

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Infark miokard merupakan penyakit kardiovaskuler yang menjadi salah satu penyebab utama mortalitas atau kematian terbesar di dunia (Thygesen *et al*, 2012). Menurut WHO (*World Health Organization*, 2012) diperkirakan 30% dari 57 juta kematian global disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Angka morbiditas di Amerika akibat infark miokard setiap tahun mencapai lebih dari satu juta penduduk, dengan insiden baru dan serangan ulang infark miokard mencapai 785.000 dan 470.000 penduduk (Becker, 2005; Roger *et al*, 2012). Hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2007 menunjukkan penyakit jantung iskemik menyebabkan 5,1% kematian penduduk di Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2009). Infark miokard akut (IMA) merupakan penyebab kematian kedua di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, terdapat 356 kasus IMA per tahun dengan 59 orang diantaranya meninggal dunia. Hal ini menunjukkan bahwa angka mortalitas pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mencapai 16,6 % per tahun (RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, 2010). Berdasarkan data rekapitulasi tahunan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada tahun 2012, nyeri dada masih menduduki sepuluh besar kasus rujukan instalasi gawat darurat.



Penatalaksanaan IMA seperti fibrinolitik dan trombolisis harus dilaksanakan dengan cepat dan tepat agar dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas akibat IMA. Hasil beberapa studi menunjukkan dampak positif dari penatalaksanaan IMA yang dilaksanakan dengan cepat dan tepat, yaitu mencegah kerusakan miokard yang luas sehingga dapat mengurangi angka mortalitas yang tinggi (Milner *et al*, 2001; Ahmad *et al*, 1992; Hewitt *et al*, 2004). Penatalaksanaan yang cepat ini penting untuk keberhasilan perawatan pasien yang menderita IMA. Menurut Boersma *et al* (1996) apabila penatalaksanaan IMA dengan fibrinolitik dapat diberikan pada interval lebih awal dari onset gejala akan memberikan keuntungan berupa peningkatan jumlah pasien yang tertolong hingga setengah dari jumlah pasien yang terlambat mendapatkan penanganan. Penatalaksanaan IMA berupa trombolisis juga dapat mengurangi risiko aritmia yang fatal, bila dapat dilakukan dengan cepat (Moser *et al*, 2006).

Efektifitas penatalaksanaan pasien IMA terbatas apabila pasien terlambat mendapatkan penatalaksanaan karena tidak segera pergi atau menghubungi pelayanan kesehatan. Keterlambatan penatalaksanaan ini berkontribusi terhadap 10–40% terjadinya syok dan kematian (Kettunen & Talvensari, 2009). Hal ini dikarenakan apabila sel miokard terserang IMA maka semakin lama akan semakin tidak berfungsi karena terjadinya iskemia bahkan nekrosis (Williams dan Hopper, 2007). Setiap tahun di Amerika Serikat sekitar 200.000-400.000 pasien mengalami keterlambatan penatalaksanaan IMA hingga meninggal sebelum sampai di rumah sakit (Topol, 2009). Hasil penelitian tentang *prehospital* delay menunjukkan 47,6% pasien IMA di

RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mengalami keterlambatan lebih dari 6 jam setelah onset gejala (Rahmawatus, 2012).

Salah satu penyebab utama keterlambatan penatalaksanaan IMA adalah cara/perilaku pengobatan pasien terhadap gejala IMA (Khraim, 2009). Cara pengobatan pasien IMA yang umumnya dilakukan diantaranya adalah menunggu gejala hilang, melakukan *self treatment*, dan menghubungi atau pergi ke pelayanan kesehatan (Naureddine, 2009). *Self treatment* yang dilakukan pasien IMA diantaranya minum analgesik kemudian istirahat, meminum obat antasid, mencoba beristirahat, mencoba membantu dirinya sendiri (Naureddine, 2009). Rata-rata 20% pasien di Lebanon baik laki-laki maupun perempuan memilih melakukan *self treatment* dan menunggu gejala hilang dari pada segera pergi ke pelayanan kesehatan saat merasakan gejala IMA (Naureddine, 2009). Hasil studi tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia bahwa rata-rata juga 20% pasien IMA memilih melakukan *self treatment* (minum obat, kerokan, mengompres dada) dan menunggu gejala hilang (Rahmawatus, 2012).

Faktor-faktor yang berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan yang tidak efektif menjadi topik yang menarik dalam berbagai penelitian. Faktor-faktor yang berkaitan dengan cara pengobatan atau yang dikenal dengan *health care seeking behavior* telah dijelaskan dalam beberapa model teori tentang perilaku yang secara umum dapat dibedakan menjadi faktor penyakit dan faktor pasien. Faktor penyakit meliputi karakteristik/keparahan gejala IMA. Faktor pasien diantaranya adalah faktor demografi, *awareness*, dan interpretasi gejala.

