

**HUBUNGAN PERSEPSI NYERI DENGAN KETERLAMBATAN PRE
HOSPITAL PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT (SKA) DI
RUANG IGD RS DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

SKRIPSI



ANISA AULIA SYIFA

NIM. 193310774

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN -NERS

POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

2023

Hubungan Persepsi Nyeri Dengan Ketidakepatuhan Pre
Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Di
Rumah Sakit RS DR. SCHMIDT MOCHYAR BIKITTINGGI

SKRIPSI

*Disusun Untuk Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Sains
Fakultas Kesehatan Masyarakat Padang Selatan Universitas Muhammadiyah
Sarjana Terapan Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang*



ANITA AULIA SYIFA

NIM. 193110714

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN SAINS

POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

2023

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul penelitian: Hibridasi Program Studi Dengan Keterampilan Pita
Hospital Pada Pasien Jantung Koroner Akut (JAK) Di
Rumah Sakit Dr. Achmad Mubandjir Solo
Nama: Nurul Laila Nur
NIM: 190140714

Saya ini telah setuju untuk melaksanakan kegiatan ini sebagai
Program Studi Sesuai Target Kapasitas Baru Fakultas Kesehatan
Faling

Faling, 22 Juli 2023

Kawan Persembahkan

Persembahkan

Persembahkan Persembahkan

(Nur Laila Nur, NIM. 190140714, Sp. KMB)
NIP. 1974012719014071402

(Nur Laila Nur, NIM. 190140714, Sp. KMB)
NIP. 1974012719014071402

Kawan Program Studi Sesuai Target Kapasitas



(Nur Laila Nur, NIM. 190140714, Sp. KMB)
NIP. 1974012719014071402

REPORT OF THE COMMISSIONER

STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF WATER RESOURCES
DIVISION OF WATER RESOURCES
OFFICE OF THE COMMISSIONER
1001 L STREET, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95833

REPORT ON THE PROGRESS OF THE DEVELOPMENT OF WATER RESOURCES
PROGRAMS UNDER THE FEDERAL EXPANSION AND CONSERVATION
ACTS OF 1954

WATER RESOURCES

DEPARTMENT OF WATER RESOURCES

1975



1975

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DEPARTMENT OF WATER RESOURCES, CALIFORNIA STATE WATER PROJECT, SACRAMENTO, CALIFORNIA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Foto



A. Identitas

1. Nama Lengkap : Anisa aulia syifa
2. Tempat / Tanggal Lahir : perawang / 29 oktober 2000
3. Agama : Islam
4. Status Keluarga : Belum Menikah

Nama Orang Tua

5. Ayah : Renfri Nandus
6. Ibu : Sri Widyastuti
7. No Telp/Hp : 082171287117
8. *Email* : anisaauliasyifa@gmail.com
9. Alamat : Jln. Piliang Lawas, Jorong Sungai Tarab,
Kec. Sungai Tarab, Kab.Tanah Datar

B. Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Institusi	Tahun
1.	TK	TK Lenggogeni	2005-2006
2.	SD	SDN 23 Sungai Tarab	2006-2012
3.	SMP	MTsN Batusangkar	2012-2015
4.	SMA	MAN 2 Tanah Datar	2015-2018
5.	S1 Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2023

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang beranda target di bawah ini saya:

Nama Lengkap : Anna Aulia Syah
NIM : 191216714
Tanggal Lahir : 20 Oktober 2000
Tahun Masuk : 2019
Pembimbing Akademik : No. Deliana S.Pd.S.Kep.Ni.Kes
Pembimbing Utama : No. Siti Dandi Anggreni, S.Kep.Ni. Kep. Sp.KMI
Pembimbing Pendamping : No. Huzuli Dadi, M.Kep.Sp.MB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya, yang berjudul *Hubungan persapi raspi dengan keefektifan per hospital pada pasien Sindrom Kerner Atas (SKA) di ruang IHD RSUD Dr. Achmad Mubandah Bukittinggi Tahun 2022*.

Apabila nanti saat saya terdapat saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan.

Ditandatangani saat penyusunan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 2 Juli 2021

Mubandah

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat Nya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Persepsi Nyeri Dengan Keterlambatan Pre Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (Ska) Di Ruang Igd Rs Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.”** Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan ibu Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Kep, M. Kep, Sp. KMB selaku pembimbing I dan Bapak Ns. Hendri budi, M.Kep., Sp.KMB selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Ns. Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
2. Bapak Dr. H. Khairul, Sp.M selaku Direktur RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.
3. Bapak Tasman, S. Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang,
4. Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.MB selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan keperawatan- Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
5. Ibu Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku dosen pembimbing akademik mahasiswa keperawatan .
6. Bapak dan Ibu dosen beserta Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang yang telah memberikan ilmu, dukungan, masukan dan semangat dalam pembuatan Penelitian Skripsi ini.
7. Kepada kedua orang tua dan keluarga tercinta yang selalu memberikan semangat dan Doa serta dukungan dalam menyelesaikan penelitian skripsi ini.
8. Kepada Teman-teman dan sahabat yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada peneliti, khususnya Kelas Sarjana Terapan Keperawatan angkatan 2019.

9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam perkuliahan dan proses penyelesaian Penelitian Skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

peneliti menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti. oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan..

Padang, Juli 2023

Peneliti

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN-NERS

Skripsi, Juli 2023

Anisa aulia syifa

Hubungan Persepsi Nyeri Dengan Keterlambatan Pre Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Di Ruang IGD RSUD DR. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2023

Isi : xi + 75 halaman, 4 tabel, 10 lampiran

ABSTRAK

Prevalensi penyakit jantung di Sumatera Barat lebih besar dari pada nasional yaitu sebesar 1,6%. Di RSUD Achmad Mochtar penderita penyakit jantung meningkat dari tahun ke tahun, pada tahun 2022 Pasien SKA berjumlah 318 orang. Penyakit ini membutuhkan penatalaksanaan yang cepat dan tepat, tetapi sering terjadi keterlambatan pre hospital. Keterlambatan disebabkan oleh kesalahan persepsi pasien terhadap tanda dan gejala penyakit SKA. Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan antara persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang IGD RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023.

Jenis penelitian ini kuantitatif dengan pendekatan cross sectional yang dilakukan bulan Oktober 2022-Juni 2023. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien SKA yang datang ke IGD Rumah Sakit sampel berjumlah 28 orang yang diambil dengan cara purposive sampling. Teknik pengumpulan data wawancara terpimpin menggunakan kuisioner, analisa data menggunakan *uji chi-square*.

Hasil penelitian didapatkan hampir seluruh (85,7%) pasien SKA mempersepsikan nyeri yang dirasakan bukan berasal dari penyakit jantung dan hampir seluruh (82,1%) pasien SKA mengalami keterlambatan pre hospital. Berdasarkan uji statistik diperoleh nilai p-value 0,012 (α 0,05), maka terdapat hubungan antara persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Kesimpulan masih banyak dari pasien SKA yang salah mempersepsikan nyeri yang dirasakan sehingga menyebabkan keterlambatan pre hospital. Maka dari itu diharapkan petugas kesehatan terutama perawat dapat melakukan edukasi kepada responden tentang tanda dan gejala SKA serta bahaya dari serangan SKA, dan pentingnya untuk segera ke Rumah Sakit (RS) bila mengalami tanda-tanda serangan SKA.

Kata kunci : persepsi, keterlambatan pre hospital

Daftar bacaan : 60 (2010-2022)

KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC

UNDERGRADUATE APPLIED NURSING-NERS STUDY PROGRAM

Skripsi, July 2023

Anisa aulia syifa

The relationship between pain perception and pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome (SKA) in the emergency room of RSUD DR.

Ahmad Mochtar Bukittinggi in 2023

Content: xi + 75 pages, 4 tables, 10 attachments

ABSTRACT

The prevalence of heart disease in West Sumatra is greater than nationally, which is 1.6%. At Achmad Mochtar Hospital, sufferers of heart disease are increasing from year to year, in 2022 there will be 318 patients suffering from ACS. This disease requires prompt and appropriate management, but prehospital delays often occur. The delay is caused by the patient's misperception of the signs and symptoms of ACS. The aim of the study was to determine the relationship between pain perception and prehospital delays in patients with acute coronary syndrome (ACS) in the emergency room of RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi in 2023.

This type of research was quantitative with a cross-sectional approach which was carried out in October 2022-June 2023. The population in this study were all ACS patients who came to the emergency room of the hospital, a sample of 28 people was taken by purposive sampling. Guided interview data collection techniques used questionnaires, data analysis using the chi-square test.

The results showed that almost all (85.7%) ACS patients perceived that the pain they felt was not from heart disease and almost all (82.1%) ACS patients experienced prehospital delays. Based on statistical tests, a p-value of 0.012 (α) was obtained. 0.05), then there is a relationship between pain perception and prehospital delays in patients with acute coronary syndrome (ACS) in the emergency room at RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

The conclusion is that there are still many ACS patients who misperceive the pain they feel, causing prehospital delays. Therefore it is hoped that health workers, especially nurses, can educate respondents about the signs and symptoms of ACS and the dangers of ACS attacks, and the importance of going to the hospital immediately if they experience signs of ACS attacks.

Key words: perception, pre-hospital delay

Reading list: 60 (2010-2022)

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PENGESAHAN	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
E. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II	11
TINJAUAN PUSTAKA	11
A. SINDROM KORONER AKUT	11
1. Definisi Sindrom Koroner Akut	11
2. Klasifikasi Sindrom Koroner Akut.....	12
3. Etiologi Sindrom Koroner Akut	14
4. Patofisiologi SKA.....	15
5. Faktor Resiko.....	16
6. Manifestasi Klinis.....	20
7. Karakteristik Nyeri Dada.....	21
8. Komplikasi	24
9. Pencegahan	26
10. Pemeriksaan diagnostik.....	29
11. Penatalaksanaan SKA	32
B. KETERLAMBATAN PRE HOSPITAL (<i>pre hospital delay</i>)	35

1. Definisi keterlambatan Pre Hospital	35
2. Penatalaksanaan Pre Hospital.....	36
3. Faktor Keterlambatan Pre Hospital	37
4. Dampak Keterlambatan PreHospital	39
C. Persepi Nyeri Dada.....	40
1. Definisi persepsi	40
2. Faktor yang mempengaruhi persepsi.....	41
3. Proses terjadinya persepsi.....	42
4. Persepsi penyakit jantung	43
5. Persepsi bukan penyakit jantung	44
D. Kerangka Teori.....	45
E. Kerangka Konsep	46
G. Definisi Operasional.....	47
BAB III.....	48
METODE PENELITIAN	48
A. Jenis Penelitian.....	48
B. Waktu dan Tempat	48
C. Etika Penelitian	48
D. Populasi dan Sample	49
E. Jenis Pengumpulan Data	50
F. Teknik Pengumpulan.....	51
G. Instrumen Penelitian.....	51
H. Prosedur Penelitian.....	52
I. Pengolahan Data.....	53
J. Analisis Data	54
BAB IV	55
HASIL DAN PEMBAHASAN	55
A. Profil RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi	55
B. Karakteristik responden	56
1. Gambaran umum pasien.....	57
C Hasil penelitian	61
1. Analisis univariat	61
2. Analisis Bivariat.....	62
D. PEMBAHASAN.....	63
1. Analisis univariat	63

2. Analisis bivariat	69
BAB V.....	74
KESIMPULAN DAN SARAN	74
A. Kesimpulan.....	74
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 klasifikasi SKA	12
Tabel 2. 2	24
Tabel 4. 1	56
Tabel 4. 2	57
Tabel 4. 3	57
Tabel 4. 4	58
Tabel 4. 5	58
Tabel 4. 6	59
Tabel 4. 7	61
Tabel 4. 8	62
Tabel 4. 9	62

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Kerangka teori.....	45
Bagan 2. 2 Teori Konsep	46

DAFTAR LAMPIRAN

<i>Lampiran 1</i>	82
<i>Lampiran 2</i>	83
<i>Lampiran 3</i>	84

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

New Communicable Disease dikenal dengan penyakit tidak menular, yang merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Sebanyak 36 juta orang meninggal setiap tahunnya (63% dari seluruh kematian) oleh karena Penyakit Tidak Menular (PTM). Kematian paling banyak disebabkan oleh PTM yaitu penyakit jantung sebanyak 17,3 juta orang per tahun, diikuti oleh kanker (7,6 juta), penyakit pernafasan (4,2 juta), dan DM (1,3 juta). Keempat kelompok jenis penyakit ini menyebabkan sekitar 80% dari semua kematian PTM (Masitha et al., 2021). Berdasarkan Global Burden of Disease dan Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2014-2019 penyakit kardiovaskular menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang disebabkan karena adanya gangguan pada fungsi jantung dan pembuluh darah, salah satunya adalah Sindrom Koroner Akut. Menurut Perki 2018, Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan penyakit kardiovaskular utama yang memiliki tingkat mortalitas yang tinggi dan menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia (Patricia et al., 2018).

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan kondisi kegawatan akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dengan aliran darah yang memberikan suplai oksigen (Wahiddiyah & Rizal, 2019). SKA terjadi karena terhentinya aliran darah koroner secara tiba-tiba sehingga aliran darah ke miokardium terganggu (Patricia et al., 2018). Hal ini disebabkan oleh adanya penumpukan plak yang bisa berdampak pada arteri dimana ini disebut sebagai aterosklerosis yang menyebabkan terbentuknya trombus sehingga dapat membuat lumen menyempit, yang akhirnya dapat menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah dan mengakibatkan kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Apabila trombus

pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal, maka akan terjadi infark pada miokardium (Maulidah et al., 2022).

Faktor risiko pada SKA di bagi menjadi 2 yaitu faktor resiko yang dapat di perbaiki dan yang tidak dapat di perbaiki. Dimana stress, diabetes melitus (DM), obesitas, hipertensi, merokok termasuk ke dalam faktor risiko yang dapat di perbaiki sedangkan untuk faktor risiko yang tidak dapat di perbaiki yaitu jenis kelamin, riwayat keluarga yang pernah terkena penyakit kardiovaskular, dan usia. (Diputra et al., 2018).

