

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Rumah Sakit ini merupakan rumah sakit Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul yang terletak di Jl.Dr Wahidin Sudirohusodo No.14 Bantul Yogyakarta. Rumah Sakit ini berdiri pada tahun 1953 sebagai rumah sakit *Honger Oedeem* (HO) yang berlokasi di Jl.Laksada Adisucipto Bantul.

Pada tanggal 1 April 1982 oleh menteri Kesehatan Republik Indonesia diresmikan menjadi Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Bantul dengan tipe D. Sedangkan pada tanggal 26 februari 1993 menjadi tipe C oleh SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.202/Menkes/SK/II/1993, dan lulus akreditasi penuh untuk 5 pokja pada bulan November 1998.

Kemudian pada tanggal 29 Maret 2003, RSUD Kabupaten Bantul menjadi Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati yang disahkan melalui SK Bupati Bantul No.43 tahun 2003, dengan tujuan merubah *brand image* masyarakat dan memberikan motivasi kerja karyawan rumah sakit agar selalu memperhatikan kepentingan masyarakat. Selanjutnya terhitung tanggal 8 Januari 2007 Menteri Kesehatan mengeluarkan SK Men.Kes No.142/menkes/SK/2007 tentang peningkatan kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan.

Pada tahun 2007 RSUD Panembahan Senopati Bantul oleh pemerintah Republik Indonesia terhitung sejak tanggal 10 April 2007 menerima Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 414/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Flu Burung, sebagai salah satu dari 100 rumah sakit rujukan Flu Burung di Indonsia. Sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi, maka diterbitkan surat Keputusan Direktur Nomor 19/PPI/09 Tahun 2009 tentang Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Tim

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Panembahan Senopati berlaku sejak 1 Mei 2009.

Pada bulan Maret 2015 RSUD Panembahan Senopati Bantul memperoleh akreditasi bintang lima atau paripurna, merupakan peringkat tertinggi untuk RS tipe B di DIY. Akreditasi ini diberikan oleh komite Akreditasi Rumah Sakit. Lembaga itu melakukan penilaian untuk seluruh RS baik swasta maupun negeri di DIY berdasarkan tipe RS. Guna mengetahui sejauh mana tingkat pelayanan dan kualitas RS tersebut.

Peneliti melakukan penelitian di ruang rawat inap dan rawat jalan. Pada ruang rawat inap peneliti melakukan penelitian di ruang ICU dan di ruang rawat jalan, peneliti melakukan penelitian di poliklinik dalam. Peneliti melakukan di ruang tersebut karena sebelumnya sudah melakukan studi pendahuluan dan pada ruang tersebut terdapat pasien AMI.

Berdasarkan hasil dalam catatan di rekam medis di Panembahan Senopati Bantul tahun 2013 dan 2014 pasien AMI mengalami kenaikan. Pada tahun 2013 terdapat sebanyak 160 orang dan pada tahun 2014 sebanyak 180 orang. Rata-rata dalam sebulan sebanyak 14-15 pasien AMI yang dirawat di RSUD Panembahn Senopati Bantul. Kematian pada pasien AMI juga semakin meningkat, pada tahun 2013 sebanyak 19 orang dan pada 2014 sebanyak 46 orang.

Penelitian ini juga dilakukan di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul. Ruang ICU merupakan sebuah ruangan yang digunakan untuk pasien yang akan memerlukan pengawasan dan tindakan secara intensif. Pasien yang berada di ruang ICU terdiri dari wanita dan pria dengan tingkat kesadaran penuh sampai pasien yang mengalami gangguan kesadaran. Umur pasien juga bervariasi, mulai dari dewasa sampai lansia.

Selain di ruang ICU penelitian juga dilakukan di Poliklinik Dalam. Pelayanan dalam poliklinik dalam meliputi pemeriksaan kesehatan dan penyuluhan kesehatan. Pada pasien AMI dilakukan pemeriksaan rutin setiap bulanya. Pemeriksaan dilakukan apabila dokter tersebut pas jadwal jaga.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik umum pada Responden

Penelitian ini meneliti tentang gambaran perilaku merokok pada pasien AMI yang dirawat di ICU dan poliklinik dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul. Responden berjumlah 30 orang.

4.1. Karakteristik Pasien AMI di ruang ICU dan poliklinik dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta (n=30) tanggal 7-18 Agustus 2015

Karakteristik		Jumlah	Prosentase
Umur	36-45	4	13.3
	46-55	10	33.3
	55-65	3	10.0
	>65	13	43.3
Jenis AMI	STEMI	17	56.7
	NSTEMI	13	43.3
Nadi	Bradikardia	3	10.0
	Normal	11	36.7
	Takikardia	16	53.3
Tekanan Darah	Hipertensi	20	66.7
	Normotensi	6	20.0
	Hipotensi	4	13.3
Respiratory Rate	Takipnea	20	66.7
	Normal	8	26.6
	Bradibnea	2	6.7

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa pasien terbanyak berumur >65 tahun sebanyak 13 responden (43.3%). Hal ini selaras dengan penelitian Kalalo (2012) yang menyatakan bahwa pasien AMI yang dirawat sebagian besar umur >55 tahun. Sebagian besar diagnosa AMI adalah STEMI 17 (56.7%), sebagian besar mengalami takikardi 16 (53.3), sebagian besar Hipertensi 20 (66.7), dan sebagian besar Takipnea 20 (66.7).

