikologis dan Fisik dalam Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Bekerja di STIKES RS. Baptis Kediri

Cognitive Therapy dengan Pendekatan *Symptom Management Theory* di *Intensive Care Unit* RS. Baptis Kediri

Diterbitkan oleh
STIKES RS. BAPTIS KEDIRI

Jurnal Penelitian Keperawatan	Vol.4	No.1	Hal 1-93	Kediri Januari 2018	2407-7232
----------------------------------	-------	------	-------------	------------------------	-----------

JURNAL PENELITIAN KEPERAWATAN

Volume 4, No. 1, Januari 2018

Penanggung Jawab

Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

Ketua Penyunting

Srinalesti Mahanani, S.Kep., Ns., M.Kep

Sekretaris

Desi Natalia Trijayanti Idris, S.Kep., Ns., M.Kep

Bedahara

Dewi Ika Sari H.P., SST., M.Kes

Penyunting Pelaksana

Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

Tri Sulistyarini, A.Per Pen., M.Kes

Dewi Ika Sari H.P., SST., M.Kes

Erlin Kurnia, S.Kep., Ns., M.Kes

Dian Prawesti, S.Kep., Ns., M.Kep

Maria Anita Yusiana, S.Kep., Ns., M.Kes

Sirkulasi

Heru Suwardianto, S.Kep., Ns M.Kep

Diterbitkan Oleh :

STIKES RS. Baptis Kediri

Jl. Mayjend Panjaitan No. 3B Kediri

Email :stikesbaptisjurnal@gmail.com

Link:

JURNAL PENELITIAN KEPERAWATAN

Volume 4, No. 1, Januari 2018

DAFTAR ISI

Nilai <i>Ankle Brachial Index</i> pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Sesudah Melakukan <i>Buerger Allen Exercise</i> di Puskesmas Wilayah Kecamatan Nganjuk Supriyadi Nurul Makiyah Novita Kurnia Sari	1-6
Pengaruh Pelatihan <i>quality And Safety Education For Nurses (Qsen)</i> Terhadap Kompetensi <i>patient Centered Carepreceptor</i> di RSUD Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Yeni Rusyani Suryanto Moh. Afandi	7-16
Pengaruh <i>Practice Based Simulation Model</i> Terhadap <i>Critical Thinking</i> di <i>Nursing Skill Laboratory</i> FIK Unissula Semarang Retno Issroviatiningrum Shanti Wardaningsih Novita Kurnia Sari	17-25
Tingkat Kenyamanan Pasien Akut Miokard Infark dengan Rehabilitasi Jantung Fase 1 di IPI Rumah Sakit Baptis Kediri Desi Natalia Trijayanti Idris Arlina Dewi Novita Kurnia Sari	26-37
Hubungan Pengetahuan Penderita DM Tipe 2 Tentang Komplikasi Diabetes Jangka Panjang (Kronis) Terhadap Motivasi Self Care Engkartini Lailatul Koningah Sodikin	38-43
Stigma Sosial Sebagai Indikator Penilaian Harga Diri pada Pasien Kusta di RS. Kusta Kediri Dyah Ayu Kartika Wulan Sari Setyawati Soewondo Lilik Supriati	44-51
Pendidikan Kesehatan Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Ketrampilan Kader dalam Tatalaksana Anak Sakit ISPA Aries Wahyuningsih Kili Astarani	52-60
Penerimaan Diri Pasien Kusta di RS. Kusta Kediri Maria Anita Yusiana Dyah Ayu Kartika Wulan Sari	61-66
Kondisi Psikologis dan Fisik dalam Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Bekerja di STIKES RS. Baptis Kediri Rimawati Byba Melda Nurwijayanti	67-76

Cognitive Therapy dengan Pendekatan Symptom Management Theory di 77-88
Intensive Care Unit RS. Baptis Kediri
Heru Suwardianto

**TINGKAT KEYAMANAN PASIEN *ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION*
DENGAN REHABILITASI JANTUNG FASE 1 DI IPI RUMAH SAKIT BAPTIS
KEDIRI**

***COMFORT LEVEL PATIENT ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH
CARDIAC REHABILITATION PHASE 1 IN IPI KEDIRI BAPTIST HOSPITAL***

Desi Natalia Trijayanti Idris^{*}, Arlina Dewi^{**}, Novita Kurnia Sari^{***}

^{*}Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

^{**}Dosen Prodi Magister Manajemen RS Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

^{***} Dosen Prodi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Email: idrisdede87@gmail.com

ABSTRAK

Pasien AMI merasakan nyeri yang sangat hebat. Nyeri yang diakibatkan oleh pasien AMI menyebabkan ketidaknyamanan dan penurunan fungsi tubuh yang berdampak berupa gejala fisik dan psikoemosional, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 Terhadap kenyamanan pasien *acute myocardial infarction* di Ruang IPI RS Baptis Kediri. Penelitian ini menggunakan metode *quasy – experiment* dengan *post test design*. Sampel penelitian diambil dengan menggunakan teknik *quota sampling* dengan jumlah sampel 40 yang dibagi menjadi 2 kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok Intervensi dilakukan rehabilitasi jantung fase 1 dan kelompok kontrol mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai prosedur yang ada di rumah sakit. Pengumpulandata dengan kuesioner *SGCQ* yang sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis data penelitian ini menggunakan uji statistik *Independent Samples T-Test* untuk mengetahui pengaruh kenyamanan pasien *acute myocardial infarction*. Hasil penelitian untuk kenyamanan pada kelompok intervensi mean 94.95 dan pada kelompok kontrol 78.20 Uji beda kenyamanan pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan hasil nilai $t -4.36$ dengan $p < 0.001$. Kesimpulan Ada Perbedaan yang signifikan kenyamanan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan rehabilitasi jantung fase 1.