Sedangkan Manifestasi Klinis Sindrom Koroner Akut (SKA) yang sering terjadi yaitu nyeri dada, selain dari nyeri ada tanda gejala yang juga sering terjadi berupa sesak nafas, mual, muntah, diaforesis, sinkop, dan nyeri pada lengan, bahu atas, epogastrium, atau leher (Patricia et al., 2018). Sedangkan tanda dan gejala SKA yang perlu diwaspadai menurut (yankes.kemkes, 2022), sesak nafas, detak jantung yang tidak beraturan, merasa ingin jatuh, kelelahan yang sangat parah, otot melemah dan keluar keringat dingin. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dan pemeriksaan biomarka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi menjadi 3 jenis yaitu : Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: ST segment elevation myocardial infarction), Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: non ST segment elevation myocardial infarction), Angina Pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris) (Dokter et al., 2015).

Pasien dengan penyakit jantung dapat tiba-tiba mengalami keluhan nyeri dada yang umumnya memiliki ciri khas, antara lain dapat berupa nyeri dada yang tipikal (angina tipikal) atau angina atipikal. Keluhan angina tipikal ditandai dengan keluhan seperti rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium. Keluhan angina tipikal dapat berlangsung selama beberapa menit maupun lebih dari 20 menit. Keluhan lain juga menyertai angina

tipikal seperti diaphoresis (keringat dingin), mual, muntah, nyeri abdominal, sesak nafas, dan sinkop. Sedangkan untuk Keluhan atipikal antara lain seperti nyeri dada pada daerah yang sama dengan tipikal, gangguan pencernaan (digesti), sesak nafas yang susah diungkapkan pasien, dan rasa lemah mendadak yang susah diuraikan (Perki, 2018).

Nyeri dada adalah indikator utama dari sindrom koroner akut yang sering menjalar kelengan kiri, leher, rahang, dan punggung. Nyeri dada yang tidak terkontrol menyebabkan masalah fisiologis dan psikologis seperti ketidaknyamanan, gangguan pernafasan, hipertensi, kecemasan, dan detak jantung tidak normal. Kondisi ini meningkatkan beban kerja jantung sehingga memperburuk iskemia myocardial dan bertambahnya tekanan darah pada dada (Ningsih & Yuniartika, 2020). Nyeri dada merupakan alasan umum dari pasien yang datang ke rumah Sakit, dicatat lebih dari 5% kunjungan di bagian gawat darurat dan 40% yang masuk rumah Sakit. Sekitar 50% pasien yang datang dengan nyeri dada memiliki riwayat SKA, yang membutuhkan rawat inap dan terapi medis secara intensif (Rampengan, 2015).

Pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat dengan dicurigasi SKA harus segera diidentifikasi karena dapat mengancam jiwa. Diagnosis ditegakkan apabila anamnesis dapat diperoleh keluhan khas nyeri dada SKA. Hasil anamnesis dapat diperkuat dengan ditemukannya keluhan tersebut pasien dengan karakteristik laki laki, memiliki aterosklerosis, memiliki penyakit jantung koroner dengan pernah mengalami infark miokard, pembedahan vaskularisasi jantung, serta memiliki banyak faktor resiko. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui faktor pencetus iskemia, komplikasi, penyakit penyerta, dan menyingkirkan bias karena diagnosa banding. Pemeriksaan fisik yang ditemukan antara lain regurgitasi katup mitral akut, suara jantung tiga (S3), ronkhi basah halus, dan diaphoresis merupakan tanda kecurigaan terhadap SKA. Kekuatan nadi tidak seimbang, regurgitasi katup aorta akibat diseksi aorta,

pneumothoraks, nyeri pleuritik disertai suara napas yang tidak seimbang perlu dipertimbangkan dalam diagnosa banding SKA (Perki, 2018).

Kesulitan dalam mengidentifikasi pasien umumnya terletak pada tanda gejala nyeri yang tidak spesifik, akan tetapi juga disertai gejala seperti rasa tidak nyaman, rasa tertekan, dan diremas. Keterlambatan identifikasi pasien berpotensi menyebabkan kemungkinan hasil klinis yang merugikan pada pasien. Oleh karena itu, penentuan penilaian resiko pada awal sangat penting untuk memandu dalam manajemen pasien, melakukan pemeriksaan diagnostik tambahan serta perawatan pasien (Syafii & Kristinawati, 2020).

Data world health organization (WHO) tahun 2021, penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian utama secara global, kematian akibat penyakit jantung mencapai angka sekitar 17,9 juta jiwa pertahun. Lebih dari 75% kematian akibat penyakit kardiovaskular terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penyakit kardiovaskular adalah sekelompok gangguan jantung dan pembuluh darah dan termasuk penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, penyakit jantung rematik dan kondisi lainnya. Lebih dari empat dari lima kematian penyakit kardiovaskular disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, dan sepertiga dari kematian ini terjadi sebelum waktunya pada orang di bawah usia 70 tahun (WHO, 2021).

Sedangkan di Indonesia sendiri angka kematian dari penyakit jantung menduduki peringkat nomer satu angka mortalitas kematian yaitu sebesar 35% dari total kematian. Kementerian Indonesia merilis laporan Riskesdas pada tahun 2018, bahwa prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur sebanyak 1.017.290 jiwa (Kemenkes, 2018).

Data Sumatera Barat peningkatan prevalensi penyakit jantung lebih besar dari data nasional yaitu sebesar 1,6% atau di perkirakan sekitar 20.663 orang. Sumatera Barat merupakan provinsi dengan prevalensi penyakit jantung tertinggi ke-4 di Indonesia. Prevalensi penyakit jantung jenis kelamin perempuan lebih tinggi dari pada jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 1,69% dan 1,48% pada jenis kelamin laki-laki (Riskesdas, 2018).

Pasien dengan infark miokard yang berkembang sering tidak meminta bantuan medis sampai gejala-gejalanya telah muncul lebih dari satu jam. Keterlambatan pasien ini terjadi pada saat yang paling kritis dalam perjalanan penyakit, saat nyeri parah dan risiko takiaritmia ventrikular dan serangan jantung tinggi. Oleh karena ini, semua pasien dengan nyeri dada dicurigai memiliki SKA harus segera dipindahkan ke rumah Sakit untuk dilakukan penilaian (Rampengan, 2015).

Banyaknya kejadian keterlambatan penanganan di rumah Sakit pada pasien sindrom koroner akut dikaitkan dengan persepsi pasien terhadap nyeri dada yang dirasakan (Fox-Wasylyshyn et al., 2010). Pasien yang mempersepsikan penyakit jantung memiliki kemungkinan untuk segera mencari perawatan dalam waktu satu jam setelah onset gejala, berbeda dengan pasien yang mempersepsikan bukan penyakit jantung dilaporkan hingga 50% mengalami keterlambatan tiba di rumah Sakit (Mooney, 2014). persepsi mempengaruhi seseorang dalam membuat keputusan untuk meminta bantuan dalam hal mengelola situasi dan menunggu orang lain misalnya keluarga untuk membuat keputusan. Kemampuan pasien dalam mempersepsikan gejala yang dialami dengan benar dapat menentukan respon pasien (Setyo Rini et al., 2017).

Mispersepsi tentang penyakit kardiovaskular diduga berpengaruh terhadap ketidakwaspadaan terhadap serangan penyakit kardiovaskular. Pasien Keluarga sering menyepelekan tanda gejala yang muncul saat serangan

sehingga kebanyakan dari keluarga melakukan perilaku yang tidak tepat yang dapat mengakibatkan keterlambatan penanganan SKA.

Ketidakmampuan pasien dan keluarga mempersepsikan gejala nyeri dada penyakit jantung sering kali menjadi permasalahan keterlambatan pre hospital, pada saat gejala seperti nyeri dada, pasien jantung koroner hanya beristirahat, menganggap bahwa nyeri akan segera berkurang serta Selama di rumah pasien hanya berbaring, mengobati diri sendiri dan membeli obat di apotik terdekat, selain itu juga responden berobat ke dukun. (Irman et al., 2017b). keterlambatan pre hospital adalah waktu dari timbulnya gejala sugestif SKA sampai kedatangan ke titik perawatan definitif; yaitu unit gawat darurat (UGD) rumah Sakit (Youssef et al., 2017).

Sedangkan menurut Venkatachalam et al. (2015) ada dua penyebab keterlambatan pre hospital pada responden tiba di IGD yaitu pengambilan keputusan yang tidak sesuai berdasarkan persepsi nyeri dada dan pengambilan keputusan dalam tidak langsung ke rumah Sakit sejak terjadinya nyeri dada hebat pada pasien. Kesalahan persepsi bisa menyebabkan 8,98 kali pasien tiba terlambat di rumah Sakit.

Seringnya keterlambatan penanganan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut ini menjadi salah satu faktor banyak nya angka kejadian gawat darurat pada responden. kegagalan untuk mengenali tanda gejala SKA dikaitkan dengan peningkatan keterlambatan prehospital (Rosjidi, 2020). Dikarenakan sindrom koroner akut (SKA) membutuhkan penatalaksanaan yang cepat dan tepat, tetapi yang sering terjadi adalah waktu keterlambatan prehospital yang panjang. Berdasarkan pedoman dari American College of Cardiology Foundation dan American Heart Association (ACCF/AHA) tahun 2013, standar waktu saat munculnya gejala hingga pasien tiba di IGD adalah 120 menit (O'Gara et al., 2013). Responden dikatakan terlambat tiba di IGD, apabila melebihi dari waktu yang direkomendasikan. Keterlambatan prehospital pada dasarnya

tergantung pada pasien serta kesiapan pertolongan prehospital. Keterlambatan prehospital dikaitkan dengan persepsi pasien tentang nyeri kardiak yang dirasakannya. (Irman et al., 2017a). Hal ini sesuai penelitian sebelumnya dijelaskan bahwa kesalahan persepsi pasien terhadap keluhan penyakit menjadi penyebab pasien tiba terlambat. Selain itu juga disebabkan oleh masalah psikologis, dimana pasien tidak menerima bahwa mereka menderita SKA (Wirawan et al., 2021).

Pentingnya tujuan utama dari perawatan gawat darurat SKA adalah untuk menghindari dampak keterlambatan pre hospital seperti, iskemia berlanjut, membatasi kerusakan miokard, mengurangi insiden disfungsi ventrikel kiri, gagal jantung dan kematian. Hal ini bisa di capai apabila identifikasi dini pasien yang memerlukan perawatan gawat darurat dan revaskularisasi. Oleh karena itu pasien diduga memiliki SKA sampai di rumah Sakit, proses cepat diperlukan untuk menetapkan diagnosis dini dan memungkinkan penerapan perawatan darurat yang efektif. Penilaian awal harus cepat dan bertujuan untuk menetapkan diagnosis, menilai kondisi hemodinamik dan menentukan kecocokan untuk pemberian terapi (Rampengan, 2015).

Hasil studi Sugiarto (2012) menyatakan bahwa pasien mempersepsikan gejala yang muncul bukan merupakan penyakit jantung sebesar 71,4% dan 37,8% mempersepsikan gejala yang dialami adalah masuk angin. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat variasi penelitian dimana pasien dengan nyeri dada tipikal yang mempersepsikan bukan berasal dari jantung lebih banyak dari pada pasien yang mempersepsikan berasal dari jantung. Serta sebanyak 41% pasien mempersepsikan gejala nyeri dada yang dialami bukan penyakit jantung dan 64,1% diantaranya mengalami keterlambatan

Hasil penelitian yang dilakukan Irman et al., 2017, tentang hubungan persepsi nyeri kardiak dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di IGD RSUD dr. T.C HILLERS Maumere

pada tahun 2017 , menunjukkan adanya hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) dengan hasil nilai p pada uji contingency coefficient yaitu 0,002. Nilai p alfa (0,05) maka H0 di tolak dan Ha diterima. Penelitian ini menunjukkan dari 66,7% mempersepsikan nyeri yang di raSKAan bukan penyakit jantung.

Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi telah resmi bekerja sama dengan RS khusus jantung Harapan Kita dimana di harapkan RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi akan menjadi pusat rujukan (cardiac center) sekaligus lokomotif peningkatan pelayanan rumah Sakit yang berkualitas di wilayah Sumatera Barat bagian utara. Hasil studi dokumentasi yang dilakukan pada 27 desember 2022 di ruang IGD RS DR. Achmad mochtar Bukittinggi , di dapatkan pasien yang terdiagnosa SKA di Ruang IGD dari bulan januari – oktober 2022 sebanyak 318 orang yaitu angka kejadian stemi sebanyak 227 orang, Nstemi sebanyak 41 orang pasien dan UAP sebanyak 50 orang. Serta terkait persepsi nyeri pada responden di ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi terdapat dua perbedaan pesepsi yaitu nyeri penyakit jantung dan bukan penyakit jantung. Peneliti melakukan observasi dan wawancara singkat dengan 2 orang responden di ruagan IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi mengatakan bahwa pasien datang kerumah Sakit saat Sakit/nyeri sudah tidak tertahankan setelah sebelumnya di obati secara mandiri dirumah dan pasien mengatakan nyeri terjadi disore hari tapi baru dibawa ke rumah Sakit saat dini hari, dimana pasien termasuk dalam kriteria keterlambatan prehospital.

Peneliti telah melakukan penelitian tentang “hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apakah ada hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi persepsi nyeri pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Mengidentifikasi keterlambatan pre hospital pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Menganalisis hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi. Dimana variabel independen dalam penelitian ini adalah persepsi nyeri dan variabel dependen penelitian ini keterlambatan pre Hospital. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak pasien terdiagnosa penyakit sindrom koroner akut (SKA) datang pertama kali ke IGD RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan melakukan pendekatan cross sectional untuk mengetahui hubungan

persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman tentang penerapan metode ilmiah, khususnya hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian tentang hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi ini diharapkan sebagai masukan dan pengalaman serta diintegrasikan dalam pengembangan materi mata perkuliahan terkait. Dan juga menambah koleksi karya ilmiah untuk bahan bacaan di perpustakaan.

