

-- Buku Monograf --

**Pra Hospitalisasi Pasien Acute
Coronary Syndrome (ACS)**

Ns. Lita, M.Kep.

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 113
KETENTUAN PIDANA
SANKSI PELANGGARAN**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Ns. Lita, M.Kep.

-- Buku Monograf --

Pra Hospitalisasi Pasien Acute Coronary Syndrome (ACS)



-- **Buku Monograf** --

Pra Hospitalisasi Pasien Acute Coronary Syndrome (ACS)

*Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia
oleh Penerbit Global Aksara Pres*

ISBN: 978-623-62468-3-2
xii + 122 hal; 14,8 x 21 cm
Cetakan Pertama, September 2021

copyright © 2021 Global Aksara Pres

Penulis : Ns. Lita, M.Kep.
Penyunting : Muhamad Basyrul Muvid, M.Pd.
Desain Sampul : Ahmad Afif Hidayat
Layouter : M. Yusuf

Hak Cipta dilindungi undang-undang.
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan
bentuk dan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

Diterbitkan oleh:



Global Aksara Pres
Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021, No.
282/JTI/2021
Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya
+628977416123/+628573269334
globalaksarapres@gmail.com

[Kata Pengantar]

Puji syukur kepada Allah Swt., karena dengan rahmat-Nya buku monograf ini bisa tersusun dan terbit secara lancar. Buku monograf ini khusus mengungkap kajian tentang “Pra Hospitalisasi Pasien Acute Coronary Syndrome (ACS)”. Penyakit sindrom koroner akut (SKA) merupakan kondisi kegawatan yang membutuhkan penatalaksanaan secara cepat dan tepat, tetapi yang terjadi yaitu waktu keterlambatan yang panjang sebelum ke rumah sakit. Waktu keterlambatan penanganan sebelum masuk ke rumah sakit dihitung mulai dari gejala nyeri baru dirasakan sampai tiba di IGD (George, 2013). Kondisi ini dapat menyebabkan kematian pasien yang dikaitkan dengan dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan dan jenis transportasi yang digunakan pasien.

Menurut O'Donnell & Moser (2012), penyebab waktu keterlambatan penanganan sebelum masuk ke rumah sakit pasien SKA disebabkan oleh perilaku pencarian pelayanan kesehatan, dimana pasien menunda dan ragu-ragu untuk segera mencari bantuan medis di rumah sakit (McKinley et al., 2009; Silber, 2010). Selama di rumah pasien hanya berbaring, mengobati diri sendiri dan membeli obat di apotik terdekat, selain itu juga pasien SKA berobat ke dukun. Jenis transportasi seperti penggunaan ambulan, kendaraan pribadi atau kendaraan umum juga dikaitkan dengan waktu keterlambatan penanganan sebelum masuk ke rumah sakit. Di Indonesia, transportasi penderita SKA ke rumah sakit hingga saat ini masih menggunakan bermacam-macam kendaraan, hanya sebagian kecil yang menggunakan ambulan (Silvalila et al., 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Prastya et al. (2016) di Kabupaten Tulungagung, hasil penelitian dilaporkan penggunaan ambulan sebesar 23,3%. Manfaat menggunakan ambulan selain mengurangi keterlambatan juga

adanya pemantauan pada kondisipasien saat perjalanan ke rumah sakit (Mol et al., 2016).

Dengan demikian, semoga kajian dan pembahasan buku ini dapat membantu dan bermanfaat khususnya bagi penderita Acute Coronary Syndrome (ACS). Saran dan kritik sangat penulis harapkan demi perbaikan selanjutnya. Selamat membaca..!

Pekanbaru Riau, 25 Agustus 2021

Penulis,

Lita

{ Daftar Isi }

PRAKATA PENULIS –[v]

DAFTAR ISI –[viii]

BAB I PENDAHULUAN –[1]

**BAB II KONSEP ACUTE CORONARY SYNDROME
(ACS) –[9]**

- A. Pengertian Acute Coronary Syndrome (ACS) –
[9]
- B. Klasifikasi Acute Coronary Syndrome (ACS) –
[10]
- C. Etiologi Acute Coronary Syndrome (ACS) –[11]
- D. Manifestasi Klinis Acute Coronary Syndrome
(ACS) –[16]

- E. Patofisiologi Acute Coronary Syndrome (ACS) – [17]
- F. Prosedur Diagnostik –[20]
- G. Tindakan umum dan langkah awal pada pasien ACS –[22]
- H. Terapi pembedahan pada penyakit arteri coroner –[25]
- I. Penanganan pra hospitalisasi pada pasien ACS – [28]

BAB III GAMBARAN FAKTOR RESIKO PENDERITA SINDROM KORONER AKUT –[30]

- A. Definisi Nyeri –[30]
- B. Klasifikasi Nyeri –[31]
- C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri –[32]
- D. Cara Mengukur Intensitas Nyeri –[38]
- E. Intervensi Nyeri pada Pasien ACS –[41]

BAB IV HEALTHSEEKING BEHAVIOR PADA PASIEN ACUTE CORONARY SYNDROME –[47]

- A. Definisi *Health Seeking Behavior* (HSB) –[47]
- B. Reaksi dalam Proses Mencari Pengobatan –[49]

C. Respon terhadap Sakit –[50]

**BAB V KETERLAMBATAN PENANGANAN
PADA PASIEN *ACUTE CORONARY SYNDROME* –
[54]**

**BAB VI KONSEP PERILAKU (TINDAKAN/
PRAKTIK) –[60]**

A. Definisi Perilaku –[60]

B. Domain Perilaku –[61]

**BAB VII KAJIAN TERKAIT, KERANGKA KONSEP
DAN KERANGKA TEORI –[65]**

A. Kajian Terkait dan Analisis Kritis –[65]

B. Kerangka Konsep –[69]

BAB VIII METODE PENELITIAN –[70]

A. Jenis dan Desain Penelitian –[70]

B. Lokasi dan Waktu Penelitian –[71]

C. Populasi dan Sampel Penelitian –[71]

D. Teknik Sampling –[72]

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional –

[73]

- F. Jenis dan Cara Pengumpulan Data –[74]
- G. Analisa Data –[77]
- H. Pengolahan Data –[78]
- I. Etika penelitian –[80]

BAB IX ANALISIS UNIVARIAT –[83]

- A. Usia –[84]
- B. Jenis Kelamin –[85]
- C. Hubungan Keluarga –[88]
- D. Pendidikan –[89]
- E. Pekerjaan [91]
- F. Suku –[92]
- G. Tindakan Keluarga –[94]

DAFTAR PUSTAKA –[109]

BIOGRAFI PENULIS –[120]

Bab I

Pendahuluan

Jantung manusia berperan mengalirkan 6000 liter darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah setiap hari. Normalnya jantung memberikan jaringan pasokan nutrisi dan oksigen secara terus menerus dan mempermudah ekskresi zat sisa. Oleh karena itu, disfungsi jantung dapat menyebabkan akibat fisiologis yang sangat merugikan (Kumar, Cotran, & Robbins, 2013). Penyakit jantung adalah penyebab kematian tertinggi di dunia setiap tahunnya. Penyakit jantung iskemik dan stroke adalah pembunuh terbesar di dunia, sebesar 15,2 juta kematian di tahun 2016. Kedua penyakit ini tetap menjadi penyebab utama

kematian secara global dalam 15 tahun terakhir (*WHO*, 2018).

Penyakit jantung iskemik adalah kumpulan sindrom yang disebabkan oleh tidak seimbangnya antara kebutuhan oksigen miokardium dan aliran darah. Penyakit jantung iskemik sering juga disebut penyakit jantung koroner (Kumar, Cotran, & Robbins, 2013). Di Indonesia, prevalensi tertinggi penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit jantung koroner (Kemenkes RI, 2014). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang. Di Riau sendiri berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah pasien penyakit jantung koroner sebanyak 8.214 orang (0,2%) (Riskesdas dalam info datin, 2014).

Salah satu manifestasi klinis penyakit jantung koroner (PJK) yang utama adalah *Acute coronary syndrome* (ACS). ACS dibagi menjadi Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI), infark miokard akut non-elevasi segmen ST (NSTEMI), dan angina pectoris tidak stabil (UAP) (PERKI, 2018). Tanggal 1 Januari – 14 Maret 2019 jumlah pasien ACS

yang di rawat inap di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau sebanyak 119 orang. Pasien dengan STEMI sebanyak 40 orang, NSTEMI sebanyak 29 orang, dan UAP sebanyak 50 orang (Rekam Medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, 2019).

Penelitian oleh Ubaydillah 2017 yang berjudul Faktor-faktor yang berhubungan dengan *Health seeking behavior* pasien *Acute coronary syndrome* (ACS) di RSUD Arifin Achmad yang dilakukan pada 36 responden dalam kurun waktu delapan minggu didapatkan akses pelayanan kesehatan pada pasien ACS > 6 jam sebanyak 20 orang (55,6%), sedangkan hasil penelitian oleh Putri 2018 yang berjudul Hubungan illness perception dengan *health seeking behavior* pasien *Acute coronary syndrome* (ACS) di RSUD Arifin Achmad yang dilakukan pada 31 responden tercatat pasien ACS maupun keluarga mengakses pelayanan kesehatan selama > 6 jam sebanyak 15 orang (48,4%). Pasien ACS wajib mendapatkan penanganan maksimal 6 jam setelah terjadinya manifestasi pertama. Penanganan yang terlambat akan semakin memperburuk keadaan pasien.

ACS terlihat timbul secara mendadak, namun sebenarnya proses terjadinya penyakit ini memerlukan waktu yang lama. Patofisiologi ACS pada 24 jam pertama adalah periode kritis yang membutuhkan perawatan intensif. Terutama pada klasifikasi STEMI karena memiliki potensi mengalami komplikasi gagal jantung, shok kardiogenik dan bahkan kematian mendadak. Penyebab ACS 90% adalah arteriosklerosis dimana pembuluh darah koroner mengalami penyempitan satu atau lebih lumen arteri koronaria kemudian berlanjut ke agregasi trombosit dan pembentukan plak dari trombus intrakoroner (Halimuddin, 2016).

Domain perilaku dibagi menjadi tiga, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktik (*Practice*). Pengetahuan dan sikap merupakan bentuk dari perilaku tertutup, sedangkan tindakan atau praktik merupakan bentuk dari perilaku terbuka (Notoatmodjo, 2014). Tindakan keluarga terhadap pasien ACS *pre hospital* merupakan bentuk dari perilaku terbuka, dimana keluarga

melakukan sesuatu dengan tujuan meringankan keluhan pasien.

Meski penyakit jantung merupakan penyakit yang menjadi pembunuh utama namun masih banyak orang yang melakukan tindakan mandiri untuk mengurangi keluhan pada pasien ACS sehingga terjadi penundaan ke pelayanan kesehatan. Saat serangan merupakan kondisi kedaruratan medis yang sangat berpengaruh terhadap tindakan pertama yang dilakukan saat terjadi serangan. Ada yang menganggapnya sebagai masuk angin biasa atau karena kelelahan sehingga terjadi penundaan penanganan yang berakibat fatal. Laju mortalitas awal (30 hari) pada ACS adalah 30% dengan lebih dari separuh kematian terjadi sebelum pasien mencapai rumah sakit (Satoto, 2014). Seperti penelitian yang dilakukan oleh Irman, Poeranto, & Suharsono (2017) di RSUD dr. TC.

Hillers Maumere diperoleh sekitar 70% perilaku pasien ACS yang melakukan penundaan ke rumah sakit. Selama di rumah pasien hanya berbaring, mengobati diri sendiri dan membeli obat di apotek terdekat. Berdasarkan hasil wawancara pada tanggal

14 – 18 Januari 2019 di CVCU RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) Arifin Achmad Pekanbaru, hasil wawancara didapatkan pertama, keluarga pasien menganggap sesak adalah penyakit pernafasan sehingga keluarga memberikan nebulizer. Kedua, pasien merasakan nyeri dada dan keluarga memberikan obat herbal (habarratussauda) untuk mengurangi keluhan pasien. Ketiga, pasien merasakan nyeri dada dan keluarga memberikan kompres air hangat atau minyak kayu putih. Pasien dibawa ke Rumah sakit karena mengalami pingsan.

Berdasarkan fenomena di atas maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tindakan keluarga pada pasien ACS saat serangan *pre hospital*, karena mengingat apabila tidak ditangani dengan segera akan berisiko mengakibatkan kondisi yang semakin buruk pada pasien. Tindakan pertolongan pertama yang tepat akan sangat mempengaruhi kondisi pasien dan mengingat risiko yang berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung koroner salah satunya adalah gen, dimana apabila keluarga yang berisiko tidak terpapar tentang penyakit jantung

koroner maka akan meningkatkan keparahan bahkan kematian yang diakibatkan oleh penyakit jantung koroner.