Kata kunci: *Acute myocardial infarction*, Rehabilitasi jantung fase 1, kenyamanan

ABSTRACT

AMI patients feel very severe pain. Pain caused by AMI patients causes discomfort and decline in body function that affects physical and psycho-emotional symptoms, which can affect quality of life. This study aims to analyze the effect of phase 1 cardiac rehabilitation on the comfort of acute myocardial infarction patients in the IPI Room of Baptist Hospital Kediri. This research uses quasy - experiment method with post test design. The samples were taken by using quota sampling technique with 40 samples divided into 2 groups of intervention and control group. Intervention group performed cardiac rehabilitation phase 1 and control group to get health service according to hospital procedure. Collecting data with SGCQ questionnaires that have previously been

tested for validity and reliability. Analysis of this research data using Independent Samples T-Test statistics to determine the effect of patient comfort acute myocardial infarction. The results of the study for comfort in the intervention group mean 94.95 and in the control group 78.20 Test the comfort difference in the intervention and control group obtained results $t -4.36$ with $p < 0.001$. Conclusion There was a significant difference of comfort in the intervention group and control group after cardiac rehabilitation phase 1.

Keywords: *Acute myocardial infarction, Phase I cardiac rehabilitation, Comfort*

Pendahuluan

Acute Myocardial Infarction (selanjutnya disebut AMI) adalah nekrosis miokard yang diakibatkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen otot jantung (Rubeinstein D, Wayne D, Bradley J., 2007). Pasien AMI merasakan nyeri yang hebat. Nyeri yang diakibatkan oleh AMI menyebabkan ketidaknyamanan dan terjadinya penurunan fungsi tubuh yang berdampak pada gejala fisik dan gejala psikoemosional, dapat mempengaruhi kualitas hidup. Pasien AMI menderita beberapa gejala fisik seperti kelelahan dan nyeri (Miaskowski, C., Cooper, B.A., Paul, S. M., Dodd, M., Lee, K., West, C., et al., 2006). Hal ini juga menyebabkan ketidaknyamanan pada perubahan psikologis seperti takut mati dan takut terjadi kekambuhan (Kim dan Kwon, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Amerika ditemukan bahwa meskipun disana pengobatan telah maju namun untuk penyakit jantung masih menjadi penyebab utama kematian. Diperkirakan bahwa setiap 29 detik 1 orang mengalami serangan jantung, dan setiap 60 detik ada 1 orang meninggal karena Serangan jantung (Cherrington, Et Al., 2004). Data *American Heart Association* pada tahun 2014 penyakit jantung merupakan penyebab 1 dari setiap 6 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2010 (Alan, 2014).

Hasil dari survei Departemen Kesehatan RI tahun 2013 yang menunjukkan bahwa prevalensi AMI di

Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2013, terdapat kurang lebih 478.000 pasien di Indonesia didiagnosa infark miokard saat ini (Depkes RI., 2013). Jawa timur adalah salah satu dari propinsi yang di miliki Indonesia, di Jawa Timur memiliki 356 Rumah Sakit yang tersebar kota-kota di jawa timur. Kediri sendiri memiliki 14 rumah sakit salah satunya Rumah Sakit Baptis Kediri. Menurut data rekam medis IPI RS. Baptis Kediri (November 2016) didapatkan 15 pasien datang dengan diagnosa medis AMI. Dari data tersebut hampir 99 % pasien mengalami nyeri dan mengalami ketidaknyaman karena semua aktivitas pasien hanya ditempat tidur, dan ada yang merasakan bahwa sakitnya membuat pasien tidak dapat bekerja dan menjalani kehidupan normal (Rekam Medis RS. Baptis Kediri, 2016).

Penatalaksanaan pada pasien AMI memerlukan suatu pendekatan yang holistik, baik dalam upaya pencegahan maupun pengobatan. Sebuah Penelitian yang mendukung yaitu tentang Prinsip penatalaksanaan membuat diagnosis yang cepat dan tepat. Menentukan apakah ada indikasi segera untuk menyelamatkan jantung dari infark miokard, membatasi terjadinya luas infark miokard, dan juga mempertahankan fungsi jantung (Depkes RI., 2007). Pasien dengan AMI harus menerima terapi selama minimal 24 jam, dan sebaiknya untuk durasi rawat inap indeks, hingga 8 hari atau sampai pasien tidak merasakan gejala infark yaitu tidak merasakan nyeri dada (Patrick T., 2013).

