

## Intervention Based on Nursing Integration with Islam Relaxation to Decrease Anxiety and Pain on IMA Patients in ICU

### Intervensi Berbasis Keperawatan Integrasi dengan Relaksasi Islami terhadap Penurunan Kecemasan dan Nyeri Pasien AMI di Ruang ICU

<sup>1</sup>Angga Sugiarto

<sup>2</sup>Anies

<sup>3</sup>Hari Peni Julianti

<sup>4</sup>Mardiyono

<sup>1) 4)</sup>Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang

Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang

<sup>2) 3)</sup>Program Pascasarjana Universitas Diponegoro

E-mail: [akhanggas@gmail.com](mailto:akhanggas@gmail.com)

#### Abstract

Disease Acute Myocardial Infarction (AMI) today became one of the major causes of death (*mortality*) and the top 10 causes of death in the world according to the WHO. Referring to the health profile of the city, the number of patients with AMI reached 1847 people in 2010 and increased to 2130 people in 2011 with AMI Patients generally experience high anxiety associated with the disease. This study aims to determine the effect-Based Nursing Intervention Integration with relaxation Islamist in AMI patients in the ICU. The research design used in this study was a *quasi-experiment* with pre and post test design approach, and repeated measures that provide treatment in the 2 groups: a group given relaxation Islamist intervention and control groups. Treatment effect seen in the differences in anxiety before and after the treatment. Gauges in this study is the Numerical Rating Scale of Anxiety (NRSA) and 0-10 Pain Rating Scale. The results showed that the intervention was able to reduce anxiety and pain in patients with AMI ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** acute Myocardial Infarction (AMI) ; anxiety ; pain ; relaxation

#### Abstrak

Penyakit Acute Myocardial Infarction (AMI) dewasa ini menjadi salah satu penyebab utama kematian (*mortalitas*) dan masuk 10 besar penyebab kematian di dunia menurut WHO. Mengacu pada profil kesehatan Kota Semarang, jumlah penderita AMI mencapai 1847 orang pada tahun 2010 dan meningkat menjadi 2130 orang pada tahun 2011. Pasien dengan AMI umumnya mengalami kecemasan yang tinggi terkait dengan penyakit yang dideritanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Intervensi Berbasis Keperawatan Integrasi dengan Relaksasi islami pada Pasien AMI di ICU. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan pendekatan pre and posttest design, dan repeated measures yang memberikan perlakuan pada 2 kelompok yaitu kelompok diberi intervensi relaksasi islami dan kelompok kontrol. Pengaruh perlakuan dilihat pada perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Alat ukur dalam penelitian ini adalah Numerical Rating scale of Anxiety (NRSA) dan 0-10 Pain Rating

Scale. Hasil penelitian menunjukkan intervensi tersebut mampu menurunkan kecemasan dan nyeri pada pasien AMI ( $p < 0,05$ ).

**Kata kunci:** akut miokardial infark (AMI) ; kecemasan ; nyeri ; relaksasi

## 1. Pendahuluan

Penyakit Acute Myocardial Infarction (AMI) menjadi salah satu penyebab utama *mortalitas* dan masuk 10 besar penyebab kematian di dunia menurut WHO. Di Indonesia pada tahun 2012 angka prevalensi penyakit jantung yang di dalamnya termasuk AMI mencapai 7,2% yang berarti terdapat 720 penderita pada setiap 10.000 orang (Departemen Kesehatan RI, 2012). Di kota Semarang, jumlah penderita AMI mencapai 1847 orang pada tahun 2010 dan meningkat menjadi 2130 orang pada tahun 2011 (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2012).

