

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom koroner akut yang merupakan keadaan kegawatdaruratan perlu memerlukan penanganan cepat dan tepat agar tidak berakibat pada kematian (George, 2013). Sindrom koroner akut merupakan kejadian kegawatan akibat adanya gangguan pada pembuluh darah koroner yang bersifat progresif, terjadi perubahan secara tiba-tiba dari stabil menjadi tidak stabil (Susilo, 2015). Lebih dari 90% diakibatkan oleh rupturnya plak aterosklerosis, sehingga terjadi agregasi trombosit dan pembentukan trombus koroner (Gayatri, Firmansyah, Hidayat S, & Estu Rudiktyo, 2016). Sindrom koroner akut bisa berakibat pada kematian, apabila penanganan lambat. Faktanya, sindrom koroner akut masuk ke dalam lima besar penyebab kematian di Inggris Raya (Tumade, Jim, & Joseph, 2016).

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (2018) prevalensi kematian dan dirawat di rumah sakit sangat besar yaitu sindrom koroner akut. WHO (2011) mencatat kematian tertinggi disebabkan oleh jantung koroner, sekitar 60% kematian disebabkan oleh jantung iskemik dengan kurang lebih 17,5 juta kasus dan prevalensi pengidap jantung koroner kurang lebih 30% kematian. WHO (2015) mencatat penyebab kematian 17,5 juta dikarenakan oleh kardiovaskuler atau sekitar kurang lebih 31% prevalensi kematian seluruhnya karena sindrom koroner akut. Prevalensi akan terus meningkat, perkiraan 2030 sebesar 23,3 juta kasus kematian. WHO (2017) setiap tahunnya, ada sekitar 7 juta kematian disebabkan oleh sindrom koroner akut dan *Coronary Artery Disease*.

Kematian akibat sindrom koroner akut di Amerika dan Indonesia tiap tahun terus mengalami pembesaran prevalensi. Kasus kematian sindrom koroner akut 2015 kurang lebih 3%, kemudian 2016 kurang lebih 5% (Irman, Poeranto, & Suharsono, 2017). Di USA setiap tahun 550.000 orang meninggal karena penyakit sindrom koroner akut (Faridah dkk., 2016). *American Heart Assosiation* (2015) prevalensi kasus sindrom koroner akut tergolong sangat tinggi, hal ini dibuktikan dari data statistik yang menyebutkan di USA kasus sindrom koroner akut

memiliki persentase terbesar yaitu sebesar 47,7% dibandingkan kasus kelainan vaskuler lainnya seperti gagal jantung (7,4 %), hipertensi (8,3%), stroke (16,4%), penyakit arteri (16,9%), serta penyakit lainnya (3,3%). Di Eropa diperhitungkan 20.000 - 40.000 orang dari 1 juta penduduk menderita sindrom koroner akut (Gunawan j et al, 2015).

Di Indonesia tingkat kematian tahun 2012 yaitu 680 kasus dari 100.000 kasus populasi. Riset Kesehatan Dasar (2013) menunjukkan kasus kejadian sindrom koroner akut tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur (4,4%). Sedangkan daerah Banjarmasin, tingkat kematian penyakit dengan diagnosa dokter kurang lebih 0,4% serta dengan diagnosis dokter atau gejala kurang lebih 0,8%. Untuk wilayah Yogyakarta tingkat kematian penyakit dengan diagnosa dokter kurang lebih 0,6 % dan dengan diagnosis dokter atau gejala kurang lebih 1,3 %. Skor *Trombolysis and Thrombin Inhibition in Myocardial* (TIMI) yaitu skoring untuk prediksi prevalensi kematian berdasarkan usia dan data dari klien. Semakin besar skornya maka akan diikuti pembesaran prevalensi kejadian kematian (Gevaert et al., 2014).