3. Bagi Lahan

Sebagai sumbangan ide dan pemikiran khususnya ilmu keperawatan gawat darurat dan diharapkan penelitian terkait persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital ini dapat dikembangkan untuk kemajuan kesehatan khususnya bidang kegawat daruratan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SINDROM KORONER AKUT

1. Definisi Sindrom Koroner Akut

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan istilah yang mengacu pada kondisi berkurangnya atau terhentinya suplai oksigen ke otot jantung. Peristiwa tersebut merupakan akibat dari berkurangnya secara mendadak aliran darah ke otot jantung (miokard) yang dikarenakan oleh gangguan di pembuluh darah koroner, karena adanya penyumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah jantung (arteri koroner), peningkatan beban kerja jantung, dan penurunan kemampuan darah dalam mengikat oksigen (Jeki dan mandria, 2021). Penurunan suplai oksigen pada otot jantung akan mengakibatkan penurunan kemampuan jantung untuk memompakan darah keseluruh tubuh. Sementara itu, terhentinya suplai oksigen ke salah satu otot jantung akan mengakibatkan terjadinya kematian pada bagian otot jantung yang terkena (infark miokard). Sehingga, apabila otot jantung yang terkena cukup luas maka dapat menyebabkan henti jantung (Jeki dan mandria, 2021).

Sedangkan menurut AHA 2017, Penyakit pembuluh darah arteri koroner adalah gangguan fungsi sistem kardiovaskuler yang disebabkan karena otot jantung kekurangan darah akibat adanya oklusi pembuluh darah arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung (AHA, 2017).

2. Klasifikasi Sindrom Koroner Akut

Menurut perki 2018, berdasarkan anamensis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan EKG beserta pemeriksaan penunjang lainnya, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi 3 yaitu :

- a Infark miokard akut dengan segmen ST elevasi (Stemi)
- b Infark miokard akut tanpa segmen ST elevasi (Non-Stemi)
- c Angina Pektoris tidak stabil (UAP)

Tabel 2. 1 klasifikasi SKA

Jenis	Nyeri dada	EKG	Enzim jantung
Angina pektoris tidak stabil	Nyeri terasa waktu istirahat / aktivitas ringan dengan durasi 1-20 menit dan dapat hilang dengan nitrat.	Depresi segmen T Inversi gelombang T Tidak ada gelombang Q	Tidak meningkat
Non-Stemi	Nyeri lebih berat dan lama (>20 menit) tidak dapat hilang dengan nitrat, perlu opium.	Depresi segemen T Invensi gelombang T	Meningkat minimal 2 kali nilai batas atas normal
Stemi	Nyeri lebih berat dan lama (>20 menit) tidak hilang dengan nutrat dna perlu opium	Hiperakut T Elevasti segmen T Gelombang Q Inversi gelombang T	Meningkat minimal 2 kali nilai batas normal

Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya, secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis berupa Intervensi Koroner Perkuatan (IKP) primer dan bedah pintas arteri koroner. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sandapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak perlu menunggu hasil peningkatan marka jantung.

Diagnosis NSTEMI dan UAP ditegakkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sandapan yang bersebelahan. Rekam EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo-normalization, atau bahkan tanpa perubahan. Sedangkan UAP dan NSTEMI dibedakan berdasarkan kejadian infark miokard yang ditandai dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang digunakan adalah Troponin I/T. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi NSTEMI. Pada UAP marka jantung tidak meningkat secara bermakna.

Jika pemeriksaan EKG awal tidak menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam. EKG diulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang (Dokter kardiovaskuler Aroney et al. 2018).

3. Etiologi Sindrom Koroner Akut

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia dalam Pedoman tentang Tata Laksana Sindrom Koroner Akut, ada lima penyebab penyakit SKA yaitu :

a. Trombus tidak oklusif pada plak yang sudah ada.

Penyebab paling sering SKA adalah penurunan perfusi miokard oleh karena penyempitan arteri koroner sebagai akibat dari trombus yang ada pada plak aterosklerosis yang robek/pecah dan biasanya tidak sampai menyumbat. Mikroemboli (emboli kecil) dari agregasi trombosit beserta komponennya dari plak yang ruptur, yang mengakibatkan infark kecil di distal, merupakan penyebab keluarnya petanda kerusakan miokard pada banyak pasien.

b. Obstruksi dinamik.

Penyebab yang agak jarang adalah obstruksi dinamik, yang mungkin diakibatkan oleh spasme fokal yang terus menerus pada segmen arteri koroner epikardium (angina Prinzmetal). Spasme ini disebabkan oleh hiperkontraktilitas otot polos pembuluh darah dan/atau akibat disfungsi endotel. Obstruksi dinamik koroner dapat juga diakibatkan oleh konstiksi abnormal pada pembuluh darah yang lebih kecil.

c. Obstruksi mekanik yang progresif.

Penyebab ke tiga SKA adalah penyempitan yang hebat namun bukan karena spasme atau trombus. Hal ini terjadi pada sejumlah pasien dengan aterosklerosis progresif atau dengan stenosis ulang setelah intervensi koroner perkutan (PCI).

d. Inflamasi dan/atau infeksi.

Penyebab ke empat adalah inflamasi, disebabkan oleh yang berhubungan dengan infeksi, yang mungkin menyebabkan penyempitan arteri, destabilisasi plak, ruptur dan trombogenesis. Makrofag dan limfosit-T di dinding plak meningkatkan ekspresi enzim seperti metaloproteinase, yang dapat mengakibatkan

penipisan dan ruptur plak, sehingga selanjutnya dapat mengakibatkan SKA.

e. Faktor atau keadaan pencetus.

Penyebab ke lima adalah SKA yang merupakan akibat sekunder dari kondisi pencetus diluar arteri koroner. Pada pasien ini ada penyebab berupa penyempitan arteri koroner yang mengakibatkan terbatasnya perfusi miokard, dan mereka biasanya menderita angina stabil yang kronik. SKA jenis ini antara lain karena :

- a Peningkatan kebutuhan oksigen miokard, seperti demam, takikardi dan tirotoksikosis
- b Berkurangnya aliran darah koroner
- c Berkurangnya pasokan oksigen miokard, seperti pada anemia dan hipoksemia.

Kelima penyebab SKA di atas tidak sepenuhnya berdiri sendiri dan banyak terjadi tumpang tindih. Dengan kata lain tiap penderita mempunyai lebih dari satu penyebab dan saling terkait. (Kementrian Kesehatan 2016).

4. Patofisiologi SKA

Sebagian besar SKA adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (white thrombus).

Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial, atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen

yang berhenti selama kurang-lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard). Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner.

Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses hibernating dan stunning (setelah iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian responden tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis. (Dokter et al., 2015)

5. Faktor Resiko

Ada 3 faktor yang mempengaruhi penyakit jantung menurut *American Heart Association / American College of Cardiology* (2017), yaitu:

a. Faktor resiko utama

1) Merokok

Orang yang merokok mempunyai risiko 2 kali lebih banyak untuk menderita penyakit kardiovaskular dibanding orang yang tidak merokok. Efek merokok terhadap terjadinya aterosklerosis antara lain dapat menurunkan kadar HDL, trombosit lebih mudah mengalami agregasi, mudah terjadi luka endotel karena radikal bebas dan pengeluaran katekolamin berlebihan serta dapat meningkatkan kadar LDL dalam darah. Orang yang merokok mempunyai risiko kematian 60% lebih

tinggi, karena merokok dapat menstimulasi pengeluaran katekolamin yang berlebihan sehingga fibrilasi ventrikel mudah terjadi.

2) Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu peningkatan tekanan darah sistolik dan atau tekanan darah diastolik yang tidak normal. Nilai yang dapat diterima berbeda sesuai usia dan jenis kelamin. Hipertensi merupakan faktor risiko yang secara langsung dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah. Hipertensi adalah kondisi tekanan darah yang melebihi atau sama dengan 140 mmHg pada tekanan sistolik dan melebihi atau sama dengan 90 mmHg pada tekanan diastolik (JNC VIII, 2013). Hipertensi merupakan beban tekanan terhadap dinding arteri yang mengakibatkan semakin berat beban jantung untuk memompakan darah ke seluruh jaringan, hal ini akan mengakibatkan fungsi jantung akan semakin menurun dan dinding jantung akan semakin menebal dan kaku (AHA, 2015). Selain itu pada kondisi menurunnya kelenturan dinding arteri dan meningkatnya adhesi platelet, tingginya tekanan juga akan mengakibatkan plak yang menempel pada dinding arteri akan mudah terlepas dan mengakibatkan trombus (Hoo et al., 2016).

3) Dislipidemia

Dislipidemia adalah meningkatnya kadar kolesterol dan bentuk ikatan protein seperti trigliserida dan LDL, tetapi sebaliknya kadar HDL menurun. Dislipidemia tidak lepas dari asupan lemak sehari – hari terutama asupan lemak jenuh dan kolesterol, yang dapat meningkatkan insiden penyakit jantung koroner. Kolesterol merupakan suatu jenis lemak yang terdapat di dalam darah, bentuknya seperti lilin berwarna kuning dan diproduksi oleh hati dan usus halus. Bila tubuh mengonsumsi cukup banyak makanan maka jumlah trigliserida dan kolesterol akan meningkat. Yang akan menyebabkan arterosklerosis atau

penyumbatan pembuluh darah arteri karena tingginya kadar kolesterol dalam darah.

4) Diabetes Melitus

Pada penderita diabetes terjadi kelainan metabolisme yang disebabkan oleh hiperglikemi yang mana metabolit yang dihasilkan akan merusak endotel pembuluh darah termasuk didalamnya pembuluh darah koroner. Pada penderita diabetes yang telah berlangsung lama akan mengalami mikroangiopati diabetik yaitu mengenai pembuluh darah besar, dimana pada penderita ini akan sering mengalami triopati diabetik / mikrongopati yaitu neuropati, retinopati dan nefropati. Dan bilamana makroangiopati ini terjadi bersama – sama dengan neuropati maka terjadilah infark tersembunyi ataupun angina yang tersembunyi yaitu tidak ditemukan nyeri dada, dimana keadaan ini mencakup hampir 40% kasus. Pada penderita DM terjadi percepatan aterosklerosis dan 75 – 80% kematian penderita diabetes disebabkan oleh makroangiopati terutama yang terjadi pada jantung, yaitu SKA.

5) Stress

Banyak ahli yang mengatakan bahwa faktor stres erat kaitannya dengan kejadian penyakit jantung koroner. Dalam kondisi stres yang kronis dan berkepanjangan syaraf simpatis akan dipacu setiap waktu, dan adrenalin pun akan meningkat, yang akan menyebabkan peningkatan tekanan darah bersamaan dengan meningkatnya kadar kolesterol dalam darah. Hal ini tentunya akan membebani jantung dan merusak pembuluh darah koroner. Stress merupakan salah satu risiko koroner yang kuat, tapi sukar diidentifikasi. Chandola (2010, dalam European Heart Journal, 2010) menyatakan bahwa ada korelasi antara stres psikologis dengan kejadian ACS. Stres yang terus menerus berlangsung lama akan meningkatkan tekanan darah

dan kadar katekolamin sehingga mengakibatkan penyempitan pada arteri koroner (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010).

b. Faktor resiko yang tidak dapat dirubah

1) Umur dan Jenis Kelamin

Menurut Kusmana (2002), umur merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, dimana seseorang yang berumur lebih atau sama dengan 60 tahun memiliki risiko kematian sebesar 10,13 kali dibandingkan yang berumur 25 – 49 tahun. Karena semakin tinggi umur maka semakin beresiko terjadinya penyakit jantung koroner. Insidens SKA dikalangan wanita lebih rendah daripada laki – laki, tetapi hal ini akan berubah begitu memasuki periode menopause, dimana insidens penyakit ini akan mendekati insiden pada pria.

Aterosklerosis mengalami peningkatan seiring dengan adanya penambahan usia. Pada wanita usia dibawah 55 tahun angka kejadian ACS lebih rendah dibandingkan laki-laki, namun pada usia 55 tahun angka kejadian relatif sama antara keduanya. Pada usia diatas 55 tahun angka kejadian jantung koroner pada wanita lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010). Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita mempunyai risiko lebih tinggi terjadi serangan jantung dibandingkan dengan laki-laki (AHA, 2014). Wanita relatif tidak terlalu rentan terhadap penyakit ACS sampai terjadinya menopause. Usia merupakan salah satu faktor risiko terkuat untuk penyakit arteri koroner; kebanyakan kasus terjadi pada pasien yang berusia 40 tahun atau lebih tua.

2) Genetik

Riwayat orang tua atau dari beberapa generasi sebelumnya yang menderita penyakit jantung koroner akan meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis pada orang tersebut.

Tidak hanya faktor keturunan saja yang dapat menyebabkan aterosklerosis tetapi juga familial lipid mempunyai andil dalam meningkatkan penyakit aterosklerosis tersebut. Riwayat keluarga dapat juga menggambarkan gaya hidup seseorang yang dapat menyebabkan terjadinya stres dan kegemukan (Santoso & Setiawan, 2005). Penelitian Saxena (2011), di India menyatakan bahwa ada korelasi antara kejadian hipertensi dengan riwayat keluarga aterosklerosis. Seseorang memiliki risiko empat kali lebih besar terkena ACS, jika kita mempunyai salah satu dari orang tua kita yang mempunyai riwayat penyakit aterosklerosis.

c. Faktor resiko prediposisi

1) Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai berat badan lebih yang terutama disebabkan oleh akumulasi lemak tubuh. Obesitas adalah apabila indeks masa tubuh (IMT) > 27 , dimana IMT adalah berat badan dalam kg dibanding tinggi dalam m². Orang dengan obesitas mempunyai risiko 2,68 kali untuk terjadinya SKA.

