

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan sekelompok penyakit yang terjadi akibat penurunan suplai darah ke otot jantung secara mendadak, diantaranya; ST-Elevasi Infark Miokard (STEMI), Non ST-Elevasi Miokard Infark (N-STEMI) dan Angina pectoris tidak stabil (Singh, Museedi& Grossman, 2021; Bhatt et al., 2022). STEMI disebabkan oleh oklusi arteri koroner lengkap dan menyumbang sekitar 30% dari total serangan SKA. Sedangkan N-STEMI dan angina pectoris tidak stabil disebabkan oleh oklusi parsial atau intermiten arteri koroner yang menyumbang sekitar 70% dari kejadian SKA (PERKI, 2018).

Setiap tahun lebih dari tujuh juta orang di dunia terdiagnosis SKA dan menjadi penyumbang kematian serta kecacatan terbesar secara global (Bhatt et al., 2022; Sanchis-Gomar et al., 2016; WHO, 2022). Prevalensi kematian akibat SKA secara global yang terjadi selama satu decade terakhir sebesar 85%(Hinton et al., 2018; US CDC, 2022; WHO, 2019). Selain itu, SKA juga merupakan penyebab tertinggi insiden perawatan di rumah sakit dan rawat kembali akibat serangan berulang sehingga dihubungkan juga dengan penyebab peningkatan biaya untuk pasien dan sistem kesehatan (Marina et al., 2018; PERKI, 2018)

Beban kematian dan kecacatan global akibat penyakit SKA saat ini berada pada Negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk

Indonesia (Kemenkes RI, 2021; Maharani et al., 2019). Di Indonesia penyakit SKA merupakan penyumbang kedua tertinggi kematian dengan kontribusi sebesar 42,3% setelah penyakit stroke (Kemenkes RI, 2018). Data di atas menunjukkan bahwa penyakit SKA tidak dapat dianggap remeh karena akan meningkatkan angka kematian dan kecacatan yang tinggi di Indonesia.

Sindrom koroner akut merupakan keadaan darurat system kardiovaskular yang sangat mengancam nyawa. Penyebab terjadi sindrom koroner akut adalah terjadinya oklusi mendadak arteri koroner, sehingga harus diobati dengan terapi trombolitik atau intervensi koroner perkutan untuk mengembalikan aliran darah. Jika oklusi arteri koroner berlangsung lebih dari 20-30 menit, nekrosis miokard mulai terjadi, dengan konsekuensi serius terhadap kondisi klinis pasien. Namun, kematian akibat komplikasi dapat dikurangi secara substansial jika pengobatan diberikan segera setelah timbulnya gejala (dalam satu atau duajam) (Ibanez et al.,2018).

Gejala umum yang dialami oleh pasien SKA adalah nyeri dada saat istirahat dan paling sering dialami oleh sekitar 79% pasien pria dan 74% pasien wanita. Akan tetapi sekitar 40% pria dan 48% wanita juga mengeluhkan gejala non spesifik seperti dyspnea dengan atau tanpa nyeri dada. Oleh karena itu, penanganan medis yang cepat sangat dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan pengobatan pasien SKA. Penanganan pasien SKA harus dilakukan secara cepat karena membutuhkan trombolisis

segera sangat untuk mengurangi risiko aritmia fatal (Perkins-Porraset al., 2009). Akan tetapi sampai saat ini, masih ditemukan insiden kematian pada pasien yang tidak ditangani baik akibat keterlambatan pra-rumah sakit dan juga keterlambatan penanganan di rumah sakit.

Pada sindrom koroner akut, waktu yang berlalu antara awal gejala dan saat pasien menerima pengobatan merupakan penentu penting kelangsungan hidup dan pemulihan selanjutnya. Namun, banyak pasien tidak menerima pengobatan secepat yang direkomendasikan, sebagian besar karena keterlambatan pra-rumah sakit yang substansial seperti menunggu untuk mencari penanganan medis setelah onset awal (Arrebola-moreno et al., 2020). Keterlambatan pra-rumah sakit didefinisikan sebagai waktu dimana onset gejala baru dirasakan oleh pasien sampai waktu tiba di unit perawatan gawat darurat (George, 2013). Keterlambatan pra rumah sakit pada dasarnya tergantung pada pasien serta kesiapan pertolongan pra-rumah sakit (Silber, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Wechkunanukul et al., (2017) dan Perkins-Porras et al., (2009) menunjukkan hasil bahwa sebagian besar pasien tidak menerima pengobatan pada periode "*golden time*". Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyarani (2018) yang menunjukkan bahwa rata-rata interval waktu kedatangan pasien SKA di rumah sakit dihitung sejak onset nyeri dada adalah $7,89 \pm 6,44$ jam dengan interval tercepat adalah 1 jam dan terlama 28 jam 30 menit. Sedangkan hasil tinjauan literature yang dilakukan oleh Wechkunanukul et al., (2017)