Dikarenakan meningkatnya prevalensi maka masa transisi pemulihan dan adaptasi merupakan proses kompleks bagi pasien (Khoiriyati, 2021). Transisi menuju pemulihan merupakan proses fase psikologis dimana orang-orang secara bertahap menerima keadaan situasi yang baru serta adanya perubahan yang menyertai dirinya (Khoiriyati et al, 2019). Ketidaktahuan serta kemampuan dari pihak keluarga dan pasien pada perawatan lanjutan di rumah berdampak pada ketidaksiapan pasien ketika akan dipulangkan dari rumah sakit, yang memicu pada risiko peningkatan komplikasi dan perawatan berulang (Wahyuni et al, 2012). Pengetahuan mengenai penyakit jantung begitu penting bagi pasien sebagai dasar pengetahuan sebelum melanjutkan ke pengetahuan perawatan diri. Pasien pasca rawat inap membutuhkan informasi yang cukup, mencakup pemahaman tentang proses penyakitnya, gejala apa saja yang terkait dengan pemulihan kejadian jantung, dan jenis penyesuaian fisik serta emosional yang akan mereka miliki setelah keluar dari rumah sakit (Khoiriyati, 2021).

Periode waktu 0-14 hari merupakan hal yang rentan bagi pasien dikarenakan lebih dari 50% pada rawat inap dilakukan *rehospitalisasi* pada periode tersebut (Khoiriyari, 2021). Metode perawatan di rumah dan strategi pengobatan sangat penting bagi pasien untuk dilakukan identifikasi dan implementasi. Perawatan di rumah yang perlu diketahui meliputi aktivitas fisik, minum obat serta efek samping obat, manajemen stress, berhenti merokok, diet dan waktu kontrol pasca *Acute Coronary Syndrome*. Modifikasi gaya hidup direkomendasikan untuk manajemen lini pertama penyakit arteri koroner (Khoiriyari, 2021). Discharge planning dapat mempercepat perawatan pasien di rumah sakit, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan, mencegah kekambuhan, dan dapat menurunkan beban perawatan pada keluarga (Meihanda & Darliana, 2016). Tujuan jangka panjang bukanlah mengalami serangan berulang. Perencanaan pulang dan serta tindak lanjut setelah dipulangkan adalah contoh intervensi perawatan transisional. Perawatan transisional penting untuk adaptasi dan pemulihan pada pasien pasca *Acute Coronary Syndrome* (Khoiriyari, 2021).

Indrawati (2018) menyebutkan bahwa penderita Sindrom Koroner Akut paling banyak laki-laki yaitu 44 orang atau (77%) keseluruhan total 71 responden. Dari faktor keturunan tercatat bahwa yang ada riwayat pada keluarga, cukup sering dijumpai pasien dengan diagnosis dokter gagal jantung dibandingkan sindrom koroner akut (Niluh et al., 2016). Merokok merupakan penyebab sindrom koroner akut, setiap individu berbeda bergantung pada perilaku individu tersebut seberapa konsumsi dari seseorang tersebut. Kandungan pada rokok dapat menyebabkan penggumpalan darah dan mempengaruhi proses menyebarkan oksigen yang dibutuhkan badan dan juga otot jantung yang akan menyebabkan pembentukan plak dari zat yang ada (*Cardiovascular Risk Factor*, 2015). Penelitian lain menyebutkan responden bukan perokok lebih sedikit dibandingkan dengan responden yang merokok dengan rincian 42 responden dari 66 responden (Pramadiaz et al, 2016).

Kegagalan pasien maupun keluarga mengenali gejala yang ditimbulkan bisa dijelaskan karena kekurangan pengetahuan gejala sindrom koroner akut yang

akan ditimbulkan. Ketika pasien telah mengetahui gejala dari sindrom koroner akut pun sering menunda untuk mencari perawatan ataupun pengobatan (Yuniarti, Wahid, & Hafifah, 2018). Secara khusus seseorang yang mengalami ataupun mengidap jantung koroner yaitu orang yang beresiko menderita sindrom koroner akut, oleh sebab itu penting sekali bagi penderita sindrom koroner akut untuk segera mencari pelayanan kesehatan yang ada disekitarnya (Farquharson et al., 2014). Sebenarnya baik klien maupun anggota keluarga memiliki wawasan yang sudah baik, namun mereka lebih memilih menunda karena mereka merasa mampu untuk menahan rasa sakit yang mereka alami (Yuniarti, Wahid, & Hafifah, 2018).

