

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu manifestasi klinis dari Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan merupakan kondisi kegawatan yang paling sering mengakibatkan kematian. Sekitar sepertiga dari semua kematian pada orang yang berusia lebih dari 35 tahun dan menjadi penyebab utama kematian di negara-negara maju (Nichols et al., 2014; Gomar et al., 2016). Sindrom Koroner Akut menyumbang lebih dari satu setengah dari semua insiden yang dapat menyebabkan kerusakan pada otot jantung baik laki-laki maupun perempuan di bawah usia 75 tahun (Go et al., 2014). Studi pada tahun 2014 oleh *World Health Organization* (WHO) dari 49 negara di Eropa dan Asia Utara menunjukkan lebih dari 4 juta kematian per tahun adalah karena SKA (Nicholas et al., 2014). *American Heart Association* melaporkan 15,5 juta orang yang berusia lebih dari 20 tahun di Amerika Serikat mengalami SKA (Mozaffarian et al., 2016). Sindrom Koroner Akut dianggap menjadi penyebab yang mendasari kematian pada satu dari setiap enam kematian di Kanada (Iacoe, 2016).

Di Indonesia angka kejadian SKA mengalami peningkatan 5%-15% tiap tahunnya. Peningkatan penyakit SKA seiring dengan meningkatnya faktor resiko seperti makan makanan yang berlemak, garam dan gula yang berlebih, kurang aktivitas fisik, merokok dan juga faktor risiko jantung koroner yang tidak terkontrol seperti hipertensi dan diabetes melitus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) pada tahun 2014 jumlah kunjungan pasien SKA sebanyak 3186 pasien, tahun 2015 sebanyak 3327 pasien (RSJPDHK, 2015). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan prevalensi Penyakit Jantung Koroner di Indonesia sebesar

0,5% dan prevalensi SKA tertinggi yaitu di Nusa Tenggara Timur (4,4%) (RISKESADAS, 2013)

Sindrom Koroner Akut membutuhkan penatalaksanaan yang cepat dan tepat, akan tetapi yang sering terjadi adalah perlambatan prehospita yang memanjang. Perlambatan prehospita dihitung dari munculnya onset gejala dengan waktu kedatangan atau waktu tiba di rumah sakit (Perkins-Porras et al., 2009; Ghazawy et al., 2015). Perlambatan prehospita pada dasarnya tergantung pada pasien serta kesiapan pertolongan prehospita (Silber, 2010).

Pedoman dari *American College of Cardiology Foundation* dan *American Heart Association* (ACC/AHA) tahun 2013, standar waktu saat munculnya gejala hingga pasien tiba di IGD adalah 120 menit (O'Gara et al., 2013). Pasien SKA dikatakan terlambat, apabila melebihi dari waktu yang direkomendasikan (Goldberg et al., 2009). Hasil penelitian menunjukkan, di Amerika Serikat waktu tiba pasien SKA di IGD lebih dari 120 menit sebesar 59% (Ting et al., 2010). Di Kanada (57.3%) (Atzema et al., 2011). Di Swedia Selatan (58%) (Angerud et al., 2013). Di Cina (51.4%) (Peng et al., 2014). Di Yordania (72%) (Eshah, 2013). Di Iran (81%) (Tabris, 2012). Di Mesir (67.2%) (Ghazawy et al., 2015) dan di Singapura (56.3%) (Wah et al., 2017)

Penelitian yang dilakukan oleh Makam et al. (2016) di 11 Pusat Pelayanan Kesehatan Boston Amerika Serikat untuk melihat angka kematian akibat perlambatan prehospita yang memanjang, hasil penelitian menunjukkan angka kematian sebesar 8,6%. Di Cina, angka kematian sebesar 5.5% (Peng et al., 2014). Di Singapura, angka kematian sebesar 12.2%. Selain itu menyebabkan komplikasi seperti aritmia (57.7%), disfungsi sistolik ventrikel kiri (22.9%), atrial fibrilasi (6.5%), gagal jantung (9.3%) dan syok kardiogenik (3.6%) (Wah et al., 2017)

Perlambatan prehospita dikaitkan dengan perilaku, transportasi, kognitif, sosiodemografi dan faktor klinik (Golberg et al., 2009; Atzema et al., 2011). Menurut O'Donnell dan Moser (2012), Penyebab utama perlambatan prehospita disebabkan

oleh faktor perilaku, ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mooney et al. (2012) yang menyatakan bahwa faktor perilaku menjadi penyebab utama perlambatan prehospital.

Perilaku yang dimaksud adalah perilaku pencarian pengobatan, dimana pasien tidak langsung ke rumah sakit untuk mendapatkan bantuan medis atau kontak dengan tenaga kesehatan di rumah sakit (McKinley et al., 2009). Menurut Perkins-Porras et al. (2009) dalam penelitiannya menunjukkan, perilaku pasien yang tidak langsung mencari bantuan medis di rumah sakit menyebabkan 60% perlambatan prehospital semakin memanjang. Penelitian yang dilakukan oleh Benziger et al. (2011) di Peru untuk melihat perilaku pencarian pengobatan penderita SKA, hasil penelitian menunjukkan penderita SKA yang mencari bantuan terdekat (tetangga) (60%), mencari bantuan medis (15,6%), berbaring (11,1%), mengobati diri sendiri (7,8%), pengobatan tradisional (4,4%) dan tidak melakukan apa-apa (1,1%). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ghazawy et al. (2015) di Mesir, ditemukan 67% pasien mengobati diri sendiri saat gejala SKA dirasakan dan 33% ke dokter atau klinik terdekat.