2) InAktivitas fisik

Aktivitas fisik atau olahraga akan menstimulasi pembentukan pembuluh darah kolateral yang berperan protektif terhadap kejadian miokard infark. Penelitian Monica (1993) yang dilakukan terhadap 2040 orang di 3 kecamatan wilayah Jakarta Selatan menunjukkan mereka yang teratur berolahraga atau bekerja fisik cukup berat mempunyai presentase terendah untuk terkena hipertensi ataupun SKA. Orang yang tidak berolahraga mempunyai risiko terkena SKA 2 kali lebih besar dibanding yang berolahraga teratur atau beraktivitas fisik cukup berat (Mutarobin, 2018).

6. Manifestasi Klinis

Bagi pasien sindrom koroner akut aktivitas fisik merupakan pemicu timbulnya serangan atau nyeri dada. 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 inter skapular, 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 nafas, dan sinkop (PERKI, 2018). Nyeri dada tidak selalu ditemukan pada pasien STEMI terutama pada pasien yang lanjut usia dan diabetes melitus.

Angina atipikal (angina ekuivalen) biasanya nyeri di daerah penjalaran angina atipikal, gangguan pencernaan, sesak nafas, atau rasa lemah mendadak. Keluhan atipikal ini sering di jumpai 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 di curigai 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 sindrom koroner akut (PERKI, 2018).

7. Karakteristik Nyeri Dada

Menurut The Rose Angina Questionnaire dari WHO, mendiskripsikan karakteristik nyeri dada tipikal yaitu :

- a. Rasa yang tidak nyaman, nyeri, tertindih, atau penuh di daerah dada, mungkin disertai dengan penjalaran ke area lengan, bahu, punggung, leher, rahang, epigastrik, atau lokasi lainnya
- b. Gejala memburuk dengan aktifitas fisik yang berat dan stres.
- c. Gejala kemungkinan berkurang dengan istirahat.
- d. Gejala nyeri dada disertai gejala lainnya seperti sesak nafas, keringat dingin, kelemahan, mual atau muntah, dan nyeri kepala ringan.

Menurut (Mutarobin, 2018), Karakteristik nyeri dada di dasari oleh 5 langkah pengkajian nyeri dengan metode PQRST :

1) P (Provoking insident)/ penyebab.

Yang dikaji adalah apakah ada penyebab/ pencetus nyeri berupa : setelah beraktivitas, karena stress, atau sedang istirahat. Menurut Smeltzer (2010) Sebagian besar pasien dengan sindrom koroner akut pernah mengalami gejala prodomal pada sebulan atau lebih sebelum berkembang nyeri dada tipikal. Gejala prodomal yang dimaksud antara lain kelelahan, sesak napas, mengalami gangguan tidur, cemas dan sekilas merasakan nyeri di dada seperti tertekan. Pasien tersebut sering mengalami stress atau beban pikiran dan tidak segera mencari perawatan. nyeri dada yang timbul diakibatkan karena gangguan emosional atau marah, aktifitas fisik yang tidak biasa dilakukan dalam waktu 24 jam dari onset atau munculnya gejala, dan bahkan nyeri dada muncul pada saat istirahat atau tidur.

2) Q (quality)/ kualitas

artinya kualitas dari nyeri dada yang dirasakan oleh klien. Oleh karena kualitas nyeri dada ini bervariasi, maka yang diutarakan klien bervariasi juga. Untuk itu, dalam menilai tingkat nyeri dada tersebut maka digunakan dengan menggunakan skala nyeri. Rentang skala nyeri yang digunakan adalah dari skala 0 sampai dengan 10, yang artinya jika hasil tingkat nyeri dada menunjukkan skala nyeri dada angka 0 artinya klien tidak mengalami nyeri dada tipikal (atipikal angina), tetapi jika dalam pengkajian skala nyeri dada tersebut menunjukkan angka yang bermakna sampai dengan lebih dari angka 7 maka dikatakan adalah nyeri dada tipikal (tipikal angina).

3) R (Radiation)/ penyebaran

artinya lokasi nyeri dada atau radiasi dari perjalanan nyeri yang menggambarkan area aliran darah yang mengalami hambatan tersebut, yaitu disebelah dada kiri dan menjalar kerahang, lengan

kiri sampai akhirnya ke jari kiri dan punggung. Nyeri dirasakan di daerah substernal. Nyeri terasa dari satu lokasi yaitu di medial dan menyebar ke satu atau dua lengan dan tangan, rahang, bahu, punggung atas hingga epigastrium. Penyebaran nyeri dirasakan hingga ke lengan dan tangan digambarkan seperti mati rasa, kesemutan atau bahkan nyeri.

4) S (severity)/ keparahan nyeri dada

Ada beberapa gejala dari keparahan nyeri dada yaitu Nyeri dada yang khas seperti tertindih benda berat yang diikuti keringat dingin dan sesak dan tercekik. Nyeri dada menjalar ke punggung, leher dan lengan kiri sampai jari. Beberapa orang merasakan sensasi dada seperti diremas-remas. Menyatakan pernah timbul serangan dan tampilan sekarang adalah cepat capai sejak belakangan ini. Adanya perasaan mual muntah dan keringat dingin bahkan ada yang merasa pada area ulu hati, Dada seperti terbakar, Atau tiba-tiba meninggal. Pada orang tua dan penyakit DM kadang tidak menampilkan nyeri dada yang khas.

5) T (time)/ waktu

Kejadian nyeri dada dapat terjadi terus menerus atau kadang-kadang. Jika keluhan dada dirasakan kurang dari 20 menit (uap /nSTEMI) dan jika nyeri dada di rasakan lebih dari 20 menit (STEMI). Sehingga ini merupakan waktu emas bagi tenaga kesehatan khususnya perawat untuk melakukan intervensi segera. Selain itu penentuan diagnosa maupun prognosa dari serangan jantung tersebut yaitu dengan melakukan pengkajian pemeriksaan EKG dan pemeriksaan laboratorium (Mutarobin, 2018).

Tabel 2. 2

Pedoman umum untuk membedakan nyeri dada dari infark miokard, UAP dan angina stabil.

No	Nyeri dada	Infark miokard	UAP	Angina stabil
1.	Beratnya	Sangat berat	Sedang- ringan	Ringan
2.	Durasi	>20 menit	1-20 menit	<15 menit
3.	frekuensi	Nyeri persisten	Frekuensi yang meningkat	Stabil, frekuensi kurang
4.	Waktu	Saat istirahat	Saat istirahat dengan latihan	Dengan latihan
5.	Gejala lainnya	Ansietas, diaphoresis, dispnea, nausea	Gejala sedang	Gejala ringan

sumber : (Rampengan, 2014).

8. Komplikasi

Menurut keputusan *kementerian kesehatan Republik Indonesia* tahun 2019 tentang pedoman penatalaksanaan sindrom koroner akut ada beberapa komplikasi pada SKA yaitu :

a. Gangguan hemodinamik

1) Gagal jantung

Gagal jantung juga dapat terjadi sebagai konsekuensi dari aritmia yang berkelanjutan atau sebagai komplikasi mekanis. Diagnosa yang mendasari kejadian klinis gagal jantung yaitu berupa dispnea, tanda seperti sinus takikardi, suara jantung ketiga atau ronchi pulmonal, dan bukti objektif disfungsi kardiak seperti dilatasi ventrikel kiri dan berkurangnya fraksi

ejeksi. Pasien yang dicurigai menderita gagal jantung perlu dievaluasi segera menggunakan ekokardiografi transtorakal atau Doppler. Ekokardiografi merupakan alat yang berfungsi menilai volume ventrikel kiri, fungsi katup, derajat kerusakan miokardium, dan untuk mendeteksi adanya komplikasi mekanis. Sedangkan evaluasi doppler berguna untuk menggambarkan aliran, gradien, fungsi diastolik dan tekanan pengisian. Pasien dengan jejas miokardium luas dalam fase akut dapat menunjukkan tanda dan gejala gagal jantung kronik. Diagnosis ini memerlukan penatalaksanaan sesuai panduan gagal jantung kronik. Beberapa pasien dengan gagal jantung kronik simtomatis elektrik yang ditunjukkan dengan pemangajangan QRS memenuhi kriteria implanatasi defibrilator kardioverter, Cardiac resynchronization therapy (CRT), atau defibrilator terapi resinkronisasi jantung.

- a) Hipotensi
- b) Kongesti paru
- c) Keadaan output rendah
- d) Syok kardiogenik

2) Aritmia dan gangguan konduksi dalam fase akut

Aritmia dan gangguan konduksi sering ditemukan dalam beberapa jam pertama setelah infark miokard. Aritmia yang terjadi setelah reperfusi awal dapat berupa manifestasi dari kondisi berat yang mendasarinya, seperti iskemia miokard, kegagalan pompa, perubahan tonus otonom, hipoksia, dan gangguan elektrolit (seperti hipokalemia) dan gangguan asam-basa. Keadaan-keadaan tersebut memerlukan perhatian dan penanganan segera. Blok AV derajat tinggi dulunya merupakan prediktor yang lebih kuat untuk kematian akibat jantung dibandingkan dengan takiaritmia pada pasien dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri.

- a) Aritmia supraventrikular

- b) Aritmia ventrikular
- c) Sinus bradikardia dan blok jantung

b. Komplikasi kardiak

Beberapa komplikasi mekanis dapat terjadi secara akut dalam beberapa hari setelah STEMI, meskipun insidensinya belakangan berkurang dengan meningkatnya pemberian terqapi reperfusi yang segera dan efektif. Semua komplikasi ini mengancam jiwa dan memerlukan deteksi dan penanganan secepat mungkin. Pemeriksaan klinis minimal dilakukan sebanyak 2 kali sehari dapat mendeteksi murmur jantung baru, yang menunjukkan regurgitasi mitral atau defek septum ventrikel, yang kemudian perlu dikonfirmasi dengan ekokardiografi segera. Operasi bedah pintas koroner atau coronary artery bypass grafting (CABG) secara umum perlu dilakukan apabila pasien memenuhi kriteria untuk dilakukan operasi darurat.

- 1) Regurgitasi katup mitral akut
- 2) Ruptur dinding jantung
- 3) Ruptur septum ventrikel
- 4) Infark ventrikel kanan
- 5) Perikarditis
- 6) Aneurisma ventrikel kiri
- 7) Trombus ventrikel kiri

9. Pencegahan

Sindrom Koroner Akut (SKA) sebagai salah satu penyakit yang dianggap mematikan, faktanya bisa dicegah dengan pemberdayaan keluarga. Peran keluarga dalam upaya pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA) dapat dilakukan untuk mengurangi angka kematian. Secara umum, untuk meningkatkan perannya dalam pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA), keluarga bisa melakukan pendekatan dua unsur sebagai berikut :

- a. Unsur kultural

Dalam upaya pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA), keluarga memerlukan reformasi kultural terkait dengan pola makandangnya hidup yang akan berpengaruh baik pada berkurangnya atau menghilangnya penyakit turunan keluarga. Ada beberapa hal yang bisa dilakukan untuk mencegah/ mengurangi penyebab penyakit sindrom koroner akut yaitu :

1) Pola makan sehat dengan kalori seimbang

Makanan adalah suatu sumber tenaga untuk menggerakkan tubuh, makanan sangat mempengaruhi kondisi kesehatan. Maka sebaiknya untuk memperbarui komponen makanan yang dikonsumsi dengan memperhatikan kalori yang seimbang. Untuk mendapatkan kalori yang seimbang bagi tubuh yaitu dengan cara mengurangi beberapa unsur penyebab meningkatnya faktor resiko SKA seperti lemak jenuh, garam dan karbohidrat. Selain itu, perlu meningkatkan penyediaan makanan yang mempengaruhi kesehatan jantung seperti biji-bijian, buah, sayur dan minyak ikan.

2) Anti asap rokok

Kebiasaan merokok dapat meningkatkan beban miokard seseorang karena adanya rangsangan katekolamin dan menurunnya oksigen akibat inhalasi karbonmonoksida kondisi tersebut dapat meningkatkan resiko terkena sindrom koroner akut (SKA). Beberapa langkah anti asap yang dapat dilakukan seperti, memberikan edukasi tentang bahayanya merokok, tidak memberi dukungan apapun dalam bentuk kebiasaan merokok.

3) Aktivitas fisik

Menurut The American Heart Association (AHA) menyatakan bahwa aktifitas fisik bisa meningkatkan kinerja jantung. Hasil serupa juga dipaparkan oleh sebuah penelitian di Deakin University yang menyatakan bahwa aktifitas fisik berperan penting dalam pencegahan dan manajemen penyakit kardiovaskular. Hal berlawanan, gaya hidup tidak aktif yang

dikenal dengan istilah sedentary atau istilah kerennya “mager” bisa meningkatkan risiko penyakit jantung meningkat.

4) Cukup istirahat

Kekurangan jam istirahat tersebut menyebabkan sel-sel tubuh dan organ lainnya kelelahan serta tidak bisa regenerasi dengan sempurna. Dampak lain, jam-jam yang seharusnya digunakan oleh beberapa organ untuk memproduksi enzim maupun membuang racun menjadi tidak maksimal karena masih dipaksa terjaga. Cara yang tepat untuk mengurangi risiko SKA yaitu dengan cara mengatur pola istirahat.