Belum banyak studi tentang karakteristik/keparahan gejala IMA yang langsung dihubungkan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan tetapi beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa gejala berhubungan signifikan dengan keterlambatan penatalaksanaan pada pasien IMA. Beberapa model teori juga telah menjelaskan bahwa gejala dan kondisi klinis merupakan faktor eksternal dari perilaku pencarian pengobatan yang berhubungan secara tidak langsung (Lauver, 1992; Kukafka *et al*,----). Karakteristik dan keparahan gejala berkaitan dengan perilaku pasien sehingga apabila pilihan perilaku pasien tidak tepat akan mengakibatkan keterlambatan penatalaksanaan. Menurut Gao dan Zhang (2013) beberapa karakteristik gejala IMA seperti nyeri dada atau rasa tidak nyaman di dada berupa tertindih, sesak, keringat berlebih, dan skala nyeri lebih dari 6 berhubungan signifikan dengan *prehospital time* yang lebih singkat ( $p < 0,05$ ). Pasien miokard infark dengan kondisi syok juga sampai di rumah sakit dalam waktu lebih singkat (Gartner *et al*, 2008).

*Awareness* juga menjadi salah satu faktor yang berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pasien IMA. *Awareness* pasien terhadap gejala dan perilaku juga menunjukkan hasil yang lebih baik terhadap perilaku, waktu keterlambatan, dan *outcome* pasien IMA (Moser *et al*, 2006; Naureddine, 2009). Naureddine S. *et al*, (2010) menyatakan penatalaksanaan yang cepat dan tepat merupakan kunci sukses keberhasilan penatalaksanaan pasien serangan jantung atau IMA tetapi hal ini tergantung pada *early recognition* dan *quick seeking of care* dari pasien. Kurang dari 50% pasien yang memiliki faktor risiko infark miokard dan lanjut usia gagal mengenali gejala infark miokard seperti ketidaknyamanan

epigastrik, gangguan pencernaan, mual, keringat dingin, nyeri atau rasa tidak nyaman di bahu, lengan, punggung, dan leher (Kim *et al*, 2011). Menurut Gao dan Zhang (2013) pasien yang *aware* terhadap gejala IMA yang dirasakan juga berhubungan signifikan dengan *prehospital time* yang lebih singkat ( $p < 0,05$ ).

Faktor demografi dan interpretasi gejala juga berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pasien IMA. Sebanyak 41% pasien menginterpretasikan gejala nyeri dada yang dialami bukan penyakit jantung dan 64,1% diantaranya mengalami keterlambatan (Song *et al*, 2010). Studi yang dilakukan di Indonesia oleh Rahmawatus (2012) menunjukkan 71,4% pasien IMA menginterpretasikan gejala yang dialami bukan penyakit jantung dan tidak langsung pergi ke rumah sakit. Beberapa faktor demografi ialah usia, gender, dan status pernikahan. Menurut Naureddine *et al* (2010), faktor demografi seperti pasien belum menikah (*single*) berhubungan signifikan dengan perilaku pasien dalam menghadapi gejala penyakit jantung.

Penjelasan diatas yang menunjukkan banyak faktor yang berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA dan adanya perbedaan pemahaman dari beberapa studi terhadap hubungan faktor-faktor tersebut dengan perilaku pasien sehingga penting adanya penelitian lebih lanjut agar menambah informasi tentang faktor yang berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pasien IMA. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hubungan antara faktor demografi dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
2. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat *awareness* terhadap gejala serangan jantung dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Mengidentifikasi hubungan antara faktor penyakit berupa gejala IMA dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
4. Mengidentifikasi hubungan antara hasil interpretasi gejala dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA sebagai dasar pengetahuan tentang faktor perilaku pasien. Pengetahuan yang diperoleh nantinya juga dapat dijadikan data dan referensi perpustakaan tentang faktor perilaku pengobatan pada pada pasien IMA.

### 1.4.2 Manfaat Praktisi

Dapat digunakan oleh perawat untuk memahami pentingnya faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pasien IMA. Saat pasien kemungkinan mengalami serangan jantung ulang, perawat dapat melakukan pengkajian tentang cara pengobatan pasien dan memberikan *health education* kepada pasien dan keluarga tentang perilaku yang seharusnya dalam mencari pengobatan sehingga dapat mengurangi keterlambatan penatalak-sanaan, morbiditas dan mortalitas pasien IMA.