

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Panembahan Senopati Bantul memberikan pelayanan kesehatan baik secara rawat jalan maupun rawat inap. Pelayanan rawat jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul saat ini mempunyai 18 poliklinik, pelayanan rawat inap terdiri dari 9 ruang rawat inap dan 1 ruang ICU dengan 2 buah ventilator. Ruang ICU mempunyai jumlahh bed sebanyak 7. Bed site monitor yang terdapat di RSUD Panembahan Senopati bantul sebanyak 7. Setiap bed yang ada di ruang ICU diberik sekat dengan tirai kain. Jumlah EKG di ruang ICU terdapat 3 buah yang ukuran kecil dan 1 buah yang ukuran besar. Manajemen pasien AMI di ICU pengobatan tergantung dari komplikasi yang terjadi, komplikasi terbanyak adalah aritmia, penyakit jantung dan syok kardiovaskuler. Untuk sakit dada dapat diberikan morfin atau petidin, kadang dengan pemberian novalgin injeksi vena hasilnya cukup baik. Untuk pencegahan sekunder dapat diberikan preparat salisilt (aspirin) dan beta bloker. Terapi trombolik digunakan untuk penderita AMI anterior yang datang kurang dari 6 jam sejak sakit dada yang pertama. *Critical patients teaching* untuk mengurangi tingkat cemas pada pasien kritis agar perawat dapat membangun rasa percaya pada diri pasien. Sehingga pasien mau mengungkapkan apa yang dirasakan olehnya serta hendaknya. Perawat mau meningkatkan ketrampilan dalam menganggulangi masalah cemas.

2. Analisis Statistik Deskriptif

a. Karakteristik responden

Karakteristik responden adalah sebagai berikut:

Tabel 2.
Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Pengalaman masuk ICU dengan AMI Di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=24) 2016

Karakteristik		Jumlah	Persentase (%)
Usia	Dewasa : 21-59 tahun	18	75%
	Lansia : >60 tahun	6	25%
Jenis kelamin	Laki-laki	16	66,7%
	Perempuan	8	33,3%
Pendidikan	Tidak Sekolah	3	12,5%
	SD	10	41,7%
	SMP	4	16,7%
	SMA	4	16,7%
	Perguruan Tinggi	3	12,5 %
Pekerjaan	Bekerja	18	75%
	Tidak Bekerja	6	25%
Pengalam Masuk ICU dengan AMI	1 Kali	14	58,3%
	2 Kali	7	29,2%
	3 Kali	3	12,5%

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel 4.1. diketahui bahwa responden terbanyak berada pada kelompok usia lanjut awal sebanyak 17 responden (70,5%). Responden terbanyak adalah laki-laki sebanyak 16 rseponden (66,7%). Berdasarkan karakteristik pendidikan responden terbanyak adalah yang berpendidikan SD sebanyak 10 responden (41,7%). Kemudian, responden terbanyak adalah yang bekerja sebanyak 18 responden (75%). Selanjutnya, responden terbanyak adalah dengan pengalaman masuk ICU dengan AMI pertama kali sebanyak 14 responden (58,3%).

b. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien AMI Di ICU

Dalam penelitian ini terdapat 24 responden untuk diambil data dengan menggunakan teknik observasi. Dari hasil analisis univariat didapatkan karakteristik subjek yang dikategorikan menjadi 3, yaitu cemas ringan, cemas sedang, dan cemas berat. Distribusi frekuensi kecemasan pada pasien yang didiagnosa

AMI yang dirawat di ruang ICU, RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien AMI Di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=24) 2016

Tingkat Kecemasan	Jumlah	Persentase (%)
Cemas Ringan	6	25%
Cemas Sedang	12	50%
Cemas Berat	6	25%

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan data dari tabel 4.2, diketahui bahwa tingkat kecemasan responden paling banyak berasal dari kategori cemas sedang sebanyak 12 responden (50%), dan sisanya berasal dari kategori cemas berat dan cemas ringan masing-masing sebanyak 6 responden (25%).

c. Gambaran Intensitas Nyeri Pasien AMI Di ICU

Distribusi frekuensi intensitas nyeri pada responden dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.
Distribusi Frekuensi Intensitas Nyeri Pasien AMI Di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=24) 2016

Intensitas nyeri	Jumlah	Persentase (%)
Nyeri Ringan	8	33,3%
Nyeri Sedang	9	37,5%
Nyeri Berat	7	29,2%

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan data dari tabel 4.3, diketahui bahwa intensitas nyeri responden hampir sama yaitu intensitas nyeri ringan sebanyak 8 responden (33,3%), intensitas nyeri sedang sebanyak 9 responden (37,5%), dan intensitas nyeri berat sebanyak 7 responden (29,2%).