5) Ubah pola pikir dan stress

Pola pikir yang tidak sehat dengan emosi negatif maupun stress akan memberikan dampak kurang baik bagi tubuh manusia. Bermula dari peningkatan tekanan darah, jantung berdenyut tidak beraturan, nyeri dada, sesak napas, hingga berakhir pada kehilangan kesadaran. Kondisi-kondisi tersebut parahnya bisa merusakan kondisi jantung dan menyebabkan seseorang rentan terkena serangan jantung. Terkait dengan kondisi ini maka perlu dilakukan pengontrolan pola pikir dan mengurangi stress agar menghindari dampak buruk stress yang dapat mengakibatkan SKA.

b. Unsur struktural

Sebuah unsur pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA) melalui kolaborasi keluarga dengan masyarakat dengan membentuk pola hubungan yang simetris. Mengingat unsur ini melibatkan kedua belah pihak yaitu keluarga dan masyarakat, maka dibutuhkan kesadaran, kemauan, dan keburuhan oleh kedua belah pihak agar tercipta hubungan yang simetris sebagaimana tujuan struktural yang ingin dicapai.

Pembentukan hubungan simetris antara keluarga dan masyarakat dalam upaya pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA) bisa dilakukan melalui pendekatan berikut :

- 1) Saling berbagi tentang pola hidup dan kondisi keluarga kepada masyarakat sekitar untuk menciptakan kepedulian satu sama lain. Dengan adanya kepedulian dan pemaparan kebiasaan baik, maka akan memunculkan saling pengawasan dan mengingatkan antar keluarga di masyarakat. Terciptakan lingkaran yang baik antar anggota keluarga di masyarakat dalam pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA) secara tidak langsung akan mampu mengontrol angka kejadian dan meningkatkan kualitas hidup Sindrom Koroner Akut (SKA).
- 2) Menciptakan kebersamaan melalui komunitas-komunitas pencegah Sindrom Koroner Akut (SKA). Dalam komunitas tersebut akan terbentuk program-program mulai dari lingkup keluarga hingga masyarakat. Kebersamaan positif yang terjalin dalam sebuah komunitas akan meningkatkan semangat dan konsistensi keluarga dalam mencegah Sindrom Koroner Akut (SKA). (Sangadji, 2021)

10. Pemeriksaan diagnostik

Selain pemeriksaan laboratorium penunjang yang sudah umum seperti pemeriksaan darah lengkap, AGD, enzim jantung, kadar lemak darah, dan faktor pembekuan ada tindakan tindakan yang dilakukan pada pasien yang harus diketahui seperti , tindakan EKG, treadmill test, ekokardiogram, angiografi koroner dan myocardial perfusion imaging. Yang dikenal juga dengan tindakan diagnostik non invasif serit diagnosotik invasif dan non bedah (Kementrian Kesehatan, 2016). Sedangkan menurut UU *peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (2019), dalam pedoman penatalaksanaan sindrom koroner akut ada beberapa pemeriksaan diagnostik yang di lakukan yaitu :

a. Pemeriksaan EKG

Perekaman EKG harus dilakukan dalam 10 menit sejak kontak medis pertama. Bila bisa didapatkan, perbandingan dengan hasil

EKG sebelumnya dapat sangat membantu diagnosis. Hasil EKG 12 sadapan yang normal tidak menyingkirkan kemungkinan diagnosis SKA tanpa elevasi segmen ST, misalnya akibat iskemia tersembunyi di daerah sirkumfleks atau keterlibatan ventrikel kanan, oleh karena itu pada hasil EKG normal perlu dipertimbangkan pemasangan sadapan tambahan. Depresi segmen ST $\geq 0,5$ mm di dua atau lebih sadapan berdekatan sugestif untuk diagnosis APTS atau NSTEMI, tetapi mengingat kesulitan mengukur depresi segmen ST yang kecil, diagnosis lebih relevan dihubungkan dengan depresi segmen ST ≥ 1 mm. Depresi segmen ST ≥ 1 mm dan/atau inversi gelombang T ≥ 2 mm di beberapa sadapan prekordial sangat sugestif untuk mendiagnosis APTS atau NSTEMI (tingkat peluang tinggi). Gelombang Q $\geq 0,04$ detik tanpa disertai depresi segmen ST dan/atau inversi gelombang T menunjukkan tingkat persangkaan terhadap SKA tidak tinggi (Tabel 6) sehingga diagnosis yang seharusnya dibuat adalah kemungkinan SKA atau definitif SKA. Jika pemeriksaan EKG awal menunjukkan kelainan nondiagnostik, sementara angina masih berlangsung, pemeriksaan diulang 10 – 20 menit kemudian (rekam juga V7 -V9). Pada keadaan di mana EKG ulang tetap menunjukkan kelainan yang nondiagnostik dan marka jantung negatif sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam untuk dilakukan EKG ulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang.

b. Pemeriksaan Biomarka jantung

Pemeriksaan troponin I/T adalah standard baku emas dalam diagnosis NSTEMI, di mana peningkatan kadar marka jantung tersebut akan terjadi dalam waktu 2 hingga 4 jam. Penggunaan troponin I/T untuk diagnosis NSTEMI harus digabungkan dengan kriteria lain yaitu keluhan angina dan perubahan EKG. Diagnosis NSTEMI ditegakkan jika marka jantung meningkat sedikit melampaui nilai normal atas (upper limit of normal, ULN).

Dalam menentukan kapan marka jantung hendak diulang seyogyanya mempertimbangkan ketidakpastian dalam menentukan awitan angina. Tes yang negatif pada satu kali pemeriksaan awal tidak dapat dipakai untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard akut.

Kadar troponin pada pasien infark miokard akut meningkat di dalam darah perifer 3 – 4 jam setelah awitan infark dan menetap sampai 2 minggu. Peningkatan ringan kadar troponin biasanya menghilang dalam 2 hingga 3 hari, namun bila terjadi nekrosis luas, peningkatan ini dapat menetap hingga 2 minggu.

c. Pemeriksaan invasif

Angiografi koroner memberikan informasi mengenai keberadaan dan tingkat keparahan PJK, sehingga dianjurkan segera dilakukan untuk tujuan diagnostik pada pasien dengan risiko tinggi dan diagnosis banding yang tidak jelas. Penemuan oklusi trombotik akut, misalnya pada arteri sirkumfleksa, sangat penting pada pasien yang sedang mengalami gejala atau peningkatan troponin namun tidak ditemukan perubahan EKG diagnostik. Pada pasien dengan penyakit pembuluh multipel dan mereka dengan stenosis arteri utama kiri yang memiliki risiko tinggi untuk kejadian kardiovaskular yang serius, angiografi koroner disertai perekaman EKG dan abnormalitas gerakan dinding regional seringkali memungkinkan identifikasi lesi yang menjadi penyebab. Penemuan angiografi yang khas antara lain eksentrisitas, batas yang ireguler, ulserasi, penampakan yang kabur, dan filling defect yang mengesankan adanya trombus intrakoronar.

d. Pemeriksaan Non-invasif

Pemeriksaan ekokardiografi transtorakal saat istirahat dapat memberikan gambaran fungsi ventrikel kiri secara umum dan berguna untuk menentukan diagnosis banding. Hipokinesia atau akinesia segmental dari dinding ventrikel kiri dapat terlihat saat iskemia dan menjadi normal saat iskemia menghilang. Selain itu,

diagnosis banding seperti stenosis aorta, kardiomiopati hipertrofik, atau diseksi aorta dapat dideteksi melalui pemeriksaan ekokardiografi. Jika memungkinkan, pemeriksaan ekokardiografi transtorakal saat istirahat harus tersedia di ruang gawat darurat dan dilakukan secara rutin dan sesegera mungkin bagi pasien tersangka SKA. Stress test seperti exercise EKG yang telah dibahas sebelumnya dapat membantu menyingkirkan diagnosis banding PJK obstruktif pada pasien-pasien tanpa rasa nyeri, EKG istirahat normal dan marka jantung yang negatif. Multislice Cardiac Computer Tomography (MSCT) dapat digunakan untuk menyingkirkan PJK sebagai penyebab nyeri pada pasien dengan kemungkinan PJK rendah hingga menengah dan jika pemeriksaan troponin dan EKG tidak meyakinkan

11. Penatalaksanaan SKA

Penatalaksanaan yang dilakukan pada responden meliputi farmakologis dan non farmakologis.

- a. Terapi Farmakologis Prinsip dari terapi pada responden adalah dengan MONA (Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin). Oksigen harus diberikan pada pasien bila saturasi oksigen arteri kurang dari 99% dimana oksigen yang diberikan 2-4 L/menit dengan nasal kanul (Amsterdam et al., 2014 ; Overbaugh, 2009). Morfin sulfat diberikan 1-5 mg intravena, dapat dilakukan pengulangan setiap 10-30 menit. Nitrogliserin intravena diberikan pada pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual. Bila tidak ada NTG maka diberikan isosorbid dinitrat (ISDN) dan dipakai sebagai pengganti. Aspirin diberikan 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang diketahui tidak toleransi terhadap aspirin. Aspirin tidak bersalut lebih dipilih mengingat absorpsi sublingual (dibawah lidah) yang lebih cepat (PERKI, 2015).

Pada responden maka obat yang diberikan adalah obat-obatan anti angina yang bertujuan untuk meningkatkan aliran darah, baik

dengan menambah suplai oksigen maupun mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen. Jenis obatnya yaitu :

- 1) Morfin Sulfat Morfin diberikan berguna untuk menghilangkan nyeri, meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah vena, dan mengurangi beban kerja jantung.
- 2) Nitrat Nitrogliserin diberikan untuk melebarkan, baik vena maupun arteri untuk reperfusi sirkulasi perifer. Dengan adanya pelebaran vena maka akan sedikit darah yang kembali ke jantung sehingga terjadi penurunan tekanan pengisian, selain itu juga nitrogliserin juga berguna untuk mengurangi iskemia dan nyeri pada dada.
- 3) Penghambat beta Beta bloker atau penghambat beta juga merupakan obat untuk anti nyeri pada dada dan anti hipertensi. Kerja dari obat beta bloker ini adalah dengan mengurangi denyut jantung dan kontraktilitas miokardium, selain itu juga mengurangi kebutuhan pemakaian oksigen dan meredakan nyeri dada.
- 4) Penghambat rantai kalsium (antagonis Ca) Obat antagonis CA ini bekerja dengan menurunkan kontraktilitas jantung dan beban kerjanya sehingga mengurangi keperluan jantung akan oksigen. Obat ini digunakan untuk pengobatan angina pectoris, aritmia tertentu dan hipertensi.
- 5) Antikoagulan Antikoagulan berguna untuk menghambat pembekuan darah namun obat ini tidak dapat melarutkan pembekuan yang sudah ada, namun melarutkan bekuan yang akan terbentuk.
- 6) Trombolitik Trombolitik berfungsi untuk melarutkan trombus atau emboli yang telah terbentuk di dalam darah. Apabila pemberian trombolitik ini dilakukan dengan cepat maka jaringan nekrosis akan menjadi minimal dan aliran darah jantung akan kembali membaik. Jenis trombolitik yang biasa digunakan adalah streptokinase, urokinase, jaringan

plasminogen aktivator (t-PA, alteplase), dan anisoylated plasminogen streptokinase complex (APSAC/anistreplase).

- 7) Antilipemik Antilipemik berguna menurunkan kadar lipid yang abnormal pada darah terutama pada kolesterol dan trigliserida untuk mengurangi aterosklerosis di pembuluh darah.

b. Terapi Invansif

Dapat dilakukan pada responden adalah dengan PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angoplasty) dan CABG (coronary artery bypass graft).

a. PTCA

PTCA merupakan suatu tindakan yang dilakukan guna menghancurkan plak atau ateroma yang menyumbat pembuluh darah ke jantung dengan menggunakan kateter dengan ujung berbentuk balon dan dimasukkan ke dalam arteri koronaria yang mengalami gangguan aliran darah. Balon ini kemudian dikembangkan kempiskan guna menghancurkan plak yang menyumbat pembuluh darah itu. PTCA dilakukan pada pasien yang mengalami sumbatan minimal 70 % pada lumen internal arteri koroner besar. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terapi reperfusi yaitu : (1) tenaga kesehatan di IGD (dokter dan perawat), dimana tenaga kesehatan ini merupakan titik pertama yang berjumpa dengan pasien di IGD dan mencurigai adanya infak miokardium, sehingga harus segera melakukan tindakan yang cepat untuk melakukan terapi reperfusi pada pasien dengan SKA. (2) Fasilitas. Tersedianya fasilitas di rumah Sakit untuk melakukan reperfusi pada pasien dengan infak miokardium, apabila tidak ada maka perlu untuk melakukan kerjasama dengan rumah Sakit yang telah memiliki fasilitas reperfusi miokardium. (3) Manajemen. Perbaikan manajemen terkait jaminan kesehatan (asuransi kesehatan) dan standar kesiapan rumah Sakit dalam melakukan penanganan pasien serta meningkatkan sistem pelayanan tanpa disadari

telah menjadi penghambat dalam penanganan responden di IGD. (4) Pasien. Pasien yang memiliki masalah dengan jantung baik itu ada riwayat dengan PJK ataupun dicurigai adanya serangan jantung harus mendapatkan diagnosis yang cepat, penyembuhan angina yang dialami, resusitasi dan pemberian terapi yang cepat dan tepat. Pasien harus paham, bereaksi cepat untuk mencari bantuan medis bila serangan jantung dialami (Husein & Dewi, 2014). Tetapi yang sering terjadi adalah pasien mengabaikannya sehingga menimbulkan adanya perpanjangan waktu prehospita (Roman, 2013).

- b. Revaskularisasi Arteri Koroner Tehnik revaskularisasi arteri koroner dengan CABG (Coronary Artery Bypass Graft), dimana tindakan ini merupakan tindakan operasi untuk membuat alur pintas pada pembuluh darah jantung. Tindakan ini dilakukan apabila kondisi angina pasien tidak mengalami perbaikan walaupun telah diberikan terapi medis, pada angina tidak stabil, dan sumbatan yang tidak dapat diatasi dengan PTCA, terdapat lesi pada arteri koronaria utama yang lebih dari 60% dan pasien dengan kegagalan PTCA (Muttaqin, 2014).