terhadap artikel penelitian dari berbagai Negara menunjukkan bahwa waktu rata-rata untuk mencari perawatan medis berkisar 1,6-12,9 jam dan selalu lebih dari kerangka waktu yang direkomendasikan. Hal tersebut berbanding terbalik dengan penetapan *cut off point* (waktu maksimal penetapan penanganan) pasien SKA sebagai kasus kegawat daruratan kardiovaskular adalah ≤ 2 jam setelah awitan awal (Bagai et al., 2014; Ibanez et al., 2018; Nadarajah & Gale, 2021). Data tersebut diatas menunjukkan bahwa penanganan pasien akibat keterlambatan Pra-rumah sakit masih jauh melampaui *golden periode* yang ditetapkan. Keterlambatan pra-rumah sakit yang lebih lama berkaitan dengan risiko lebih rendah untuk diobati dengan terapi reperfusi (fibrinolysis ≤ 30 menit, intervensi koroner perkutan ≤ 120 menit), risiko tinggi mengalami penurunan fraksi ejeksi ventrikel kiri dan peningkatan kematian saat tiba di rumah sakit (Ibanez et al., 2018).

Intervensi awal dan cepat setelah terjadinya serangan SKA sangat mempengaruhi ketercapaian kondisi klinis pasien yang lebih baik. Sehingga, sangat penting mengontrol penyebab keterlambatan Pra-rumah sakit untuk mengembangkan mekanisme untuk mengurangi keterlambatan pra-rumah sakit (Ribeiro et al., 2010; PERKI, 2018). Penyebab keterlambatan Pra-rumah sakit pasien SKA dikaitkan dengan berbagai faktor penyebab. Faktor faktor tersebut diantaranya; pengetahuan penderita dan keluarga serta kesiapsiagaan yang buruk, sosiodemografi,

sarana transportasi yang tidak memadai, perilaku pencarian pengobatan dan faktor klinis.

Dari beberapa faktor tersebut hasil penelitian-penelitian primer menunjukkan faktor sosiodemografis, perilaku pencarian pengobatan dan mode transportasi merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan keterlambatan pra-rs pasien SKA (Moser et al., 2006; Wechkunanukul et al., 2017; Khraimdan Carey, 2009). Faktor sosio demografi yang terkait dengan keterlambatan pra-rumah sakit yang lebih lama diantaranya jenis kelamin perempuan, usia yang lebih tua, jarak tempat tinggal, tingkat pendidikan yang lebih rendah, status sosial ekonomi yang lebih rendah, dan termasuk dalam etnis minoritas kelompok (Moser et al., 2006; Wechkunanukul et al., 2017; Khraimdan Carey, 2009). Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Ibanez et al., (2018) yang menunjukkan pasien wanita dan onset gejala antara pukul 10 malam dan 8 pagi merupakan mayoritas dari kelompok yang mengalami keterlambatan pra-rs selain itu juga, hidup sendiri atau sendirian saat onset gejala. Penderita ACS yang mengalami serangan dan jauh dari rumah ketika gejala mereka mulai lebih banyak cenderung memiliki penundaan pra-rumah sakit yang singkat daripada pasien yang berada di rumah (Perkins-Porras et al., 2009).

Perilaku pencarian pengobatan merupakan suatu respon yang dilakukan ketika seseorang sakit melakukan pengobatan meliputi pengobatan sendiri, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan seperti

rumah sakit, puskesmas, dokter, dan lainnya ataupun ke fasilitas kesehatan alternatif seperti pengobatan alternatif, karismatik, dan dukun (Notoatmodjo, 2014). Perilaku pencarian pengobatan setiap penderita SKA berbeda saat merasakan sakit, sehingga pada saat gejala penyakit yang dirasakan, maka akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Pada saat muncul gejala nyeri dada, pasien SKA sering kali hanya beristirahat, menganggap nyeri akan segera berkurang. Padahal kenyataannya, nyeri dada tersebut ada yang tidak dapat hilang hanya dengan beristirahat saja (Indrawati, 2014). Respon yang berkaitan dengan gejala yang mulai dirasakan yaitu tidak melakukan tindakan apapun hingga berkonsultasi dengan dokter atau pergi ke IGD rumah sakit. Pada gejala SKA maka respon perilaku sangat penting mempengaruhi keterlambatan tiba di IGD (McKee *et al.*, 2013).