Perawat memiliki peran dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien (Praptianingsih, 2006). Perawat

memiliki kewajiban memberikan bantuan kepada pasien menurunkan nyeri pasien, dan meningkatkan tingkat kenyamanan. Tingkat Kenyamanan yang dimaksud yaitu dari 4 aspek kenyamanan yaitu fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan. Kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual dan holistik. Terpenuhinya kenyamanan menyebabkan perasaan sejahtera pada diri individu tersebut. Kenyamanan yang baik pada pasien AMI diperlukan untuk mempertahankan kondisi pasien agar pasien mampu mendapatkan kesehatan terbaiknya, mempertahankan kemampuan fisiknya seoptimal mungkin dan selama mungkin (Kolcaba, 2006).

Konteks tingkat kenyamanan yang dikeluarkan oleh Kolcaba, memiliki 4 pengkajian yaitu pengkajian fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan (Faqih, 2014). Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, sebab dengan adanya kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh pasien (Tomey, 2006). Kenyamanan fisik (status fungsional tubuh) harus dipastikan dalam batas normal pada seseorang yang dinyatakan sakit (Gruendemann, 2005). Kenyamanan psikospiritual mencakup kepercayaan diri dan motivasi agar pasien lebih tenang ketika pasien mendapatkan diagnosa penyakit atau menjalani tindakan invasif yang menyakitkan (Herlina, 2012). *Support system* diberikan kepada pasien dapat memberikan kontribusi meningkatkan kenyamanan pada domain sosiokultural (Tomey, 2006). Kenyamanan pada domain lingkungan ruang rawat inap juga penting karena dapat membangkitkan optimisme (An-Nafi', 2009). Penerapan teori kenyamanan pada sebuah kasus yang nyata pada pasien dengan penyakit jantung, dijelaskan bahwa tanpa ada tindakan kenyamanan yang diberikan oleh tim medis maka akan menghasilkan nyeri dada dan kecemasan. Nyeri dada dan kecemasan adalah prekursor yang memicu peningkatan denyut jantung dan menyebabkan ada rasa ketidaknyamanan (Krinsky, 2014).

Penatalaksanaan medis terhadap pasien AMI setelah kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil, pasien dianjurkan untuk mengikuti program pemulihan melalui program rehabilitasi jantung. Program rehabilitasi pada penderita gangguan jantung merupakan program multifase yang dirancang untuk memulihkan gangguan jantung terutama pada pembuluh darah koroner jantung (Tedjasukmana, 2010). Rehabilitasi adalah bagian integral penatalaksanaan penderita gangguan jantung secara holistik, di samping terapi standar medikamentosa dan tindakan intervensi kardiak untuk sebagian penderitanya.

Program rehabilitasi jantung terdiri dari empat fase, salah satunya yaitu fase I selama pasien dirawat di rumah sakit yang difokuskan pada ambulasi dini dan pendidikan kesehatan. Tujuan rehabilitasi pada fase I adalah mempercepat proses pemulihan, meminimalisasi risiko dari istirahat berkepanjangan dan imobilisasi, seperti deep vein thrombosis dan juga pelemahan otot (Lubis, 2009). Penerapan rehabilitasi dini terbukti aman dan tidak ditemukan peningkatan angka reinfark ataupun mortalitas. Rehabilitasi dini mampu memulihkan berbagai gangguan akibat tirah baring yang lama (penurunan kapasitas fungsi, penurunan kekuatan otot, ansietas, dan hipotensi ortostatik) (Yusuf, 2007).

Kondisi yang ada di pelayanan Instalasi Perawatan Intensif (IPI) tidak dilengkapi dengan tim rehabilitasi secara lengkap, sehingga peran perawat sangat dibutuhkan dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung di IPI setelah kondisi dari pasien infark stabil. Pemberian rehabilitasi ini berkolaborasi dan diawasi oleh dokter yang merawat. Saat program rehabilitasi berjalan perawat perlu melakukan pemantauan atau observasi *vital sign* dan melakukan evaluasi rekam jantung. Hal ini didukung oleh penelitian yang menjelaskan bahwa saat dilakukan rehabilitasi jantung perlu adanya dokter sebagai penanggungjawab perawatan dan perlu adanya observasi *vital sign* dan evaluasi rekam jantung (Piotrowicz, 2008).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti bahwa di Rumah Sakit Baptis Kediri ruang IPI belum memiliki fasilitasi tim rehabilitasi jantung khusus bagi pasien yang mengalami akut miokard infark, karena pentingnya program rehabilitasi jantung ini maka Tujuan Penelitian ini adalah menganalisis ada tidaknya perbedaan tingkat kenyamanan pada pasien *Acute Myocardial Infarction* yang dilakukan Rehabilitasi Jantung Fase I di Ruang IPI RS Baptis Kediri.

