

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).

Non Communicable Disease (NCD) atau penyakit tidak menular merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi. Lebih dari 70% populasi di dunia dapat meninggal akibat penyakit ini, diantaranya penyakit jantung, kanker, stroke, dan penyakit diabetes mellitus. Secara global, salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia adalah penyakit kardiovaskular atau penyakit jantung (Infodatin, 2018).

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 Kalimantan Timur 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 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, komplis 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 dipsnea), 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 konstiksi 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 ICU RSUD Pandan Arang Boyolali.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien St- Elevation Myocardial Infarction (Stemi) Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman yang nyata dan mampu memberikan asuhan keperawatan dengan pasien ST Elevation Myocardial Infarction di RSUD Pandan Arang Boyolali.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian dengan ST Elevation Myocardial Infarction secara komperhensif.
- b. Menegakkan diagnose keperawatan dengan pasien ST Elevation Myocardial Infarction.
- c. Melaksanakan rencana keperawatan dengan pasien ST Elevation Myocardial Infarction.
- d. Melakukan tindakan keperawatan dengan pasien ST Elevation Myocardial Infarction.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan.
- f. Mendokumentasikan proses keperawatan dengan menggunakan format-format yang telah ditentukan.
- g. Melakukan pembahasan terkait asuhan keperawatan yang telah diberikan.

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 gawat darurat 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. Mampu memahami dan melakukan tindakan untuk mengatasi masalah pasien.

d. Bagi Klien

Mampu berinteraksi secara mandiri dengan orang lain dan pasien dapat memahami dan mentaati 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.