Menurut *WHO* definisi penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Macam-macam penyakit kardiovaskuler, namun yang paling umum adalah penyakit jantung koroner. Kejadian penyakit jantung koroner memiliki kemungkinan akan terus meningkat di masyarakat apabila buruknya gaya hidup masyarakat. Tindakan keluarga untuk mengurangi keluhan ketika terjadinya serangan jantung akan menyebabkan penundaan untuk di bawa ke pelayanan kesehatan yang akan memburuk kondisi pasien. Pentingnya penanganan yang tepat dan cepat mempengaruhi harapan hidup pasien. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah analisis tindakan keluarga dalam menangani pasien *Acute coronary syndrome (ACS) pre hospital*.

Tujuan umum dalam kajian ini adalah mengetahui tindakan keluarga dalam menangani

pasien *Acute coronary syndrome (ACS) prehospital*. Sedangkan tujuan khusus ialah: (1) Diidentifikasi karakteristik keluarga penyakit *Acute coronary syndrome (ACS)* berdasarkan usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, suku. (2) Diidentifikasi tindakan keluarga dalam menangani pasien *Acute coronarysyndrome (ACS) pre hospital*.

BAB II **Konsep Acute Coronary Syndrome (ACS)**

A. Pengertian Acute Coronary Syndrome (ACS)

Acute coronary syndrome (ACS) adalah keadaan terjadinya perubahan patologis dalam dinding arteri koroner, sehingga menyebabkan iskemik miokardium (Tumade, Jim, & Joseph, 2016). Istilah ACS ditetapkan pada spektrum klinis adalah Unstable Angina Pectoris (UAP), non-ST elevasi myocardial infarction (NSTEMI), dan ST-elevasi myocardial infarction (STEMI) (Halimuddin, 2016). Perubahan mendadak pada plak yang diikuti oleh trombosis adalah pemicu terjadinya ACS, menjadi keras dan menyempitnya pembuluh darah yang

disebabkan oleh pengendapan kolesterol, kalsium, dan lemak berwarna kuning (*Atherosklerosis*). Kurangnya aliran darah ke otot jantung karena penyempitan ataupun penyumbatan (iskemik) yang disebabkan oleh faktor- faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, merokok, dan tingginya kadar kolesterol lipoprotein densitas rendah, pembuluh menjadi mudah rusak, dan pembuluh arteri koroner menjadi sepi dan tersumbat (Kumar, Cotran, & Robbins, 2013).

B. Klasifikasi Acute Coronary Syndrome (ACS)

ACS dibagi menjadi Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST), Infark miokard akut non-elevasi segmen ST (IMA-NST), dan Angina pectoris tidak stabil (APTS). Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST) merupakan indikator terjadinya oklusi total pembuluh darah arteri koroner yang memerlukan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi secepatnya dengan agen fibrinolitik atau perkutan primer. Diagnosis IMA-EST

ditegakkan bila terdapat keluhan angina pektoris dengan hasil EKG elevasi ST persisten 2 sadapan yang bersebelahan (PERKI, 2018).

Keluhan angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang menetap di 2 sadapan yang bersebelahan, kemudian dilakukan pemeriksaan biomarka jantung untuk melihat apakah diagnosis IMA-NST atau APTS. Apabila hasil pemeriksaan biokimia biomarka jantung terjadi peningkatan bermakna maka diagnosisnya IMA-NST, jika biomarka tidak meningkat secara bermakna diagnosisnya APTS (Darliana, 2010).

C. Etiologi Acute Coronary Syndrome (ACS)

Ateroskelosis berat dan kronis yang menyebabkan penyempitan lumen satu bahkan lebih arteria koronaria merupakan gangguan yang menyebabkan penyakit jantung koroner. Ketika terjadi penyempitan aterosklerotik lumen sebesar >75% pada satu atau lebih arteri koronaria besar, setiap peningkatan aliran darah koroner yang mungkin terjadi akibat vasodilatasi koroner

kompensatorik masih akan kurang memadai untuk memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen miokardium sehingga timbul angina pectoris. Gejala dan prognosis penyakit jantung iskemik bergantung pada luas, keparahan kelainan anatomik kronis, dan perubahan dinamik dalam morfologi plak koroner. Perubahan tersebut mencakup perubahan plak akut, trombosis arteria koronaria, dan vasospasme arteri koronaria (Kumar, Cotran, & Robbins, 2013).

1. Perubahan plak akut

Perubahan akut bagian plak aterosklerotik kronis mencakup pembentukan fisura, perdarahan ke dalam plak, dan ruptur plak disertai embolisasi debris ateromatosa ke pembuluh koroner distal yang menyebabkan pembesaran plak, perubahan lokal pada plak meningkatkan risiko agregasi trombosit dan trombosis di tempat tersebut. Perubahan akut ini sering terjadi pada plak yang menyebabkan stenosis kurang dari tingkat kritis 75% di atas. Perubahan akut yang terjadi (50%-75%)

merupakan penyebab infark miokardium akut yang terjadi pada orang yang sebelumnya asimtomatik. Plak yang mengalami kelainan tampak eksentrik dan memiliki inti lunak besar yang terdiri atas debris nekrotik dan lemak dilapisi oleh selapis tipis jaringan fibrosa. Selain itu jaringan ini kaya akan makrofag dan Sel T.

Diperkirakan metaloprotease yang dikeluarkan oleh makrofag membantu menguraikan kolagen. Sel T mungkin mengaktifkan makrofag melalui sekresi interferon- γ . Trauma hemodinamika juga mungkin berperan. Oleh karena itu plak cenderung mengalami fisura dipertemuan antara lapisan fibrosa dan dinding pembuluh bebas plak di dekatnya, tempat stres mekanis yang ditimbulkan oleh aliran darah maksimal.

2. Trombosis arteria koronaria

Ruptur plak menyebabkan lemak trombogen dan kolagen subendotel terpajan. Hal ini memicu gelombang agregasi trombosit, pembentukan trombin, dan akhirnya pembentukan trombus.

Apabila pembuluh tersumbat total oleh trombus yang menutupi plak yang ruptur, terjadi infark miokard akut. Dan apabila sumbatan lumen oleh trombus tidak total dan dinamik, pasien dapat mengalami angina tidak stabil atau aritmia letal yang menyebabkan kematian jantung mendadak. Trombus mural nonoklusif juga dapat melepaskan potongan kecil bahan trombotik yang menyebabkan embolus di cabang distal arteri koronaria. Yang dapat menyebabkan mikroinfark, yang ditemukan pada pasien angina tidak stabil.

3. Vasospasme arteri koronaria

Mekanisme terjadinya vasospasme koroner masih belum jelas. Di tempat kerusakan plak, vasospasme ini mungkin dipicu oleh pembebasan mediator vasospastik seperti tromboksan A₂ dari agregat trombosit. Disfungsi endotel dapat memicu vasospasme dengan mengurangi pengeluaran endothelial-derived relaxing factors. Peningkatan aktivitas adrenergik dan merokok juga diperkirakan ikut mempengaruhi.

4. Proses patologik lain

Proses selain aterosklerosis atau penyulitnya yang mengganggu aliran darah melalui arteria koronaria jarang terjadi, namun ada. Proses ini mencakup embolus yang berasal dari vegetasi pada katup aorta atau mitral dan vaskulitis koroner. Hipotensi sistemik yang parah juga dapat menyebabkan penurunan aliran arteria koronaria dan iskemia miokardium, terutama pada pasien yang sudah mengalami aterosklerosis koroner. Selain faktor yang mengurangi aliran darah koroner, peningkatan kebutuhan oksigen miokardium juga berperan menyebabkan iskemia miokardium. Hal ini sering terjadi pada hipertrofi miokardium kiri, yang mungkin ditemukan pada pasien dengan hipertensi sistemik atau penyakit katup jantung.

5. Kongenital

Kelainan arteri koronaria kongenital terdapat pada 1-2% populasi. Namun, hanya sebagian kecil dari kelainan ini yang

menyebabkan iskemia simtomatik (McPhee & Ganong, 2012).

D. Manifestasi Klinis Acute Coronary Syndrome (ACS)

Bagi pasien ACS aktivitas fisik merupakan pemicu timbulnya serangan atau nyeri dada. Aktivitas yang berlebihan akan meningkatkan kebutuhan oksigen (Yuliati, Kosasih, & Emaliyawati, 2019). Keluhan pasien dengan iskemia miokard berupa nyeri dada yang tipikal (angina tipikal) berupa rasa tertekan atau berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium. Keluhan ini dapat berlangsung beberapa menit atau > 20 menit. Keluhan angina tipikal biasanya disertai keluhan penyerta seperti diaforesis (keringat dingin), mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan sinkop (PERKI, 2018). Nyeri dada tidak selalu ditemukan pada pasien STEMI terutama pada pasien yang lanjut usia dan diabetes melitus (Darliana, 2010).

Angina atipikal (angina ekuivalen) biasanya nyeri di daerah penjalaran angina tipikal, gangguan pencernaan, sesak napas, atau rasa lemah mendadak. Keluhan atipikal ini sering dijumpai pada pasien usia muda (20-40 tahun) atau usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes, gagal ginjal menahun, dan demensia. Walaupun keluhan atipikal dapat muncul saat istirahat, keluhan ini patut dicurigai sebagai angina ekuivalen jika berhubungan dengan aktivitas, terutama pada pasien dengan riwayat penyakit jantung koroner. Hilangnya keluhan angina setelah terapi nitrat sublingual tidak prediktif terhadap diagnosa ACS (PERKI, 2018).

E. Patofisiologi Acute Coronary Syndrome (ACS)

Lapisan endotel pembuluh darah koroner yang normal akan mengalami kerusakan oleh adanya faktor risiko diantaranya faktor hemodinamik seperti hipertensi, zat-zat vasokonstriktor, mediator (sitokin) dari sel darah, asap rokok, diet aterogenik, peningkatan kadar gula darah, dan oksidasi dari

LDL-C. Di antara faktor-faktor risiko penyakit jantung koroner, DM, hipertensi, hiperkolesterolemia, obesitas, merokok (Majid, 2008).

Ketidakseimbangan antara kebutuhan dan pasokan oksigen miokard menyebabkan kematian sel dan nekrosis miokard. Penyebab utama karena adanya faktor yang mempengaruhi arteri koroner dan sebagai akibat dari proses sekunder seperti hipoksemia atau hipotensi dan faktor-faktor yang meningkatkan kebutuhan oksigen miokard. Penyebab yang paling sering terjadi adalah pecah atau erosi plak aterosklerotik yang mengarah pada penyelesaian oklusi arteri atau oklusi parsial dengan embolisasi distal dari trombolitik (Rampengan, 2015).

Plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah akibat perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrosa yang menutupi plak. Kemudian keadaan ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi sehingga terbentuk trombus yang kaya trombosit yang menyumbat pembuluh darah koroner. Selain

itu terjadi juga pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (Infark miokard/ IM) (PERKI, 2018).

Terjadinya infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Namun sumbatan subtotal juga bisa menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot apabila sumbatan subtotal disertai vasokonstriksi yang dinamis. Selain nekrosis, iskemia yang terjadi juga menyebabkan gangguan kontraktilitas miokardium karena proses *hibernating* dan *stunning* (setelah hilangnya iskemia), serta disritmia dan *remodelling* ventrikel atau perubahan bentuk, ukuran ataupun fungsi dari ventrikel. Pada sebagian pasien, Acute coronary syndrome (ACS) terjadi karena dinamis akibat spasme lokal arteri koronaria epikardial (angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun

trombus diakibatkan oleh progresi pembentukan plak atau restenosis setelah intervensi koroner perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik seperti demam, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya ACS pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis (PERKI, 2018).

F. Prosedur Diagnostik

Prosedur diagnostik untuk pasien ACS diantaranya (Kurniati, Trisyani, & Theresia, 2018).

1. EKG 12 lead

- a. Non-STEMI: ST depresi
- b. STEMI: ST elevasi 1-mm atau lebih dari dua atau lebih lead yang berdekatan.
- c. Blok cabang berkas kiri dapat mengaburkan segmen ST pada pemberian EKG 12 lead. Jika ditemukan atau diasumsikan ada blok cabang berkas kiri baru dan disertai ketidaknyamanan iskemik pada dada, maka dikelola pasien seperti layaknya pasien STEMI.
- d. Jika pemeriksaan awal tidak terdiagnosa, ulangi pemeriksaan EKG 12 lead dalam 1 jam,

apabila pasien masih merasakan gejala atau mengalami gejala baru, ulangi kembali pemeriksaan EKG dalam interval 5-10 menit atau mulai lakukan monitoring EKG secara kontinyu.

2. Cardiac biomarkers

- a. Troponin I meningkat 3 sampai 12 jam setelah infark, dan levelnya mencapai puncak antara 10-24 jam.
- b. Kreatinin kinase-MB meningkat 4-12 jam pasca infark, level mencapai puncaknya antara 10-24 jam.