Kebutuhan pasien mengenai dukungan amat sangat dibutuhkan. Dukungan yang diberikan yaitu dukungan keluarga, dukungan dari warga sekitar, dan jaminan kesehatan. Dukungan keluarga berupa dukungan psikologis, pemantauan, konseling, dan membantu perawatan di rumah. Sejalan dengan penelitian yang lainnya bahwa dukungan keluarga memberikan dampak positif pada pemulihan dan adaptasi setelah adanya serangan jantung, mendorong berpartisipasi, dan penyelesaian program rehabilitas jantung (Khoiriyati et al, 2021). Dukungan keluarga merupakan suatu energi positif yang akan diberikan kepada salah satu atau lebih anggotanya yang sedang sakit. Dukungan yang diberikan meliputi *emosional support*, *informational support*, *companionship support* serta *instrumental support* yang bisa meningkatkan emosional pada diri pasien (Pelawi, 2018). Semakin tinggi suatu dukungan keluarga maka akan semakin rendah kecemasan yang dialami pasien, begitupun sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga yang berikan maka akan semakin tinggi kecemasan (Kusumastuti, Khoiriyah & Setyawati, 2018). Dukungan keluarga sangat membantu bagi kesembuhan pasien, dan membantu mempermudah pemulihan pasien, serta keluarganya sebagai pendukung agar klien cepat pulih dan kooperatif untuk dilakukan perawatan (Luthfyaningtyas, 2016).

Kebutuhan pasien akan dukungan sangat diharapkan pasca serangan jantung. Dukungan tersebut antarlain dukungan keluarga, dukungan dari masyarakat sekitar dan jaminan kesehatan (Khoiriyati, 2021). Kesiapan pada keluarga yang membuatnya siap memberikan respon atau jawaban di dalam cara

tertentu terhadap suatu situasi. Kesiapan terbagi menjadi beberapa hal, seperti : (mental, emosional dan kondisi fisik), (kebutuhan yang diperlukan, tujuan serta motif), (pengetahuan dan ketrampilan) (Damawiyah & Ainiyah, 2018). Keluarga juga dapat membantu dalam hal keuangan melalui asuransi kesehatan yang sangat penting dalam keberlanjutan perawatan kesehatan walaupun status sosial ekonomi rendah tidak terkait dengan hasil klinis yang merugikan (Khoiriyati, 2021). Anggota keluarga sifatnya memberi dukungan, siap sedia membantu saat dibutuhkan, memberi perhatian yang cukup, kasih dan sayang, serta nasehat yang dapat memberi ketenangan dan kenyamanan yang bisa mempercepat pemulihan pada klien (Kusumastuti, Khoiriyah & Setyawati, 2018). Dukungan lain yang dapat diberikan keluarga berupa membantu perawatan selama di rumah, melakukan pemantauan, konseling dan dukungan psikologis (Khoiriyati, 2021).

Saat perencanaan pulang diperlukan perawatan lanjutan di kediamannya, pengaturan fisik, sarana pelayanan kesehatan di sekeliling kediaman, mempersiapkan dan membantu keperluan klien, serta mencatat keperluan dari klien (Serawati, Suryani, & Astuti, 2015). Kesiapan pulang pasien meliputi antara lain yaitu: kesiapan status personal, kesiapan pengetahuan, kesiapan dalam manajemen coping, serta adanya kesiapan dukungan (Fikriana, 2018). Kesiapan pulang sangat berhubungan dengan dukungan keluarga, karena dukungan keluarga mempengaruhi proses cepatnya penyembuhan pasien. Setelah dipulangkan keluarga akan melanjutkan perawatan selama dirumah yang tentunya harus dibekali informasi kesehatan untuk keluarga pasien (Achmadi, 2018).