B. KETERLAMBATAN PRE HOSPITAL (*pre hospital delay*)

1. Definisi keterlamabatan Pre Hospital

keterlamabatan prehospita adalah pemanjangan waktu prehospita yang dihitung dari timbulnya gejala sampai kedatangan di Instalasi Gawat Darurat atau sebagai waktu dari onset gejala (titik waktu ketika gejala nyeri baru dirasakannya oleh penderita) sampai tiba di rumah Sakit (George, 2013). Menurut Goldberg et al. (2009) dan Peng et al. (2014), responden dikatakan terlambat, apabila pasien tiba di IGD melebihi dari waktu yang direkomendasikan (>120 menit).

Penelitian yang dilakukan oleh Youssef et al tahun 2017, keterlamabatan pre hospital di bagi menjadi 2 yaitu :

- a. Patient delay : waktu dari timbulnya gejala sampai pasien memutuskan untuk mencari pertolongan medis. Keterlambatan ini terutama bergantung pada gagasan pasien, kepercayaan, persepsi, tipe kepribadian, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, status perkawinan, teman serumah, jenis kelamin, usia, penyakit sebelumnya, riwayat keluarga SKA, dan kondisi serupa pada kerabat atau kenalan.
- b. Transportation delay : sebagai waktu antara keputusan untuk mencari perawatan medis dan tiba di UGD. Itu terutama dipengaruhi oleh moda transportasi dan lalu lintas.

2. Penatalaksanaan Pre Hospital

Prinsip penatalaksanaan adalah membuat diagnosis yang cepat dan tepat, menentukan apakah ada indikasi reperfusi segera dengan trombolitik dan teknis transportasi pasien ke rumah Sakit yang dirujuk. Pasien dengan nyeri dada dapat diduga menderita infark miokard atau angina pectoris tak stabil dari anamnesis nyeri dada yang teliti. Dalam menghadapi pasien-pasien nyeri dada dengan kemungkinan penyebabnya kelainan jantung, langkah yang diambil atau tingkatan dari tata laksana pasien sebelum masuk rumah Sakit tergantung ketepatan diagnosis, kemampuan dan fasilitas pelayanan kesehatan maupun ambulan yang ada.

Berdasarkan triase dari pasien dengan kemungkinan SKA, langkah yang diambil pada prinsipnya sebagai berikut :

- a) Jika riwayat dan anamnesa curiga adanya SKA
 - 1) Berikan asetil salisilat (ASA) 300 mg dikunyah
 - 2) Berikan nitrat sublingual
 - 3) Rekam EKG 12 sadapan atau kirim ke fasilitas yang memungkinkan
 - 4) Jika mungkin periksa petanda biokimia
- b) Jika EKG dan petanda biokimia curiga adanya SKA Kirim pasien ke fasilitas kesehatan terdekat dimana terapi defenitif dapat diberikan

- c) Jika EKG dan petanda biokimia tidak pasti akan SKA
- 1) Pasien risiko rendah : dapat dirujuk ke fasilitas rawat jalan
 - 2) Pasien risiko tinggi : Pasien harus dirawat

Semua pasien dengan kecurigaan atau diagnosis pasti SKA harus dikirim dengan ambulan dan fasilitas monitoring dari tanda vital. Pasien harus diberikan penghilang rasa Sakit, nitrat dan oksigen nasal. Pasien harus ditandu dengan posisi yang menyenangkan, dianjurkan elevasi kepala 40 derajat dan harus terpasang akses intravena. Sebaiknya digunakan ambulan/ambulan khusus (Kementrian Kesehatan, 2016).

3. Faktor Keterlambatan Pre Hospital

a. Self medication

Self-medication diartikan sebagai segala tindakan atau upaya pasien sebagai respon terhadap keluhan nyeri dada yang dirasakan guna menjaga dan memelihara stabilitas fungsi fisiologisnya tanpa petunjuk dari dokter. Pasien yang datang terlambat menganggap upaya self-medication mampu mengontrol keluhannya dan tidak akan berkembang menjadi infark atau kematian pada otot-otot jantung. Pasien beranggapan serangan nyeri dada yang dirasa SKA masih merupakan keluhan yang wajar, tidak serius dan akan hilang dengan sendirinya (Widyarani, 2018).

b. Pola pencarian pertolongan pertama

Kemampuan pasien untuk menginterpretasikan keluhan atau tanda gejala yang dirasakan berpengaruh terhadap perilaku pasien dalam menentukan pola pencarian pertolongan pertama. pada dasarnya pola pencarian pertolongan pertama yang tepat akan sangat mempengaruhi waktu keterlambatan.

c. Jarak rumah /waktu

Jarak rumah dengan rumah Sakit adalah satu faktor terjadinya keterlambatan pre hospital di karenakan responden membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat agar tidak menimbulkan dampak yang besar atau memperburuk keadaan.

d. Persepsi

Pada penelitian (Kartika, 2014) mengatakan ada beberapa faktor penyebab keterlambatan pada pasien penyakit jantung diantaranya usia jenis kelamin , status pendidikan , persepsi , biaya/ekonomi dan tingkat keparahan. Persepsi akan mempengaruhi keputusan yang diambil dalam mencari perawatan. Sehingga persepsi nyeri dada jantung dan bukan jantung secara signifikan mempengaruhi respon pasien terhadap nyeri, keterlambatan ke rumah Sakit dan perawatan yang harus segera dilakukan.

e. Akses/ jenis Transportasi

Perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan digambarkan dari kemudahan akses dan kendala selama proses transportasi beserta jenis transportasi sangat mempengaruhi keterlambatan prehospital. Beberapa penelitian sebelumnya juga menyebutkan jenis transportasi terbukti berpengaruh terhadap keterlambatan pre hospital. Indonesia sendiri belum semua daerah memiliki layanan gawat darurat medis, serta masih banyak masyarakat yang menggunakan transportasi umum untuk mencapai pelayanan kesehatan terdekat (Irman et al., 2017b).

4. Dampak Keterlambatan PreHospital

Pencegahan ketelambatan amat penting dalam penanganan SKA karena waktu paling berharga dalam infark miokard akut adalah di fase sangat awal, di mana pasien mengalami nyeri yang hebat dan kemungkinan mengalami henti jantung. Keterlambatan harus diminimalisir sebisa mungkin untuk meningkatkan luaran klinis. Selain itu keterlambatan penerimaan pengobatan merupakan salah satu indeks kualitas perawatan SKA yang paling mudah diukur. .

Prinsip penatalaksanaan pada SKA adalah dengan mengembalikan aliran darah koroner baik dengan terapi obat-obatan dan juga terapi referfusi untuk mengurangi infak miokardium, membatasi luas infak miokardium, dan mempertahankan fungsi jantung. Maka dari itu perlu dilakukan penanganan yang tepat sejak pasien berada di rumah hingga tiba di rumah Sakit. Rentang waktu mulai dari timbulnya keluhan, penegakan diagnosis, hingga terapi diberikan akan mempengaruhi prognosis dan terapi yang diberikan harus sedini mungkin (PERKI, 2015).

Penting untuk mengetahui keterlambatan prehospital pasien dikarenakan dampak dari perlambatan waktu tiba akan memperburuk keadaan infak yang dialami pasien, dan dapat meningkatkan resiko komplikasi dan kematian. Penelitian yang dilakukan oleh Makam et al., (2016) mengungkapkan bahwa perlambatan waktu tiba responden akan dapat menimbulkan komplikasi aritmia (22,9%), gagal jantung (37,9%), atrial fibrilasi (24,6%) ventrikel takikardia (10%), dan syok kardiogenik (4,6%).

Ada beberapa dampak dari keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut yaitu :

a. Iskemia miokardium yang luas

Berkurangnya pasokan atau aliran darah otot jantung atau tidak seimbangannya anantara kebutuhan pasokan darah yang dialirkan ke

jantung dengan pasokan darah yang dibutuhkan otot jantung yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah arteri koroner sehingga mengakibatkan gangguan pada otot jantung dan berkurangnya kemampuan pompa pada otot jantung (Vii & Miokardium, 2018).

b. Syok kardiogenik

Danya penurunan curah jantung dan perfusi sitematik pada kondisi volume intravaskular yang adekuat, sehingga menyebabkan hipoksia (Yuke, 2014)

c. Aritmia

Gangguan irama jantung dimana gangguan ini merujuk pada frekuensi, regulasi serta gangguan lokasi asal atau konsisi implusif ada beberapa jenis gangguan irama jantung seperti atrial fibrilasi dan ventrikel fibrilasi (Ayuni et al., 2021).

d. Pulseless electrical activity

Suatu keadaan aktifitas listrik jantung tidak menghasilkan kontraktilitas atau menghasilkan kontraktilitas tetapi tidak adekuat, sehingga tekanan darah tidak dapat diukur dan nadi tidak teraba

e. Assistole (cardiac arrest)

Tidak adanya aktifitas listrik pada jantung. Pada monitor irama yang terbentuk adalah seperti garis lurus (Santosa, 2015).

f. Kematian

C. Persepi Nyeri Dada

1. Definisi persepsi

Setiap orang mempunyai persepsi sendiri mengenai apa yang dipikirkan, dilihat, dan dirasakan. Hal tersebut sekaligus berarti bahwa persepsi menentukan apa yang akan diperbuat seseorang untuk memenuhi berbagai kepentingan baik untuk diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan masyarakat tempat berinteraksi. Persepsi inilah yang membedakan seseorang dengan yang lain. Persepsi dihasilkan

dari kongkritisasi pemikiran, kemudian melahirkan konsep atau ide yang berbeda-beda dari masing-masing orang meskipun obyek yang dilihat sama (chabib muhamad, 2017).

Menurut sunaryo (2013), Persepsi merupakan proses diterimanya rangsang melalui pancaindra yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, yang berasal dari dalam dan luar individu.

Persepsi [perception] merupakan konsep yang sangat penting dalam psikologi, kalau bukan dikatakan yang paling penting. Melalui persepsilah manusia memandang dunianya. Apakah dunia terlihat “berwarna” cerah, pucat, atau hitam, semuanya adalah persepsi manusia yang bersangkutan. Persepsi harus dibedakan dengan sensasi [sensation]. Yang terakhir ini merupakan fungsi fisiologis, dan lebih banyak tergantung pada kematangan dan berfungsinya organ-organ sensoris. Sensasi meliputi fungsi visual, audio, penciuman dan pengecap, serta perabaan, keseimbangan dan kendali gerak. Kesemuanya inilah yang sering disebut indera.

Berdasarkan definisi persepsi di atas, secara umum persepsi dapat didefinisikan sebagai proses pemberian makna, interpretasi dari stimulus dan sensasi yang diterima oleh individu, dan sangat dipengaruhi faktor faktor internal maupun eksternal masing – masing individu tersebut.

2. Faktor yang mempengaruhi persepsi

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu faktor eksternal dan internal.

a) Faktor Internal Faktor yang mempengaruhi persepsi berkaitan dengan kebutuhan psikologis, latar belakang pendidikan, pengetahuan, alat indera, syaraf atau pusat susunan

syaraf, kepribadian dan pengalaman penerimaan diri serta keadaan individu pada waktu tertentu.

- b) Faktor Eksternal Faktor ini digunakan untuk obyek yang dipersepsikan atas orang dan keadaan, intensitas rangsangan, lingkungan, kekuatan rangsangan akan turut menentukan didasari atau tidaknya rangsangan tersebut.

Agar individu dapat menyadari dan dapat membuat persepsi, adanya faktor- faktor yang berperan, yang merupakan syarat agar terjadi persepsi, yaitu berikut ini:

- a) Adanya objek atau stimulus yang dipersepsikan (fisik).
- b) Adanya alat indera, syaraf, dan pusat susunan saraf untuk menerima stimulus (fisiologis).
- c) Adanya perhatian yang merupakan langkah pertama dalam mengadakan persepsi (psikologis).

3. Proses terjadinya persepsi

Persepsi tidak muncul begitu saja, melainkan melalui tahapan atau proses tertentu yang harus dilalui oleh seseorang untuk bisa berpersepsi. Selain itu ada beberapa hal yang menjadi syarat munculnya persepsi. Menurut Sunaryo (2013) syarat terjadinya persepsi yaitu :

- a) Adanya objek, yang berperan sebagai stimulus dan pancaindra berperan sebagai resepsi.
- b) Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk mengadakan persepsi.
- c) Adanya pancaindra sebagai reseptor penerima stimulus.
- d) Saraf sensorik sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak (pusat saraf atau pusat kesadaran). Kemudian, dari otak dibawa melalui saraf motorik sebagai alat untuk mengadakan respon.

Menurut Sunaryo (2013) terjadinya persepsi dimulai dari tiga proses yaitu proses fisik, fisiologis, dan psikologis. Proses fisik terjadi

melalui kealaman, yaitu objek diberikan stimulus, kemudian diterima oleh reseptor atau panca indra. Proses fisiologis terjadi melalui stimulus yang dihantarkan oleh saraf sensorik lalu disampaikan ke otak. Kemudian terakhir melalui proses psikologis yaitu proses yang terjadi di dalam otak sehingga individu menyadari stimulus yang diterima.

Sehingga dengan adanya persepsi, seseorang dapat memahami dan menyadari keadaan lingkungan disekitar, serta dapat menyadari dan memahami kondisi diri sendiri (self perception). Instrumen persepsi antara individu dengan dunia luar adalah pancaindra (Sunaryo, 2013). Persepsi terjadi melalui proses yang didahului dengan pengindraan. Pertama, stimulus diterima oleh reseptor, kemudian diteruskan ke otak pusat saraf yang diorganisasikan, dan diinterpretasikan sebagai proses psikologi. Sehingga individu dapat menyadari terkait dengan apa yang terjadi.