3. Rontgen dada

Rontgen dada dilakukan untuk mendeteksi kongesti pulmonal atau perbesaran jantung

4. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap, kimia darah dan koagulasi

G. Tindakan umum dan langkah awal pada pasien ACS

ACS atas dasar keluhan angina di ruang gawat darurat, sebelum ada hasil pemeriksaan EKG dan biomarka jantung. Dilakukan terapi awal Morfin, oksigen, nitrat, aspirin yang tidak harus diberikan semua atau bersamaan (PERKI, 2018)

1. Tirah baring
2. Pada semua pasien IMA-EST direkomendasikan untuk mengukur saturasi oksigen perifer
 - a. Oksigen diindikasikan pada pasien dengan hipoksemia ($\text{SaO}_2 < 90\%$ atau $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$)
 - b. Oksigen rutin tidak direkomendasikan pada pasien dengan $\text{SaO}_2 \geq 90\%$.
3. Aspirin 160-320 mg diberikan segera kepada semua pasien yang diketahui intoleransinya terhadap aspirin. Aspirin tidak bersalut lebih dipilih karena absorpsi sublingual (dibawah lidah) yang lebih cepat.
4. Penghambat reseptor adenosin difosfat (ADP)
 - a. Dosis awal ticagrelor yang dianjurkan 190 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2 x 90

mg perhari kecuali pada pasien IMA-EST yang direncanakan untuk reperfusi menggunakan agen fibrinolitik. Atau

b. Dosis awal clopidogrel 300 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 75 mg/hari (pada pasien yang direncanakan untuk terapi reperfusi menggunakan agen penghambat reseptor ADP yang dianjurkan adalah clopidogril).

5. Nitrogliserin (NGT) spray atau tablet sublingual untuk pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang gawat darurat. Apabila nyeri dada tidak hilang dengan 1x pemberian, dapat diulang setiap 5 menit sampai maksimal 3x pemberian. Nitrogliserin intravena diberikan kepada pasien yang tidak responsif dengan terapi 3 dosis NGT sublingual. Dalam keadaan tidak tersedia NGT. Isosorbit dinitrat (ISDN) dapat dipakai sebagai pengganti.
6. Morfin sulfat 1-5 mg intravena, dapat diulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsif dengan terapi 3 dosis NGT sublingual.

Sambil menunggu datangnya *Emergency Medical Services* (EMS), penyedia pertolongan pertama dapat menganjurkan keluarga pasien ACS ketika nyeri dada untuk mengunyah 1 aspirin dosis dewasa atau 2 aspirin dosis ringan jika tanda dan gejala menunjukkan bahwa penyebabnya adalah jantung, atau jika penyedia pertolongan pertama tidak yakin tentang penyebab nyeri dada atau tidak nyaman dengan pemberian aspirin, maka penyedia pertolongan pertama tidak boleh menyarankan orang tersebut untuk meminum aspirin dan keputusan untuk memberikan aspirin dapat dialihkan kepada penyedia EMS (AHA, 2015).

Penelitian oleh Majid (2008) untuk pasien yang menderita PJK maupun keluarga, perlu diterangkan tentang perjalanan penyakit, pilihan obat yang tersedia. Pasien perlu diyakinkan bahwa kebanyakan kasus angina dapat mengalami perbaikan dengan pengobatan dan modifikasi gaya hidup sehingga kualitas hidup pasien lebih baik. Kelainan penyerta seperti hipertensi, diabetes, dislipidemia, dll perlu ditangani secara baik.

H. Terapi pembedahan pada penyakit arteri koroner

Terapi pembedahan pada pasien dengan penyakit jantung koroner diantaranya (Widjajakusumah & Tanzil, 2011):

1. Bedah pintas aorta-koroner (*Aortic-coronary Bypass Surgery*)

Pintas aorta koroner (*aortic-coronary bypass*) merupakan dengan cara memotong sebagian vena subcutan dari lengan atau tungkai kemudian mencangkok vena ini mulai dari akar aorta menuju ke sisi arteri koroner perifer di belakang titik sumbatan aterosklerotik. Biasanya dilakukan satu sampai lima cangkokan semacam ini, masing- masing menyuplai darah untuk arteri koroner perifer yang berlokasi di belakang sumbatan. Pada sebagian besar pasien, nyeri anginanya dapat berkurang. Selain itu, pada pasien yang jantungnya belum terlalu rusak sebelum operasi, prosedur pintas(*bypass*) koroner dapat menyebabkan pasien mempunyai harapan hidup yang normal. Namun jika kerusakan

jantung sudah sangat parah, operasi pintas (*bypass*) ini mungkin tidak akan berpengaruh.

2. Angioplasti koroner

Suatu prosedur untuk membuka pembuluh koroner yang tersumbat sebagian sebelum terjadi sumbatan total. Prosedurnya, suatu kateter yang di bagian ujungnya terdapat sebuah balon kecil, \pm berdiameter 1 mm, dengan melihat radiografik kateter dimasukkan ke dalam sistem koroner dan didorong melalui arteri yang tersumbat sebagian sampai balon kateter terjat di tempat yang tersumbat sebagian tersebut. Kemudian balon ditiup dengan tekanan tinggi, sehingga membuat arteri yang tersumbat meregang. Setelah dilakukannya prosedur ini, aliran darah yang melewati pembuluh sering meningkat tiga sampai empat kali lipat, lebih dari 75% pasien yang menjalani prosedur ini merasa bebas dari gejala iskemik koroner selama sedikitnya beberapa tahun, meskipun banyak pasien yang pada akhirnya tetap memerlukan bedah pintas (*bypass*) koroner.

Tabung kecil yang terbuat dari jalinan baja anti karat yang disebut “stent” kadang- kadang ditempatkan di dalam arteri koronaria yang dilatasi melalui angioplasti, untuk mempertahankan arteri tetap terbuka. Dalam beberapa minggu setelah pemasangan stent pada arteri koronaria, umumnya tumbuh endotelium menutupi permukaan logam stent, yang memungkinkan darah akan mengalir dengan mulus melalui stent. Namun, penutupan kembali koronaria yang tersumbat pada sekitar 25% sampai 40% pasien yang ditangani dengan angioplasti, umumnya terjadi dalam waktu 6 bulansetelah tindakan awal. Hal ini disebabkan oleh pembentukan jaringan parut berlebihan di bawah endotelium baru yang sehat, yang tumbuh menutupi stent. Stent yang secara lambat melepaskan obat (*drug-eluting stents*) dapat membantu mencegah pertumbuhan jaringan parut berlebihan. Prosedur baru untuk membuka arteri koroner masih dalam proses penelitian. Salah satunya akan menggunakan sinar laser

pada ujung kateter arteri koroner yang ditujukan ke lesi koroner. Sinar laser menghilangkan sumbatan tanpa merusak dinding arteri.

I. Penanganan pra hospitalisasi pada pasien ACS

Adapun penanganan yang dilakukan pada pasien saat serangan penyakit jantung koroner ialah (Rahmawati, Rosjidi, & Nurhidayat, 2018):

1. Penggunaan minuman (teh hangat, air putih, dll)
2. Minum obat jantung (Aspirin, nitrogliserin)
3. Istirahat
4. Pengolesan minyak kayu putih
5. Pemijatan dengan balsem
6. Segera dibawa ke rumah sakit
7. Kompres air hangat
8. Pengolesan racikan tradisional
9. Minum obat maag
10. Minum obat tradisional

Menurut penelitian Mussi, Mendes, Queiroz, Costa, Pereira, & Caramelli (2014) yang berjudul *Pre hospital delay in acute myocardial infarction:*

judgement of symptoms and resistance to pain yang dilakukan di Rumah sakit universitas di Salvador / Bahia, upaya yang dilakukan untuk mengurangi rasa sakit pada pasien infark miokard diantaranya berbaring di tempat tidur gantung, minum segelas susu, minum obat, minum teh, tidur, menaruh es di dada, mandi, mengambil air gula, memijat dada dan lain-lain.

Pertolongan pertama yang benar saat serangan jantung terjadi adalah dengan beristirahat, menghentikan segala aktivitas apapun, kemudian meminta bantuan pada orang lain atau segera menelpon ambulans. Tidak melakukan banyak gerakan yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen dan segera meminta bantuan merupakan langkah tepat untuk mengatasi serangan area pra rumah sakit (Rahmawati, Rosjidi, & Nurhidayat, 2018).

Bab III

Manajemen Nyeri Pada Pasien Acute Coronary Syndrome

A. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : tranduksi, transmisi, modulasi, dan

persepsi. Nyeri adalah pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI PPNI, 2016). Nyeri merupakan respon yang bersifat subyektif tentang adanya stressor fisik dan psikologis. Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Lyndon, 2013).

B. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Alimul & Musrifatul, 2013), klasifikasi nyeri dibagi menjadi 2, yakni :

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan yang ditandai adanya peningkatan tegangan otot, respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat. serta kecemasan yang dapat meningkatkan

persepsi nyeri (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama lebih dari 6 bulan yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal, syndroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain (Mubarak et al., 2015):

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introversi). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis

opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, 12 individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Disisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis dan

degenerative yang diderita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesic yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau 13 menyaksikan

penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penanganan nyeri saat ini.

5. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

6. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa

seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

7. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

8. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan 14 nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

9. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

10. Gaya koping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengandilkan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokasi kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

11. Dukungan keluarga dan sosial Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

D. Cara Mengukur Intensitas Nyeri

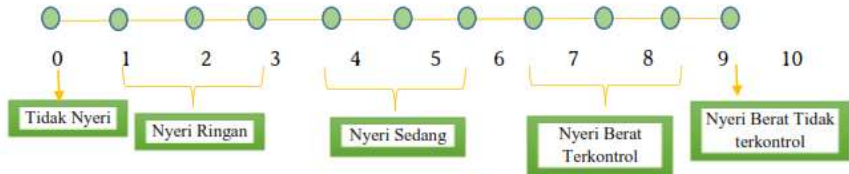
Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dengan menggunakan skala nyeri menurut hayward, skala nyeri menurut McGill (McGill scale), dan skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale.

1. Skala nyeri Menurut Hayward

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian Numerical Rating Scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan

menggunakan skala 0-10. Skala efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 1 Skala Penilaian Numerik

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik.

4-6: Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi.

10 : pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

2. Skala nyeri Menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGill dilakukan dengan meminta pasien untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut McGill dapat dilakukan sebagai berikut : 0 = tidak nyeri 1 = nyeri ringan 2 = nyeri sedang 3 = nyeri berat atau parah 4 = nyeri sangat berat 5 = nyeri berat

3. Skala wajah atau Wong-Baker FACES

Rating Scale Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia (Mubarak et al., 15 2015; Lyndon, 2013).

E. Intervensi Nyeri pada Pasien ACS

Intervensi yang diberikan kepada pasien terdiri dari observasi, terapeuti, edukasi dan kolaborasi.

1. Intervensi Observasi

- a. Kaji nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
- b. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif.
- c. Kaji pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri.
- d. Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- e. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien.
- f. Identifikasi bersama pasien faktor faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.
- g. Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang

meliputi riwayatnyeri kronik.

- h. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lainnya, mengenai efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya.

2. Intervensi terapeutik

- a. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
- b. Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan.
- c. Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk memonitor perubahan nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan potensial.
- d. Rencanakan monitor
- e. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan.
- f. Kurangi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri.

- g. Pertimbangkan keinginan pasien untuk berpartisipasi, kemampuanber partisipasi, kecenderungan, dukungan dari orang terdekat terhadap metode dan kontraindikasi ketika memilih strategi penurunan nyeri.
- h. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam.
- i. Pertimbangkan tipe dan sumber nyeri ketika memilih strategi penurunan nyeri.
- j. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri nya dengan tepat.
- k. Identifikasi penggunaan metode farmakologi yang dipakai pasien saat ini untuk menurunkan nyeri.
- l. Periksa tingkat ketidaknyamanan bersama pasien, catat perubahan dalam catatan medis pasien, informasikan petugas kesehatan lain yang merawat pasien.
- m. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan.
- n. Mulai dan modifikasi tindakan pengontrol

nyeri berdasarkan respon pasien.

- o. Dukung istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
- p. Dorong
- q. Lihatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan.
- r. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik.

3. Intervensi Edukasi

- a. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
- b. Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri.
- c. Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri.
- d. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri.

4. Intervensi Kolaborasi

- a. Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai indikasi

- b. Berikan antiangina ; Nitrogliserin sublingual (nitrostat, bukal atau tablet oral, spreng sublingual)
- c. Berikan penyekat beta seperti atenolol (tenormin); pindolol (Visken); propranolol (inderal)
- d. Berikan analgesik, contoh morfin, meperidin (demerol)
- e. Berikan penyekat saluran kalsium contoh verapamil; diltiazem
- f. Kolaborasi angioplasti PTCA atau balon angioplasti
- g. Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.
- h. Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan.
- i. Berikan obat sebelum melakukan aktivitas untuk meningkatkan partisipasi, namun lakukan evaluasi mengenai bahaya dari sedasi.
- j. Pastikan pemberian analgesic atau strategi non

farmakologi sebelum dilakukan prosedur yang menimbulkan nyeri.

- k. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau jika keluhan pasien saat ini berubah signifikan dari pengalaman nyeri sebelumnya.
- l. Informasikan tim kesehatanlainnya/anggota
- m. Gunakan pendekatan multi disiplin untuk manajemen nyeri, jika sesuai.
- n. Pertimbangkan untuk merujuk pasien, keluarga dan orang terdekat pada kelompok pendukung dan sumber-sumber lainnya, sesuai kebutuhan.

