

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Infark Miokard Akut adalah keadaan yang mengancam kehidupan terdapat tanda khas jaringan nekrosis otot yang permanen akibat dari otot jantung yang kehilangan suplai oksigen yang terjadi akibat adanya sumbatan pada bagian arteri koroner. Infark miokard aku (IMA) juga biasa dikenal dengan serangan jantung atau serangan koroner yang mengakibatkan kematian, sebab adanya perluasan area jaringan yang rusak (Udjanti, 2010). Manifestasi klinis pada pasien Infark Miokard Akut (IMA) umumnya yang akan muncul adalah nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus (Muttaqin, 2009).

*World Health Organization* (WHO) menyatakan penyakit jantung merupakan penyebab kematian utama di dunia. Pada tahun 2015 terhitung sebanyak 17,7 juta orang meninggal dunia akibat penyakit jantung dan diperkirakan angka tersebut akan terus meningkat mencapai 23,3 juta orang pada tahun 2020 (WHO, 2017). Data profil kesehatan provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 memberitahukan kasus infark miokard akut (IMA) sebanyak 8.602 kasus pada tahun 2017 dan meningkat menjadi 8.939 kasus di tahun 2019, sedangkan data kejadian infark miokard di RSUP dr. Soeradji Tirotnegoro Klaten pada Januari-Mei 2019 terdapat 105 pasien yang rawat diruangan ICU/ICCU dengan diagnosa infark miokard STEMI dan NSTEMI .

IMA merupakan kematian sel-sel myocardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen yang berkepanjangan, sel-sel myocardium mulai mati sekitar 20 menit mengalami kekurangan oksigen. 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 *et al*, 2015).

IMA terjadi ketika iskemia yang terjadi berlangsung cukup lama yaitu lebih dari 30-45 menit sehingga menyebabkan kerusakan seluler yang ireversibel. Bagian jantung yang terkena infark akan berhenti berkontraksi selamanya. Iskemia yang terjadi paling banyak disebabkan oleh penyakit arteri koroner / *coronary artery disease* (CAD). Pada penyakit ini terdapat materi lemak (*plaque*) yang telah terbentuk dalam beberapa tahun di dalam lumen arteri koronaria (arteri yang mensuplay darah dan oksigen

pada jantung) *Plaque* dapat ruptured sehingga menyebabkan terbentuknya bekuan darah pada permukaan *plaque*. Jika bekuan menjadi cukup besar, maka bisa menghambat aliran darah baik total maupun sebagian pada arteri koroner (Brunner dan Suddarht, 2012). Nyeri terjadi akibat stimulasi saraf simpatis yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung sehingga dapat memperburuk keadaan pada pasien IMA (Corwin, 2009). Nyeri pada IMA disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan myocard terhadap oksigen sehingga membuat ukuran infark semakin luas. Kematian myocard menyebabkan terjadinya blokade pada arteri koroner yang selanjutnya menstimulasi reseptor nyeri (Muttaqien, 2010).

Penyakit IMA membutuhkan perawatan intensif untuk memonitoring status hemodinamika, yang diakibatkan penurunan *cardiac output*. Penurunan *cardiac output* ini terjadi karena adanya nekrosis pada otot jantung menyebabkan jaringan parut yang akan mengganggu kontraksi otot jantung sehingga perfusi jaringan perifer, otak dan organ lain mengalami gangguan, kondisi ini dapat mengancam nyawa (Morton, 2013). Tindakan atau penatalaksanaan untuk mengurangi angka kematian penyakit IMA diantaranya adalah mengurangi beban kerja jantung, meningkatkan curah dan kontraktilitas jantung dengan cara melakukan mobilisasi setelah immobilisasi/bedrest 12 jam (Nurani 2016).

Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar pada manusia yang diperlukan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan beraktivitas. Mobilisasi penting bagi pasien IMA karena menunjang sistem kardiovaskuler, sistem respiratori, sistem metabolik, sistem muskuloskeletal (Potter dan Perry, 2010). Mobilisasi bila dilakukan pada pasien akan meningkatkan aliran darah dari ekstermitas ke jantung sehingga *cardiac output* juga akan mengalami peningkatan. Manfaat lain mobilisasi adalah meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung, meningkatkan suplai darah ke jantung dan otot serta mencegah kehilangan plasma darah (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Asgari, et.al. (2015) membuktikan bahwa program mobilisasi dini dapat mengurangi denyut jantung dan tidak menyebabkan perubahan tekanan darah. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan program mobilisasi dini dalam perawatan pasien IMA sangat disarankan. Salah satu upaya asuhan keperawatan yang diperlukan untuk menurunkan prevalensi pada pasien AMI tersebut

adalah mengoptimalkan status kesehatan, dengan cara merubah gaya hidup dan melakukan rehabilitasi atau latihan fisik jantung (Yenni, Nurchayati & Sabrian, 2015).

Tahapan mobilisasi pasien IMA yaitu meliputi 24 jam pertama tirah baring, 24 jam kedua adalah miring kanan dan kiri, 24 jam ketiga adalah duduk dan 24 jam keempat adalah latihan berjalan (Satiyadi, 2018). Posisi terlentang yang diberikan secara terus menerus berdasarkan penelitian di ICU Amerika dapat menurunkan sirkulasi darah dari ekstremitas bawah, yang seharusnya banyak menuju dada. Pada tiga hari pertama bedrest, volume plasma berkurang 8%-10%. Tahapan mobilisasi dini pada pasien IMA di rumah sakit seringkali diabaikan dan tidak ditatalaksana dengan baik sejak awal perawatan, sehingga menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai berkurangnya kemampuan gerak (immobilisasi), dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (sindrom delirium). Dampak lain pada pasien IMA adalah pasien mengalami komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot (Brunner dan Suddarth, 2012)

Dampak apabila hemodinamik tidak dimonitor secara cermat selama mobilisasi dini akan mengakibatkan penurunan kondisi, syok dan penurunan kesadaran. Penelitian Vollman (2010) menyatakan kehilangan dari stabilisasi volume tersebut menjadi 15%-20% pada bedrest minggu keempat. Akibatnya terjadi peningkatan beban jantung, peningkatan masa istirahat dari denyut jantung, dan penurunan volume curah jantung. Pada penelitiannya menunjukkan efek maksimal akan terlihat pada 3 minggu bedrest, perubahan dari disfungsi baroreseptor dalam pengaturan otonom dan pertukaran cairan dapat diduga menjadi penyebab kerja otot jantung menjadi tidak baik ketika posisi pasien bedrest. Pada orang sehat bedrest 5 hari, terjadi resistensi insulin dan disfungsi mikrovaskuler. Secara normal, kulit tidak dapat mentolerir tekanan yang lama, oleh karena itu pasien yang immobilisasi dan yang bedrest memiliki risiko terbesar terhadap kerusakan kulit dan keterlambatan penyembuhan luka (Vollman 2010).

Mobilisasi dini akan meningkatkan kerja jantung, tubuh mentoleransi dengan cepat. Oleh karena itu monitoring sangat diperlukan selama intervensi mobilisasi dini untuk mencegah kondisi yang lebih buruk. Pasien sakit kritis umumnya memiliki elastisitas pembuluh darah yang jelek, siklus umpan balik yang tidak berfungsi dan atau

cadangan kardiovaskuler yang rendah. Untuk pasien yang status hemodinamiknya tidak seimbang, solusi yang dapat disarankan adalah dengan melatih pasien untuk toleransi perubahan posisi daripada membiarkannya dalam posisi supine (Vollman, 2013). Dewi (2017) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien IMA adalah umur, pendidikan, dukungan keluarga, informasi, nyeri dan kecemasan.

Kecemasan merupakan pengalaman emosional dan subjektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga seseorang merasakan perasaan was-was (khawatir) seolah olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (Lestari, 2015). Kecemasan yang dialami pasien akibat adanya ancaman yang berupa kegagalan fisiologis seperti jantung, sistem imun dan lainnya yang akan berdampak kepada ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas (Kasron, 2012). Hasil dari penelitian yang dilakukan Maendra (2014) prevalensi kecemasan pada pasien IMA didapatkan hasil yaitu sebanyak (6,7%) mengalami kecemasan ringan, (43,3%) kecemasan sedang dan (1,7%) mengalami kecemasan berat.

Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup (Kim, Moser, Gavin *et al*, 2010). Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita IMA (Jeff, Christopher, James, 2010). Kecemasan yang terjadi menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian kardiovaskular seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan kebutuhan miocard terhadap oksigen meningkat dan dapat menghambat mobilisasi (Muttaqien, 2009).

Tambunan dan Kasim (2012) dalam Sulistyawati (2019) mengatakan mobilisasi dini mempunyai manfaat pada sistem kardiovaskuler dapat meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran balik vena. Mobilisasi dini pasien kritis dapat meningkatkan kekuatan otot, menurunkan stres oksidasi dan inflamasi, selama beraktivitas atau latihan akan memaksimalkan 60%-75% intake oksigen dan meningkatkan produksi antioksidan

(Nofiyanto & Adhinugrah, 2016). Program mobilisasi dini yang saat ini dikembangkan oleh perawat dapat meningkatkan tidak hanya fisik dan hasil jantung, tetapi juga mental dan psikologis kesejahteraan sebelum pulang dari rumah sakit (Rifai, 2015). Terapi mobilisasi dini sangat bermanfaat bagi pasien AMI, akan tetapi pelaksanaan mobilisasi dini oleh perawat harus didasarkan pada tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan individual. Selain itu, hal yang penting untuk diperhatikan oleh perawat adalah bahwa program mobilisasi dini sebaiknya dimonitor berdasarkan target tekanan darah dan perceived exertion (Yenni, Nurchayati dan Sabrian, 2015; Sulistyawati, 2019). Hal ini sangat diperlukan untuk mengoptimalkan status kesehatan pada pasien AMI. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Asgari, et.al. (2015) dibuktikan bahwa program mobilisasi dini dapat mengurangi denyut jantung dan tidak menyebabkan perubahan tekanan darah. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan program mobilisasi dini dalam perawatan pasien AMI sangat disarankan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tanggal 16 Juli 2019 didapatkan data angka kejadian IMA pada tahun 2018 sebanyak 312 pasien dan pada tahun 2019 pada bulan April sebanyak 26 pasien, Mei sebanyak 13 pasien dan Juli sebanyak 11 pasien. Hasil wawancara kepada 10 pasien IMA didapatkan kedua pasien yang melakukan mobilisasi sudah cukup tenang dan tidak merasa gelisah, sedangkan 8 pasien mengalami hambatan untuk melakukan mobilisasi karena merasa cemas, gelisah dan gemetar saat melakukan mobilisasi.

Berdasarkan pernyataan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mobilisasi Pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

## **B. Rumusan Masalah**

Infark Miokard Akut adalah keadaan yang mengancam kehidupan terdapat tanda khas jaringan nekrosis otot yang permanen akibat dari otot jantung yang kehilangan suplai oksigen yang terjadi akibat adanya sumbatan pada bagian arteri koroner. Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan

penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita IMA. Kecemasan yang terjadi menyebabkan terjadinya pelepasan hormon kortisol dan katekolamin yang menyebabkan terjadinya serangkaian kardiovaskular seperti penurunan curah jantung yang menyebabkan kebutuhan myocard terhadap oksigen meningkat dan dapat menghambat mobilisasi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tanggal 16 Juli 2019 didapatkan data angka kejadian IMA pada tahun 2018 sebanyak 312 pasien dan pada tahun 2019 pada bulan April sebanyak 26 pasien, Mei sebanyak 13 pasien dan Juli sebanyak 11 pasien. Hasil wawancara kepada 10 pasien IMA didapatkan kedua pasien yang melakukAN mobilisasi sudah cukup tenang dan tidak merasa gelisah, sedangkan 8 pasien mengalami hambatan untuk melakukan mobilisasi karena merasa cemas, gelisah dan gemetar saat melakukan mobilisasi.

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- b. Mengetahui Tingkat Kecemasan Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
- c. Mengetahui Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
- d. Menganalisis Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mobilisasi pada Pasien Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

#### D. Manfaat Penelitian

##### 1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat memberikan asuhan keperawatan dan edukasi terkait kecemasan dengan mobilisasi kepada pasien infark miokard akut.

##### 2. Bagi rumah sakit

Dapat memberikan masukan kepada pihak Rumah Sakit Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam pembuatan SOP mobilisasi pada pasien IMA dan menjadi embrio dalam penyusunan SOP

##### 3. Bagi responden

Pasien berpikiran positif akan kesembuhan penyakitnya dan menambah wawasan tentang pentingnya mobilisasi pada pasien IMA

#### E. Keaslian Penelitian

##### 1. Mertha (2010), tentang pengaruh latihan aktifitas rehabilitasi jantung fase I terhadap efikasi diri dan kecemasan pasien PJK di RSUP Sanglah Denpasar.

Penelitian dilakukan berdasarkan kenyataan PJK sebagai penyakit kardiovaskuler dan pembuluh darah dengan angka kematian yang terus meningkat. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain kuasi eksperimen tanpa kelompok kontrol. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 30 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner efikasi diri dengan 17 item pertanyaan dan kuesioner kecemasan dengan 18 item pertanyaan. Hasil uji validitas dan realibilitas menggunakan *Alpha Cronbach* dengan hasil baik. Analisis data didapatkan bahwa terdapat pengaruh bermakna latihan aktifitas terhadap peningkatan efikasi diri ( $p=0,001$ ), dan terhadap penurunan kecemasan responden ( $p=0,001$ ) setelah dilakukan intervensi latihan aktifitas.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian, waktu penelitian dan lokasi penelitian.

##### 2. Mendra (2014) tentang prevalensi tingkat kecemasan pada pasien infark miokard lama di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan sampel yang berjumlah 60 orang. teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Analisa data menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi kecemasan pada pasien infark miokard di poliklinik jantung RSUP Prof. Dr. R. D.

Kandou Manado yaitu 93,3% dan tingkat kecemasan sedang didapatkan paling banyak 98%.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian, waktu penelitian dan lokasi penelitian

3. Yunani (2013) tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap pasien terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien IMA di ruang ICU RSUD Ungaran.

Metode penelitian: Metode yang digunakan adalah analitik dengan rancangan cross sectional. Populasi dan sampel adalah semua pasien Akut Miokard Infark di ruang ICU RSUD Ungaran sebanyak 60 pasien dengan teknik total sampling. Hasil penelitian: Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 26 responden (43,3%). Sikap pasien tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 27 responden (45,0%). Perilaku mobilisasi dini sebagian besar tidak melakukan sebanyak 32 responden (53,3%). Ada hubungan antara tingkat pengetahuan pasien AMI terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ( $pvalue=0,000$ ). Ada hubungan antara sikap pasien terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ( $pvalue=0,031$ ).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian yaitu variabel bebas adalah kecemasan dan variabel terikat mobilisasi, waktu penelitian pada bulan Desember 2019 dan lokasi penelitian yaitu di IGD Poli Jantung RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.