3. Analisis Statistik Inferensial

Analisis hubungan antara kecemasan dengan rasa nyeri pada pasien yang didiagnosa AMI yang dirawat di ruang ICU, RSUD Panembahan Senopati Bantul menggunakan uji hipotesis *Sommer's D*. Uji ini dilakukan untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini, yaitu “Terdapat hubungan antara kecemasan dengan intensitas nyeri pada pada pasien yang didiagnosa AMI yang dirawat di ruang ICU, RSUD Panembahan Senopati Bantul”.

Hasil analisis uji *Sommer's D* pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 5.
Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Intensitas Nyeri pada Pasien AMI Di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2016

Tingkat Kecemasan	Intensitas Nyeri						P	R
	Ringan		Sedang		Berat			
	N	%	N	%	N	%		
Ringan	6	25%	0	0%	0	0%	0,000	0,764
Sedang	2	8,3%	8	33,3%	2	33,3%		
Berat	0	0%	1	4,2%	5	20,8%		

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan hasil pengujian diatas diperoleh nilai korelasi *Sommer's D* sebesar 0,78 dengan nilai signifikansi 0,000. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara variabel kecemasan dengan variabel intensitas nyeri, yaitu sebesar 76,4% dengan keeratan kategori korelasi sangat kuat dan signifikan berdasarkan nilai signifikansi $(0,000) < \alpha (0,05)$

B. Pembahasan

1. Karakteristik Pasien Di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa pria lebih berisiko terkena AMI yaitu sebanyak 16 (66,7%) dibandingkan dengan wanita. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Morton *et al.* (2013), pria memiliki risiko yang lebih besar mengalami penyakit arteri koroner daripada wanita, dan pria mengalami infark miokardium yang lebih muda. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil Fauzi (2015) bahwa dari 142 responden, laki-laki lebih berisiko terkena penyakit AMI yaitu sebanyak 92 (64,8%) responden dibandingkan dengan wanita. Selain itu, dari hasil wawancara dengan responden didapatkan hasil bahwa dari 24 responden diantaranya 16 responden laki-laki mengalami rata-rata kecemasan sedang, 8 responden wanita rata-rata mengalami kecemasan dengan variasi kecemasan yang berbeda dan rata-rata responden perempuan mengalami kecemasan berat. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widayat (2015) yang menyatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan dengan laki-laki hal ini dikarenakan laki-laki cenderung lebih afektif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa usia sangat mempengaruhi peningkatan insiden AMI yaitu usia dewasa 44-59 tahun terdapat sebanyak 18 responden dan berusia >60 tahun terdapat 6 responden. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mortno (2013) bahwa terdapat peningkatan insiden semua tipe penyakit aterosklerosis dengan penuaan. Pada penelitian ini, rata-rata usia subjek penelitian adalah dewasa 44-59 tahun yaitu sebanyak 18 responden. Terdapat 6 responden atau 25% yang

berusia >60 tahun. Hasil ini dikuatkan dengan penelitian sebelumnya bahwa usia dalam mengalami gangguan nyeri pada usia 40-50 yang disebabkan oleh toleransi terhadap rasa nyeri menurun sesuai peningkatan usia (wibowo *et al*, 2012).

Kemudian pada penelitian ini, sebagian besar pendidikan subjek penelitian adalah SD yaitu sebanyak 10 pasien (41,7%). Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Stuart & Laraia (2005) bahwa status pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalamistres dibandingkan dengan mereka yang status pendidikan dan status ekonomi yang tinggi. Hasil penelitian ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh Widayat (2015) bahwa status pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibandingkan dengan mereka yang status pendidikannya tinggi.

