

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung iskemik termasuk penyakit yang paling banyak menjadi penyebab kematian di era kehidupan modern sekarang ini. Penyebab penyakit ini adalah gangguan aliran darah arteri koronaria yang menyebabkan otot jantung tidak mendapatkan cukup darah. Cepat atau lambatnya kematian terjadi bergantung pada berat ringannya gangguan aliran darah koroner yang terjadi. Kematian dapat terjadi secara mendadak, disebabkan oleh penyumbatan arteri koroner secara akut atau dapat pula disebabkan oleh fibrilasi jantung terutama fibrilasi ventrikel akibat iskemia otot jantung. Kematian dapat pula datang secara perlahan, dalam waktu beberapa minggu sampai beberapa tahun setelah terjadi gangguan aliran darah koroner, akibat pelemahan kekuatan pompa jantung secara progresif. Penyebab gangguan aliran darah koroner yang paling sering adalah aterosklerosis. (Herman, 2011).

Acute Myocardial Infarction (AMI) merupakan kematian sel-sel *myocardium* yang terjadi sekitar 20 menit setelah mengalami kekurangan oksigen (Morton *et al*, 2013). Dampak dari kekurangan oksigen akan menimbulkan sumbatan yang menyebabkan terjadinya infark kemudian nekrosis pada otot.

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (2008) di seluruh dunia terdapat 7.200.000 (12,2%) kematian terjadi akibat penyakit AMI, salah satunya di negara Amerika sekitar 1,5 juta orang menderita AMI per tahun, dengan angka kematian 30% yang sering disebabkan oleh aritmia terutama fibrilasi ventrikel. Sedangkan di Indonesia, kematian akibat penyakit infark miokard diperkirakan berkisar antara 53,5 per 100.000 kasus. Jumlah pasien penyakit jantung yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di Indonesia adalah 239.548 jiwa. Kasus terbanyak adalah penyakit jantung iskemik, yaitu 110.183 kasus. *Case fatality rate* (CFR) tertinggi terjadi pada AMI (13,49%), dan kemudian diikuti oleh gagal

jantung (13,42%), dan penyakit jantung lainnya (13,37%) (Depkes, 2009). Angka kematian penyakit kardiovaskular dari seluruh penyakit yang tidak menular terdapat 80% dari semua penyakit di Yogyakarta pada tahun 2009 (Dinkes Yogyakarta, 2009). Penyakit ini dapat berisiko meningkat pada pria di atas 45 tahun dan wanita di atas 55 tahun (umumnya setelah menopause) (Corwin, 2009).

Banyak faktor risiko yang menjadi penyebab terjadinya penyakit AMI. Menurut Morton *et al* (2013), terdapat dua faktor yang menyebabkan penyakit AMI, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia, jenis kelamin, ras, dan hereditas. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu merokok, hipertensi, kolesterol, dan obesitas. Gejala yang umum timbul pada penyakit AMI adalah nyeri dada seperti ditekan beban berat yang menjalar ke lengan kiri, bahu dan terutama timbul di epigastrium. Selain nyeri dada, gejala lain yang sering timbul yaitu sesak nafas, cemas, diaphoresis, palpitasi dan kelelahan (Gray, Dawkins, Morgan *et al*, 2005).

Faktor predisposisi pada infark miokard diantaranya riwayat keluarga yang positif, jenis kelamin (laki-laki dan wanita pascamenopause lebih rentan terhadap infark miokard dibandingkan wanita pramenopause meskipun insidensi infark miokard semakin meningkat di antara para wanita, khususnya wanita yang merokok dan menggunakan kontrasepsi oral), hipertensi, kebiasaan merokok, kenaikan kadar trigliserida, kolelesterol total, dan LDL-Kolesterol dalam serum, obesitas, konsumsi lemak jenuh yang berlebihan, gaya hidup sedentari (sering duduk), penuaan, stres atau kepribadian tipe A, dan penggunaan obat, khususnya kokain dan amfetamin. (Kowalak, Welsh, Mayer, 2012).

AMI dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan irama dan konduksi jantung, syok kardiogenik, gagal jantung, ruptur jantung, regurgitasi mitral, trombus mural, emboli paru, dan kematian (Sudoyo, 2010). Angka mortalitas dan morbiditas komplikasi AMI yang masih tinggi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti

keterlambatan mencari pengobatan, kecepatan serta ketepatan diagnosis, dan penanganan dokter yang menangani. Evaluasi tentang kecepatan dan ketepatan penanganan terhadap pasien AMI diperlukan untuk mencegah timbulnya komplikasi (Farissa, 2012).