Keterlambatan tiba pasien di IGD dengan PJK dikarenakan pasien merasa mampu melakukan pengobatan secara mandiri dengan cara kompres, istirahat, diolesi minyak, diterapi pijit, dan bahkan membeli obat bebas untuk mengurangi keluhan yang dialami. Mencari pengobatan dengan tidak langsung ke rumah sakit terdekat untuk mendapatkan pertolongan dinilai berkontribusi lebih dari 50% menyebabkan keterlambatan tiba pasien di IGD (George, 2013). Menurut Rohman (2013) di Indonesia penyebab pasien tiba terlambat di IGD disebabkan oleh sebagian besar penderita PJK mengobati diri sendiri seperti kompres, diolesi minyak gosok dan dipijit terlebih dahulu sebelum ke rumah sakit.

Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian terkait yang dilakukan Farshidi et al. (2013) yang menyebutkan bahwa 3,4% pasien tiba terlambat di IGD disebabkan oleh upaya mengobati diri sendiri pada saat serangan nyeri dada, selain itu juga dijelaskan bahwa waktu keterlambatan sangat beresiko pada kematian. Selain itu, faktor perilaku pencarian pengobatan yang berhubungan dengan keterlambatan pra-rumah sakit diantaranya juga adalah berkonsultasi dengan dokter (Moserdkk., 2006; Wechkunanukul et al., 2017). Selain itu, kehadiran atau nasihat dari anggota keluarga atau rekan kerja tampaknya membantu mengurangi penundaan, meskipun hasilnya beragam (Moser et al., 2006; Wechkunanukul dkk., 2017; Khraim dan Carey, 2009).

Penanganan pra-rumah sakit dilakukan sesuai dengan standar penyelamatan yang baik agar tidak menambah jumlah korban (Sudiharto & Sartono, 2011). Faktor transportasi yang dimaksud adalah anggota keluarga kesulitan dalam membawa pasien ke pusat rujukan dengan ambulans karena jarak tempuh yang jauh, sehingga keluarga membawa pasien dengan menggunakan mobil pribadi atau menggunakan angkutan umum. Transportasi pasien merupakan faktor yang penting untuk diperhatikan karena transportasi merupakan salah satu penyebab keterlambatan tiba pasien SKA di IGD. Keterlambatan dalam transportasi disebabkan karena penggunaan ambulans kurang dari 29% (Demirkan *et al.*, 2013) dan dari hasil penelitian ditemukan bahwa penggunaan

ambulans menjadi penting karena mengurangi keterlambatan tiba pasien sebanyak 60% (Mathews *et al.*, 2011). Transportasi yang dimaksud adalah kendaraan yang digunakan pasien untuk pergi mencari pengobatan dan atau ke rumah sakit. Penderita yang tidak memanggil ambulans berhubungan secara langsung dengan keterlambatan tiba di rumah sakit (Moserdkk., 2006; Wechkunanukul *et al.*, 2017).

Teori jelas menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keterlambatan pra-rumah sakit pasien SKA adalah faktor sosiodemografi, perilaku pencarian pengobatan. Faktor tersebut jika dilakukan management dengan baik akan mengurangi kejadian tidak diharapkan pada pasien SKA seperti kematian dini. Namun masih belum banyak dilakukan tinjauan literatur sebagai upaya *mereview* hasil-hasil penelitian primer yang terkait faktor yang berhubungan dengan keterlambatan pra-rumah sakit pasien SKA karena dalam penerapan praktek berbasis bukti penelitian-penelitian primer tidaklah cukup memberikan pesan dalam perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan (Siswanto, 2010). Sehingga, peneliti tertarik untuk melakukan *studi literatur* yang dapat menginformasikan perawat permasalahan tentang “Hubungan perilaku pencarian pengobatan dan sosio demografi dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut” yang nantinya diharapkan dapat disajikan sebagai masukan untuk penentu kebijakan pada layanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah ada hubungan antara perilaku pencarian pengobatan dan sosiodemografi dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut berdasarkan *studi literature?*”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari *literature review* ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut

1. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan perilaku pencarian pengobatan dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut
- b. Mengetahui hubungan sosiodemografi dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memberikan sumbangsi bagi ilmu keperawatan untuk meningkatkan profesionalisme dalam upaya penerapan praktik berbasis bukti dalam kaitan dengan upaya pencegahan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut”

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pihak Rumah Rakit dan Tenaga Kesehatan

Sebagai bahan untuk pengetahuan teori dan menambah pengetahuan, dan dapat memberikan informasi kepada pasien tentang faktor yang berhubungan dengan keterlambatan Pra-rumah sakit pasien sindrom koroner akut

b. Bagi Masyarakat

Penelitian ini di harapkan dapat dijadikan sumber informasi yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan terhadap upaya menurunkan angka kematian akibat keterlambatan pra-rumah sakit sindrom koroner akut.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk memberikan kontribusi ilmiah, mengembangkan kemampuan di bidang penelitian, serta menambah kemampuan menganalisis suatu penelitian serta menambah pengetahuan tentang apa saja

faktor yang berhubungan dengan
keterlambatan Pra-rumah sakit pasien
sindrom koroner akut