Pasien dengan AMI umumnya mengalami kecemasan yang tinggi terkait dengan penyakitnya. Tingginya kecemasan yang dirasakan pada pasien dengan AMI adalah fenomena universal sebagaimana terlihat dari penelitian yang dilakukan di lima negara dari beberapa benua yang berbeda dalam waktu yang bersamaan. Sampel diambil di Australia, Jepang dan Korea Selatan yang terdapat di benua Asia, Inggris yang terdapat di benua Eropa, serta *United State of America* (USA) yang berada di benua Amerika (De Jong et al, 2004). Selain mengalami kecemasan pasien AMI juga mengalami nyeri. Nyeri pada pasien AMI yang umum dirasakan oleh para penderita adalah nyeri dada yang terkadang menjalar kebagian lain sekitar dada. Nyeri timbul karena penyempitan satu atau lebih pembuluh arteri koronaria yang menyebabkan iskemi dan infark serta mengakibatkan nekrosis otot jantung (Oman, 2008). Pada studi nyeri pasien dengan AMI ( $n=722$ ) intensitas nyeri dada yang

tinggi tampak pada penilaian awal (rata-rata skor 7.1 dari skala 10). Pada kedatangan di CCU skor nyeri rata-rata sudah turun namun 51% masih memiliki nyeri dada. Skor nyeri menurun berturut-turut selama 12 jam pertama di CCU. Pada 24 jam setelah kedatangan, 20% masih memiliki beberapa ketidaknyamanan dada (Herlitz, 1986).

Pada ranah keperawatan terdapat metode relaksasi yang mengacu pada pendekatan spiritual berupa Intervensi berbasis keperawatan integrasi dengan relaksasi islami yang merupakan kombinasi dari *deep acceptance, self-hypnosis, tapping, dan dzikr* melalui hubungan interaktif antara perawat dan pasien kemudian diberikan untuk memberikan hasil berupa penurunan kecemasan yang dirasakan pasien dengan AMI (Mardiyono, 2011).

## 2. Metode

Metode penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan pendekatan *pre and post test design*, dan *repeated measures* yang memberikan perlakuan kelompok intervensi relaksasi islami dan kelompok kontrol. Pengaruh perlakuan dilihat pada perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Alat ukur dalam penelitian ini adalah Numerical Rating scale of Anxiety (NRSA) dan 0-10 Pain Rating Scale. Penelitian dilakukan di RSUD Kota Semarang dan RSUD Provinsi Jawa Tengah Adyatma pada bulan Desember 2013 - Maret 2014. Menggunakan consecutive sampling yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 18 orang. Kriteria inklusi yaitu didiagnosis AMI, muslim,

serangan AMI pertama, mampu berkomunikasi verbal, menunjukkan adanya kecemasan skor minimal 3 dari NRS-A. Data dianalisa menggunakan *Wilcoxon* dan *Mann Whitney U-test*.

### 3. Hasil dan Pembahasan

#### Hasil

Pada Penurunan Kecemasan Responden sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok Relaksasi, dengan menggunakan uji statistik *wilcoxon* rerata skor kecemasan responden sebelum Intervensi pada 12 jam setelah masuk ICU adalah 6,78 (simpangan baku  $\pm 0,667$ ) dan setelah Intervensi rerata skor kecemasan mengalami perubahan menjadi 5,67 (simpangan baku  $\pm 0,707$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 0,008 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan yang bermakna rerata skor kecemasan sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Pada 24 jam setelah masuk ICU skor kecemasan responden sebelum Intervensi adalah 5,11 (simpangan baku  $\pm 0,601$ ) dan setelah Intervensi rerata skor kecemasan mengalami perubahan menjadi 3,78 (simpangan baku  $\pm 0,833$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 0,010 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan yang bermakna rerata skor kecemasan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada kelompok relaksasi.

Tingkat kecemasan responden sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok kontrol di dapatkan rerata skor kecemasan responden kelompok kontrol pada pengukuran 12 jam setelah masuk ICU pengukuran 1 dan 2 tidak mengalami perubahan yaitu pada skor 6,56 (simpangan baku  $\pm 0,527$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 1,000 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak ada penurunan yang bermakna rerata skor kecemasan pada pengukuran 1 dan 2 pada kelompok

kontrol.