Metodologi Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka penelitian ini menggunakan metode *quasy – experiment* dengan *post test design*. Kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan tetapi tetap mendapatkan pengobatan atau pelayanan kesehatan sesuai dengan standart rumah sakit, sedangkan kelompok intervensi dilakukan intervensi yaitu rehabilitasi jantung fase 1. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan ada atau tidak pengaruh rehabilitasi jantung fase 1

terhadap kenyamanan pasien *Acute Myocardial Infarction*. Responden pada penelitian yaitu pasien yang dengan diagnosa *Acute Myocardial Infarction*. Pengumpulan data tentang tingkat kenyamanan menggunakan kuesioner yang sudah baku yaitu *Short General Comfort Questionnaire* (selanjutnya disebut *SGCQ*). Penghitungan yang untuk skor *SGCQ* dibagi menjadi 2 yaitu >84 dikategorikan nyaman dan <84 dikategorikan tidaknyaman. Sebelum digunakan untuk pengambilan data kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan nilai alpha cronbach 0.763. Populasi penelitian yaitu semua penderita AMI di Ruang IPI Rumah Sakit Baptis Kediri pada bulan Nopember 2016-Januari 2017 sejumlah 78 Pasien. Pengambilan sampel menggunakan teknik *quota sampling*, maka peneliti menetapkan responden dalam penelitian sebanyak 40 responden yang dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Variabel dalam penelitian ini ada dua, variabel Independen yaitu Rehabilitasi jantung fase 1 dan variabel dependen adalah tingkat kenyamanan.

Hasil Penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis kelamin, Riwayat Pendidikan, Riwayat Hipertensi, Riwayat Diabetes Mellitus, dan Riwayat Penyakit Keluarga Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	(%)
	n	%	n	%		
Jenis Kelamin						
Laki-laki	12	60	10	50	22	55
Perempuan	8	40	10	50	18	45
Pendidikan Terakhir						
Tamat SD	8	40	8	40	16	40
Tamat SMP	5	25	5	25	10	25
Tamat SMA	5	25	3	15	8	20
Tamat PT	2	10	4	20	6	15
Riwayat Hipertensi						
Ya	10	50	14	70	24	60
Tidak	10	50	6	30	16	40
Riwayat Diabetes Mellitus						
Ya	5	25	11	55	16	40
Tidak	15	75	9	45	24	60

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	(%)
	n	%	n	%		
Riwayat Keluarga						
Ya	3	15	9	45	12	30
Tidak	17	85	11	55	28	70

Berdasarkan tabel 1 untuk data jenis kelamin pada kelompok intervensi dan data menunjukkan paling banyak responden berjenis kelamin Laki-laki dengan tingkat pendidikan kurang dari 50% adalah SD, dengan komposisi yang sama terkait riwayat hipertensi 50%, dan sebagian besar tidak memiliki riwayat diabetes mellitus serta tidak memiliki

riwayat keluarga dengan AMI. Sedangkan untuk kelompok kontrol 50% responden berjenis kelamin laki-laki paling banyak tingkat pendidikan SD, dengan sebagian besar memiliki riwayat hipertensi dan memiliki riwayat diabetes mellitus dan lebih dari 50% responden tidak memiliki riwayat keluarga dengan AMI.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Umur Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri, Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	Rata-rata	n	Std. Deviasi	Min-mak	95% CI	P value
Kelompok Intervensi	60.60	20	9.276	45-82	-1.68-1.76	0.148
Kelompok Kontrol	57.25	20	7.236	45-68	-1.69-1.48	

Berdasarkan tabel 2 mean umur kelompok intervensi 60.60 tahun, dengan usia paling muda 45 tahun dan paling tua 82 tahun. Sedangkan mean umur

untuk kelompok kontrol 57.25 tahun, dengan umur paling muda adalah 45 tahun dan paling tua adalah 68 tahun.

Tabel 3. Gambaran Kenyamanan Berdasarkan Domain Kenyamanan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi pada Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri, Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	Kelompok Intervensi n=20			Kelompok Kontrol n=20		
	Rata-rata	SD	min-maks	Rata-rata	SD	min-maks
Domain Fisik	13.80	3.33	7-20	15.05	2.99	9-20
Domain Psikospiritual	53.60	7.52	38-71	33.65	5.59	23-46
Domain Sosial	18.30	2.47	14-25	13.50	3.48	7-19
Domain Lingkungan	19.75	3.40	13-25	16.00	3.87	9-23
Total	105.45	-	-	78.2	-	-

Berdasarkan tabel 3 nilai mean pada domain psikospiritual, domain sosial dan domain lingkungan lebih tinggi kelompok intervensi daripada kelompok kontrol sedangkan untuk mean domain fisik lebih tinggi kelompok kontrol daripada kelompok intervensi. Masing-masing domain jika ditotal untuk kelompok intervensi 105.45 dan kelompok kontrol 78.2, ini berarti kelompok intervensi memiliki

kenyamanan nyaman dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kelompok intervensi memiliki rata-rata > 84 yang dapat diartikan bahwa kelompok intervensi memiliki kenyamanan adalah nyaman dan Kelompok kontrol memiliki nilai total mean < 84 yang berarti kelompok kontrol memiliki kenyamanan yang tidak nyaman.

Tabel 4. Uji Normalitas Kenyamanan pada Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi, Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	N	Rata-rata	Std. Deviasi	95% CI	P value
Kelompok Intervensi	20	94.95	11.52	-0.199-1.91	0.909
Kelompok Kontrol	20	78.20	12.74	-0.186-0.203	0.748

Berdasarkan tabel 4 didapatkan bahwa rata-rata kenyamanan pada kelompok intervensi yaitu 94.95, dengan nilai $P > 0.05$ yaitu 0.748 yang berarti data variabel kenyamanan dinyatakan

normal. Sedangkan mean kenyamanan kelompok kontrol adalah 78.20. dengan nilai $P > 0.909$ yang berarti data variabel kenyamanan dinyatakan normal.