2. Karakteristik Perilaku Merokok pada Responden Pasien AMI

Karakteristik Perilaku merokok pada pasien AMI meliputi umur mulai merokok, jenis Rokok, Jumlah Rokok, dan Cara menghisap Rokok pada Pasien AMI di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Total reponden adalah 30 orang.

a. Umur Mulai Merokok

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur mulai merokok pada Pasien AMI di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta (n=30) tanggal 7-18 Agustus 2015

Umur mulai merokok	Frekuensi	persentase (%)
<10 tahun	18	60
≥10 tahun	12	40
Total	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2015

Berdasarkan tabel 4.1 perilaku merokok responden sebagian besar adalah pada umur <10 tahun. Jumlah responden yang merokok pada umur <10 tahun terdapat 18 orang (60%).

b. Jenis rokok yang dihisap perhari

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Rokok yang dihisap Pada Pasien AMI di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta (n=30) tanggal 7-18 Agustus 2015

Jenis Rokok	Frekuensi	Persentase (%)
Filter	12	40
Non Filter	18	60
Total	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2015

Berdasarkan tabel 4.3 perilaku merokok responden sebagian besar adalah perokok dengan jenis Non filter. Responden yang merokok berjenis Non Filter yaitu 18 orang (60%).

c. Jumlah Rokok yang dihisap perhari

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Rokok yang dihisap oleh Pasien AMI di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta (n=30) tanggal 7-18 Agustus 2015

Jumlah Rokok	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	0	0
Sedang	14	46.7
Berat	16	53.3
Total	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2015

Berdasarkan tabel 4.4 perilaku merokok responden sebagian besar adalah perokok Berat. Responden yang merokok dengan kategori berat yaitu 16 orang (53.3%).

d. Cara menghisap rokok

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan cara menghisap rokok pada pasien AMI di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta (n=30) tanggal 7-18 Agustus 2015

Cara Menghisap Rokok	Frekuensi	Persentase (%)
Dangkal	7	23.3
Sampai Mulut	10	33.4
Dalam	13	43.3
Total	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2015

Berdasarkan Tabel 4.5 perilaku merokok pasien berdasarkan cara menghisap asap rokok yaitu sebagian besar adalah menghisap asap rokok sampai dalam. Responden yang menghisap rokok asap rokok sampai dalam sebanyak 13 orang (43.3%)

C. Pembahasan

1. Usia Mulai merokok

Berdasarkan penelitian ini sebagian besar pasien AMI yang mulai menghisap rokok pertama kali pada umur <10 tahun hal ini selaras dengan penelitian Kalalo, (2012) menyatakan hasil penelitian yaitu apabila usia merokok <10 tahun maka perokok tersebut mempunyai faktor resiko terkena penyakit AMI. Menurut Bustan (2007), semakin awal seseorang merokok maka semakin sulit untuk berhenti merokok. Rokok juga mempunyai *dose response effect*, artinya semakin muda usia mulai merokok maka akan sangat besar pengaruhnya terhadap tubuh.

Menurut Muhammad Jaya (2009), menyatakan bahwa 89% perokok remaja terdorong karena banyaknya iklan rokok. Selain dari iklan rokok, pada dasarnya remaja adalah usia dimana perkembangannya ditandai dengan rasa ingin tahu yang tinggi. Hal itu menyebabkan perilaku umur dewasa ditiru oleh umur remaja. Salah satunya adalah perilaku merokok. Pada tahun 2004, usia mulai merokok tertinggi di Tanah Air yaitu usia 15-19 tahun sebanyak 63.7%. ironisnya bahkan usia 5-9 tahun yang sudah mulai merokok sebanyak 1,8%.

2. Jenis rokok yang dihisap perhari

Berdasarkan data tersebut maka responden AMI ternyata banyak yang merokok berjenis Non Filter yaitu 18 responden (60%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Umar dkk (2011) yang menyatakan bahwa resiko penyakit jantung secara signifikan tiga kali lebih besar pada orang yang merokok Non Filter. Sebagaimana diketahui bahwa rokok Non Filter memiliki kandungan nikotin dan tar yang tinggi. Kandungan nikotin tersebut karena rokok non filter tidak terdapat busa yang menyaring nikotin (Bustan, 2007)

Nikotin pada tembakau akan memicu katekolamin yang menyebabkan konstriksi arteri. Aliran darah dan oksigenasi jaringan menjadi terganggu. Merokok juga menyebabkan adhesi trombosit, sehingga mengakibatkan kemungkinan terjadinya peningkatan trombus (Muttaqin, 2009).