Pada 24 jam setelah masuk ICU rerata skor kecemasan responden pengukuran 3 adalah 5,33 (simpangan baku  $\pm 0,707$ ) dan skor kecemasan pengukuran 4 mengalami perubahan menjadi 5,22 (simpangan baku  $\pm 0,833$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 0,317 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak ada penurunan yang bermakna rerata skor kecemasan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol

Pada Penurunan Kecemasan Responden sebelum dan setelah Intervensi antara Kelompok Relaksasi dan Kontrol dengan menggunakan uji statistik *wilcoxon* diketahui bahwa hasil analisis penurunan kecemasan pada 12 jam setelah masuk ICU diperoleh nilai signifikansi 0,001 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan rerata selisih skor kecemasan yang bermakna antara kelompok relaksasi dan kelompok kontrol. Sedangkan pada pengukuran 24 jam setelah masuk ICU diperoleh nilai signifikansi 0,001 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan rerata selisih skor kecemasan yang bermakna antara kelompok relaksasi dan kelompok kontrol.

Penurunan nyeri responden sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok relaksasi di dapatkan rerata skor nyeri responden sebelum Intervensi pada 12 jam setelah masuk ICU adalah 6,00 (simpangan baku  $\pm 0,500$ ) dan setelah Intervensi rerata skor nyeri mengalami perubahan menjadi 5,00 (simpangan baku  $\pm 0,707$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 0,007 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan yang bermakna rerata skor nyeri sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Pada 24 jam setelah masuk ICU rerata skor nyeri responden sebelum Intervensi adalah 4,56 (simpangan baku  $\pm 0,726$ ) dan setelah Intervensi rerata skor nyeri mengalami perubahan

menjadi 3,67 (simpangan baku  $\pm 0,866$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 0,005 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan yang bermakna rerata skor nyeri sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Tingkat nyeri responden sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok kontrol menggunakan uji statistik *Mann Whitney* didapatkan rerata skor nyeri responden kelompok kontrol pada 12 jam setelah masuk ICU pengukuran 1 dan 2 tidak mengalami perubahan yaitu pada skor 6,11 (simpangan baku  $\pm 0,928$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 1,000 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak ada penurunan yang bermakna rerata skor nyeri pada pengukuran 1 dan 2.

Pada 24 jam setelah masuk ICU rerata skor nyeri responden pengukuran tidak mengalami perubahan yaitu pada skor 6,11 (simpangan baku  $\pm 0,928$ ). Hasil analisis diperoleh nilai signifikansi 1,000 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak ada penurunan yang bermakna rerata skor nyeri pada pengukuran 3 dan 4 sebelum dan setelah dilakukan intervensi

Penurunan Nyeri Responden sebelum dan setelah Intervensi antara Kelompok Relaksasi dan Kontrol diketahui bahwa hasil analisis penurunan nyeri pada 12 jam setelah masuk ICU diperoleh nilai signifikansi 0,004 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan rerata selisih skor nyeri yang bermakna antara kelompok relaksasi dan kelompok kontrol.

Pada 24 jam setelah masuk ICU diperoleh nilai signifikansi 0,000 ( $p < 0,05$ ), artinya ada penurunan rerata selisih skor nyeri yang bermakna antara kelompok relaksasi dan kelompok kontrol.

