

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit tidak menular yang setiap tahunnya lebih dari 17 juta penyebab kematian di dunia (WHO,2014) di Amerika Serikat penyakit kardiovaskuler menyumbang 1 dari 7 kematian. Sekitar 790.000 orang di Amerika Serikat menderita serangan jantung setiap tahunnya, dan 114.000 akan mengalami kematian (AHA,2017). Di Indonesia dari data WHO tahun 2017 bahwa penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia pada tahun 2015 dengan angka kematian 764 Per 100.000 penduduk. Penyakit kardiovaskuler yang paling sering terjadi adalah penyakit jantung koroner (PJK), diikuti gagal jantung, hipertensi dan stroke. Berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit jantung koroner di Jawa Tengah sangat tinggi yaitu 0,5% atau diperkirakan sekitar 120.447 orang (Risikesdas. 2013)

Salah satu penyakit jantung koroner yang sering terjadi adalah Infark Miokardium Akut (IMA). IMA adalah keadaan yang mengancam kehidupan dengan tanda khas terbentuknya jaringan nekrosis otot yang permanen karena otot jantung kehilangan suplai oksigen (Udjianti,2010). Faktor risiko dari IMA dibagi menjadi 2 faktor resiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah seperti merokok, kolesterol yang tinggi, hipertensi, obesitas dan diabetesmilitus. Sedangkan untuk faktor yang tidak dapat diubah usia, herediter, Ras, dan jenis kelamin (Morton et al 2013). Gejala yang umum muncul pada pasien IMA adalah nyeri dada seperti ditekan beban berat yang menjalar kelengan kiri, bahu dan terutama timbul di epigastrium. Selain nyeri dada gejala yang sering muncul pada pasien IMA yaitu sesak nafas, cemas, keringat dingin atau diaphoresis, palpitasi dan keletihan (Gray et al. 2005 dalam Saripanur 2016).

Gejala klinis utama pasien IMA adalah nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus (Muttaqin,2009). Pada saat kondisis sakit yang

mengakibatkan nyeri atau gangguan fisik dapat menimbulkan masalah tidur. Seseorang yang sedang dalam keadaan sakit irama tidur dan bangun yang normal akan terganggu (Kozier et.al, 2010).

Pada pasien IMA gangguan tidur lebih sering terjadi setelah mengalami serangan IMA dari pada sebelum terjadinya serangan IMA (Med Bull et al, 2012 dalam Ariyanti, 2013). Hasil dari penelitian pada pasien IMA yang dilakukan Triyananta dan Dwi (2011) di RSUD Moewardi Surakarta didapatkan dari 34 pasien bahwa sebanyak 9 pasien dengan kualitas tidur baik, sebanyak 10 pasien dengan kualitas tidur sedang dan sebanyak 15 pasien dengan kualitas tidur yang buruk.

Masalah gangguan tidur pada pasien IMA yaitu sering mengalami insomnia, dengan periode waktu dan frekuensi tidur yang pendek. Hal ini disebabkan oleh hilangnya neuron kolinergik di batang otak yang mengontrol tidur karena penghancuran diri sel (Goulboub R, 2010 dalam Ariyanti 2013). Insomnia adalah ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah yang cukup yang menyebabkan individu tidak merasa segar saat bangun tidur (Kozier et.al, 2010). Pengaruh dari kualitas tidur yang buruk dapat menimbulkan penurunan konsentrasi, penurunan membuat keputusan, penurunan berpartisipasi dalam melakukan aktifitas harian, menyebabkan terjadinya peningkatan kepekaan (iritabilitas), delusi, halusinasi, berbicara tidak jelas dan pandangan kabur (Potter & Perry, 2006)