Bab IV

Healthseeking Behavior **pada Pasien Acute** **Coronary Syndrome**

A. Definisi *Health Seeking Behavior* (HSB)

Health seeking behaviour adalah perilaku individu dalam melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan dalam merespon rangsangan untuk mencapai kesehatan yang optimal (Eka Fayuning Tjomiadi & Surit, 2017). Pendapat berbeda tentang *Health seeking behaviour* adalah tindakan mengunjungi fasilitas kesehatan (pemerintah atau swasta) dan menggunakan pengobatan modern ketika merasakan tanda dan gejala dari penyakit

sebagai ganti dari terapi tradisional (Abidin et al., 2014; Peng, Chang, Zhou, Hu, & Liang, 2010)

Penelitian Engla, 2019 didapatkan bahwa dari 31 pasien *acute coronarry syndrome* (ACS) yang mengakses pelayanan kesehatan lebih banyak ≤ 6 jam yaitu 16 orang (51,6%) dibandingkan lambat > 6 jam 15 orang (48,4%). Pasien ACS sudah mampu dalam memutuskan untuk mencari pelayanan kesehatan, dimana ≤ 6 jam sudah terdapat 16 orang yang memutuskan untuk menuju ke pelayanan kesehatan. Rumengan, Umboh, dan Kandou (2015) menjelaskan bahwa dalam menentukan untuk menuju pelayanan kesehatan adalah dilihat dari keparahan rasa sakit yang dirasakan oleh individu tersebut, sehingga pada saat individu menganggap rasa sakitnya pelayanan kesehatan adalah sarana yang sangat tepat dalam penyembuhan kesehatan.. Saat pasien ACS merasakan tanda dan gejala, individu langsung mengambil keputusan menuju pelayanan kesehatan dan mencegah dari terjadinya kerusakan otot jantung pasien ACS (PERKI, 2015).

B. Reaksi dalam Proses Mencari Pengobatan

Adapun reaksi dalam proses mencari pengobatan menurut Alhamda (2015) ialah sebagai berikut:

1. *Shopping* yakni cara untuk mencari pelayanan pengobatan seperti dokter untuk menegakkan diagnosa dan menemukan pengobatan dari sakit yang dirasakan.
2. *Fragmentation* yakni cara seseorang untuk mencari pelayanan pengobatan namun tidak hanya berfokus pada satu pelayanan pengobatan saja, misalnya: mencari pelayanan pengobatan ke dokter namun disertai dengan pengobatan alternatif dukun.
3. *Procrastination* yakni tidak mencari pelayanan kesehatan walaupun tanda dan gejala sudah dirasakan.
4. *Self medication* yakni pengobatan mandiri atau pengobatan yang dilakukan di rumah dengan cara penggunaan ramuan yang ada di rumah.
5. *Discontinuity* yakni berhentinya mencari pelayanan pengobatan.

C. Respon terhadap Sakit

Respon sakit pada setiap individu berbeda-beda tergantung dari rasa sakit yang dialami. Respon individu ketika sakit adalah sebagai berikut:

1. Tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa (*no action*); dikarenakan individu beranggapan bahwa gejala atau symptom dari sakit yang dirasakan akan berkurang atau sembuh dengan sendirinya. Alasan mengapa tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa ialah dikarenakan seseorang itu menganggap bahwa kesehatan belum menjadi prioritas, fasilitas kesehatan yang jauh, takut akan tenaga medis, kendala akan biaya dan menganggap petugas kesehatan yang kurang peduli (*care*). Tindakan mengobati sendiri (*selftreatment atau self medication*); hampir sama alasannya dengan tidak melakukan apa-apa namun yang menjadi perbedaan ialah ketika individu atau masyarakat menganggap berobat sendiri mampu mengatasi sakit yang dirasakan, dengan cara: kerokan, pijat, membuat ramuan seperti jamu. Melakukan penyembuhan dari luar

sesuai dengan persepsi sakit yang dirasakan. Masyarakat seringkali mengaitkan sebuah penyakit dengan sesuatu yang berhubungan dengan para normal sehingga masyarakat mengobati sebuah penyakit itu dengan pengobatan tradisional. Cara seperti ini terkadang bahkan tidak membuahkan hasil, sehingga tidak jarang seseorang tersebut pada akhirnya mencari pelayanan kesehatan yang model seperti: Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Dokter.

2. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*); masyarakat masih memandang bahwa pengobatan tradisional merupakan suatu hal yang lebih diutamakan dan dilihat dari sudut pandang masyarakat yang masih beranggapan bahwa masalah sehat-sakit adalah bersifat budaya dan cara mengatasi permasalahan tersebut adalah dengan pengobatan tradisional.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (professional) seperti

pelayanan kesehatan (balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit) termasuk mencari pengobatan ke praktek klinik dokter (Notoatmodjo, 2010).

Uraian diatas sudah terlihat jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit serta perilaku pencarian pengobatan pun juga berbeda-beda. Persepsi sehat-sakit berhubungan erat dengan perilaku pencarian pengobatan, maka sangat disayangkan apabila masyarakat masih mempersepsikan sehat-sakit sebagai sebuah masalah yang sepele dan tidak segera mencari pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perlu dikaji apa yang menyebabkan persepsi masyarakat sehingga masyarakat tidak pergi ke pelayanan kesehatan untuk mencari pengobatan yang lebih tepat (Notoatmodjo, 2010).

Proses pelayanan kesehatan untuk pencarian penyembuhan atau pengobatan (*health seeking behavior*) adalah:

1. Pelayanan kesehatan primer, terdiri dari: Bidan praktek atau mantra praktek sebagai pelayanan

yang primer. Jika ini tidak berhasil maka dilanjutkan dengan pelayanan kesehatan selanjutnya yaitu pelayanan kesehatan rujukan.

2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama, terdiri dari: Dokter praktek atau puskesmas. Jika ini tidak berhasil maka akan dilanjutkan dengan mencari pertolongan pelayanan kesehatan rujukan tingkat dua.
3. Pelayanan kesehatan tingkat dua, terdiri dari: Pelayanan kesehatan yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit Internasional.

Bab V ***Keterlambatan Penanganan pada Pasien Acute Coronary Syndrome***

Menurut kriteria WHO, diagnosis ACS ditegakkan bila ada 2 dari 3 keadaan ini, nyeri dada tipikal (angina), perubahan EKG, dan peningkatan serum kardiak (biokimia). Angina Pektoris (AP) yang timbul pada ACS biasanya timbul lebih lama, lebih berat, tidak hilang dengan cara biasa dilakukan. Angina pada ACS biasanya timbul lebih lama >15 menit, lebih berat, tidak hilang dengan cara yang biasa dilakukan pasien untuk mengatasi/menghilangkan AP, atau tidak hilang dengan pemakaian nitrogliserin berulang sampai 2

tablet sublingual dalam 10 menit. Semua keseluruhan rasa tidak enak di dada khususnya pada pasien resiko tinggi, perlu dilakukan evaluasi. Pasien-pasien usia lanjut, diabetik dan wanita sering menampilkan keluhan berbeda, yaitu tidak klasik AP, bahkan dapat tanpa gejala AP. STEMI adalah ACS dengan gambaran elevasi ST dan non STEMI yaitu ACS tanpa elevasi ST (PERKI,2015).

Reperfusi koroner yang tepat waktu misalnya, angioplasti, terapi trombolitik; dan pengontrolan terhadap aritmia dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas pada orang dengan infark miokard. Mengurangi waktu dari terjadinya awal gejala dengan kedatangan ke RS terhambat oleh sifat alami keputusan mencari bantuan dari pasien (Stain et al, 2014). Studi menunjukkan waktu keterlambatan pra RS terdapat di semua belahan dunia dengan berbagai variasi waktu keterlambatan. Studi di Irlandia waktu keterlambatan adalah 4,06 jam untuk SKA, (McKee et al., 2013), di negara China 130 menit (Peng et al., 2014) dan Jordania 7,8 jam

dengan kedatangan >6 jam sejumlah 114 orang (71,2%) (Darawad et al., 2015).

Pasien yang datang terlambat (>120 menit) di dapatkan 66.7% pria, 63.6% melakukan penanganan sendiri, dimana 39.4% memilih menunggu gejala nyeri/ketidnyamanannya hilang/mereda sendiri. Persepsi terhadap gejala yang dialami 42.4% menganggap bukan penyakit jantung. Pengetahuan penderita tentang gejala spesifik jantung didapatkan 42.4% dan tidak spesifik jantung sejumlah 36.4%. Dapat terlihat bahwa sebagian besar mereka yang datang terlambat (>120 menit) lebih memilih untuk menangani sendiri dan menganggap gejala yang dirasakan bukan karena jantung ditambah pula dengan kurang dari setengah dari mereka yang memiliki pengetahuan tentang gejala baik yang spesifik maupun yang tidak spesifik jantung (Vinsur et al., 2018).

Dalam penanganan ACS, WAKTU adalah dasar utama dan menentukan prognosis. Hal yang perlu dilakukan untuk mencegah *delay treatment* pada *acute coronary syndrome* yaitu:

- 1. Pasien dan Keluarga:** Pasien dan keluarganya harus memahami, mengenali dan bereaksi cepat apabila terjadi serangan jantung, pasien harus segera dibawa ke rumah sakit terdekat. Pengetahuan dan kesadaran akan bahaya ACS oleh pasien dan keluarga akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan tindakan medis.
- 2. Perawat dan Dokter IGD : Perawat dan Dokter** umum merupakan tenaga medis yang pertama kontak dengan pasien yang dicurigai mengalami infark miokard, ketepatan diagnosis dan initial treatment oleh dokter adalah hal yang sangat penting. Dokter harus bisa bertindak dengan cepat atau membuat persiapan untuk melakukan defibrilasi dan trombolisis secara efektif.
- 3. Dokter Kardiolog :** Ahli kardiologi harus yakin bahwa ada sistem yang optimal untuk rawat jantung di rumah sakit. Hal ini termasuk pelatihan yang memadai dari personel ambulans dan dokter lini pertama, pengaturan yang efisien mengenai diagnosis dan perawatan infark miokard di unit gawat darurat, dan pengaturan

untuk pemberian trombolitik. Pencatatan harus dibuat secara baik, sejak awal perawatan dan pemberian trombolisis (cath-to-needle time) dan sejak dari masuknya ke rumah sakit sampai trombolisis diberikan (door-to-needle time). Catatan harus dibuat untuk terapi pencegahan sekunder bagi mereka yang selamat dari infark miokard definitif.

4. Rumah Sakit :

- a. **Fasilitas RS :** Penuhnya fasilitas rawat inap dapat menjadi salah satu penyebab tertundanya penanganan dalam waktu yang tidak dapat dipastikan. Dengan begitu pasien pun harus dirujuk kerumahsakit lain sehingga rentang waktu penanganan pasien menjadi terlambat.
- b. **Standar Pedoman :** Standar pelayanan ACS yang baik meliputi SPM, SPK, SPO ataupun Clinical Pathway harus dimiliki dan diterapkan oleh rumah sakit sesuai dengan fasilitas yang dimiliki. Peraturan itu dibuat sebagai acuan atau pedoman dalam

penatalaksanaan kasus terhadap pasien dimana telah sesuai dengan kesiapan rumah sakit tersebut

- c. Asuransi yang digunakan oleh pasien juga sangat berpengaruh terhadap penanganan pasien karena ada beberapa obat dan prosedur yang dilakukan dan tidak dilakukan untuk asuransi tertentu.

Managemen Rumah Sakit dalam menanggulangi Delay Treatment pada Kasus Acute Coronary Syndrome. Berbagai pedoman dan standar terapi telah dibuat untuk penatalaksanaan penderita ACS. Agar standar dan strategi pengobatan serta penatalaksanaan pasien ACS berlangsung secara optimal, efektif dan efisien sesuai dengan pedoman atau standar terapi yang telah ditetapkan, maka perlu adanya suatu sistem dan/ atau mekanisme yang secara terus menerus memonitor dan memantau terapi yang diterima pasien (Depkes, 2006)

Bab VI Konsep Perilaku (Tindakan/ Praktik)

A. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya. Perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2014). Artinya perilaku merupakan tindakan nyata yang dilakukan. Sedangkan keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan, artinya pentingnya keterlibatan keluarga ketika salah satu keluarganya memerlukan bantuan karena masalah kesehatannya. Didasarkan pada

perspektif bahwa keluarga merupakan unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga (Nursalam, 2015).

Perilaku manusia dibagi menjadi perilaku tertutup (*convert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup (*convert behavior*) terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati dari luar secara jelas. Bentuk *convert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Dan perilaku terbuka (*overt behavior*) terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain dari luar atau *observable behavior*(Notoatmodjo, 2014). Perilaku keluarga dalam memberikan pertolongan untuk meringankan keluhan pasien merupakan perilaku terbuka (*overt behavior*).