## Pembahasan

Secara fisiologis situasi stres yang dialami pasien dengan AMI akan mengaktivasi *hipotalamus* yang

selanjutnya mengendalikan dua sistem neuroendokrin, yaitu sistem saraf simpatis dan sistem korteks adrenal. Sistem saraf simpatik berespon terhadap impuls saraf dari *hipotalamus* yaitu dengan mengaktivasi berbagai organ dan otot polos yang berada di bawah pengendaliannya. Sistem saraf simpatis juga memberi sinyal ke medula adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke dalam aliran darah. Sistem korteks adrenal diaktivasi jika *hipotalamus* mensekresikan *corticotropin releasing factor* (CRF) yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat di bawah *hipotalamus*. Kelenjar hipofisis selanjutnya akan mensekresikan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) yang dibawa melalui aliran darah ke korteks adrenal. Hal tersebut menstimulasi pelepasan sekelompok hormon, termasuk kortisol, yang meregulasi kadar gula darah. ACTH juga memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain untuk melepaskan sekitar 30 hormon. Efek kombinasi berbagai hormon stres yang dibawa melalui aliran darah ditambah aktivitas neural cabang simpatik dari sistem saraf otonomik berperan dalam respons *fight or flight* (Corwin, 2009)

Proses relaksasi secara fisiologis akan membalikkan efek stres yang melibatkan bagian parasimpatik dari sistem saraf pusat tersebut (Domin, 2001). Relaksasi akan menghambat peningkatan saraf simpatik, sehingga hormon penyebab disregulasi tubuh dapat dikurangi jumlahnya. Sistem saraf parasimpatik yang memiliki fungsi kerja berlawanan dengan saraf simpatik, akan memperlambat atau memperlemah kerja alat-alat internal tubuh. Sehingga terjadi penurunan tanda-tanda vital seperti detak jantung, irama nafas dan tekanan darah, ketegangan otot, tingkat metabolisme, dan produksi hormon penyebab stress. Seiring dengan penurunan tingkat

hormon penyebab stress, maka seluruh badan mulai berfungsi pada tingkat lebih sehat dengan lebih banyak energi untuk penyembuhan (*healing*), penguatan (*restoration*), dan peremajaan (*rejuvenation*) (Domin, 2001). Hasil penelitian diatas juga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa relaksasi Islami yang diberikan selama kurang lebih 20 menit mampu menurunkan kecemasan pada pasien AMI ketika diberikan pada awal masuk ICU (Mardiyono, 2011).

Pada Fenomena staganansi kecemasan sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa dalam studi sebelumnya puncak kecemasan pada pasien dengan AMI akan hadir selama 12 jam setelah masuk ICU. Tingkat kecemasan tetap stabil dari 24 jam setelah masuk ICU dan meningkat setelah 60 jam ketika pasien dipindahkan dari ICU ke bangsal perawatan umum (An et al., 2004). Dengan begitu pada pasien AMI yang tidak mendapatkan terapi terkait dengan kecemasannya maka kecemasan akan menetap secara sementara dan tidak mengalami penurunan pada rentang 24 hingga 60 jam setelah masuk ke ruang ICU.

Hasil pengukuran diatas sesuai dengan konsep *transpersonal caring relationship* yang mencakup tiga dimensi yaitu *self*, *phenomenal field*, dan intersubjektivitas untuk mendukung relaksasi holistik. *Transpersonal caring relationship* dapat diterapkan ke dalam relaksasi holistik yang disusun dari relaksasi biologis, psikologis, dan spiritual (Dossey, Keegan, and Guzzeta, 2005). *Self* sebagai integrasi pikiran-tubuh-jiwa yang berharga dalam mempromosikan keyakinan spiritual dan penerimaan yang mendalam dalam relaksasi holistik. Intersubjektivitas adalah hubungan manusia ke manusia yang penting dimana pihak penyembuh dan

penerima, memiliki efek pada relaksasi berbasis keperawatan integrasi dengan relaksasi Islami. Pada penelitian ini, *transpersonal caring relationship* mengacu pada bagaimana perawat bereaksi terhadap pasien dengan AMI dan bagaimana hal tersebut dipengaruhi oleh *self-ego* dari orang-orang, persepsi situasi, dan intersubjektivitas dari orang lain (Neil dan Tomey, 2006; Watson, 2001).