3. Jumlah rokok yang dihisap perhari

Dalam penelitian ini berarti perokok pada pasien AMI adalah banyak yang merokok dengan kategori berat, ini sejalan dengan penelitian Rofi (2013) yang

menyatakan bahwa perilaku merokok berhubungan dengan kejadian penebalan lapisan intima-media arteri karotis. Penelitian dari Kalalo (2012) juga menyatakan bahwa gaya hidup merokok berat dengan kejadian AMI memiliki pengaruh yang signifikan. Teori dari Mackay (2004) mengatakan insidensi penyakit jantung koroner dua kali lebih tinggi pada perokok dan empat kali lebih tinggi pada perokok berat dibandingkan dengan yang tidak merokok.

4. Cara menghisap rokok

Gambaran perilaku merokok berdasarkan cara menghisap asap rokok menjadi tiga yaitu menghisap dangkal, menghisap sampai mulut, dan menghisap dalam. berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku merokok dibagi menjadi tiga yaitu menghisap dangkal, menghisap sampai mulut, dan menghisap dalam atau sampai paru. Responden yang menghisap dangkal terdapat 7 responden (23.3%), responden yang menghisap secara sampai mulut terdapat 10 responden (33.3%), dan responden yang menghisap rokok sampai dalam atau sampai paru terdapat 13 responden. Berdasarkan hasil tersebut, maka banyak pasien AMI yang perilaku menghisap asap rokok sampai dalam atau paru, hal ini sejalan dengan penelitian Eddy (2001) yang menyatakan bahwa cara menghisap rokok yang dalam mempunyai hubungan yang erat dengan penyakit jantung

Menurut Eddy (2001), menyatakan semakin dalam asap yang masuk kedalam tubuh perokok maka asap tersebut semakin banyak melalui pembuluh darah perifer yang terbuka, sehingga kandungan zat rokok tersebut semakin cepat menjadi adhesi dengan trombosit yang semakin lama menjadi trombus. trombustersebut menjadikan aliran darah menjadi sempit sehingga kadar oksigen dalam tubuh tidak adekuat.

Selain dari beberapa Jurnal dan penelitian yang sudah dibahas yang berkaitan dengan hasil penelitian ini, ada juga teori yang menyelaraskannya yaitu menurut Muttaqin menyebutkan bahwa faktor resiko terjadi Arteriosklerosi yaitu merokok > 20 batang perhari. Teori tersebut sejalan dengan penelitian ini karena hasil dari penelitian menyatakan bahwa perilaku merokok pasien AMI yang paling banyak adalah perilaku merokok berat yaitu sebanyak 16 responden (53.3%).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Rofi (2013) tentang hubungan kebiasaan merokok dengan penebalan lapisan intima-media arteri karotis komunis pada pemeriksaan ultrasonografi. Pada penelitian tersebut perokok berat merupakan faktor yang mempengaruhi penebalan lapisan Intima-media karotis. Sedangkan dalam penelitian ini perilaku merokok berat menjadi perilaku sebagian besar pasien AMI.

Kejadian AMI karena faktor resiko dari merokok sudah terbukti oleh beberapa penelitian. Hal ini terbukti karena zat-zat yang terkandung didalam asap rokok antara lain tar, nikotin, dan *carbonmonoksida*. Diantara zat-zat tersebut adalah bagian dari asap rokok yang berjumlah 4000 zat kimia yang berbahaya bagi tubuh. Zat kimia tersebut mempunyai efek yang berbeda beda sehingga menimbulkan banyak penyakit dalam seorang tubuh perokok (Bustan, 2007).

Menurut Sitepoe (2005), nikotin yang terkandung dalam asap rokok biasanya banyak terdapat pada rokok jenis Non filter. Ini terjadi karena di ujung dari rokok tersebut tidak ada filternya sehingga asap rokok menjadi tidak tersaring. Zat nikotin ini adalah zat pecandu bagi rokok. Apabila perokok menjadi pecandu maka perokok akan terus merokok dan sulit untuk berhenti. Hal ini juga akan berakibat semakin lama rokok yang dihisap juga akan semakin bertambah.

Rokok yang dihisap semakin bertambah maka zat CO dalam asap rokok yang masuk ke dalam tubuh seseorang juga akan semakin meningkat. CO yang meningkat akan mengusung oksigen dalam darah dan membentuk *Carboxihaemoglobin* yang tinggi. CO yang tinggi juga akan merusak dinding arteri yang pada akhirnya akan menyebabkan *aterosklerosis* (Bustan, 2007).

Menurut Muttaqin (2009), resiko terjadinya aterosklerosis adalah salah satunya yaitu merokok >20 batang perhari. Hal ini sejalan dengan penelitian ini yaitu sebagian besar pasien AMI adalah perokok kategori Berat. Sedangkan menurut teori, terjadinya AMI salah satunya disebabkan oleh *Aterosklerosis*. Aterosklerosis semakin lama menjadi mature plak. Rupturnya plak yang disertai trombosis maka akan menjadi AMI.

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

1. Jeda dalam merokok pasien tidak diteliti, ada pasien yang sudah berhenti merokok tetapi pasien memiliki riwayat merokok.
2. Pasien AMI yang jarang ditemukan menjadi kendala dalam penelitian.
3. Apabila pasien tidak kooperatif, maka pengambilan data menjadi ditunda.

PERPUSTAKAAN
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA