

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom koroner akut merupakan salah satu kasus penyebab rawat inap di Amerika Serikat, tercatat 1,36 juta adalah kasus SKA, 0,81 juta di antaranya adalah infark miokardium, dan sisanya angina pektoris tidak stabil (Kumar & Cannon, 2009). Penyakit jantung koroner merupakan penyakit kardiovaskular terbanyak yang menyebabkan kematian di dunia, yaitu 7,2 juta orang per tahun atau 41% dari kasus penyakit kardiovaskular (*World Heart Federation*, 2010). Penyakit jantung koroner inilah yang dapat berkembang menjadi Sindrom Koroner Akut (SKA).

Di negara industri dan negara-negara yang sedang berkembang Sindrom Koroner Akut (SKA) masih menjadi masalah kesehatan publik yang bermakna (O'Gara, *et al.*, 2012). Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013, SKA menjadi penyebab kematian terbanyak dengan mencapai jumlah 7 juta jiwa kematian setiap tahunnya di seluruh dunia, hal ini terutama terjadi di negara berkembang (WHO, 2013).

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa Sindrom Koroner Akut (SKA) menjadi salah satu masalah kesehatan dalam sistem kardiovaskular yang jumlahnya meningkat cepat dengan angka kematian 6,7 juta kasus (WHO, 2017). Perhitungan WHO (*World Health Organization*) yang memperkirakan pada tahun 2020 mendatang, penyakit kardiovaskuler akan menyumbang sekitar 25% dari angka kematian dan mengalami peningkatan khususnya di negara-negara berkembang, salah satu di antaranya berada di Asia Tenggara. Angka kematian yang disebabkan oleh SKA mencapai 1,8 juta kasus pada tahun 2014, yang artinya SKA menjadi penyakit yang mematikan di kawasan Asia Tenggara salah satu negaranya adalah Indonesia (WHO, 2017).

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 rumah sakit di Indonesia adalah 239.548 jiwa. Kasus terbanyak adalah penyakit jantung iskemik, yaitu 110.183 kasus. *Case fatality rate* (CFR) tertinggi terjadi pada *akut miokard infark* (13,49%) dan kemudian diikuti oleh gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%) (Depkes, 2009). Data Riskesdas tahun 2013

menunjukkan, prevalensi tertinggi untuk penyakit Kardiovaskuler di Indonesia adalah SKA, yakni sebesar 1,5%.

Angka kematian yang disebabkan oleh SKA di Indonesia cukup tinggi mencapai 1,25 juta jiwa jika populasi penduduk Indonesia 250 juta jiwa (Kemenkes, 2014). Data dari tahun 2013 menyebutkan bahwa prevalensi SKA di Indonesia sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dan gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Berdasarkan diagnosis dokter penderita SKA meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Pada rentang antara 65-75 tahun peningkatan sebesar 2,0% dan 3,6%, sedikit menurun pada kelompok umur ≥ 75 tahun.

Provinsi yang menduduki prevalensi teratas adalah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan angka 0,25% (Depkes, RI 2014; PERKI, 2015). Selain itu, penyakit jantung termasuk dalam 10 besar penyebab kematian di DIY (Profil Kesehatan Provinsi DIY, 2017).

Diagnosis SKA dapat ditegakkan jika keluhan ditemukan pada pasien dengan karakteristik seperti diketahui mempunyai penyakit aterosklerosis non-koroner (penyakit arteri perifer atau karotis), mempunyai PJK atas dasar pernah mengalami infark miokard, bedah pintas koroner, atau IKP, mempunyai faktor risiko: umur, hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes mellitus, riwayat PJK dini dalam keluarga yang diklasifikasikan sebagai risiko tinggi, risiko sedang, atau risiko rendah menurut *National Cholesterol Education Program (NCEP)* (PERKI, 2018).

Mengetahui karakteristik penderita sindrom koroner akut perlu untuk intervensi pencegahan sehingga angka kejadian sindrom koroner akut dapat ditekan karena banyaknya kerugian yang ditimbulkan seperti aritmia, syok kardiogenik, perikarditis, henti jantung, gagal jantung, udem paru akut bahkan kematian apabila tidak dipatuhi (Asikin *et al.*, 2016; Ghani *et al.*, 2016).

Dengan diketahuinya karakteristik penderita SKA maka dapat dilakukan pencegahan primer untuk meningkatkan kesehatan dan menurunkan faktor risiko, pencegahan sekunder untuk menangani gejala dengan cepat secara optimal sehingga mencegah keadaan yang lebih parah dan rehospitalisasi, serta pencegahan tersier untuk mempertahankan kesehatan secara optimal melalui dukungan dan kekuatan yang ada pada diri penderita (Indrawati, 2014).

Sindrom koroner akut disebabkan oleh aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang berdampak pada intima dari arteri, yang mengakibatkan terbentuknya trombus

sehingga membuat lumen menyempit, yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah sehingga kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Jika thrombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal, maka terjadilah infark pada miokardium (Asikin *et al.*, 2016).