4. Persepsi penyakit jantung

Banyak yang tidak mempercayai bahwa mereka mengalami serangan jantung dan cenderung mengabaikan gejala serta menunggu sampai gejala semakin parah sebelum mencari bantuan. Beberapa tanda gejala penyakit jantung berupa nyeri dada yang tipikal (angina tipikal) atau atipikal (angina ekuivalen). Keluhan angina tipikal berupa rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium. Keluhan ini dapat berlangsung intermiten/beberapa menit atau persisten (>20 menit). Keluhan angina tipikal sering disertai keluhan penyerta seperti diaphoresis, mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan sinkop.

Pasien yang mengalami tanda dan gejala penyakit jantung tersebut mampu mengartikan Sakit yang dirasakan sebagai salah satu dari penyebab penyakit jantung maka pasien tersebut dapat mepersepsikan Sakit yang dirasakan (chabib muhamad, 2017). Pasien yang

mempersiapkan gejala yang dialami berhubungan dengan penyakit jantung akan lebih cepat mencari penanganan medis. Pada studi yang dilakukan Song et. al., (2010) terdapat 59% pasien yang mempersiapkan gejala nyeri dada yang dialami penyakit jantung.

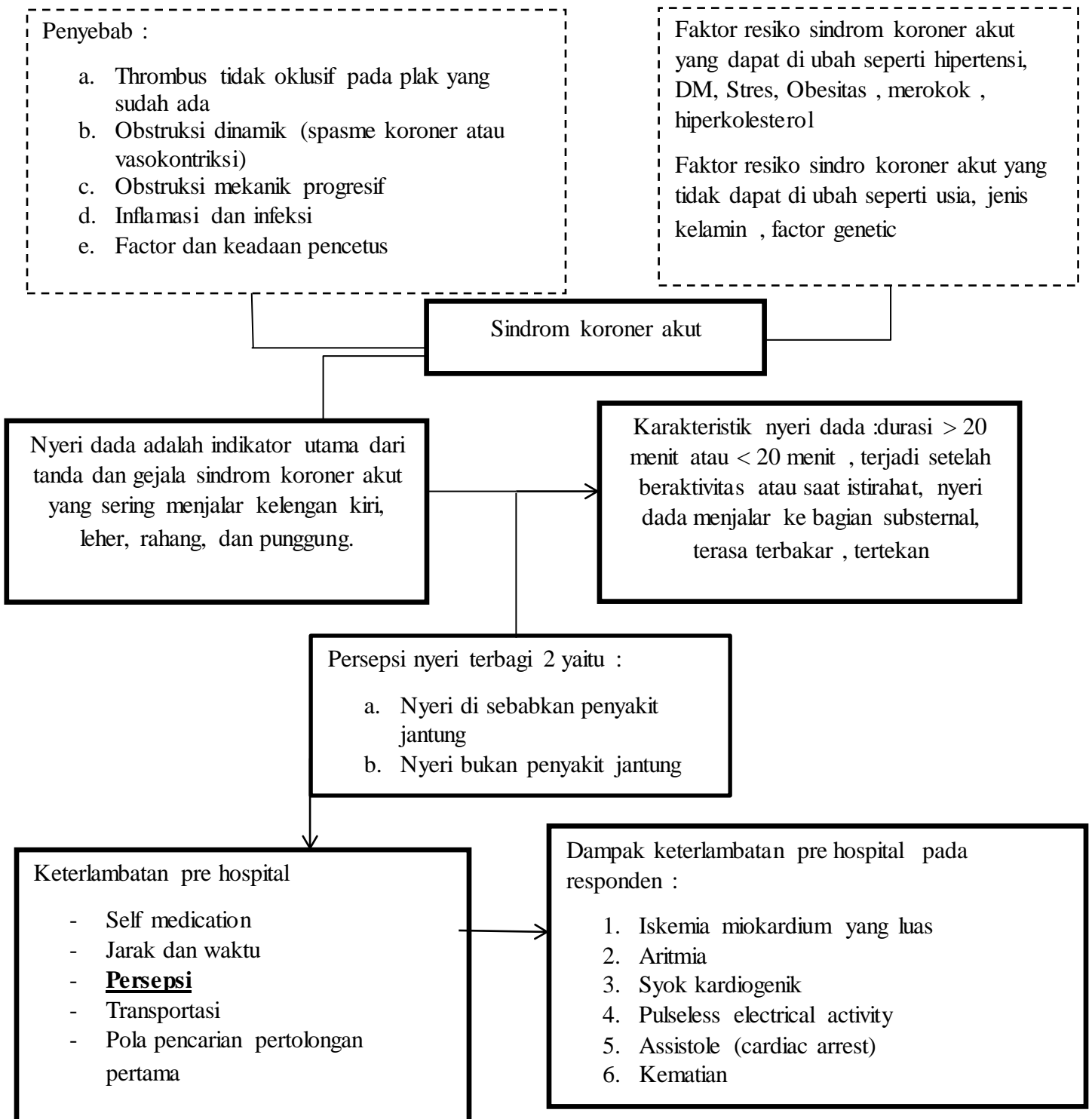
5. Persepsi bukan penyakit jantung

Pasien mempersiapkan gejala yang penyakit timbul bukan dari jantung mempunyai prosentasi lebih tinggi dibandingkan dengan yang mempersiapkan penyakit jantung (Geovenia et. al., 2011). Banyak pasien yang mempersiapkan gejala yang dialami tidak berhubungan dengan penyakit jantung, mereka beranggapan bahwa gejala yang timbul berasal dari sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, makanan dan atau obat keracunan dan pernapasan aparatus. Pasien yang mempersiapkan gejala nyeri dada dialami bukan penyakit jantung sebanyak 41% dan 64,1% diantaranya mengalami keterlambatan (Song et. al., 2010). Hasil studi Sugiarto (2012) menyatakan bahwa pasien dengan nyeri dada mempersiapkan gejala gejala tersebut sebagai esofagitis, gastritis, faringitis, cervical spondylosis dan sebanyak 10,5% tidak mengetahui gejala yang dialami. Sebanyak 37,8% mempersiapkan gejala yang dialami merupakan masuk angin (Sugiarto, 2012).

Nyeri bukan karakteristik penyakit SKA yaitu berupa :

- 1) Nyeri pleuritik (nyeri tajam yang berhubungan dengan respirasi atau batuk)
- 2) Nyeri abdomen tengah atau bawah
- 3) Nyeri dada yang dapat ditunjuk dengan satu jari, terutama di daerah apeks ventrikel kiri atau pertemuan kostokondral.
- 4) Nyeri dada yang diakibatkan oleh gerakan tubuh atau palpasi
- 5) Nyeri dada dengan durasi beberapa detik
- 6) Nyeri dada yang menjalar ke ekstremitas bawah

D. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka teori

Hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut di ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinngi.

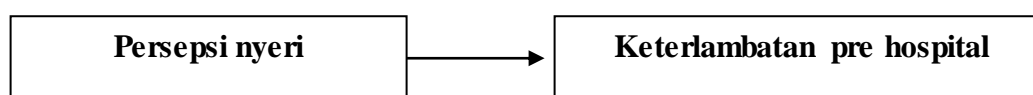
(sumber : mutarobin 2018, perki 2018)

E. Kerangka Konsep

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi. Adapun variabel yang di bahas dalam penelitian ini :

Variable independen/ bebas

variable dependent



Bagan 2. 2 Teori Konsep

Hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut di ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

F. Hipotesis

Menurut pendapat (Sugiyono 2017) menyatakan bahwa: "Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian". Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipotesis merupakan suatu perumusan jawaban sementara mengenai suatu masalah yang dibuat untuk menjelaskan dan juga dapat mengarahkan penyelidikan maupun penelitian selanjutnya. Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha :

Adanya hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di Ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

H0:

Tidak adanya hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di Ruang IGD RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

G. Definisi Operasional

Variable penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Persepsi nyeri	Pandangan pasien terhadap terjadinya nyeri yang muncul saat pasien sebelum tiba dirumah Sakit dan sebelum diberi informasi oleh tenaga kesehatan terkait gejala nyeri sehingga mampu mengartikan nyeri yang dirasa	Kuisisioner	Wawancara terpimpin	Kategori : - Nyeri berasal dari penyakit jantung - Nyeri bukan berasal dari penyakit jantung Sumber : (Setiyawan, 2017)	Ordinal
Keterlambatan pre hospital	Lamanya Waktu Sejak saat responden mendapatkan tanda gejala awal sampai tiba di IGD / rumah Sakit hingga mendapatkan pertolongan medis	Kuisisioner	Wawancara terpimpin	Kategori : - < 120 menit (tiak terlambat) - ≥ 120 menit (terlambat) Sumber : (ACCF/AHA ,2013)	Ordinal

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional yang merupakan penelitian untuk mengetahui hubungan antara dua variabel atau lebih (Nursalam, 2020). Sedangkan, cross-sectional digunakan karena pengukuran dilakukan dalam waktu yang serentak. Penelitian cross-sectional merupakan penelitian yang mengukur atau observasi hanya satu kali pada saat itu saja tanpa ada tindak lanjut setelahnya (Nursalam, 2020)

Pada penelitian yang dilakukan ini tujuannya untuk mengetahui hubungan antara persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA).

B. Waktu dan Tempat

Penelitian dan pengambilan data akan dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di ruang Instalasi Gawat Darurat. Waktu penelitian dimulai bulan Oktober 2022 sampai dengan Juli tahun 2023.

C. Etika Penelitian

Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti menjelaskan kepada respondent tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian, hak-hak responden dan karahasiaan untuk mengisi inform consent. Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik yang meliputi :

1. Informed Consent

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan penjelasan kepada respondent tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan. Jika respondent setuju dan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka respondent diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan

menandatanganinya, sebaliknya jika respondentidak bersedia, maka peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity*

Responden tidak perlu mengisi identitas diri (tidak perlu mencantumkan nama lengkap) dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan responden.

3. *Privacy*

Identitas respondentidak akan diketahui oleh orang lain sehingga respondentdapat secara bebas untuk menentukan pilihan jawaban dari pertanyaan yang diberikan tanpa takut di intimidasi oleh pihak lain.

4. *Confidentiality*

Informasi yang telah dikumpulkan dari respondentjamin kerahasiaan oleh peneliti. Data yang sudah diperoleh oleh peneliti disimpan dan dipergunakan hanya untuk laporan penelitian ini serta selanjutnya dimusnahkan.

D. Populasi dan Sample

1. Populasi merupakan semua individu yang menjadi sumber pengambilan sampel, yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh responden yang datang keIGD Rumah Sakit DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

2. Sampel adalah subjek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan purposive sampling. Purposive sampling yaitu teknik sampling yang digunakan peneliti jika peneliti mempunyai pertimbangan-pertimbangan tertentu di dalam pengambilan sampelnya atau penentuan sampel untuk tujuan tertentu (Sugiyono, 2012).

Untuk Menentukan banyaknya sampel menurut teori slovin menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Ket:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = Batas kesalahan : 10 % (error tolerance)

$$n : \frac{40}{1 + 40 \cdot (0,1)^2}$$

$$1 + 40 \cdot (0,1)^2$$

$$n : \frac{40}{1 + 0,40}$$

$$1 + 0,40$$

$$n : \frac{40}{1,40}$$

$$1,40$$

$$n : 28$$

3. Kriteria sampel penelitian

Kriteria Sampel Penelitian ini adalah pasien yang datang ke IGD Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang datang ke IGD dengan keluhan nyeri dada.
- 2) Pasien yang pertama kali terdiagnosa penyakit SKA
- 3) Pasien yang bisa berkomunikasi dengan baik
- 4) Pasien yang bersedia dan mampu dijadikan responden.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Responden yang mengundurkan diri menjadi responden saat penelitian

E. Jenis Pengumpulan Data

1. Data primer

Mengumpulkan data primer secara formal kepada respondendengan mnggunakan lembar observasi dan inform consent yang terdiri dari beberapa pertanyaan kepada respondenuntuk dijawab. Dalam melakukan penelitian peneliti menggunakan lembar kuisisioner.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dengan mengumpulkan data awal dari laporan tahunan Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

F. Teknik Pengumpulan

1. Cara Pengumpulan

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara terpimpin menggunakan lembar kuisisioner pada responden yang masuk di IGD, persepsi nyeri pada responden dan waktu kedatangan atau keterlambatan datang ke IGD

2. Alat Pengumpulan Data

lembar kuisisioner

G. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen penelitian yang akan digunakan adalah kuisisioner dan pedoman wawancara yang terdiri dari kuisisioner persepsi nyeri pada pasien Sindrom Koroner Akut dan pedoman wawancara keterlambatan pre hospital pada pasien Sindrom Koroner Akut Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

1. Kuisisioner persepsi nyeri pada responden

Kuisisioner persepsi nyeri terdiri dari 12 pertanyaan dengan multiple choice (pilihan ganda). Dalam kuisisioner terdapat komponen dalam pertanyaan yang berisi persepsi pasien berdasarkan PQRST karakteristik nyeri yang di modifikasi dari penelitian (Setiyawan, 2017) sesuai dengan variabel independen peneliti. Sehingga instrumen ini menilai bagaimana anggapan respondenterhadap gejala yang pernah dialaminya, dengan skor nilai 1 = berasal dari penyakit jantung , 2 = Bukan Berasal dari Jantung.. Kuisisioner ini sudah resmi (paten) dengan nilai r hitung terendah 0,554 dan r hitung tertinggi sebesar 0,920 dan dinyatakan semua item instrumen yang digunakan penelitian ini mempunyai r hitung > r tabel (0,497) sehingga item-item pada kuisisioner pada penelitian ini dinyatakan valid.

2. Pertanyaan terkait Keterlambatan pre hospital pada responden

Pada bagian ini instrumen terdiri dari pertanyaan tentang waktu gejala nyeri pertama dirasakan dan berapa lama hingga di bawa kerumah Sakit. Dimana menurut American Heart Association (ACCF/AHA) tahun 2013, standar waktu saat munculnya gejala hingga pasien tiba di IGD adalah 120 menit. Sehingga instrumen ini menilai berapa lama jarak waktu dari gejala pertama hingga di bawa kerumah Sakit, dengan skor nilai 1= tidak terlambat, 2 = terlambat.