Pada penelitian ini, rata-rata pasien AMI atau responden bekerja sebanyak 18 responden (75%) dan tidak bekerja sebanyak 6 responden (25%). Tingkat kecemasan pasien AMI yang bekerja rata-rata mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu sebanyak 8 (33,3%) responden, sedangkan pasien AMI yang tidak bekerja rata-rata mengalami cemas sedang sebanyak 4 (16,7%) responden. Hal ini sejalan dengan teori dari Muttaqien (2009) bahwa banyaknya aktivitas fisik pada pasien AMI dapat mempengaruhi beban kerja kardiovaskular sehingga menyebabkan kebutuhan *myocard* meningkat. Ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan *myocard* terhadap oksigen dapat meningkatkan intensitas nyeri pada pasien AMI. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Widayat (2014) yang menyatakan bahwa pekerjaan mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengalaman masuk ICU untuk pertama kali yaitu sebanyak 14 (58,3%) responden. Hasil wawancara dengan responden didapatkan bahwa sebagian besar responden yang baru pertama kali masuk ICU dengan penyakit AMI memiliki perasaan cemas, khawatir serta takut akan menghadapi kematian. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Widaya (2015) yang mengatakan bahwa pasien dengan serangan AMI pertama kali sebagian besar mengalami cemas berat yaitu sebanyak 36,67%).

2. Tingkat Kecemasan pada Pasien AMI di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul

Pada tabel 3 dapat diketahui bahwa dari 24 responden, rata-rata responden mengalami cemas sedang sebanyak 12 (75%) responden, sebanyak 6 (25%) responden mengalami cemas ringan dan 6 (25%) responden mengalami cemas berat. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kecemasan pada pasien AMI. Berdasarkan hasil temuan dan wawancara pada responden diketahui bahwa lingkungan merupakan faktor yang menyebabkan kecemasan meningkat. Selain itu, dalam penelitian ini terdapat responden yang mendapatkan anti anxietas dan ada juga yang tidak dapat anti anxietas, hal itu merupakan faktor yang menyebabkan adanya perbedaan tingkat kecemasan pada masing-masing responden.

Kecemasan adalah keadaan yang ditandai dengan ketakutan, agitasi, rangsangan otonom, *fearfull withdrawal*, atau kombinasi dari hal tersebut. Kecemasan mengaktifkan *sympathetic nervous system* (SNS). Kecemasan pada AMI terjadi ketika katekolamin meningkat, kemudian memberikan beban yang signifikan pada sistem kardiovaskular, terutama pada pasien sakit kritis. Aktivasi SNS menyebabkan takikardia dan hipertensi, yang mengarah pada

peningkatan kebutuhan oksigen miokard. Kecemasan pada pasien di unit perawatan kritis dapat disebabkan oleh ketidaknyamanan, dan tanda-tanda lainnya seperti tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan diukur setiap jam selama 6 jam pertama atau sampai stabil. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maendra (2014) bahwa dari prevalensi tingkat kecemasan pasien AMI di poliklinik jantung RSUP. Dr. R.D Kandaou manado yaitu 93,3%. Terjadinya kecemasan yang berkepanjangan ini meningkatkan beban kerja kardiovaskular sehingga menyebabkan peningkatan kebutuhan *myocard* terhadap oksigen. Kondisi ini menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen terhadap *myocard* sehingga dapat menimbulkan berbagai komplikasi, seperti komplikasi vaskular, komplikasi mekanis, komplikasi miokardium dan komplikasi tromboemboli (Muttaqien, 2009).

3. Intensitas Nyeri pada Pasien AMI di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul

Pada tabel 3 diketahui bahwa dari 24 responden, rata-rata intensitas nyeri responden dalam rentang hampir sama yaitu nyeri sedang sebanyak 9 (37,5%) responden, intensitas nyeri ringan sebanyak 8 (33,3%) responden dan intensitas nyeri berat sebanyak 7 (29,2% responden. Sebagian besar pasien AMI datang dengan keluhan nyeri dada (>80%). Berdasarkan hasil temuan di ruang ICU diketahui bahwa terdapat faktor yang menyebabkan intensitas nyeri responden dalam rentang yang berbeda yaitu waktu pemberian anti nyeri pada responden dan lama perawatan responden. Selain itu, pengalaman terkena serangan AMI merupakan salah satu faktor karena hal tersebut berkaitan dengan coping responden dalam menghadapi rasa nyeri.