Pada pasien jantung kualitas tidur yang buruk mengakibatkan kerja jantung lebih berat (Triyanata dan Dwi 2011), mempunyai resiko empat kali lebih banyak mengalami serangan jantung dan stroke (Abdurrosyid 2008 dalam Triyanata dan Dwi 2011) dan proses perbaikan kondisi pasien akan semakin lama sehingga akan memperpanjang masa perawatan di rumah sakit. Lamanya perawatan ini akan menambah beban biaya yang akan ditanggung pasien menjadi tinggi dan kemungkinan akan menimbulkan respon hospitalisasi bagi pasien (Melenie, 2012).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur. Dari hasil penelitian masalah tidur pada pasien IMA yaitu disebabkan

oleh beberapa faktor dari hasil penelitian yang dilakukan Ariyanti (2013) di RSUP Nusa Tenggara Barat didapatkan hasil bahwa pengetahuan, keluhan fisik, pengaruh lingkungan, pengaruh tenaga kesehatan dan respon perasaan mempengaruhi kualitas tidur pasien.

Keluhan fisik yang dirasakan pada pasien IMA adalah nyeri dan sesak nafas. Nyeri dan sesak nafas akan menimbulkan masalah keperawatan dan mengganggu kebutuhan dasar manusia yaitu tidur (Smeltzer and Bare (2011) dalam Yaasi (2016). Faktor dari lingkungan seperti kebisingan aktivitas perawatan, pencahayaan yang terang dan obat – obatan menyebabkan gangguan pola tidur. Pasien penderita IMA tidak dapat tidur setelah setelah jam 11.00 malam. pada malam hari tidur terganggu dengan aktivitas perawat ke pasien 2-3 kali permalam, sehingga tidur REM pendek dan kadang tidak mendapatkan tidur REM (*Rapid Eye Movement*) sama sekali (BaHamman, 2006 dalam Ariyanti 2013)

Selain itu respon perasaan juga akan mempengaruhi kualitas tidur yaitu kecemasan. Kecemasan seringkali akan mengganggu tidur. Kecemasan akan meningkatkan kadar norepinefrin dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Perubahan kimia ini akan menyebabkan kurangnya waktu tidur tahap IV NREM (*Non Rapid Eye Movement*) dan tidur REM serta lebih banyak perubahan perubahan dalam tahap tidur dan lebih sering terbangun (kozier et.al, 2010). Kecemasan yang dialami pada pasien dapat merangsang saraf simpatis untuk mengeluarkan katekolamin, glukagon dan hormon kortisol-steriod yang mempengaruhi SSP (sistem saraf pusat) dalam meningkatkan rasa gelisah, nafas cepat, hipertensi dan ketegangan otot. Demikian juga dapat menstimulasi RAS (*Reticular Activating Sytem*) yang mengatur seluruh fase tidur, meningkatkan *sleep latency* dan menurunkan efisiensi tidur yang meliputi peningkatan frekuensi bangun di malam hari (Robbins *et al* 2004 dalam Surwantika 2015

Kecemasan adalah rasa takut yang tidak jelas dari respon psikologis yang disertai respon otonom yang membuat seseorang tidak nyaman yang merupakan suatu sikap alamiah yang dialami oleh setiap manusia sebagai

respon menghadapi ancaman (Stuart, (2016); NANDA (2015); Kusumawati dan Hartono (2011)).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Saripanur di ruang ICU Panembahan Senopati Bantul pada tahun (2016) tingkat kecemasan pada pasien IMA dari 24 responden sebanyak 6 responden cemas ringan, 12 responden cemas sedang, dan 6 responden cemas berat. Pada pasien IMA faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan yaitu usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan pengalaman (Budiman, 2015). Hasil dari penelitian dari Mardiyono (2012) menunjukkan bahwa untuk prevalensi gangguan kecemasan pada pasien IMA terjadi Peningkatan tertinggi pada 12 jam pertama dan bertahan hingga 18 jam setelah masuk di ruang ICCU.