B. Domain Perilaku

Perilaku adalah totalitas atau keseluruhan pemahaman dan aktivitas seseorang yang

merupakan hasil dari faktor eksternal dan faktor internal. Berdasarkan pembagian domain perilaku diantaranya (Notoatmodjo, 2014):

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari pengindraan manusia, saat pengindraan akan menghasilkan pengetahuan yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap suatu objek. Pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan mulai dari tahu (*know*) yang diartikan hanya sebagai *recall* atau memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Memahami (*comprehension*) yang diartikan memahami suatu objek bukan sekedar tahu pada objek atau dapat menginterpretasikan secara benar. Aplikasi (*Application*) diartikan telah memahami objek yang dimaksud dengan mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain. Analisis (*Analysis*) diartikan kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan kemudian mencari hubungan diantaranya. Sintesis (*Synthesis*) menunjukkan

suatu kemampuan seseorang merangkum dalam suatu hubungan yang logis. Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2014).

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan suatu respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek, yang melibatkan faktor pendapat dan emosi seseorang. Sikap juga merupakan suatu sindrome atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek. Dengan kata lain sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu atau sikap ini belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas (Notoatmodjo, 2014).

3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, karena untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain adanya fasilitas atau sarana prasarana. Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu

praktik terpimpin, praktik secara mekanisme, dan adopsi. Dimana praktik terpimpin adalah seseorang yang telah melakukan tindakan namun masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan. Praktik mekanisme adalah seseorang yang melakukan tindakan secara otomatis. Sedangkan adopsi merupakan suatu tindakan yang dilakukan tidak sekedar rutinitas namun juga telah dilakukan modifikasi (Notoatmodjo, 2014).

Bab VII

Kajian Terkait dan Kerangka Konsep

A. Kajian Terkait dan Analisis Kritis

Tabel 2.1 Penelitian terkait

Keterangan	Penelitian sekarang	Rahmawati, Rosjidi, dan Nurhidayat (2018)	Ubaydilla, R(2017)	Mussi, Mendes, Queiroz, Costa, Pereira, & Caramelli (2014)
Topik penelitian	Analisis tindakan keluarga	Hubungan antara	Faktor- faktor	<i>Pre-hospital</i>

dalam persepsi yang delay in
menangan keluarga acute
i pasien
Acute dengan fast berhubun myocardial
Coronary respon gan
Syndrome
(ACS) *pre* serangan dengan infarction:
hospital penyakit *health*
Jantung *seeking* judgement
of
behavior syptoms
pasien and
Acute resistance
Coronary to
Syndrome pain
(ACS)

Desain	<i>deskriptif Cross-sectional</i>	<i>Cross-sectional</i>	<i>cross-sectional</i>
--------	-----------------------------------	------------------------	------------------------

Variabel	Usia, jenis kelamin, hubungan pendidikan,	Usia, jenis kelamin,	Ras, usia, status pernikahan,
----------	---	----------------------	-------------------------------

keluarga,	status
pendidikan, pekerjaan,	pernikahan pendidikan,
n, sosial	n,
pekerjaan,	
suku, ekonomi,	pendidikan pekerjaan,
tindakan jarak,	n,
penanganan	
n	
<i>pre</i> transportasi,	pekerjaan, pendapatan
<i>hospital</i> persepsi	
	budaya, keluarga,
	tempat
	pengetahuan terjadinya
	an, acute
	persepsi, myocard
	infark
	sumber (ACS)
	daya
	keluarga,
	sumber
	daya

masyarakat,
kebutuhan,
dan health seeking behavior

Subjek	Keluarga pasien ACS	Keluarga pasien penyakit jantung Koroner	Keluarga pasien ACS	Pasien acute myocardial Infarction
Tempat	Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau	Pontianak	Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau	Di rumah sakit universitas di Salvador / Bahia
Analisis	Univariat	Univariat	Bivariat	Bivariat

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antar variabel satu dengan variabel lain (Notoatmodjo, 2012). Berdasarkan kerangka teori mengenai perilaku keluarga dalam menangani pasien ACS *pre hospital* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Provinsi Riau, sehingga kerangka konsep yang akan diteliti adalah sebagai berikut:

Skema 2.2 Kerangka konsep analisis perilaku keluarga dalam menangani pasien ACS *pre hospital* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Provinsi Riau.

Variabel Independen

Perilaku keluarga dalam menangani pasien ACS *pre hospital*

1. Penggunaan minuman (teh hangat, air putih, dll)
2. Minum obat jantung (Aspirin, nitrogliserin)
3. Istirahat
4. Pengolesan minyak kayu putih
5. Pemijatan dengan balsem
6. Segera dibawa ke rumah sakit
7. Kompres air hangat
8. Pengolesan racikan tradisional
9. Minum obat maag
10. Minum obat tradisional
11. Penggunaan bawang putih
12. Faskes pratama

Bab VIII

Metode Penelitian

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, desain yang digunakan survei deskriptif terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena tertentu (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini dimulai dari kasus Acute Coronary Syndrome (ACS), kemudian dari kasus tersebut ditanyakan kepada keluarga yang mendampingi pasien tentang tindakan penanganan saat serangan pre hospital pada pasien.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad, Provinsi Riau di ruangan CVCU, Krisan, dan IGD. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 16 Mei - 16 Juli 2019.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang mendampingi pasien penyakit Acute Coronary Syndrome (ACS) saat serangan pre hospital yang dirawat di Rumah Sakit Arifin Achmad Provinsi Riau dengan jumlah pasien Acute Coronary Syndrome (ACS) dari tanggal 1 Januari – 14 Maret 2019 sebanyak 119 orang.

2. Sampel

Sampel adalah objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2018). Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga pasien ACS di ruang CVCU,

Krisan, dan IGD dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Keluarga yang mengetahui penanganan pasien pre hospital
- b. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat ACS
- c. Keluarga yang dapat berbahasa Indonesia.
- d. Keluarga yang bersedia menjadi responden

Besar sampel ialah Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 34 responden selama 2 bulan.

D. Teknik Sampling

Jenis pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dalam bentuk non-probability sampling dengan teknik consecutive sampling. Non-probability sampling adalah pengambilan sampel non random dimana pengambilan sampel bukan secara acak (Notoatmodjo, 2010). Consecutive sampling adalah memilih sampel dengan cara menetapkan anggota populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian hingga batasan waktu

tertentu sampai jumlah yang dibutuhkan terpenuhi (Nursalam, 2015). Peneliti membatasi waktu untuk penelitian selama 2 bulan dan didapatkan responden sebanyak 34 orang.

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan segala hal yang berupa apa saja yang ditentukan oleh peneliti, baik informasi tentang hal yang diteliti lalu dapat menarik kesimpulan (Sujarweni, 2014). Variabel dalam penelitian ini adalah tindakan keluarga dalam menangani pasien Acute coronary syndrome (ACS) pre hospital

2. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah uraian mengenai batasan variabel atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

F. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini berasal dari kuesioner yang disebar ke keluarga pasien ACS di ruang CVCU, Krisan, dan IGD Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. Jenis pertanyaan kuesioner adalah choice yaitu untuk variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku dan kuesioner menggunakan jenis pertanyaan terbuka yaitu variabel usia dan tindakan yang dilakukan pada pasien ACS pre hospital.

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari laporan dengan jumlah pasien Acute coronary syndrome (ACS) yang rawat inap serta kematian pada pasien ACS dari bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad, Provinsi Riau.

3. Cara pengumpulan data

Peneliti mengumpulkan data dengan proses sebagai berikut:

- a. Setelah ujian proposal selesai dan diizinkan untuk melanjutkan penelitian, peneliti mengurus uji etik dan surat izin penelitian dari kampus untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Provinsi Riau.
- b. Kemudian setelah mendapatkan uji etik dan surat izin penelitian, peneliti memasukkan surat izin penelitian ke Diklat RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau untuk diteruskan ke bagian Diklit RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau untuk kemudian diteruskan ke Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.
- c. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau untuk melakukan penelitian, peneliti kemudian meminta izin melakukan penelitian kepada Kepala Instalasi Rawat Inap Medikal, Kepala Instalasi Gawat Darurat, dan Kepala Instalasi Perawatan Intensive (CVCU) RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau untuk

- meminta persetujuan dilakukannya penelitian di ruangan Krisan, IGD, dan CVCU.
- d. Setelah mendapatkan persetujuan dari Kepala Instalasi, peneliti memulai penelitian.
 - e. Lalu peneliti melihat rekam medik pasien ACS di masing-masing ruangan.
 - f. Selanjutnya peneliti menemui keluarga pasien ACS dan menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan anggota keluarga pasien ACS yang sesuai kriteria untuk menjadi responden.
 - g. Setelah mendapatkan persetujuan, dan bersedia menandatangani kuesioner, responden mengisi kuesioner.
 - h. Kemudian peneliti melihat kuesioner yang diisi oleh responden, dan memberikan kesempatan bertanya kepada responden. Peneliti menjelaskan menurut jurnal yang didapatkan bahwa tindakan yang benar saat serangan datang adalah dengan beristirahat dan menghentikan semua kegiatan pasien dan langsung segera di bawa ke pelayanan

kesehatan dengan tidak melakukan tindakan untuk mengurangi gejala yang timbul sehingga menyebabkan penundaan ke pelayanan kesehatan.

- i. Begitu seterusnya di hari selanjutnya hingga waktu yang ditetapkan.

G. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan karakteristik, menghasilkan distribusi frekuensi, dan persentase dari setiap variabel dalam sebuah penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat dalam penelitian ini meliputi variabel usia dengan tendensi sentral atau nilai pusat data pengamatan dalam bentuk tabel distribusi, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, suku, dan perilaku keluarga pada pasien ACS pre hospital disajikan dalam bentuk persentase.

H. Pengolahan data

Penelitian ini menggunakan komputer sebagai alat bantu dalam pengelolaan data, tahapnya sebagai berikut:

1. *Editing*

Memeriksa hasil kuesioner data demografi, seperti usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, suku, dan tindakan yang dilakukan kepada pasien ACS pre hospital. Editing dilakukan dengan memberikan identitas pada instrumen penelitian yang telah terjawab serta melakukan pemeriksaan satu persatu lembar instrumen serta jawaban yang diberikan oleh responden telah lengkap atau sudah terjawab semua.

2. *Coding*

Proses pengkodean peneliti terhadap data yang telah dikumpulkan untuk memudahkan mengolah data selanjutnya. Mengelompokkan atau mengklarifikasi data-data untuk diberikan identitas sehingga mempunyai arti saat dianalisis. Untuk jenis kelamin diberikan kode "1" untuk

berjenis kelamin laki-laki dan “2” perempuan, untuk hubungan keluarga diberikan kode “1” berstatus istri, kode “2” berstatus suami, dan kode “3” berstatus keluarga pasien yang memberikan tindakan, untuk pendidikan terakhir dengan kode “1” untuk tidak sekolah, kode “2” untuk SD (Sekolah Dasar), kode “3” untuk SMP, kode “4” untuk SMA, dan kode “5” untuk perguruan tinggi, untuk pekerjaan dengan kode “1” PNS, kode “2” wiraswasta, kode “3” Swasta, kode “4” IRT, dan kode “5” Petani, untuk karakteristik Suku diberikan kode “1” untuk suku melayu, kode “2” minang, kode “3” batak, kode “4” banjar, kode “5” Bugis, kode “6” Jawa, dan kode “7” Nias, dan dengan kode “0” tidak dilakukan tindakan dan kode “1” dilakukan tindakan.

3. *Data entry atau processing*

Memasukkan data ke dalam program komputer dengan menggunakan program komputer. Data yang dimasukkan yaitu data usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan

terakhir, pekerjaan, suku, dan tindakan keluarga pasien ACS pre hospital. Kemudian data diproses dengan mengelompokkan ke dalam variabel yang sesuai.

4. Cleaning

Proses pembetulan atau koreksi untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya.

5. Penyajian data

Data yang telah diolah ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi dan narasi.

I. Etika penelitian

Etika yang harus dipenuhi oleh seorang peneliti menurut Notoatmodjo, (2012) sebagai berikut:

1. *Justice*

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian dikondisikan seperti saat responden mengisi

kuesioner, tidak ada orang lain yang melihat jawaban responden kecuali peneliti kemudian peneliti menjelaskan prosedur penelitian dan menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jender, agama, dan etnis.

2. *Anonymity*

Peneliti tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya menulis kode pada lembar kuesioner atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Beneficence*

Penelitian ini memberikan manfaat pada responden, manfaat yang diberikan meliputi informasi mengenai tindakan keluarga dalam menangani pasien Acute Coronary Syndrome (ACS), semakin baik tindakan keluarga terhadap pasien akan semakin meningkatkan kualitas hidup pasien.

4. *Confidentiality*

Pada penelitian ini, peneliti merahasiakan data-data yang sudah dikumpulkan. Peneliti menjamin segala kerahasiaan jawaban yang telah diberikan oleh responden. Jawaban diolah dengan menggunakan kode, sehingga kerahasiaan jawaban dan responden tidak disebar ke publik.