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Smeltzer *et al*, 2002). Nyeri pada AMI timbul lebih panjang durasinya yaitu minimal 30 menit dan tidak hilang dengan istirahat (Gray, Dawkins, & Simpson, 2002). Timbulnya nyeri pada AMI disebabkan oleh serangkaian kejadian pada vaskular yang menyebabkan terjadinya peningkatan kebutuhan *myocard* terhadap oksigen, selanjutnya peningkatan kebutuhan yang tidak seimbang dengan suplai oksigen menyebabkan terjadinya infark pada *myocard*. Hal tersebut menyebabkan terjadinya penumpukan asam laktat yang dapat meningkatkan intensitas nyeri (Muttaqien, 2009).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Widayat (2015) bahwa dari 30 responden yang diteliti terdapat 46,67% responden yang mengalami nyeri sangat mengganggu terjadi pada tingkat kecemasan berat.

4. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Intensitas Nyeri pada Pasien AMI di Ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul

Berdasarkan hasil uji *Sommer's D* diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) dan $r=0,764$ yang berarti terdapat hubungan yang bermakna tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien AMI dengan kekuatan hubungan korelasi sangat kuat. Hasil penelitian ini sesuai dengan Wibowo (2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien LBP (*Low Back Pain*), dengan kata lain semakin tinggi tingkat kecemasan, maka intensitas nyeri juga akan meningkat.

Hubungan nyeri terhadap ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas (Perry, 2006). Kecemasan

biasanya ditunjukkan oleh sebagian besar pasien AMI, hal ini dikarenakan terdapat ketakutan akan ancaman kematian atau kecacatan seumur hidup serta penurunan kualitas hidup (Kim, Moser, Gavin *et al*, 2000). Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh. Hal ini terjadi melalui serangkaian aksi yang diperantarai oleh HP-axis (hipotalamus, pituitari, dan adrenal). Stres/kecemasan akan merangsang hipotalamus untuk meningkatkan produksi CRF (*corticotropin releasing factor*). CRF ini selanjutnya akan merangsang kelenjar pituitari anterior untuk meningkatkan produksi ACTH (*adreno cortico tropin hormone*). Hormon ini yang akan merangsang korteks adrenal untuk meningkatkan sekresi kortisol. Kortisol inilah yang akan menekan sistem imun tubuh.

Selain itu, kecemasan juga akan menstimulasirespon saraf simpatis untuk menjawab respon *fight or flight* dengan upaya peningkatan denyut jantung dan tekanan darah dengan manifestasi terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi, peningkatan denyut jantung dan tekanan darah akan memppperberat beban kerja jantung sertia meningkatkan konsumsi *myocard* terhadap oksigen.

Terjadinya ketidakseimbangan antara kebutuhan *myocard terhadapn* oksigen dengan suplai oksigen menyebabkan terjadinya kematian pada *myocard*. lebih lanjut, hal tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan metabolisme anaerob yang menyebabkan terjadinya penumpukan asam laktat. Penumpukkan asam laktat menyebabkan intensitas nyeri semakin meningkat (Muttaqien, 2009).

Selain itu, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan *myocard* terhadap oksigen yang berkepanjangan

memperberat kondisi iskemi dan memperluas area infarction yang mengakibatkan timbulnya berbagai komplikasi pada AMI. Maka dari itu penting bagi perawat untuk mengkaji dan memberikan intervensi terkait kecemasan dan intensitas nyeri pada pasien AMI (Morton, *et al*, 2013).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Wijaya (2014) bahwa kecemasan merupakan faktor yang berpengaruh intensitas nyeri pada pasien pasca bedah abdomen.

Dari hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat menyadari pentingnya untuk mengontrol kecemasan pada pasien penyakit jantung terutama pada pasien AMI. Kecemasan yang berkepanjangan dan tidak segera ditangani akan meningkatkan prognosa penyakit sehingga meningkatkan prevalensi komplikasi pada pasien AMI.

C. Keterbatasan Penelitian

- a. Dalam penelitian ini terdapat variabel pengganggu seperti jenis kelamin, usia, suku, pendidikan, pekerjaan, pengalaman serangan AMI responden. Variabel pengganggu tersebut tidak dikendalikan, hanya dijadikan karakteristik responden sehingga variabel tersebut mempengaruhi kekuatan koefisien hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.
- b. pengambilan jumlah populasi dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan pertimbangan praktis yang menyangkut unsur waktu sehingga jumlah sampel kurang representati.