Kecemasan yang tidak ditangani dengan tepat akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakit karena dapat memperlambat penyembuhan dan mortalitas penderita IMA (Jeff, Chistophes, James, 2010 dalam Saripanur 2016). Kecemasan yang muncul akan menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian respon kardiovaskuler seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan terjadinya serangkaian respon kardiovaskuler yang menyebabkan kebutuhan myocard terhadap oksigen meningkat (Muttaqien, 2009)

Penelitian yang dilakukan Dariah dan Okatiranti (2015) hubungan kecemasan dengan kualitas tidur lansia di Posbindu Anyelir Kecamatan Cisarua Kabupaten Bandung Barat hasil nilai korelasi 0,765 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang kuat. Hal ini didukung oleh Penelitian Budayani 2015 hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur penderita Asma di RSUD Karanganyar didapatkan nilai korelasi mencapai 0.889 menunjukkan hubungan yang sangat kuat antara tingkat kecemasan dan kualitas tidur pasien asma. Kecemasan merupakan hal yang sering terjadi pada manusia, cemas juga dapat menjadi beban yang berat yang dapat menyebabkan kehidupan individu dibawah bayang – bayang kecemasan yang berkempanjangan dan menganggap rasa cemas sebagai ketegangan

mental yang disertai gangguan tubuh sehingga menyebabkan waspada terhadap ancaman fisik maupun psikologis (Asmadi, 2008) sehingga Kecemasan akan meningkatkan kadar norepinefrin dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Perubahan kimia ini akan menyebabkan kurangnya waktu tidur tahap IV NREM dan tidur REM serta lebih banyak perubahan-perubahan dalam tahap tidur dan lebih sering terbangun (Kozier et.al, 2010).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ICU RSUD Tidar Magelang pada 26 Maret 2018, angka kejadian pasien IMA pada tahun 2017 sebanyak 312 pasien dan pada tahun 2018 bulan Januari 26 pasien, Februari 13 pasien dan Maret 11. Dari hasil wawancara dengan kepala ruang dan perawat ICU RSUD Tidar Magelang menyatakan bahwa sebagian besar pasien ICU RSUD Tidar Magelang adalah pasien dengan penyakit kardiovaskuler. Pada pasien dengan penyakit kardiovaskuler IMA mengalami kecemasan dan gangguan kualitas tidur karena nyeri yang dirasakan pasien akan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan akan mengganggu kualitas tidur pasien. Sementara melalui wawancara pada 2 pasien dengan diagnosa IMA didapatkan kedua pasien sudah tidak mengalami kecemasan pasien mengatakan sudah cukup tenang dan untuk kualitas tidur pasien salah satu pasien mengalami kualitas tidur yang buruk yaitu pasien kesulitan dalam memulai tidur dan mudah terbangun serta pasien merasa bahwa kualitas tidurnya sangat kurang.

Dari hasil observasi tersebut diidentifikasi bahwa kondisi pasien sudah tidak mengalami kecemasan pasien sudah cukup tenang dan salah satu pasien kualitas tidurnya sudah baik. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien IMA. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien IMA.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti merumuskan yaitu apakah ada hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien infark miokard akut di ruang ICU RSUD Tidar Magelang?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien Infark Miokard Akut di ruang ICU RSUD Tidar Magelang.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan pada Pasien Infark Miokard akut.
- b. Diketahui gambaran tingkat kecemasan pada pasien Infark Miokard Akut.
- c. Diketahui gambaran kualitas tidur pada pasien Infark Miokard Akut.
- d. Diketahui gambaran keeratan hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien Infark Miokard Akut.

D. Manfaat Penelitian

Penulis berharap hasil dari penelitian ini dapat memberikan kegunaan atau manfaat baik secara teoritis maupun praktis, yaitu sebagai berikut :

1. Secara Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi berupa bukti ilmiah tentang pentingnya pemantauan kecemasan berkaitan dengan kualitas tidur pasien Infark Miokard Akut.

2. Secara Praktis

a. Bagi Perawat

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran bagi para perawat akan peran perawat sebagai unit petugas kesehatan untuk mencapai outcome pasien yang optimal dengan memperhatikan penanganan kecemasan dan kualitas tidur.

b. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya keperawatan pasien Infark Miokard Akut dengan memperhatikan kecemasan dan kualitas tidur.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan bukti bahwa ilmiah terhadap hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien Infark Miokard Akut serta dapat mengembangkan penelitian berkaitan dengan topik tersebut yang akan datang.

d. Bagi responden

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi berupa bukti ilmiah tentang hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien Infark Miokard Akut agar mengurangi kecemasan.