Dampak dari penyempitan arteri koroner ialah menurunnya suplai darah ke jantung dan apabila suplai darah ke jantung menurun mengakibatkan menurunnya suplai oksigen ke jantung. Oksigen merupakan penting bagi tubuh yang merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia (Naga, 2014). Apabila pasien dengan sindrom koroner akut mengalami kekurangan oksigen maka dapat menimbulkan kematian sel atau gangguan pada organ vital dan kondisi ini dapat menimbulkan distress baru pada pasien dan dapat memperburuk kondisi dengan semakin terbatasnya melakukan aktivitas fisik serta dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Suputra (2015) menjelaskan bahwa pasien SKA memiliki pengaruh terhadap kondisi fisik yaitu keterbatasan dalam hal berjalan, naik tangga, atau melakukan kegiatan sehari-hari merupakan pengaruh SKA pada kondisi fisik pasien. Gejala yang ditimbulkan akibat gangguan jantung baik berupa variasi fisik (sesak nafas, nyeri, kehilangan nafsu makan) maupun psikologis (kecemasan dan depresi) mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup pasien SKA meningkat ke arah yang lebih baik diperlukan program latihan fisik rehabilitatif jantung (Roveny, 2017).

SKA membutuhkan penanganan awal yang cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Peran tenaga kesehatan khususnya perawat adalah upaya pencegahan komplikasi maupun penanganan yang cepat untuk melakukan penyelamatan jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional yang harus dimiliki dalam melaksanakan tugasnya, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit jantung, khususnya SKA.

Dalam melakukan tindakan pada pasien dengan SKA yang perlu diperhatikan adalah penanganan terhadap nyeri akut, resiko penurunan curah jantung, gangguan perfusi jaringan, gangguan pertukaran gas, cemas, dan intoleransi aktifitas.

Dalam studi kasus yang dilakukan, pasien SKA mengalami tanda dan gejala seperti dada terasa terbakar dan tertekan, nyeri ditempat lain pada tubuh seperti lengan atas bagian kiri atau bagian rahang, nafas menjadi pendek (dyspnea), dan keringat dingin (*diaphoresis*). Dengan mengetahui tanda dan gejala serta proses penyakit ini diharapkan

tercapai asuhan keperawatan yang komprehensif tanpa memperberat kondisi klinis pasien. Perawat diharapkan bisa memberikan informasi kepada pasien, sehingga pasien dapat mengetahui penyebab terjadinya SKA, sehingga resiko terjadinya SKA semakin kecil, menurunkan angka morbiditas, dan mortalitas. Perawat juga berperan sebagai jembatan informasi tentang edukasi pentingnya mengkonsumsi obat secara teratur untuk memperkecil pengulangan penyakit ini, terutama untuk pasien yang mengalami tindakan PCI.

Peran tenaga kesehatan khususnya perawat adalah upaya pencegahan komplikasi maupun penanganan yang cepat untuk melakukan penyelamatan jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional yang harus dimiliki dalam melaksanakan tugasnya, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit jantung, khususnya SKA.

Peran perawat sangat diperlukan dalam penanganan pasien gagal jantung khususnya di ruangan ICU. Adapun peran perawat ICU meliputi 3 bidang yaitu *caring Role*; memelihara klien dan menciptakan lingkungan biologis, psikologis, sosiokultural yang membantu penyembuhan, *coordinating Role*; mengatur keterpaduan tindakan keperawatan, diagnostik dan terapeutik sehingga terjalin pelayanan yang efektif dan efisien, *therapeutic Role*; sebagai pelaksana pelimpahan tugas dari dokter untuk tindakan diagnostik dan terapeutik (Akatsuki, 2011).

Berdasarkan data rekam medis pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didapatkan pasien dengan diagnosa SKA yaitu *Unstable angina* berjumlah 51%, *Acute transmural myocardial infraction of anterior wall* berjumlah 24%, *Acute transmural myocardial infraction of interior wall* berjumlah 7%, *Acute subendocardial myocardial infraction* berjumlah 18%. Pada saat dilakukan studi kasus, rata-rata jumlah pasien SKA adalah sebanyak 4 pasien dari jumlah total pasien di Ruang ICCU yaitu 6 pasien.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan masalah penelitian ”Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisa gambaran pengkajian pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- b. Untuk menganalisa gambaran diagnosa pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- c. Untuk menganalisa gambaran intervensi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- d. Untuk menganalisa gambaran implementasi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- e. Untuk menganalisa gambaran evaluasi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICCU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Manfaat

1. Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi sebagai sarana pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya di bidang keperawatan sehingga dapat memperluas cakupan penelitian terhadap keperawatan pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut.

2. Praktis

a. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti yang realistis bagi perawat sebagai acuan tindakan keperawatan khususnya dalam penanganan pasien dengan Sindrom Koroner Akut

b. Bagi instansi kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan pengetahuan dalam penatalaksanaan pasien dengan Sindrom Koroner Akut, mampu meningkatkan mutu dan kualitas kinerja dalam memberikan pelayanan yang lebih optimal pada pasien dan dapat menerapkan intervensi yang tepat terhadap penanganan pasien dengan Sindrom Koroner Akut.

c. Bagi keluarga

Penelitian ini dapat memberikan informasi serta pengetahuan mengenai bagaimana perawatan di rumah secara baik dan benar pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang pasien dengan Sindrom Koroner Akut serta diharapkan mampu mengembangkan penelitian lebih bervariasi.