Pasien yang terdiagnosis AMI biasanya akan dilakukan pemeriksaan laboratorium, salah satunya adalah nilai kadar tropin T. Menurut penelitian Prasetyo (2014) didapatkan 44 orang (81,48%) penderita AMI memiliki kadar tropin T $\geq 0,1$ mg/dl, sedangkan hasil untuk Creatinin Kinase Myokardial Band (CKMB) didapatkan 35 orang (64,82%) yang memiliki kadar CKMB ≥ 24 U/L. Menurut penelitian Zahara (2013) didapatkan hasil profil lipid pada pasien SKA adalah kolesterol total < 200 mg/dl sebanyak 54 pasien (55,1%), pasien dengan HDL < 40 mg/dl sebanyak 63 pasien (64,3%), pasien dengan LDL 100 – 129 mg/dl sebanyak 30 pasien (30,6%), pasien dengan trigliserid < 150 mg/dl sebanyak 59 pasien (60,2), dan secara persentase kejadian sindrom koroner akut (SKA) terbanyak adalah STEMI (52%), kelompok umur terbanyak pada pasien SKA adalah 40 – 59 tahun (58,16%), dan persentase berdasarkan jenis kelamin adalah lebih banyak pada laki-laki (74,5%) daripada perempuan (25,5%).

Berdasarkan data dari rekam medis RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2014, angka kejadian AMI mencapai 70 orang, dan berdasarkan data dari rekam medis tahun 2015 angka kejadian AMI di ruang ICU mencapai 28 orang. Umur kejadian AMI tersebut bervariasi dari 30 tahun hingga 92 tahun. Hasil wawancara kepala ruang ICU tahun 2016 mengatakan jumlah pasien AMI dalam satu bulan mencapai 12 orang. Penderita terbanyak rata-rata berjenis kelamin laki-laki, dan rata-rata pasien AMI didiagnosis NSTEMI. Hasil observasi pada tanggal 22 Juli 2016 terdapat satu pasien AMI yang sedang dalam perawatan di ruang ICU. Pasien tersebut didiagnosis NSTEMI, mengalami peningkatan LDL yaitu 194 mg/dl dan Tropin I yaitu 6,12 ng/ml, dan mengalami penurunan pada creatinin yaitu 0,82 mg/dl.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik ingin melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimanakah gambaran kejadian *Acute Myocardial Infarction* (AMI) di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran kejadian AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran kejadian AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.

2. Tujuan Khusus

- a) Diketuinya karakteristik pada pasien AMI (Umur, jenis kelamin, dan lama rawat) di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.
- b) Diketuinya angka kematian pasien AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.
- c) Diketuinya gambaran hasil laboratorium (Tropin dan CK-MB) pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.
- d) Diketuinya diagnosis keperawatan pada pasien AMI saat masuk di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.
- e) Diketuinya jenis-jenis AMI (STEMI & NSTEMI) pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.
- f) Diketuinya penyakit penyerta pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2015.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis :

Dapat memberikan data dasar tentang gambaran kejadian *acute myocardial infarction* (AMI) di ruang ICU yang dapat digunakan untuk pengembangan keilmuan kritis.

2. Manfaat Praktis :

a) Bagi Masyarakat dan Penderita

Memberikan informasi kepada masyarakat untuk lebih memahami bahaya *acute myocardial infarction* (AMI) dan berupaya mengendalikan berbagai faktor risiko yang *modifiable*. Bagi penderita diharapkan dapat menjalani pengobatan sedini mungkin.

b) Bagi Perawat di ICU

Dapat memberikan informasi untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang kejadian *Acute Myocardial Infarction* pada pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul.

E. Keaslian Penelitian

1. Saputra (2014), Hubungan Lokasi Infark Dengan Mortalitas Pada Pasien Infark Miokard Akut Yang Dirawat Di Ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* RSUD Dokter Soedarso Pontianak. Pada penelitian ini menggunakan metode cross sectional. Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional. Uji statistik yang digunakan chi-square. Hasil yang didapatkan pada penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang bermakna antara lokasi infark dengan kejadian mortalitas pada penderita Infark Miokard Akut dengan nilai ($p = 0,942$). Persamaan pada penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang pasien Infark Miokard Akut. Perbedaan pada penelitian ini adalah pada jenis penelitian. Penelitian sebelumnya meneliti tentang hubungan sedangkan penelitian ini adalah hanya gambaran. Penelitian

sebelumnya menggunakan metode cros sectional dan jenis penelitian analitik observasional, sedangkan penelitian ini menggunakan metode kuantitatif *non-experiment* dan desain penelitian deskriptif.

2. Jati, H (2015), melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Perilaku Merokok Pasien Akut Miokard Infark (AMI) di Ruang ICU dan Poliklinik Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”. Pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif *non-experiment*. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Hasil pada penelitian ini adalah 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 (43.3%). Dalam penelitian ini menggunakan tehnik *Accidental Sampling*. Waktu pengambilan data dilaksanakan pada 7 Agustus 2015 – 18 Agustus 2015. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama – sama menggunakan metode penelitian *non-experiment* dan desain penelitian deskriptif. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada penelitian sebelumnya meneliti tentang perilaku merokok pada pasien Infark Miokard Akut, sedangkan penelitian ini meneliti tentang kejadian Infark Miokard Akut, dan perbedaan pada tehnik pengambilan sampel pada peneliti sebelumnya menggunakan *accidental sampling*, sedangkan pada penelitian ini menggunakan *total sampling*.