

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit *kardiovaskuler* merupakan salah satu jenis penyakit yang merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Data yang diterbitkan oleh *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2015 melaporkan penyakit jantung iskemik menyebabkan 13,2 % dari keseluruhan kematian secara global dan yang diakibatkan *sindrom koroner akut* sebesar 38 % dari kasus *Sindrom Koroner Akut (SKA)*. Penyakit ini diperkirakan akan mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Susilo, 2015; Tumade *et al.*, 2014).

Penyakit *kardiovaskuler* adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) setiap tahunnya. Penyakit *kardiovaskuler* adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti penyakit jantung *koroner*, penyakit gagal jantung atau payah jantung, *hipertensi* dan *stroke* (Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI, 2014).

Data Riskesdas (2018) menunjukkan prevalensi tertinggi untuk penyakit *Kardiovaskuler* di Indonesia sebesar 1,5% dan WHO memperkirakan kematian akibat penyakit jantung di Indonesia mencapai 31% mewakili dari seluruh kematian secara global. Penyakit jantung berada pada posisi ketujuh tertinggi Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia. Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter Indonesia sebesar 0,5%, sedangkan berdasarkan gejala (tanpa diagnosis dokter) sebesar 1,5%. Berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 13.767 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,0% atau diperkirakan sekitar 27.535 orang.

Salah satu penyakit jantung yang sering terjadi di Indonesia adalah *ACS* atau *Acute Coronary Syndrome*. *ACS* sendiri merupakan bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dimana yang termasuk ke dalam *ACS* adalah *angina pectoris* tidak stabil (*Unstable Angina Pectoris/UAP*), *infark miokard* dengan *ST Elevasi (ST Elevation Myocard Infarct (STEMI))*, dan *infark miokard* tanpa *ST Elevasi (Non ST Elevation Myocard Infarct (NSTEMI))* (Myrtha, 2012).

*ACS* merupakan kondisi kegawatan sehingga penatalaksanaan yang dilakukan secara tepat dan cepat merupakan kunci keberhasilan dalam mengurangi risiko kematian dan

menyelamatkan *miokard* serta mencegah meluasnya *infark*. Tujuan penatalaksanaan *ACS* adalah untuk memperbaiki *prognosis* dengan cara mencegah *infark miokard* lanjut dan mencegah kematian. Upaya yang dilakukan adalah mengurangi terjadinya *trombotik akut* dan *disfungsi ventrikel* kiri (Majid, 2008).

Manifestasi klinis dari *Acute Coronary Syndrome (ACS)* adalah adanya nyeri dada yang khas, perubahan EKG, dan peningkatan enzim jantung. Nyeri dada khas *Acute Coronary Syndrome (ACS)* dicirikan sebagai nyeri dada dibagian *substernal*, *retrosternal* dan *precordial*. Karakteristik seperti ditekan, diremas, dibakar, terasa penuh yang terjadi dalam beberapa menit. Nyeri dapat menjalar ke dagu, leher, bahu, punggung, atau kedua lengan (Muttaqin, 2009).

Menurut Depkes 2013 bahwa *prevalensi ST Elevation Myocard Infarct (STEMI)* yang merupakan salah satu jenis dari *ACS* meningkat dari 25% ke 40% dari presentase *infark miokard*. Menurut Kolansky DM (2009) bahwa *mortalitas* lebih tinggi terjadi pada pasien *STEMI* dengan 33% pasien meninggal dalam 24 jam, dan *mortalitas* bisa terjadi akibat komplikasi dari penyakit tersebut diantaranya *aritmia*. Selain itu, pada *STEMI* terjadi *okulasi koroner* yang total dan bersifat akut, sehingga diperlukan tindakan *reperfusi* segera, komplisit dan menetap (Levine, et al, 2011).

*STEMI* disebabkan karena adanya *trombosis* akibat dari *ruptur* plak *arterosklerosis* yang tak stabil (Pusponegoro, 2015). Hal tersebut berkaitan dengan perubahan komposisi plak atau penipisan *fibrous cap* yang menutupi plak tersebut. Faktor risiko *STEMI* meliputi faktor yang dapat kontrol dan yang tidak dapat dikontrol. Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol yakni *genetik*, dan faktor risiko yang dapat kontrol diantaranya merokok, tekanan darah tinggi atau *hipertensi*, *hiperglikemi*, *diabetes mellitus* dan pola tingkah laku (Muttaqin, 2009).

Penelitian Achari et al (2008) menyebutkan bahwa 435 orang (50,46%) *mortalitas* dan tingkat kejadian terjadi pada pasien dengan *infark* di lokasi *anterior*. *Mortalitas* terjadi dikarenakan salah satu terjadinya komplikasi dari *STEMI* yang dapat meningkatkan angka *mortalitas* adalah *aritmia*. *Aritmia* yang mengancam jiwa merupakan *aritmia* yang disertai dengan gangguan *hemodinamik* yang bila tidak segera dilakukan terapi mengakibatkan ancaman jiwa dengan gejala klinis yang sering dijumpai kesadaran menurun, *cardiac arrest*, kejang, *decompensation cordis*, dan *apnea*. Hal ini dipaparkan oleh Anggraini (2016) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa kejadian *aritmia* pada pasien *STEMI* berjumlah 9 responden (81,8%) dari 17 reponden dan hanya 6

responden yang tidak mengalami *aritmia*, hal ini membuktikan bahwa komplikasi *aritmia* banyak terjadi pada pasien yang terdiagnosis *STEMI*.

Keluhan pasien dengan *iskemia miokard* dapat berupa nyeri dada yang *tipikal (angina tipikal)* atau *atipikal (angina ekuivalen)*. Keluhan *angina tipikal* berupa rasa tertekan/berat daerah *retrosternal*, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, *area interskapular*, bahu, atau *epigastrium*. Keluhan ini dapat berlangsung intermiten/beberapa menit atau persisten (>20 menit). Keluhan *angina tipikal* sering disertai keluhan penyerta seperti *diaphoresis*, mual/muntah, nyeri *abdominal*, rasa tidak nyaman saat bernafas (*sensasi dyspnea*), dan *sinkop* (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

Penanganan nyeri harus dilakukan secepat mungkin untuk mencegah aktivitas saraf simpatis, karena aktifitas saraf simpatis ini dapat menyebabkan *takikardi*, *vasokonstriksi* dan peningkatan tekanan darah yang pada tahap selanjutnya dapat memperberat beban jantung dan memperluas kebutuhan oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen ke jantung (Reza, 2011 dalam Frayusi, 2012). Sekitar 10-15% dari penderita nyeri dada yang khas, *spasme arteri koroner* dapat menjadi penyebab utama dari kekurangan oksigen (*iskemik*) dan dapat menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan tersebut disebabkan karena konstriksi atau penyempitan dari katub *aorta*, (Mendis 2014).

Menurut Harahap (2004) mengatakan terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigen jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja *miokard* akibat kekurangan suplai oksigen. Menurut Rachmawati (2017) menyebutkan tiga tanda pasien membutuhkan terapi oksigen diantaranya hipoksia atau *distress* pernafasan, *syok* dan *heart failure* dan  $SpO_2 \leq 94\%$ .

Prasetyo (2010) mengemukakan bahwa dalam beberapa kasus nyeri yang sifatnya ringan, tindakan non-farmakologi adalah intervensi yang paling utama, sedangkan tindakan farmakologi dipersiapkan untuk mengantisipasi perkembangan nyeri. Pada kasus nyeri sedang sampai berat tindakan nonfarmakologi menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi nyeri disamping tindakan farmakologi yang utama.

Peran perawat Ners dalam manajemen *ACS STEMI* sangat penting. Kondisi *ACS STEMI* dapat terjadi di berbagai setting perawatan pasien meliputi UGD, rawat inap dan bahkan di rawat jalan. Oleh karena itu, kompetensi manajemen *ACS STEMI* harus dikuasai bukan hanya oleh perawat UGD saja tetapi oleh seluruh perawat rumah sakit yang kemungkinan kontak dengan pasien *ACS STEMI* atau berisiko mengalami *ACS STEMI*. Peran perawat Ners dalam manajemen *ACS STEMI* diantaranya deteksi tanda dan

gejala, monitoring tanda vital, deteksi dan pencegahan perburukan, pencegahan dan deteksi komplikasi pasca tindakan, edukasi pasien dan keluarga, serta rehabilitasi pasca tindakan. Pendekatan yang digunakan tentunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, penentuan tujuan dan *outcomes*, pemilihan rencana tindakan, implementasi dan evaluasi (Hendra, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus asuhan keperawatan pada pasien *ST-Elevasi Myocardial Infarction (STEMI)* di ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *ST- Elevation Myocardial Infarction (STEMI)* di ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”.

## C. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman yang nyata dan mampu memberikan asuhan keperawatan dengan pasien *ST Elevation Myocardial Infarction* ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *ST Elevation Myocardial Infarction* secara komperhensif.
- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada pasien dengan pasien *ST Elevation Myocardial Infarction*.
- c. Mampu melaksanakan rencana keperawatan pada pasien dengan *ST Elevation Myocardial Infarction*.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan *ST Elevation Myocardial Infarction*.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan.
- f. Mampu melakukan *analisis* asuhan keperawatan pada pasien Tn.S dengan *STEMI Anterior* di ruang ICCU RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

## D. Manfaat

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat teoritis

Laporan studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam menjawab permasalahan-permasalahan yang terjadi dalam proses pembelajaran terutama dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *ST elevation myocardial infarction*.

2. Manfaat praktis

a. Bidang Akademik

Menambah referensi Karya Tulis Ilmiah di STIKES Muhammadiyah Klaten dan sebagai masukan untuk meningkatkan dan mengembangkan ilmu keperawatan tentang kegawatdaruratan pada pasien dengan *ST elevation myocardial infarction*.

b. Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien dengan *ST elevation myocardial infarction*, sehingga dapat mengurangi terjadinya komplikasi.

c. Bagi Perawat

Mengetahui bagaimana cara melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif dan *holistic* pada pasien dengan *ST elevation myocardial infarction*. Perawat mampu memahami dan melakukan tindakan untuk mengatasi masalah pasien.

d. Bagi Klien

Mampu berinteraksi secara mandiri dengan orang lain dan pasien dapat memahami dan menaati setiap tindakan yang diberikan oleh perawat.

e. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *ST elevation myocardial infarction* dan membandingkan antara teori dan kenyataan.