Tabel 5. Perbedaan Kenyamanan pada pasien *Acute Myocardial Infarction* di Ruang IPI RS. Baptis Kediri pada kelompok kontrol dan kelompok Intervensi, Mei – Juni 2017 (n=40)

Variabel	t	df	Sig.
Kelompok Intervensi	-4.36	38	0.000
Kelompok Kontrol			

Berdasarkan tabel 5 Hasil uji statistik menggunakan uji *Independent Sample T-Test* dengan taraf signifikansi 5% diperoleh nilai t-hitung sebesar -4.36 dengan sig (p)=0,000. Karena $p < 0,05$ menunjukkan nilai t hitung tersebut bermakna pada taraf signifikansi 5%, maka artinya ada Perbedaan kenyamanan pasien dengan *Acute Myocardial Infarction* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Responden dengan kelompok intervensi dengan melakukan rehabilitasi jantung fase 1 selama dirawat memiliki tingkat kenyamanan yang lebih baik dibandingkan responden kelompok kontrol yang hanya dirawat tanpa mengikuti latihan rehabilitasi jantung fase 1. Sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 dengan tingkat kenyamanan pada pasien *Acute Myocardial Infarction*.

Pembahasan

Kenyamanan Pasien *Acute Myocardial Infarction* pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Penelitian tentang kenyamanan pada pasien dengan AMI yang dilaksanakan di ruang IPI RS. Baptis Kediri pada Mei-Juni 2017, didapatkan hasil bahwa kenyamanan yang dibagi menjadi 4 domain yaitu fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengalami perbedaan pada domain masing-masing kelompok intervensi memiliki nilai lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

Kenyamanan pada pasien dengan AMI pada kelompok intervensi memiliki tingkat kenyamanan yang nyaman, dibuktikan bahwa mean pada tingkat kenyamanan pada kelompok intervensi > 84 . Sedangkan tingkat kenyamanan pada pasien dengan AMI pada kelompok kontrol memiliki tingkat kenyamanan yaitu tidak nyaman, terbukti bahwa mean pada tingkat kenyamanan pada kelompok kontrol < 84 .

Setiap orang menginginkan sebuah kenyamanan. baik rasa nyaman untuk melakukan kegiatan sehari-hari, rasa nyaman dalam pekerjaan, rasa nyaman dalam berhubungan dengan orang lain dan rasa nyaman berada pada sebuah lingkungan. Jika diartikan kenyamanan adalah sebuah keadaan perasaan seseorang yang merasa nyaman berdasarkan persepsi masing-masing individu. Sedangkan nyaman merupakan suatu kondisi abstrak yang dirasakan seseorang sebagai telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual akibat beberapa faktor kondisi lingkungan. Kenyamanan dan rasa nyaman adalah sebuah penilaian yang komprehensif seseorang terhadap lingkungannya. Seseorang tidak dapat menyimpulkan apakah pasien atau orang lain merasa nyaman atau tidak secara langsung dengan hanya melihat atau mengobservasi. Untuk bisa mengetahui pasien atau seseorang tersebut merasakan kenyamanan yang dirasakan dengan cara menanyakan langsung kepada pasien atau orang tersebut meskipun terkadang jawaban bukan yang sebenarnya dengan alasan tertentu.

Kenyamanan pada kelompok intervensi dapat disebabkan karena pada kelompok intervensi jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol. Laki-laki memiliki tingkat kenyamanan tinggi dibandingkan perempuan. Perempuan memperlihatkan perilaku lebih tidaknyaman pada waktu sakit dari laki-laki, karena laki-laki lebih cenderung aktif dan juga eksploratif sedangkan perempuan lebih sensitive dan lebih banyak menggunakan perasaannya. Selain itu anak perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan lingkungan yang kurang sabar dan lebih mudah menangis daripada laki-laki. Selain jenis kelamin yang menyebabkan kelompok intervensi lebih nyaman daripada kelompok kontrol, bisa dilihat dari hasil penelitian bahwa kelompok intervensi memiliki angka yang lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol pada riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Keadaan sakit sangat dapat

mengganggu karena dengan keadaan sakit seseorang tidak mampu menjalankan kehidupannya secara normal. Ada batasan-batasan yang tidak boleh dilakukan oleh seseorang yang didiagnosa sakit, contohnya pada seseorang yang didiagnosa sakit hipertensi ataupun DM. Pasien dengan hipertensi maupun DM harus menjalani pengobatan sepanjang kehidupannya, harus mengatur pola diet dan harus mentaati jadwal kontrol yang sudah ditetapkan. Kondisi ini menimbulkan ketidaknyaman pada seseorang yang berakibat rasa tidak nyaman dalam kehidupannya.