Relaksasi berbasis keperawatan integrasi dengan relaksasi Islami adalah kombinasi dari *caring*, *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) yang terdiri dari *caring*, *deep acceptance*, *self-hypnosis*, *tapping*, dan *Dzikir*. Prosedur dari Relaksasi Berbasis keperawatan Integrasi dengan Relaksasi Islami terdiri dari empat langkah yaitu setup, mendengarkan, penyadapan, dan dzikir. Relaksasi mungkin mendapat respon dari ketenangan dan kesadaran. Hubungan yang baik pada awalnya dibuat ketika memberikan relaksasi tersebut (Mardiyono, 2011).

Respon nyeri tidak lepas dari peran reseptor nyeri atau disebut juga dengan nosiseptor yang mencakup ujung saraf bebas yang berspon terhadap berbagai stimulus termasuk nyeri. Zat kimia yang menyebabkan nyeri adalah histamin, bradikinin, serotonin, beberapa prostaglandin, ion kalium, dan ion hidrogen. Masing-masing zat tersebut tersebut tertimbun di tempat cedera sel, hipoksia, atau kematian sel (Corwin, 2009). Hal inilah yang terjadi pada pasien AMI yang pada bagian *myocardial* terdapat infark.

Berdasarkan bukti eksperimen-mental menunjukkan bahwa kemungkinan transmisi stimulus nyeri dari *medula spinalis* ke otak dapat dipengaruhi oleh neuron desenden yang mencetuskan potensial aksi pada *sel medula spinalis*. *Input desenden spina* dapat meningkatkan *transmini stimulus*

nyeri atau dapat mengurangi kemungkinan bahwa stimulus dipersepsikan sebagai nyeri. *Jaras desenden* ini dapat dioptimalkan sehingga mampu mempengaruhi persepsi dan toleransi nyeri penderita dengan menekankan kemampuan *jaras desenden* melalui teknik distraksi atau relaksasi (Corwin, 2009). Prinsip ini kemudian yang diadopsi untuk menurunkan nyeri menggunakan relaksasi Islami.

Penurunan nyeri pada pasien AMI diatas selaras dengan penggunaan relaksasi Islami berupa SEFT yang pernah dilakukan oleh Hakam (2009) dengan hasil penurunan nyeri pada pasien yang diberikan terapi relaksasi dikombinasikan dengan analgesik lebih baik daripada pasien yang diberikan analgesik saja. Senada dengan penelitian tersebut, hasil penelitian lain (Yuniarsih, 2014) menunjukkan penurunan nyeri pada pasien yang diberikan terapi SEFT. Penelitian lain (Sitepu, 2009) menerapkan terapi dzikir selama 30 menit untuk menghilangkan rasa sakit pasca operasi pada 6-8 jam dan 24-30 jam pada pasien Muslim dengan hasil penurunan yang signifikan antara sebelum dan sesudah terapi ( $p < 0,01$ ).

Fenomena *staganansi* nyeri sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa dalam studi sebelumnya puncak nyeri pada pasien dengan AMI akan hadir selama 12 jam setelah masuk. Tingkat nyeri tetap stabil dari 24 jam setelah masuk dan meningkat setelah 60 jam ketika pasien dipindahkan dari ICU ke bangsal umum (An et al., 2004). Dengan begitu pada pasien AMI yang tidak mendapatkan terapi terkait dengan nyerinya maka nyeri akan menetap secara sementara dan tidak mengalami penurunan pada rentang 24 hingga 60 jam setelah masuk ke ruang ICU.

Relaksasi Islami yang diberikan pada pasien AMI memberikan

ketenangan berdasarkan kekuatan spiritual pasien. Efek menenangkan yang ditimbulkan oleh relaksasi ini mengubah fisiologi dominan sistem simpatis menjadi dominan sistem parasimpatis. Menurut Oberg (2009), dalam keadaan ini, terjadi penurunan sekresi katekolamin dan kortisol, sedangkan hormon parasimpatis serta neurotransmitter seperti dehidroepian drosterone (DHEA) dan dopamine mengalami peningkatan.