Bab IX

Analisis univariat

Pada BAB ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai analisis tindakan keluarga pada pasien *Acute Coronary Syndrome (ACS) pre hospital* di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau yang dilaksanakan pada 16 Mei – 16 Juli 2019, dengan jumlah responden yang didapat sebanyak 34. Analisis univariat akan ditampilkan karakteristik dan distribusi frekuensi dari masing- masing variabel untuk tindakan keluarga pada pasien *Acute Coronary Syndrome (ACS) pre hospital* di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, diantaranya usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, suku, dan tindakan yang dilakukan keluarga ketika pasien ACS

merasakan nyeri dada atau sesak nafas. Hasil dari analisis univariat yang didapatkan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut:

A. Usia

Tabel 4.1 Karakteristik keluarga pasien ACS berdasarkan usia

Variabel	N	Mean	Min-Max	SD
Usia	34	47,15	20-81	14,96

Anggota keluarga yang merawat pasien ACS rata-rata berusia 47,15 tahun. Strategi koping pada usia 40 - 60 tahun ini terjadi peningkatan, kehidupan rumah tangga tanpa anak karena anak mulai menjalani kehidupan masing - masing, kehilangan orang tua/pengasuh dan kehilangan teman, memasuki fase menjadi kakek dan nenek, mempersiapkan masa dewasa akhir, bertindak sebagai pengasuh bagi orang tua/pengasuh atau pasangan yang sudah lanjut usia (Lally, M., & Valentine-French, S. 2020).

Pengasuhan anak cacat, pasangan, atau anggota keluarga lainnya adalah bagian dari

kehidupan beberapa orang usia pertengahan. Secara keseluruhan, salah satu sumber stres utama adalah mencoba menyeimbangkan pengasuhan dengan memenuhi tuntutan pekerjaan jauh dari rumah. Pengasuhan dapat memiliki konsekuensi positif dan negatif yang sebagian bergantung pada jenis kelamin pengasuh dan orang yang menerima perawatan (Lazzara, J., & Beyer, A., 2018).

B. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi Jenis Kelamin

Karakteristik	f	%
a. Laki-laki	12	35,3
b. Perempuan	22	64,7
Total	34	100

Tabel 4.2 didapatkan mayoritas keluarga pasien ACS berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 22 orang (64,7%). Penelitian ini menggambarkan tindakan keluarga pada pasien ACS lebih banyak dilakukan oleh perempuan dikaitkan dengan pasien ACS yang lebih banyak pada laki-laki. Selain itu, berdasarkan wawancara dengan

anggota keluarga yang memberikan tindakan *pre hospital* pada pasien ACS adalah anak perempuannya.

Menurut Aliansi Nasional untuk Pengasuh (2015), 40 juta orang Amerika memberikan pengasuhan yang tidak dibayar. Anak perempuan lebih mungkin untuk memberikan perawatan dasar dan anak laki-laki lebih mungkin untuk memberikan bantuan keuangan. Anak-anak dewasa berusia 50+ tahun yang bekerja dan mengasuh orang tua lebih cenderung memiliki kesehatan yang baik atau buruk jika dibandingkan dengan mereka yang tidak mengasuh. Beberapa anak dewasa memilih untuk meninggalkan pekerjaan, namun biaya meninggalkan pekerjaan lebih awal untuk merawat orang tua tinggi (Metlife, 2011)

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ubaydillah (2017) bahwa, anggota keluarga pasien ACS yang mengakses pelayanan kesehatan lebih banyak berjenis kelamin perempuan. Berkaitan dengan peran perempuan yang sangat penting dalam sebuah keluarga, mayoritas dalam sebuah keluarga

perempuan lebih cenderung sebagai seseorang yang mampu merawat anggota keluarga terutama dalam keadaan sakit, sehingga pengambilan keputusan lebih dipusatkan pada perempuan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti, perempuan berada disisi pasien selama 24 jam, baik yang diruang rawat jantung Krisan, maupun CVCU dan cenderung tidak mau untuk digantikan selama menunggu pasien yang rata-rata adalah pasangannya, dengan alasan takut akan terjadi hal yang tidak diinginkan ketika pasien tidak dijaga olehnya.

Laki-laki dan perempuan mengungkapkan kesusahan yang lebih besar ketika merawat pasangan daripada ketika merawat anggota keluarga lainnya. Perempuan mengalami hubungan yang lebih positif dengan orang lain dan tujuan hidup yang lebih besar ketika merawat orang tua baik di dalam maupun di luar rumah mereka (Marks, 1998 dalam Lazzara, J., & Beyer, A., 2018).

C. Hubungan Keluarga

Tabel 4.3 Karakteristik keluarga pasien ACS berdasarkan Hubungan keluarga

Hubungan Keluarga	f	%
a. Istri	14	41,2
b. Suami	7	20,6
c. Keluarga (anak / cucu)	13	38,2
Total	34	100

Anggota keluarga pasien ACS yang memberikan tindakan pada pasien saat serangan di rumah lebih banyak dilakukan oleh istri pasien. Penelitian ini menggambarkan tindakan keluarga pada pasien ACS lebih banyak dilakukan oleh perempuan dikaitkan dengan laki-laki lebih sering terkena penyakit jantung koroner dibandingkan perempuan (Kumar, Cotran, & Robbins, 2013). Sehingga pasien yang sudah menikah akan didampingi oleh istrinya.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gard dan Kring (2007) menjelaskan bahwa perempuan lebih banyak menuju ke pelayanan kesehatan dikarenakan perempuan lebih mengedepankan emosional. Perempuan juga dinilai

sebagai makhluk yang sabar, terutama dalam urusan merawat anggota keluarga yang sedang sakit.

Sebagian besar orang tua (95%) mendapat bantuan tugas ADL dari sumber lain, selain dari keturunan responden. Secara khusus, 75% orang tua menerima bantuan ADL dari anggota keluarga lainnya, termasuk pasangan mereka (13%), anak lain atau menantu (62%), dan kerabat lainnya (17%). Enam persen orang tua mendapat bantuan dari teman atau tetangga dan 17% telah membayar bantuan dengan tugas-tugas ADL ((Kim et al., 2017).

D. Pendidikan

Tabel 4.4 Karakteristik keluarga pasien ACS berdasarkan Pendidikan terakhir

Pendidikan terakhir	f	%
a. Tidak sekolah	2	5,9
b. SD atau sederajat	9	26,5
c. SMP	2	5,9
d. SMA	15	44,1
Total	34	100

Pendidikan menurut UU RI No.20 tentang sistem pendidikan Nasional tahun 2003 merupakan usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual, keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan dikategorikan menjadi tiga, pertama pendidikan rendah yaitu SD dan SMP, kedua pendidikan menengah yaitu SMA, dan ketiga pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi.

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik pendidikan terakhir, hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah SMA yang berarti sebagian besar responden masuk kedalam kategori pendidikan menengah. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati, Rosjidi, & Nurhidayat (2018) menyebutkan bahwa pasien atau keluarga yang memiliki tingkat pendidikan

menengah yaitu SMA memiliki tingkat keterlambatan pra-rumah sakit yang lebih rendah.

Pendidikan berkontribusi pada modal manusia dengan mengembangkan berbagai ketrampilan dan sifat, seperti kemampuan kognitif, kemampuan memecahkan masalah, keefektifan belajar, dan kontrol pribadi. Akibatnya, pendidikan akan mempengaruhi kesehatan dengan cara yang bervariasi. Penelitian ini menggambarkan, individu dengan jenjang pendidikan menengah sudah termasuk memiliki tindakan yang benar pada pasien ACS.

E. Pekerjaan

Tabel 4.5 Karakteristik keluarga pasien ACS berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	f	%
a. PNS	4	11,8
b. Wiraswasta	2	5,9
c. Swasta	6	17,6
d. IRT	18	52,9
e. Petani	4	11,8
Total	34	100

Pekerjaan anggota keluarga pasien ACS lebih banyak IRT, yaitu 18 orang (52,9%). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Putri (2018) menyatakan bahwa mayoritas yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu IRT yang berstatus tidak bekerja, dikarenakan ibu rumah tangga dinilai memiliki banyak waktu luang sehingga dapat setiap saat menuju pelayanan kesehatan dan tidak terkendala waktu. Asumsi peneliti IRT lebih banyak memiliki kesempatan untuk memperhatikan kondisi anggota keluarga lain saat dalam kondisi sakit, sehingga lebih memungkinkan untuk memberikan pertolongan pertama.

F. Suku

	Suku	f	%
a.	Melayu	15	44,1
b.	Minang	9	26,5
c.	Batak	2	5,9
d.	Bugis	1	2,9
e.	Banjar	2	5,9
f.	Jawa	4	11,8
g.	Nias	1	2,9
	Total	34	100

Suku anggota keluarga lebih banyak bersuku melayu, yaitu 15 orang (44,1%). Di dukung oleh data Survei Konsumsi Makanan Indonesia (SKMI) tahun 2014 menunjukkan bahwa proporsi penduduk Indonesia yang mengkonsumsi lemak lebih dari 67 gram perhari sebesar 26,5%. Data dari Kantor Walikota Pekanbaru (2015) menyebutkan bahwa etnis yang memiliki proporsi cukup besar di Pekanbaru kedua adalah suku Melayu. Suku melayu memiliki makanan khas dan makanan tradisional yang juga biasanya dikonsumsi sehari-hari dan dalam jangka panjang oleh masyarakatnya yaitu gulai ikan salai, roti jala santan, tumis belacan yang menggunakan santan (Kemdikbud, 2017). Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada anggota keluarga pasien ACS, keluarga menggemari makanan bersantan dan dikonsumsi turun temurun.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Malonda, Dinarti, & Pangastuti (2012), menunjukkan bahwa adanya hubungan antara asupan lemak dengan terjadinya hipertensi. Konsumsi makanan yang tinggi lemak dapat menyebabkan aterosklerosis

atau penyempitan pembuluh darah. Akibatnya pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang yang akan meningkatkan resiko terjadinya ACS. Asumsi peneliti makanan yang dikonsumsi sehari-hari dalam jangka panjang akan mempengaruhi kesehatan.

Dapat diambil kesimpulan bahwa suku Melayu yang merupakan etnis terbesar kedua di Riau sehingga memungkinkan keluarga pasien ACS terbanyak bersuku Melayu, kemudian berkaitan dengan makan yang dikonsumsi suku Melayu merupakan makanan yang mengandung santan dan dikonsumsi dalam jangka panjang yang semakin meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis.

G. Tindakan Keluarga

Variabel	f	%
Tindakan yang dilakukan saat serangan	3	8,8
1. Langsung Ke Rs	31	91,2
2. Menunda ke RS		
Total	34	100

Tabel 4.6 Kombinasi Tindakan keluarga pasien ACS selama di rumah

No	Jenis tindakan	f	%
1	Istirahat	5	14,7
2	Pengolesan minyak kayu putih	2	5,9
3	Pemijatan	1	2,9
4	Minum obat jantung	1	2,9
5	Pengolesan racikan tradisional	1	2,9
5	Minum air putih hangat	1	2,9
7	Penggunaan bawang putih	1	2,9
8	Minum obat tradisional	1	2,9
9	Bidan Desa	1	2,9
10	Istirahat + pengolesan minyak	1	2,9
11	kayu putih	1	2,9
12	Istirahat + Pengolesan racikan tradisional	1	2,9
	Istirahat + minum obat tradisional		
13	Istirahat + minum obat jantung	1	2,9
14	Pengolesan minyak kayu putih + kompres hangat	1	2,9
15	Pengolesan minyak kayu putih + pemijatan	1	2,9
16	Pemijatan + minum obat tradisional	1	2,9
17	Minum air putih hangat + pemijatan	1	2,9
18	Minum air putih hangat + minum obat tradisional	1	2,9
19	Minum air putih hangat + Bidan desa	1	2,9
20	Istirahat + minum obat jantung + kompres hangat	2	5,9
21	Minum obat jantung + kompres hangat + pengolesan minyak kayu putih	1	2,9
22	Istirahat + minum air putih hangat + pemijatan	1	2,9

23	Istirahat + pemijatan + minum1 obat maag	2,9
24	Minum air putih hangat +1 pengolesan minyak kayu putih + minum obat tradisional	2,9
25	Istirahat + minum obat jantung +1 minum air putih hangat + kompres hangat	2,9
Total		31 100

Tindakan yang dilakukan keluarga saat serangan 31 orang (91,2%) menunda ke RS. *Golden periode* pada ACS adalah kurang dari 6 jam, ketika serangan harus segera dalam keadaan istirahat untuk mengurangi kerja jantung dan segera bawa ke pelayanan kesehatan untuk ditetapkannya diagnosis apakah pasien ACS dengan STEMI, N-STEMI, ataupun UAP. Fokus awal IGD berada pada identifikasi pasien dengan STEMI, dilakukan EKG dan dibaca dalam 10 menit setelah pasien datang (Black & Hawks, 2014).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pengaturan pra-rumah sakit ketika mengalami gejala ACS, pasien berusaha untuk mengatasi gejala secara mandiri. Namun, karena gejalanya semakin parah,

mereka memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara yang berbeda yaitu:

1. Istirahat

Pertolongan pertama saat terjadi serangan jantung dengan beristirahat merupakan tindakan yang paling tepat. Setelah pasien sudah relaks, hal yang harus dilakukan selanjutnya adalah meminta bantuan orang lain segera menelepon ambulans. Menghentikan segala aktivitas, tidak melakukan banyak gerakan dan segera meminta bantuan merupakan langkah yang tepat untuk mengatasi di area pra rumah sakit (Harwono, 2013). Ketika terjadi serangan pasien cenderung menunda ke RS dan melakukan tindakan berbaring, membeli obat sendiri dan mengobati sendiri (Irman et al., 2017).