Kenyamanan adalah keadaan psikis yang menyenangkan dan aman, terhindar dari rasa cemas dan takut. Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, sebab dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (Tomey, 2006). Konsep kenyamanan (*comfort*) sangat sulit didefinisikan karena lebih merupakan penilaian responsif individu. Kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual dan holistik (Kolcaba, 2006). Dengan terpenuhinya kenyamanan dapat menyebabkan perasaan sejahtera pada diri individu tersebut.

Seorang perawat memberikan asuhan keperawatan berusaha untuk memberikan kenyamanan kepada pasien. Pendekatan utama untuk menyediakan kenyamanan fisik dan emosional adalah dengan menciptakan lingkungan kondusif untuk penyembuhan (Nightingale, 1859). Sedangkan menurut Kolcaba (2006) tentang Lingkungan yang bisung dan kacau dapat mempengaruhi proses penyembuhan pasien. Kenyamanan digambarkan sebagai produk dari praktik keperawatan holistik (Krinsky, 2014).

Kolcaba mengatakan pentingnya pengukuran kenyamanan sebagai hasil tindakan dari perawat. Seperti di dalam sebuah jurnal dengan judul "*Practical Application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patient*" terdapat studi kasus yang menjelaskan penerapan teori tersebut pada sebuah

kasus yang nyata pada pasien dengan penyakit jantung. Penelitian tersebut dijelaskan bahwa pasien dengan AMI membutuhkan kenyamanan baik fisik, psikospiritual, sosial, maupun lingkungan karena jika pasien AMI merasakan ketidaknyamanan dapat tergambarkan dengan rasa nyeri dada, sesak dan kecemasan.

Aspek pada Domain fisik pada pasien AMI sangat dibutuhkan karena adanya ketidaksempurnaan yang pada akhirnya pasien mengalami gangguan fisik dan emosional. Ini berarti, seseorang yang mempunyai gangguan fisik akan mengalami gangguan kesehatan yang berdampak pada kualitas kehidupannya. Pengaturan latihan rehabilitasi jantung fase 1 adalah salah satu aspek dalam memberikan tingkat kenyamanan fisik. Berdasarkan fakta-fakta yang terjadi pada kondisi pasien dengan AMI, nyeri dada merupakan salah satu keadaan yang dapat menimbulkan adanya perubahan keadaan fisik, yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom yang mana detak jantung menjadi bertambah, tekanan darah naik, frekuensi nafas bertambah dan secara umum mengurangi tingkat energi pada klien (Purwaningsih, 2010). Standar tingkat kenyamanan intervensi pada pasien tertentu diarahkan untuk mendapatkan dan mempertahankan homeostasis fisik, sehingga akan berdampak pada kesembuhan pasien (Kolcaba, 2006). Teknis pengukuran kenyamanan, merupakan intervensi yang dibuat, mempertahankan homeostasis dan mengontrol nyeri yang ada, seperti memantau tanda-tanda vital, hasil kimia darah, juga termasuk manajemen nyeri ataupun dengan latihan. Tehnis tindakan didesain untuk dapat membantu mempertahankan atau mengembalikan fungsi fisik dan memberikan kenyamanan, serta mencegah komplikasi.

Kenyamanan pada lingkungan juga diperlukan, tingkat kebisingan di rumah sakit tidak boleh melebihi 45 desibel. Efek berkepanjangan paparan kebisingan yang berlebihan pada pasien dapat memiliki efek merugikan pada kesehatan

dan kesejahteraan pasien (Christensen, 2009). Demikian diperlukan intervensi yang spesifik dan berbasis pada teori untuk meningkatkan kenyamanan dan keefektifan perawatan pasien jantung (Krinsky, 2014). Domain lingkungan, perawat dapat melakukan prosedur yang menyediakan segala bentuk kenyamanan bagi pasien (Olson, 2001). Meredupkan lampu di ruangan pasien dan lorong dapat mengurangi rangsangan yang tidak perlu. Perawatan kesehatan tim dan layanan lainnya dapat dijadwalkan untuk mengamati periode waktu tenang untuk memaksimalkan waktu istirahat pasien (Taylor-Ford, 2005).

Aspek pada pemenuhan kebutuhan pada Domain psikospiritual, juga sangat dibutuhkan bagi pasien AMI. Salah satu ketidaknyamanan domain psikospiritual yang dirasakan oleh pasien AMI adalah kecemasan, hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Kadek (2013) menjelaskan bahwa prevalensi gangguan cemas pada populasi dengan penyakit jantung cukup tinggi yakni 28% sampai 44%. Pasien dengan penyakit AMI memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan populasi umumnya. Kecemasan menimbulkan dampak yang buruk bagi pasien AMI. Kebutuhan psikospiritual sering dipenuhi dengan melakukan tindakan keperawatan yang dapat menenangkan jiwa pasien seperti melakukan program rehabilitasi, membatasi pengunjung, memberikan sentuhan kepedulian, menghibur, dan memberikan kata motivasi. Tindakan ini termasuk intervensi khusus yang dilakukan oleh perawat, karena saat ini perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya hal ini, akan tetapi apabila perawat meluangkan waktu maka akan sangat bermakna bagi pasien maupun anggota keluarga, sehingga proses penyembuhan akan didapat oleh pasien (Wong, 2009). Pasien jantung dapat mengungkapkan berbagai perasaan dari kecemasan ringan sampai berat berkaitan dengan gejala mereka. Penelitian terdahulu telah menunjukkan bahwa ada korelasi positif antara tingkat stres dan serum kortisol, yang pada

akhirnya dapat mengakibatkan sistem kekebalan tertekan (DeKeyser, 2003). Pemberian waktu tenang dapat menjadi waktu digunakan pasien untuk bermeditasi, berdoa, istirahat, atau bercakap-cakap dengan orang lain yang terdekat.