Studi pendahuluan yang dilakukan di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere diperoleh sekitar 70% faktor perilaku pencarian pengobatan pasien SKA tidak langsung mencari pertolongan kesehatan di rumah sakit. Selain itu selama di rumah yang dilakukan pasien yaitu membeli obat di apotik dan mengobati diri sendiri. Menurut Xie et al. (2015), mengobati diri sendiri dapat menyebabkan perlambatan prehospital semakin memanjang.

Perlambatan prehospital juga dipengaruhi oleh moda transportasi (McKee et al., 2013). Moda transportasi yang dimaksud adalah penggunaan ambulans, kendaraan pribadi atau kendaraan umum. Pentingnya penggunaan ambulans telah disorot sebagai komponen penting dari layanan prehospital untuk mengurangi perlambatan prehospital (Mooney et al., 2014). Di negara berkembang tingkat penggunaan

ambulan penderita SKA dilaporkan kurang dari 29% (Demirkan et al., 2013). Sedangkan tingkat penggunaan ambulan di negara-negara maju yaitu lebih dari 60% (Mathews et al., 2011; Nilsson et al., 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Mathews et al. (2011) di 372 rumah sakit di Amerika Serikat untuk membandingkan penggunaan ambulan, kendaraan pribadi dan kendaraan umum terhadap perlambatan prehospital, hasil penelitian menunjukkan, penggunaan ambulan menyebabkan perlambatan prehospital semakin berkurang sebesar 60% dan pasien lebih cepat 30 menit tiba di IGD. Menurut Mol et al. (2016) manfaat menggunakan ambulan selain mengurangi keterlambatan tiba di IGD juga adanya pemantauan pada kondisi pasien saat perjalanan ke rumah sakit.

Di Indonesia sampai saat ini *Emergency Medical Services* (EMS) hanya ada di beberapa kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Makasar, Denpasar, Yogyakarta dan Palembang. Tugas EMS yaitu melakukan pertolongan pertama yang tepat dan melakukan evakuasi ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan mencegah kematian, mengurangi rasa sakit dan mencegah terjadinya kecacatan dengan menggunakan ambulan yang terkoordinasi dengan baik (Leiser, 2009; Oktaviani et al., 2013). Di daerah yang belum memiliki EMS menyebabkan penderita SKA lebih banyak menggunakan berbagai macam transportasi, baik transportasi umum maupun pribadi (Piit & Puspongoro, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Silvalila et al. (2014) di Kabupaten Malang, hasil penelitian menunjukkan sebanyak 63,4% pasien yang datang ke IGD RSUD Dr. Syaiful Anwar tidak menggunakan ambulan sebagai alat transportasi menuju rumah sakit.

Studi pendahuluan di RSUD dr. T.C. Hillers Maumere, diketahui bahwa anggota keluarga mengalami kesulitan transportasi untuk membawa pasien ke IGD dengan ambulan, hal ini disebabkan karena belum tersedianya *Emergency Medical Services* (EMS) di Kabupaten Sikka. Berdasarkan hasil wawancara dengan *Consultant Care*

Manager diperoleh penggunaan ambulan kurang dari 20%. Berdasarkan studi pada rekam medis pasien SKA diperoleh 70% Pasien SKA tiba di IGD lebih dari 120 menit.

Penderita PJK adalah populasi yang paling beresiko mengalami episode SKA, oleh karena itu sangat penting untuk dapat memastikan penderita mendapatkan pelayanan kesehatan (Farquharson et al., 2014). Mengurangi perlambatan prehospital yang memanjang terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan yaitu 1) langsung mencari bantuan medis di rumah sakit, 2) menggunakan ambulan, 3) memprioritaskan transportasi pasien (Mooney, 2014). Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk meneliti lebih lanjut pengaruh perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospital pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah pengaruh perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospital pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk menjelaskan pengaruh perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospital pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengidentifikasi perilaku pencarian pengobatan pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka.

1.3.2.2. Mengidentifikasi moda transportasi pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka.

1.3.2.3. Mengidentifikasi perlambatan prehospotal pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka.

1.3.2.4. Menganalisis pengaruh perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospotal pada pasien SKA di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai rujukan, informasi, menambah khasanah kajian ilmiah dan sumbangan pemikiran dibidang keperawatan tentang pengaruh perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospotal pada pasien SKA.

1.4.2. Manfaat praktis

1.4.2.1. Pasien dan keluarga

Secara tidak langsung akan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit SKA, sehingga ada perubahan perilaku untuk mempercepat pencarian pertolongan kesehatan di rumah sakit ketika munculnya tanda gejala SKA

1.4.2.2. Perawat

Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien SKA dan keluarga penderita tentang pentingnya untuk segera mencari pertolongan kesehatan di rumah sakit, agar pemanjangan waktu prehospotal tidak terjadi.

1.4.2.3. Peneliti

Menambah ilmu pengetahuan tentang perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi terhadap perlambatan prehospotal pada pasien SKA