Kondisi relaks yang dihasilkan melalui proses relaksasi dapat memberikan pengaruh terhadap skala nyeri didasarkan pada teori Gate Control (Ganong, 2002) yang menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi pada seseorang akibat adanya rangsang tertentu dapat diblok ketika terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat. Pemblok ini dapat dilakukan melalui pengalihan perhatian ataupun dengan tindakan relaksasi (Andersen et. al, 2005).

## 4. Simpulan dan Saran

### Simpulan

Intervensi relaksasi Islami mampu memberikan pengaruh menurunkan kecemasan dan nyeri pasien AMI yang dirawat di ruang ICU. Hal tersebut tampak pada hasil analisis yang menunjukkan ada penurunan skor kecemasan pre dan post intervensi pada 12 dan 24 jam setelah masuk ICU pada kelompok relaksasi, ada penurunan skor nyeri pre dan post intervensi setelah masuk ICU kelompok relaksasi, tidak Ada penurunan skor kecemasan pre dan post intervensi setelah masuk ICU kelompok kontrol, tidak Ada penurunan skor nyeri pre dan post intervensi setelah masuk ICU kelompok kontrol, ada beda penurunan skor kecemasan pre dan post intervensi

setelah masuk ICU antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, ada beda penurunan skor nyeri pre dan post intervensi setelah masuk ICU antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Relaksasi Islami dapat diberikan pada 12 jam setelah pasien masuk ruang ICU untuk dapat mendapatkan hasil yang maksimal dalam proses penurunan kecemasan dan nyeri. Intervensi juga sebaiknya dilanjutkan dengan perlakuan yang sama pada titik waktu 24 jam setelah pasien masuk ruang ICU.

### Saran

Relaksasi Islami hendaknya dapat digunakan sebagai penatalaksanaan non medikamentosa psikososial pada pasien AMI yang dirawat di ruang ICU yang sedang menghadapi perubahan fisik dan psikis terkait dengan penyakit yang dideritanya. Penerapan dalam tataran klinis dapat menjadi pelengkap terapi sebagai pendukung proses penyembuhan dan pemulihan secara fisik dan psikologis utamanya pada kecemasan dan nyeri pasien AMI. Penelitian lanjutan dapat dilakukan dengan meneliti lamanya efektifitas dari teknik relaksasi ini pada pasien.

### 5. Daftar Pustaka

- An, K., De Jong, M. J., Riegel, B. J., McKinley, S., Garvin, B. J., Doering, L. V., et al. 2004. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(2), 75-82.
- Andersen, Mark B and Sutherland, Georgina and Morris, Tony. 2005. Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 3. 249-256.
- Bassampour, S. S. 2006. The effect of relaxation techniques on anxiety in patients with myocardial infarction. *Atherosclerosis Supplements*, 73, 100-100.
- Caine, R. M. 2003. Advanced practice. Psychological influences in critical care: perspectives from psychoneuroimmunology. *Critical Care Nurse*, 23(2), 60.
- Corwin, E. J. 2009. Buku Saku Patofisiologi, Jakarta : EGC
- De Jong, M. J., Chung, M. L., Roser, L. P., Jensen, L. A., Kelso, L. A., Dracup, K., et al. 2004. A five country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardio-vascular Nursing*, 3(2), 129-134.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Profil Kesehatan Indonesia 2008. <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202008.pdf>. [Diakses 19 September 2013].
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, <http://dinkeskotasemarang.files.wordpress.com/012/07/profil-kesehatan-kota-semarang-2011.pdf> [Diakses 19 September 2013]
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, <http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/profil/profil2011/BAB%20I-VI%202011a.pdf> [diakses 19 September 2013]
- Domin, V. 2001. Relaxation-How Good Are You at Relaxing? [www.hypnosisupdate.com](http://www.hypnosisupdate.com)
- Frazier, S. K., Moser, D. K., O'Brien, J. L., Garvin, B. J., An, K., and Macko, M. 2002. Management of anxiety after acute

- myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31, 411-420.
- Grachev I D, Fredickson BE, Apkarian AV. 2001. Dissociating anxiety from pain: mapping the neuronal marker N-acetyl aspartate to perception distinguishes closely interrelated characteristics of chronic pain. *Mol Psychiatry* 6:256-260.
- Ibnu Hajar Al Asqalani, Fathul Baari terjemahan, jilid 11, Pustaka Azzam : Jakarta
- Kim, K. A., Moser, D. K., Garvin, B. J., Riegel, B. J., Doering, L. V., Jadack, R. A., et al. 2000. Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 94, 245-253.
- Mardiyono, M., Angraini, M. D., dan Sulistyowati, D. I. D. 2009. Pengaruh terapi dzikir terhadap penurunan kecemasan pasien bedah mayor. *Jurnal Keperawatan Profesional Indonesia*, 21, 45-56.
- Mardiyono, Songwathana P, Petpichetchian W. 2011a. The Effects of the Nursing-Based Intervention Integrating Islamic Relaxation on Anxiety and Percieved Control in indonesian Patients with Acute Myocardial Infarction Admitted in ICCU, Prince of Songkla University Knowledge Bank
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., and Hudson, J. 2002. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27-36.
- Melzack, R., and Wall, P. D. 1999. Text book of Pain (4 th ed). Churchill Livingstone: Harcourt Publishers.
- Moser, D. K. 2007. "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., et al. 2003a. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment & management. *Intensive & Criti-cal Care Nursing*, 19, 276-288
- Oman, K.S. 2008. Panduan Belajar Keperawatan Emergensi, EGC : Jakarta
- Oberg, E. 2009. Mind-Body Techniques to reduce Hypertension's Chronic Effects, *Integrative Medicine*, Vol 8, No 5,
- Purnama, Y, Memupuk rasa takut kepada Allah. [muslim.or.id/aqidah/memupuk-rasa-takut-kepada-allah.html](http://muslim.or.id/aqidah/memupuk-rasa-takut-kepada-allah.html) [diakses tanggal 19 September 2013]
- Rhudy JL, Meagher MW. 2000. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain* 84:65-75
- Shives, L. R. 2005. Basic concepts of psychiatric-mental nursing 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Sitepu, N. 2009. Effect of Zikr Medi-tation on Post Operative Pain Among Muslim, Prince of Song-kla University Knowledge Bank
- Sorensen's. 1993. Medical Surgical Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vaag, P. R., and Jacobs, G. A. 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory Form Y. Palo Alto, Canada: Consulting Psychologist Press, Inc..



- Suls J, Wan CK. 1989. Effect of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 57:372-379
- Van den Hout JH, Vlaeyen JW, Houben RM, Soeters AP, Peters ML. 2001. The effects of failure feedback and pain-related fear on pain report, pain tolerance, and pain avoidance in chronic low back pain patients. *Pain* 92:247-257
- Watson, J. 2001. Jean Watson: Theory of Human Caring. In M. E. Parker Ed., *Nursing theories and nursing practice* pp. 343-354. Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J., and Smith, M. C. 2002. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 375, 452-461.
- World Health Organization. 2011. The Top Ten Causes of Death. Diunduh dari: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> [Diakses 19 September 2013]
- Yuniarsih, S.M. 2014. Perbandingan Intervensi Spiritual Dan Spiritual Emotional Freedom Technique Seft Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Dan Kecemasan Ibu Bersalin Kala I Di Puskesmas Poned Kota Pekalongan. <http://pustaka.unpad.ac.id/archives/130040/> [Diakses 16 Mei 2014]