Mengingat data dan angka prevalensi yang cukup tinggi, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kesiapan pulang pada pasien sindrom koroner akut di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

“Apakah ada hubungan dukungan keluarga terhadap kesiapan pulang pada pasien sindrom koroner akut?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

1. Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kesiapan pulang pasien sindrom koroner akut

Tujuan Khusus:

1. Mengetahui dukungan keluarga pada pasien sindrom koroner akut
2. Mengetahui kesiapan keluarga pada pasien sindrom koroner akut

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi keluarga pasien:

Melihat dukungan keluarga tentang pentingnya dukungan atau kehadiran keluarga bagi kesembuhan pasien

2. Bagi Instalasi Rumah Sakit dan Profesi Kesehatan Lain:

Memberikan informasi bagi rumah sakit dan profesi kesehatan lain mengenai pentingnya melibatkan keluarga memberikan dukungan untuk menunjang kesiapan pulang pada pasien sindrom koroner akut.

3. Bagi Peneliti:

Memberikan data dan pustaka bagi peneliti yang akan datang dalam rangka peningkatan dan pengembangan penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Terkait

1. Peneliti : Pelawi & Prasetya (2015). Judul : “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kota Bekasi” tujuan dari penelitian tersebut yaitu mengetahui adanya hubungan dukungan keluarga terhadap kecemasan pasien penyakit jantung koroner. Desain penelitian yang digunakan dengan metode *deskriptif analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, pengambilan sample dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan 30 responden. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kota Bekasi.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian saat ini adalah desain penelitian, instrumen yang digunakan, dan teknik pengambilan sample. Desain penelitian saat ini menggunakan metode *deskriptif korelatif*, penelitian saat ini menggunakan teknik *total sampling*, sedangkan untuk instrumen yang digunakan penelitian saat ini yaitu *readiness for hospital discharge scale* (RHDS) dan *instrumen family support scale*.

Persamaan dengan penelitian saat ini yaitu dengan pendekatan *cross sectional*.

2. Peneliti : Yuniarti, Wahid & Hafifah (2018). Judul : “Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terhadap Keterlambatan *Prehospital* Pada Pasien Sindrom Koroner Akut” tujuan dari penelitian tersebut yaitu mengetahui hubungan pengetahuan dengan adanya keterlambatan *prehospital* pasien sindrom koroner akut. Metode penelitian menggunakan rancangan *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dengan teknik *accidental sampling* pada 34 pasien yang dirawat di RSUD Ulin Banjarmasin dari 9 Desember 2017 - 6 Januari 2018. Kuisisioner digunakan *ACS Response Index* untuk

menilai pengetahuan pasien dan keluarga tentang gejala sindrom koroner akut. Hasilnya yaitu tidak terdapat hubungan pengetahuan dengan keterlambatan *prehospital* pada pasien dengan sindrom koroner akut di RSUD Ulin Banjarmasin.

Perbedaan dengan penelitian tersebut dengan penelitian saat ini adalah penelitian saat ini menggunakan *deskriptif korelatif*. Perbedaan lainnya, penelitian saat ini menggunakan *total sampling*, instrumen penelitian saat ini menggunakan *instrumen family support scale* dan instrumen *readiness for hospital discharge sclale*.

Persamaannya dengan penelitian saat ini yaitu dengan pendekatan *cross sectional*.

3. Peneliti : Wahyuni, Nurrachmah & Gayatri, (2012). Judul : “Kesiapan Pulang Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Penerapan Discharge Planning”. Penelitian menggunakan desain *quasi experiment* dengan pendekatan *non-equivalent post-test only control group design*. Sampel dalam penelitian tersebut berjumlah 32 orang yang terdiri masing-masing 16 orang untuk kelompok kontrol dan intervensi. Instrumen yang digunakan yaitu RHDS (*Readiness for Hospital Discharge Scale*). Hasilnya lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian saat ini yaitu peneliti menggunakan metode *deskriptif korelatif*, dengan pendekatan teknik *puspositive sampling*.

Persamaan dalam penelitian saat ini instrument yang digunakan *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS), hanya saja peneliti kali ini menggunakan dua instrumen yaitu *instrumen family support scale*.