Pasien sebagai makhluk sosial, mendapatkan rasa nyaman dari dukungan sosial karena pasien membutuhkannya untuk mengurangi stres, dapat percaya kepada orang lain, aman untuk berhubungan dengan orang lain serta mempunyai jaringan sosial yang lebih luas (Kaniasty, 2000). Konteks kenyamanan sosial pada pasien dengan AMI meliputi hubungan interpersonal (keluarga dan lingkungan sosial), sosial ekonomi (keuangan), konsep diri dan kebutuhan informasi (Umberson, 2010). Hubungan interpersonal kenyamanan sosial berhubungan dengan Dukungan keluarga. Pasien dengan AMI membutuhkan dukungan dari keluarga sehingga pasien AMI merasakan kenyamanan dan kesehatannya akan meningkat, dengan adanya dukungan dari keluarga akan berpengaruh terhadap kepatuhan pasien dalam pengobatan dan perawatan sehingga akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup pasien (Coffman, 2008). Hal ini dilakukan dengan pendekatan kepada pasien dan keluarga yang membutuhkan informasi, rasa hormat, validasi, dan dukungan emosional yang mendukung kenyamanan (Krinsky, 2014).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 terhadap tingkat kenyamanan pasien akut miokard infark. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 terhadap tingkat kenyamanan pasien akut miokard infark pada kelompok intervensi secara *significant*. Ada perbandingan pada dua kelompok yaitu kelompok yang dilakukan intervensi memiliki tingkat kenyamanan yang nyaman sedangkan kelompok kontrol memiliki tingkat kenyamanan tidak nyaman hari uji menjelaskan dengan nilai t yaitu -4.68 dengan Sig (p) 0.000, yaitu <0.05 .

Ketidaknyamanan pada pasien dengan akut miokard infark dapat diturunkan dengan melakukan latihan rehabilitasi jantung fase 1 yang dilakukan setiap hari yaitu selama 6 hari setiap hari 2 kali dan dilakukan 10-20 menit. Program Rehabilitasi jantung fase 1 merupakan salah satu prinsip penatalaksanaan pasien AMI. Pasien AMI merupakan indikasi utama dianjurkan melaksanakan program rehabilitasi jantung fase 1. Kelompok intervensi sebelum melakukan latihan rehabilitasi jantung fase 1 terlebih dahulu diberikan modul dan dijelaskan tentang latihan rehabilitasi jantung fase 1 yang berisi mengenai pengertian, tujuan dan langkah-langkah melakukan latihan rehabilitasi jantung fase 1.

Latihan rehabilitasi jantung fase 1 dilakukan secara rutin dengan didampingi oleh peneliti dan dilakukan di ruang perawatan RS. Baptis Kediri. Pemberian penjelasan mengenai langkah – langkah latihan rehabilitasi jantung fase 1 diharapkan dapat menjadi upaya promosi untuk merubah perilaku responden. Kelompok intervensi melakukan latihan rehabilitasi jantung fase 1 selama enam hari dengan peneliti mengobservasi keadaan responden saat melakukan latihan rehabilitasi jantung fase 1 apakah terjadi perubahan, jika terjadi perubahan keadaan yang saat mencolok maka latihan dapat dihentikan sebelum waktu latihan berakhir. Pengambilan data tentang tingkat kenyamanan pada kelompok intervensi dilakukan setelah pasien melaksanakan latihan rehabilitasi jantung fase 1 selama 6 hari dan dalam latihan responden tidak ada kendala. Sedangkan pengambilan data untuk kelompok kontrol adalah 6 hari setelah pasien menjalani perawatan oleh perawat ruangan.

Kesimpulan

Tingkat kenyamanan pasien dengan akut miokard infark pada kelompok intervensi lebih tinggi

dibandingkan kelompok kontrol dan Ada perbedaan bermakna tingkat kenyamanan Pasien dengan Akut Miokard Infark pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah melaksanakan rehabilitasi jantung fase 1.

Saran

Diharapkan dengan adanya latihan rehabilitasi jantung fase 1 yang dilakukan atau diberikan kepada pasien berserta dengan buku modul, pasien dapat melaksanakan dengan sungguh-sungguh sehingga saat dirawat pasien mendapatkan kenyamanan dan sekaligus dapat meningkatkan kualitas hidup setelah pasien mendapatkan serangan atau dirawat dirumah sakit.

Bagi Rumah Sakit, Manajemen Rumah Sakit dapat memprogramkan pelaksanaan aktivitas rehabilitasi jantung pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler yang tertuang dalam SOP rumah sakit. Dokter penanggungjawab pasien AMI dan perawat IPI melaksanakan meningkatkan mutu pelayanan dan pengembangan program rehabilitasi jantung di Rumah Sakit yang ditujukan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler sehingga pasien dengan gangguan kardiovaskuler dapat memiliki tingkat kenyamanan yang nyaman dan dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien.