Kondisi relaks yang dihasilkan melalui proses relaksasi dapat memberikan pengaruh terhadap skala nyeri didasarkan pada teori *Gate Control* yang menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi pada seseorang akibat adanya rangsangan tertentu dapat diblok ketika terjadi interaksi

antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat. Pemblok ini dapat dilakukan melalui pengalihan perhatian ataupun dengan tindakan relaksasi (Sugiarto, Anies, Julianti, & Mardiyono, 2015).

2. Minum air putih hangat

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad didapatkan bahwa dengan minum air putih hangat pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. Minum air putih hangat memberikan efek hidrostatis dan hidrodinamik dan hangatnya membuat sirkulasi peredaran darah khususnya pada daerah paru-paru agar menjadi lancar. Secara fisiologis, air hangat juga memberi pengaruh oksigenisasi dalam jaringan tubuh (Hamidin, 2012).

3. Pengolesan minyak kayu putih

Hasil penelitian didapatkan sebanyak 7 responden yang memberikan minyak kayu putih saat nyeri dada. Minyak kayu putih merupakan

salah satu minyak atsiri yang diperoleh dari hasil penyulingan daun kayu putih. Minyak kayu putih memiliki khasiat utama yaitu untuk melancarkan peredaran darah dengan melebarkan pori-pori kulit sehingga badan menjadi lebih hangat dan tidak akan mengganggu pernafasan kulit karena adanya sifat dari minyak kayu putih yang sudah menguap (Agoes, 2010). Minyak kayu putih diproduksi dari daun tumbuhan *Melaleuca leucadendra* dengan kandungan terbesarnya adalah *eucalyptol (cineole)*. Minyak ini tergolong sebagai minyak atsiri dengan sifat mudah menguap, rasa getir, bau wangi serta umumnya larut dalam pelarut organik.

Pengolesan racikan tradisional juga dilakukan oleh pasien, ini merupakan tindakan yang dipercaya pasien untuk mengurangi nyeri. Dengan memberikan tindakan pengolesan racikan tradisional akan membuat pasien lebih tenang yang akan mengurangi kerja jantung. Dengan berkurangnya beban jantung, maka kebutuhan dan suplai akan seimbang.

4. Segera dibawa ke fasilitas kesehatan

Tujuan tindakan dipercepat ke IGD rumah sakit agar tindakan reperfusi dilakukan hasilnya akan lebih baik. Mencegah terjadinya infark miokard atau membatasi luasnya infark dan mempertahankan fungsi jantung. Terapi yang diberikan kepada pasien dengan diagnosis kemungkinan ACS atas dasar keluhan angina di IGD, sebelum ada hasil EKG dan marka jantung (PERKI, 2015). Pencarian pengobatan menuju ke dokter praktek dan memanggil perawat juga menjadi penyebab lain dari pasien tiba terlambat di IGD. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 6,3% pasien SKA yang berobat ke dokter praktek dan 9,4% memanggil perawat (Irman et al., 2017)

Pasien tirah baring atau posisi ternyaman pasien untuk menurunkan kerja jantung, suplemen oksigen harus diberikan segera untuk pasien dengan saturasi O₂ arteri < 95% atau yang mengalami distres respirasi, suplemen oksigen dapat diberikan pada semua pasien ACS dalam 6 jam pertama, tanpa mempertimbangkan saturasi

O₂ arteri, aspirin 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap aspirin, aspirin tidak bersalut lebih terpilih mengingat absorpsi sublingual yang lebih cepat, penghambat reseptor ADP (adenosine diphosphate) dosis awal ticagrelor yang dianjurkan adalah 180 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2 x 90 mg/ hari kecuali pada pasien STEMI yang direncanakan untuk reperfusi menggunakan agen fibrinolitik (PERKI, 2015).

Kemudian diberikan Nitrogliserin *spray*/tablet sublingual bagi pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang gawat darurat. Apabila nyeri dada yang dirasakan pasien tidak hilang dengan satu kali pemberian, dapat diulang lagi setiap lima menit sampai maksimal tiga kali pemberian. Nitrogliserin intravena diberikan pada pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual dalam keadaan tidak tersedia NTG, Isosorbid dinitrat (ISDN) dapat dipakai

sebagai pengganti, morfin sulfat 1-5 mg intravena, dapat diulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual (PERKI, 2015).

Hasil penelitian juga didapatkan beberapa pasien yang datang ke bidan desa. Bidan desa merupakan salah satu fasilitas kesehatan pratama. Hasil wawancara kepada responden menyebutkan pasien hanya diberikan O₂ dan obat anti nyeri kemudian diperbolehkan pulang.

Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan penanganan pada pasien ACS. Ketika terjadi serangan jantung maka fungsi pompa jantung akan menurun karena ketidakseimbangan antara kebutuhan miokardium dan suplai sehingga aliran darah ke otak berkurang yang akan mengakibatkan penurunan kesadaran.

5. Minum Obat (Aspirin & Nitrogliserin)

Aspirin merupakan salah satu tata laksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI. Inhibisi cepat siklooksigenase trombosit yang dilanjutkan dengan reduksi kadar tromboksan A₂ dicapai

dengan absorpsi aspirin bukal dengan dosis 162 mg – 325 mg di ruang emergensi dengan *daily dose* 75 – 162 mg (Darliana, 2010). Aspirin merupakan antiplatelet yang efektif sebagai pencegahan primer dan skunder pada kejadian aterotrombotik (Yunita, Zulkarnain. Aminuddin, 2015). Dan nitrogliserin (NTG) sublingual dapat diberikan dengan dosis 0,4 mg dan dapat diberikan sampai 3 dosis dengan interval 5 menit.

NTG berfungsi untuk mengurangi nyeri dada juga untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan preload dan meningkatkan suplai oksigen miokard dengan cara dilatasi pembuluh darah koroner yang terkena infark atau pembuluh kolateral. NTG harus dihindari pada pasien dengan tekanan darah sistolik < 90 mmHg atau pasien yang dicurigai mengalami infark ventrikel kanan (Darliana, 2010). Kesimpulan yang dapat diambil adalah aspirin yang efektif mencegah terbentuknya trombus di pembuluh darah. Dan NTG yang berfungsi untuk mengurangi nyeri

dada juga menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan cara dilatasi pembuluh darah koroner.

6. Kompres hangat

Manajemen nyeri yang dilakukan responden salah satunya kompres hangat di bagian dada pada pasien ACS. Pemberian kompres hangat terhadap pengobatan nyeri yaitu membuat otot-otot yang tegang menjadi rileks sehingga nyeri menjadi berkurang (Fauziyah, 2013). Efek fisiologis kompres hangat bersifat vasodilatasi yaitu meredakan nyeri dengan merelaksasi otot, meningkatkan aliran darah, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi yang menimbulkan nyeri (Felina, Masrul, & Iryani, 2015).

Kompres hangat bekerja dengan cara induksi, yaitu terjadinya perpindahan panas dari kompres ke dalam daerah yang terasa nyeri, panas bekerja dengan cara menstimulasi reseptor nyeri untuk memblokir reseptor nyeri (Pratintya, Harmilah & subroto, 2014). Panas juga

meningkatkan pengiriman nutrisi dan kebutuhan oksigen ke daerah yang diberikan kompres serta kongesti vena menurun, meningkatkan suplai darah ke area-area tubuh. Kompres air hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar dan vaskularisasi lancar yang membuat relaksasi pada otot, dan kekakuan sendi (Murtiningsih & Karlina, 2015).

Selain itu responden juga melakukan tindakan pemijatan pada pasien sehingga dapat mempengaruhi aktifitas saraf autonom, mempersepsikan relaksasi. *Massage* atau pijat dapat melancarkan peredaran darah (Trisnowiyanto, 2012). Tindakan pijat merupakan salah satu upaya untuk relaksasi yang mengaktifkan thalamus untuk mengeluarkan hormone endorphin enkafalin yang dapat mengatasi nyeri (Hariyanto, Hadisaputra, & Supriyadi, 2015).

7. Penggunaan bawang putih

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad satu responden menggunakan

bawang putih yang dikonsumsi ketika serangan. Bawang putih dapat mengurangi pembekuan darah dan mengurangi tekanan darah. Allisin dan adrenosin merupakan kandungan anti-platelet paling penting dalam bawang putih. Minyak bawang putih yang diberikan kepada pasien penyakit jantung koroner dapat menghambat agregasi platelet secara *in vivo*.

Pemberian bawang putih dengan dosis rendah menghambat agregasi platelet tersebut. Dithlin dan ajoene menurunkan kecepatan pembekuan darah karena bersifat antikoagulasi dan darah rendah. Umbi bawang putih merupakan sebagai agen anti-agregasi platelet (Hernawan & Setyawan, 2003).

8. Minum obat tradisional dan Maag

Hasil penelitian didapatkan sebanyak 5 responden memberikan tindakan dengan pemberian obat tradisional yaitu habatussaudah. Habbatussaudah memiliki aktivasi sebagai anti inflamasi, analgetik, dan antipiretik (Radji, 2011). Pasien lebih menyukai pengobatan tradisional

dan pengobatan sendiri seperti pengobatan tradisional, minum obat tanpa resep untuk mengatasi gejala SKA, dan tindakan spontan (Kumboyono, K., Refialdinata, J., Wihastuti, T., Rachmawati, S., & Aziz, A. (2018).

Selain itu didapatkan 1 pasien minum obat maag saat terjadi serangan. Keluhan nyeri dibagian belakang tubuh yang dirasakan pasien dipersepsikan sebagai penyakit maag (Pohan, 2007). Hasil wawancara kepada responden menyebutkan membeli obat maag di warung karena sudah biasa apabila merasakan keluhan yang nyeri, membeli obat di warung saja. Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Irman, Poeranto, & Suharsono (2017) di RSUD dr. TC. Hillers Maumere diperoleh sekitar 70% perilaku pasien ACS yang melakukan penundaan ke rumah sakit dan selama di rumah pasien hanya berbaring, dan mengobati diri sendiri dan membeli obat di apotek terdekat.

Hasil penelitian yang sama juga ditunjukkan oleh Mussi et al (2014) dimana hanya 23,7%

pasien yang menginterpretasikan gejala sebagai serangan jantung, dan sisanya mempersepsikan bahwa gejala diakibatkan oleh penyebab lain seperti masalah pencernaan, kelelahan dan masuk angin. Pasien yang mempersepsikan bahwa gejala tersebut diakibatkan oleh penyakit lain yang bukan serangan jantung dikawatirkan akan dilakukan penundaan ke pelayanan kesehatan.

Sedangkan yang terjadi pada pasien ACS merupakan defisit kritis dalam suplai darah pada jantung yang berbanding dengan kebutuhan oksigen dan nutrien, atau terjadinya ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai yang menyebabkan perkembangan sindrom koroner akut (Black & Hawks, 2014).

[Daftar Pustaka]

Adnan, F. (2017). *Menjelajah kuliner tradisional Riau*. Jakarta Timur: Badan pengembangan dan pembinaan bahasa.

Agoes, A. (2010). *Tanaman obat Indonesia*. Jakarta: Salemba Medika.

American Heart Association (AHA). (2015). *Pembaruan pedoman American Heart Association 2015 untuk CRP dan ECG*. American: Guidelines.

Black, J.M & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan medikal bedah*. Singapore: Elsevier.

Darlina, D. (2010). Manajemen pasien ST elevasi miokardial infark (STEMI). *Idea nursing journal* ISSN: 2087-2879.

Depkes R.I, 2006, Pharmaceutical Care Untuk Pasien Penyakit Jantung Koroner : Fokus Sindrom Koroner Akut, Direktorat Bina Farmasi

Komunitas Dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian
Dan Alat Kesehatan, Jakarta.

NANDA. (2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan :
Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. (T. H.
Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th ed.).
Jakarta: EGC.

Saputra, Lyndon. 2013. Pengantar Kebutuhan Dasar
Manusia. Jakarta: Binarupa Aksara.

Mubarak, Iqbal, Wahit. 2015. Buku ajar : Kebutuhan
Dasar Manusia. Jakarta: EGC.

Hidayat, Alimul, Aziz, A & Uliyah, Musrifatul. 2013.
Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Health
Books.

Nwoke, E. A., Ibe, S. N. O., Chukwuocha, U. M., &
Nworuh, B. O. The Impact of Health Seeking
Behaviour , Educational Attainment and
Financial Strength on Home Management of
Malaria in Rural Communities in Imo State ,
Nigeria. *British Journal of Medicine & Medical
Research*, 4(15), 2884–2895. 2014.

Adams, R. J. Improving health outcomes with better
patient understanding and education. *Risk
Management and Healthcare Policy*, 3, 61–72.

Peng, Y., Chang, W., Zhou, H., Hu, H., & Liang, W.
Factors associated with health-seeking behavior
among migrant workers in Beijing , China. *BMC*

Health Services Research, 10(69), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-69.2010>.

Abubakar, A., Baar, A. Van, Fischer, R., Bomu, G., Gona, J. K., & Newton, C. R. Socio-Cultural Determinants of Health-Seeking Behaviour on the Kenyan Coast : A Qualitative Study. PLOS ONE, 8(11), 1–8.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071998>.
2013.

Abidin, S. I. Z., Sutan, R., & Shamsuddin, K. (2014). *Prevalence and Determinants of Appropriate Health Seeking Behaviour among Known Diabetics : Results from a Community-Based Survey. 2014.*

McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., O'Brien, F., Biddle, M.J., Moser, D.K., 2013. Multivariate analysis of predictors of pre-hospital delay in acute coronary syndrome. Int. J. Cardiol. 168, 2706–2713. doi:10.1016/j.ijcard.2013.03.022

Darawad, M.W., Alfasfos, N., Saleh, Z., Saleh, A.M., Hamdan-Mansour, A., 2015. Predictors of delay in seeking treatment by Jordanian patients with acute coronary syndrome. Int. Emerg. Nurs. doi:10.1016/j.ienj.2015.09.003

Eka Fayuning Tjomiadi, C., & Surit, P. (2017). *Health Seeking Behavior: Concept Analysis.* 6(Smichs), 379–386. <https://doi.org/10.2991/smichs-17.2017.46>

- Vinsur, E. Y. Y., Sargowo, D., & Suharsono, T. (2018). Patient'S Chest Discomfort Associated With Delay in Reperfusion Therapy Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Science)*, 6(1), 136–146. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2018.006.01.13>
- Dewi, W.R. (2015). Jangan anggap sepele sakit angin duduk. *Tribun Jogja*.
- Donsu, J.D. (2016). *Metodologi penelitian keperawatan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Fauziyah, I. Z. (2013). Efektifitas teknikeffleurage dan kompres hangat terhadap penurunan tingkat disminore. *Jurnal Universitas Gresik*, Vol. 1 No. 1. Gresik: Universitas Gresik.
- Felina, M., Masrul., & Iryani, D. (2015). Pengaruh kompres panas dan dingin terhadap penurunan nyeri kala I fase aktif persalinan fisiologis ibu primipara. *Jurnal kesehatan Andalas*, Vol.4 No. 1. Padang: Universitas Andalas.
- Gard, M. G & Kring, A. M. (2007). Sex differences in the time course of emotion. *Journal Article*. 7(2): 429-37. DOI:10.1037/1528-3542.7.2.429.
- Halimuddin. (2016). Tekanan darah dengan kejadian infark pasien *Acute coronarysyndrome* (ACS). *Idea nursing journal*, ISSN: 2087-2879. <http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/File/6443/5280>

- Hamidin, A. S. (2012). *Keampuhan terapi air putih*. Jakarta: PT Buku Seru.
- Hariyanto, A., Hadisaputro, S., & Supriyadi. (2015). Efektivitas foot hand massage terhadap respon fisiologis dan intensitas nyeri pada pasien infark miokard akut. *Jurnal ilmu keperawatan dan kebidanan (JIKK)*, Vol. 11, No.3, Desember 2015: 113 – 122.
- Harnowo, P. A. (2013). P3K: Pertolongan pertama dan Penanganan Darurat. Retrieved from www.itokindo.org.
- Hernawan, U. E., Setyawan, A.D. (2003). Senyawa organosulfur bawang putih. *Biofarmasi Journal*. Vol 1, No. 2, Agustus 2003, hal 65 – 76.
- Hidayat, A., Erwin., Dewi, A.P. (2015). Persepsi penyakit jantung koroner yang akan dilakukan tindakan kateterisasi jantung di akses 02 maret 2019 dari <https://www.neliti.com/publications/187820/persepsi-penyakit-jantung-koroner-yang-akandilakukan-tindakan-kateterisasi-jantu>.
- Irman, O., Poeranto, S., & Suharsono, T. (2017). Hubungan perseps tentang nyeri kardiak dengan keterlambatan prehospita pada pasien sindrom koroner akut. *Journal of nursing care & biomolecular* Vol.2 No.1. https://www.researchgate.net/publication/328454597_Hubungan_Persepsi_Ten

tang_Nyeri_Kardiak_Dengan_Keterlambatan_Pre
hospital_Pada_Pasien_Sindr
om_Koroner_Akut_Di_IGD_RSUD_dr_TC_Hiller
s.

Kartika, I.I. (2017). *Dasar-dasar riset keperawatan dan pengolahan data statistik*. Jakarta: CV.Trans Info Media.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Situasi kesehatan jantung*. Jakarta Selatan:Info datin.

Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Penyakit jantung penyebab kematian tertinggi, Kemenkes ingatkan cerdas*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kumar, V., Cotran, R.S., & Robbins, S.L. (2013). *Buku ajar patologi Edisi 7*. Jakarta: EGC.

Kurniati, A., Trisyani, Y., Theresia, S.I.M. (2018). *Keperawatan gawat darurat dan bencana*. Singapore: Elsevier.

Majid, A. (2008). Penyakit jantung koroner: patofisiologi, pencegahan, dan pengobatan terkini. *Universitas Sumatera Utara (USU)*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/705/08E00124.pdf;jsessionid=A2220FE54116106DD317219681227D52?sequence=1>.

Malonda, N. S. H., Dinarti, L. K., & Pangastuti, R. (2012). Pola makan dan konsumsi alkohol sebagai

faktor risiko hipertensi pada lansia. *Jurnal gizi klinik Indonesia* Vol.8, No.4: 202-212.

McPhee, S.J., & Ganong, W.F. (2012). *Pathophysiology of disease : an introduction to clinical medicine*. Jakarta: EGC.

Mulyadi. (2013). Faktor-Faktor pencetus kejadian serangan jantung di Rumah Sakit Immanuel Bandung. *ejournal.stik-immanuel.ac.id*.
<http://ejournal.stik-immanuel.ac.id/file.php?file=prosiding&id=469&cd=e2ce2591d661566cad82c1bc2d67a36d&name=37-52%20Mulyadi.pdf>.

Murtiningsih., & Karlina, L. (2015). Penurunan nyeri disminore primer melalui kompres hangat pada remaja. *Jurnal STIKES Agmad Yani*, Vol. 3, No.2. Cimahi: STIKES Ahmad Yani.

Mussi, F.C., Mendes, A.S., Queiroz, T.L.D., Costa, A.L.S., Pereira, A., Caramelli,

B. (2014). Pre-Hospital delay in Acute myocardial infarction: judgement of symptoms and resistance to pain. *ISSN 0104-4230. Rev. Assoc. Med. Bras. Vol.60 no.1*. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.014>.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- _____. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: RinekaCipta.
- _____. (2014). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- PERKI. (2018). Pedoman tata laksana Sindrom Koroner Akut. www.inaheart.org.
- Pohan, H. T. (Mei, 2007). Masuk angin bisa berujung maut. *Humas Universitas Indonesia Kliping*, 3 – 4.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental of Nursing: Konsep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: EGC.
- Pratintya, A. D., Harmilah., & Subroto. (2014). Kompres hangat menurunkan nyeri persendian osteoartritis pada lanjut usia. *Jurnal kebidanan dan keperawatan*, Vol.10, No. 1. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes.

- Putri, E.D., (2018). Hubungan illness perception dengan health seeking behavior pasien *acute coronary syndrome* (ACS) di Rumah sakit umum daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. Stikes HangTuah Pekanbaru.
- Radji, M. (2011). *Mikrobiologi Buku Kedokteran*. Jakarta:EGC.
- Rahmawati, D., Rosjidi, C.H., & Nurhidayat, S. (2018). Hubungan antara persepsi keluarga dengan fast respon serangan penyakit jantung. *Jurnal vokasi kesehatan*. ISSN 2442-5478.
- Rampengan, S. H. (2015). *Kegawatdaruratan jantung*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Provinsi Riau. (2019). Jumlah pasien acute koronary syndrom (ACS) rawat inap. Pekanbaru.
- Republik Indonesia. (2003). Undang-Undang Republik Indonesia No.20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- Saberi, F., Mohsen, A. H., & Javad, Z. (2014). Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan City. *Nurs Midwifery Study*, 3(4), 1-6, DOI: <http://dx.doi.org/10.17795/nmsjournal124238>.

- Satoto, H. H. (2014). Coronary heart disease pathophysiology. *Jurnal anestesiologi Indonesia*, Volume VI, Nomor 212/P/2014. <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/janesti/article/view/9127/7385>.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: InternaPublishing.
- Sugiarto, A., Anies., Julianti, H.P., & Mardiono. (2015). Intervention baased on nursing integration with islam relaxation to decrease anxiety and pain on IMA patients in ICU. *Journal kesehatan* Vol.11. ISSN 1829-5754.
- Sujarweni, V.W. (2018). *Metodologi penelitian*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Terry, C.L & Weaver, A. (2013). *Keperawatan kritis Demystified*. Yogyakarta:Rapha Publishing.
- Tumade, B., Jim, E. L., & Joseph V. F. F. (2016). Prevalensi sindrome koronerakut di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Journal e-clinic* Vol. 4 No. 1. https://www.researchgate.net/publication/328454597_Hubungan_Persepsi_Tentang_Nyeri_Kardiak_Dengan_Keterlambatan_Prehospital_Pada_Pasien_Sindrom_Koroner_Akut_Di_IGD_RSUD_dr_TC_Hillers.

- Trisnowiyanto, B. (2012). *Keterampilan dasar massage*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ubaydillah, R. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Health seeking behavior pasien *acute coronary syndrome* (ACS) di Rumah sakit umum daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. Stikes HangTuah Pekanbaru. Skripsi tidak dipublikasi.
- Widjajakusumah, M.D., & Tanzil, A. (Ed.). (2011). *Buku ajar fisiologi kedokteran Edisi kedua belas*. Singapore: Elsevier.
- World Health Organization (WHO). (2018). *The top 10 causes of death*. Washington: DC: The World Bank Group. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Yulianti, N. T., Kosasih, C. E., & Emaliyawati, E. (2019). Gambaran kualitas hidup pasien Acute coronary syndrome (ACS) di Poliklinik jantung AL Islam Bandung.

[Biografi Penulis]



Lita merupakan seorang dosen Keperawatan. Wanita kelahiran Lalang, Siak Sri Indrapura 05 Februari 1984 ini mengawal karirnya sebagai perawat di Miike Hospital Jepang pada tahun 2008 dan saat ini bekerja sebagai dosen keperawatan di STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Lita merupakan anak Kelima dari pasangan Riduan dan Tengku Salbiah.

Kedua orang tua Lita merupakan seorang petani yang begitu gigih dalam memotivasi anak – anaknya dalam meraih cita-cita dan menjadikan semua ucapan sebagai Doa. “ Memegang pena ajalah bisanya” itulah kata-kata yang pernah diucapkan ibundanya saat

marah. Hasil Ucapan tersebut sehingga jadilah Lita sebagai seorang dosen yang sehari – hari memang pekerjaannya menggunakan pena. Kata-kata yang masih bernilai positif yang harapannya menjadi contoh bagi ibu-ibu masa kini.

Bahkan sejak kecil lita sudah bercita-cita menjadi seorang guru. Lita menimba ilmu di SD Negeri 0.23 Lalang, kemudian melanjutkan ke SMP Swasta Lalang dan SMA Negeri 1 Sungai Apit. Lita melanjutkan pendidikannya dan mengambil jurusan Keperawatan di AKPER Muhammadiyah Pekanbaru, S1 dan Ners Universitas Riau, S2 Magister Keperawatan Universitas Andalas dan Saat ini sedang melanjutkan kuliah S3 Phd in Nursing di Lincoln University Malaysia.

Berkat kerja kerasnya, Lita mampu meraih penghargaan di tingkat internasional dari kedutaan jepang karena kontribusinya sebagai perawat di jepang, kemudian mendapat hibah penelitian dan pengabdian masyarakat dari dikti, menjadi detaser pada program detasering Kemenristekdikti serta sebagai Dosen Pendamping Lapangan (DPL) Kampus Mengajar 2. Selain berprofesi sebagai dosen, Lita juga merupakan

auditor mutu internal perguruan tinggi, menjadi pakar dalam kampus merdeka dan merdeka belajar, penyusunan kurikulum, penjamin mutu internal serta akreditasi perguruan tinggi. Semangat serta mimpi yang dimiliki Lita semoga mampu menginspirasi generasi muda terutama yang tinggal dipedesaan untuk bisa lebih bersemangat untuk meraih cita-citanya.