Bagi peneliti selanjutnya Perlu adanya kepedulian kita sebagai seorang perawat terus mengupayakan pemberian asuhan keperawatan yang baik dengan melakukan penelitian-penelitian dalam kasus gawat darurat salah satunya pada pasien dengan AMI. Penelitian selanjutnya yang dapat dikembangkan yaitu “Pengaruh latihan rehabilitasi jantung fase 1 terhadap kenyamanan dan peningkatan kemampuan fungsional dan pada pasien dengan *Acute Miocardial Infarction*”, dengan menggunakan metode penelitian kuasi eksperimen pre posttest design.

DaftarPustaka

- Alan, (2014). *Heart Disease and Stroke Statistics*. Diakses 4 Oktober 2015 dari <http://circ.ahajournals.org/content>.
- An-Nafi'. (2009). *Pengaruh Kenyamanan Lingkungan Fisik ruang Rawat Inap Kelas III Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kustati Surakarta*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Surakarta.
- Cherrington, Et Al., (2004). *Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On In-Hospital Recovery*. *American Journal of Critical Care*, March 2004, Volume 13, No. 2.
- Christensen, Paula, J & Kenney, Janet, W, (2009). *Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual edisi 4*. EGC. Jakarta.
- Coffman, Julia. (2008). *Family Support and Health: A Review of Physiological Processes to Disease Outcome*. *Journal of Behaviour Medicine*. Vo. 4, No. 1. pages 257-267.
- DeKeyser., F. (2003). *Psycho neuroimmunology in critically ill patients*. AACN Advanced Critical Care.
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI. Jakarta
- Faqih, Moh. Ubaidillah. (2014). *Aplikasi Praktis Teori Kenyamanan Katharine Kolcaba untuk Pasien Jantung*. Penelitian. Magister Keperawatan. Universitas Brawijaya. Malang
- Gruendemann, B, J & Fernsebner, B. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif*. Vol II. EGC: Jakarta.

- Herlina. (2012). Aplikasi Teori Kenyamanan pada Asuhan Keperawatan Anak. *Jurnal Bina Widya*. Volume 23 Nomor 4, Edisi Juni 2012.
- Kadek Dwi, (2013). Depresi dan cemas pasien infark miokard akut di RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal penelitian Denpasar. Vol 1*.
- Kaniasty, K., & Norris, F.H. (2000). Help-seeking comfort and Receiving Social Support: the role of ethnicity and context of need. *American journal of community psychology*, 28(4), 545–581.
- Kim dan Kwon, (2007). Comfort and Quality of Life of Cancer Patients (Original Article). *Journal Asian Nursing Research, September 2007*. Vol 1, No 2.
- Kolcaba, Katherine. (2006). Comfort Theory: A Unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*. Lippincott Williams & Wilkins. Inc.
- Krinsky, Robbin. (2014). A Practical Application of Katharine Kolcaba's Comfort Theory to Cardiac Patients. Elsevier. *Applied Nursing Research* Vol.27:147–150
- Lubis, A. C. (2009). Rehabilitasi Jantung Paska Infark Miokard Departemen Kardiologi dan kedokteran vaskular FK USU. Diakses pada 3 Oktober 2016, dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Miaskowski, C., Cooper, B.A., Paul, S. M., Dodd, M., Lee, K., West, C., et al. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality of life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum*, 33, E79–E89.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Olson, D. M., Borel, C. O., Laskowitz, D. T., Moore, D. T., & McConnell, E. S. (2001). Quiet time: A nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care*, 10, 2.
- Patrick T. O'Gara, dkk. (2013). Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation. Journal of the American Heart Association*.
- Piotrowicz, R., & Wolszakiewicz, J. (2008). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Cardiology Journal*. Vol. 15, No. 5, pp. 481–487.
- Praptianingsih, Sri. (2006). *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Purwaningsih, W. (2010). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. ISBN. Yogyakarta.
- Rekam Medis RS. Baptis Kediri, 2016
- Rubeinstein D., Wayne D., Bradley J. (2007). *Lecture note: kedokteran klinis. Edisi ke-6*. Erlangga. Jakarta.
- Taylor-Ford, R., Catlin, A., LaPlante, M., & Weinke, C. (2008). Effect of a noise reduction program on a medical-surgical unit. *Nursing Research*.
- Tedjasukmana Pradana et al, (2010). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI).
- Tomey, Ann Mariner. Alligood, M Raile. (2006). *Nursing Theory and Their Work*. Philadelphia: Mosby, Elsevier.
- Umberson, Debora., Jennifer Karas Montez. (2010). Social Relationship and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behaviour*. 51 (5): 554-566.
- Wong, L.D., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelsein, M.L., & Schawrtz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan*

Pediatrik. Edisi 6 Vol 2. EGC.
Jakarta.

Yusuf, M. Y. (2007). Rehabilitasi
Penyakit Jantung. *Jurnal*
Universitas Wijaya Kusuma.