H. Prosedur Penelitian

Prosedur yang dilakukan dalam penelitian ini terdiri dari beberapa tahap meliputi:

1. Tahap Persiapan

Langkah-langkah yang dilakukan selama tahap persiapan antara lain:

- a. Membuat surat permohonan izin pengambilan data dan di lanjutkan dengan penelitian
- b. Mengirimkan surat permohonan izin pengambilan data dan dilanjutkan dengan penelitian ke bidang pelayanan umum RS DR.Achmad Mochtar Bukittinggi
- c. Surat izin diterima dan disetujui oleh pihak Diklat SDM serta di teruskan ke bidang keperawatan RS DR Achmad Mochtar Bukittinggi.
- d. Surat izin penelitian diterbitkan oleh bidang diklat SDM diperuntukkan ke bagian IGD
- e. Surat izin diteruskan ke kepala ruangan IGD rumah Sakit Achmad mochtar Bukittinggi.

2. Tahap Pelaksanaan

Langkah-langkah yang dilakukan seama tahap pelaksanaan

- a. Memperkenalkan diri kepada kepala ruangan IGD RS DR, Acmah Mochtar Bukittinggi.
- b. Memberikan informasi maksud dan tujuan penelitian kepada kepala ruangan IGD RS

- c. Melakukan observasi waktu kedatangan pasien diruangan IGD RS
 - d. Mengisi lembaran pemeriksaan/kuisisioner persepsi nyeri dan keterlambatan tiba dirumah Sakit
2. Tahap Akhir
- a. Pengolahan dan analisa data berdasarkan hasil observasi
 - b. Menarik kesimpulan berdasarkan hasil analisa data

I. Pengolahan Data

Tahapan dalam pengolahan data

1. Editing

Editing merupakan upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yangtelah diperoleh atau dikumpulkan. Tahap ini dapat dilakukan pada tahappengumpulan data atau setelah pengumpulan data. Pada tahap in idilakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah sudah lengkap,jelas, relevan, dan konsisten.

2. Koding

Tahap kedua yaitu koding pada tahap ini dikaukan perubahan data dari berbentuk huruf menjadi angka atau bilangan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa kode pada bagian-bagian tertentu untuk mempermudah waktu pentabulasi dan analisa data. Pemberian kode pada penelitian ini meliputi :

a. Persepsi nyeri :

1 : nyeri berasal dari penyakit jantung

2 : nyeri bukan berasal dari penyakit jantung

b. Keterlambatan Pre hospital :

1 : < 120 menit (tidak terlambat)

2 : > 120 menit (terlambat)

3. Data Entry

Proses memasukan data-data yang telah mengalami proses editing dan coding kedalam alat pengolah data (computer) menggunakan aplikasi perangkat lunak.

4. Tabulating

Merupakan penyusunan data dalam bentuk tabel. Tabulasi adalah pengelompokan dengan membuat daftar tabel frekuensi sesuai analisa yang dibutuhkan.

5. Cleaning Data

Cleaning data merupakan kegiatan memeriksa kembali data yang sudah dientry, apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan mungkin terjadi pada saat meng-entry data ke computer.

J. Analisis Data

Adapun analisis data pada penelitian ini adalah :

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisa tiap data/variabel, bertujuan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan sebaran data yang di peroleh (Adiputra et al., 2021). Analisis menggunakan system komputerisasi dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

2. Analisis Bivariat

Analisa Bivariat adalah analisis yang dilakukan pada dua variabel secara langsung. Analisis bivariate dilakukan dengan mengaitkan data variabel pertama dengan variabel kedua (Ismail Nurdin & Sri Hartati, 2019)

Uji *chi square* untuk mengetahui hubungan antara variabel yaitu “ Hubungan Persepsi Nyeri Dengan Keterlambatan Pre Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi” jika p value >0.05 maka H_0 diterima dan H_a ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel tersebut. Sebaliknya jika p value <0.05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara variabel tersebut (Ismail Nurdin & Sri Hartati, 2019).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

Rumah Sakit umum daerah (RSUD) Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan rumah Sakit militer belanda yang sudah ada sejak tahun 1908 yang memiliki sekitar 65.000 m² dan terletak di jalan Dr.A.Rivai No.1 Bukittinggi, Sumatera Barat.

Berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri No 23 tahun 1983, Menteri Kesehatan No 273/Menkes/SKB/VII/1983 dan Menteri Keuangan 335a/KMK-03/1983 ditetapkan RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebagai Rumah Sakit Pendidikan. Selanjutnya dengan persetujuan Menteri Dalam Negeri Nomor : 061/2688/SJ tanggal 9 September 1997 dan dan Perda No. 7 Tahun 1997 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi ditetapkan bahwa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebagai RS Klas B Pendidikan. Berdasarkan Perda Provinsi Daerah Tingkat I Sumatera Barat nomor 4 tahun 1997 ditetapkan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitting sebagai Unit Swadana Daerah. Untuk Meningkatkan layanan kepedulian terhadap kesehatan jantung pada masyarakat, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Achmad Muchtar Bukittinggi sekarang memiliki Ruang Operasi Cathlab atau kateterisasi jantung. Tepat pada tanggal 14 oktober 2019 Wakil Gubernur Sumatera Barat H. Nasrul Abit berkesempatan meresmikan pelayanan Kateterisasi Jantung di RSUD Achmad Muchtar Bukittinggi, sehingga RSUD dr Achmad mochtar menjadi pusat rujukan (cardiac center) sekaligus lokomotif peningkatan pelayanan rumah Sakit yang berkualitas di wilayah Sumatera Barat bagian utara.

B. Karakteristik responden

Tabel 4. 1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden Di Ruang IGD RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi (N= 28)

Karakteristik	f	%
Usia		
≤ 45 tahun	3	10.7
>45 tahun	25	89.3
Jenis kelamin		
Laki-laki	23	82.1
Perempuan	5	17.9
Tingkat pendidikan		
SD	2	7.1
SMP	4	14.3
SMA	13	46.4
Sarjana/Diploma	9	32.1
TOTAL	28	100

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa hampir seluruh (89,3%) responden berusia < 45 tahun, hampir seluruh (82,1%) responden berjenis kelamin laki-laki dan hampir setengah (46,4%) responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMA.

1. Gambaran umum pasien
a. Diagnosa medis

Tabel 4. 2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Diagnosa Medis Di Ruang IGD RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023

Diagnosa	Frekuensi (N)	Persentase (%)
STEMI	19	67,9
NSTEMI	4	14,3
UAP	5	17,9
TOTAL	28	100

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar (67,9%) responden terdiagnosa medis STEMI.

b. Jarak tempat tinggal dengan RS

Tabel 4. 3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Tempat Tinggal Dengan Rumah Sakit

Jarak	N	%
Dekat	20	71,4
Sedang	6	21,4
Jauh	2	7,1
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.3 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar (71,4%) jarak tempat tinggal responden dekat dengan rumah Sakit.

c. Transportasi

Tabel 4. 4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Transportasi Yang Digunakan Saat Menuju Ke Rumah Sakit

Transportasi	N	%
Pribadi	26	92,9
Kendaraan umum	2	7,1
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat dilihat bahwa hampir seluruh (92,9%) responden menggunakan kendaraan pribadi menuju ke rumah Sakit.

d. Hal Yang Di Lakukan Saat Nyeri

Tabel 4. 5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hal Yang Di Lakukan Saat Nyeri

Hal yang dilakukan	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Istirahat	17	60,7
Memberikan balsem di area nyeri	1	3,6
Meminum obat yang dibeli di warung	4	14,3
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar (60,7%) responden memilih untuk beristirahat saat merasa nyeri.

e. Karakteristik Nyeri

Tabel 4. 6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Di Ruang IGD RSUD DR .Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023

Karakteristik nyeri	N	%
<i>a. provokatif</i>		
Tanpa pemicu	10	33
Dengan pemicu	18	67
Aktivitas berlebihan	12	42,9
Kurang istirahat	3	10,7
Stress	3	10,7
Nyeri muncul saat		
Setelah beraktivitas	14	50
Saat istirahat	14	50
<i>b. quality</i>		
Dada terasa tertusuk benda tajam	4	14,3
Dada terasa ditekan/ dihipit benda berat	13	46,4
Dada terasa panas/ada sensai terbakar	2	7,1
Dada terasa dicengkram	9	32,1
<i>c. region/radiasi</i>		
Dada kiri menjalar ke bahu kiri dan lengan kiri	22	78,6
Seluruh area dada	6	21,4
<i>d. savority</i>		
Sacle of paint		
Ringan	4	14,3
Sedang	18	64,3
Berat	6	21,4
Gejala penyerta		
Disertai sesak nafas	4	14,3
Disertai mual muntah	7	25
Disertai keringat dingin	13	46,4
Disertai nyeri ulu hati	4	14,3
<i>e. Time/ durasi nyeri</i>		
<20 menit	11	39,3
>20 menit	17	60,7
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa dari 28 responden provokatif insiden dengan pemicu sebanyak 18 orang (67%) dan setengahnya (50%) mengalami nyeri setelah beraktivitas dan setengahnya lagi (50%) mengalami nyeri saat istirahat. *Provokatif* atau pemicu nyeri dada terbanyak yaitu hampir setengah (42,9%) dari responden dipicu oleh aktivitas berlebihan, sedangkan responden yang mengatakan dipicu oleh kurang istirahat dan stress sebanyak masing masing 3 orang responden(10,7%).

Quality of pain atau kualitas nyeri dada pada responden dirasakan paling banyak 3 karakteristik kualitas nyeri. Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa kualitas nyeri dada yang paling banyak dirasakan responden adalah dada terasa ditekan/ dihipit benda berat sebanyak 13 orang responden(46,4%) dan hampir setengah dari responden 9 orang (32,1%) Merasakan dada dicengkram.

Region/radiasi terkait dengan lokasi nyeri responden tidak hanya merasakan nyeri dada tetapi juga penyebaran/ menjalar. Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa hampir seluruh (78,6%) responden mengalami lokasi nyeri pada dada kiri dan menjalar ke bahu kiri serta lengan kiri dan sebagian kecil (21,4) responden mengalami lokasi nyeri pada seluruh area dada.

Saverity/keparahan nyeri dada yang dirasakan responden dinilai dengan skala nyeri ringan (1-3),sedang (4-6) dan berat (7-10). Sebagian besar (64,3%) responden mengalami nyeri sedang, sebagian kecil (21,4) responden mengalami nyeri berat dan sebagian kecil responden mengalami nyeri ringan (14,3%).keparahan nyeri biasanya disertai dengan gejala penyerta nyeri ,hampir setengah (46,4) responden mengalami gejala penyerta keringat dingin, sebagian kecil (25%) responden mengalami mual muntah dan

masing masing responden sebanyak 4 orang (14,3%) mengalami sesak nafas dan nyeri ulu hati.

Time/durasi nyeri dada yang dialami oleh responden biasanya pada pasien sindrom koroner akut akan mengalami nyeri dada 1-20 menit atau > 20 menit. Sebagian besar (60,7%) dari responden mengalami durasi nyeri dada > 20 menit dan hampir setengahnya (39,3) selama < 20 menit.

C. Hasil penelitian

Hasil pengolahan data yang diperoleh dari penelitian tentang hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital di IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2023 disajikan sebagai berikut

1. Analisis univariat

Analisa univariat adalah analisa yang dilakukan untuk memperoleh gambaran setiap variabel, distribusi frekuensi berbagai variabel yang di teliti baik variabel dependen maupun variabel independen, dengan melihat distribusi frekuensi dapat diketahui deskripsi masing masing variabel dalam penelitian.

a. Persepsi nyeri

Tabel 4. 7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Nyeri Pasien Sindrom Koroner Akut (Ska) Di Ruang Igd Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023

Persepsi	N	%
Nyeri berasal dari penyakit jantung	4	14,3
Nyeri bukan berasal dari jantung	24	85,7
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat bahwa hampir seluruh (85,7%) dari responden mempersepsikan nyeri yang dirasakan bukan berasal dari penyakit jantung.

b. Keterlambatan pre hospital

Tabel 4. 8

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keterlambatan Pre Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut Di Ruang IGD RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2023

Keterlambatan pre hospital	N	%
Tidak terlambat	5	17,9
Terlambat	23	82,1
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.8 diatas dapat dilihat bahwa hampir seluruh (82,1%) responden mengalami keterlambatan pre hospital.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis statistik yang dilakukan untuk menguji hipotesis antara dua variabel, untuk memperoleh jawaban apakah kedua variabel tersebut ada hubungan, berkorelasi, ada perbedaan, ada pengaruh dan sebagainya sesuai dengan hipotesis yang telah dirumuskan.

Tabel 4. 9

Hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang IGD RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

Persepsi nyeri	Keterlambatan pre hospital				N	%	P_ value
	Tidak terlambat		terlambat				
	N	%	N	%			
Nyeri berasal dari penyakit jantung	3	75	1	25	4	14,3	0,011
Nyeri bukan berasal dari penyakit jantung	2	8,3	22	91,7	24	85,7	
Total	5	17,9	23	82,1	28	100	

Berdasarkan tabel 4.9 terlihat sebanyak 22 orang (91,7%) responden mengalami keterlambatan pre hospital dengan mempersepsikan nyeri sebagai bukan berasal dari penyakit jantung lebih banyak dibandingkan dengan yang mempersepsikan nyeri berasal dari penyakit jantung yaitu sebanyak 5 orang (17,9%).

Hasil uji statistic diperoleh nilai p-value =0,012 ($\alpha < 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

D. PEMBAHASAN

1. Analisis univariat

a. Persepsi nyeri pasien sindrom koroner akut (SKA)

Berdasarkan hasil peneliti mengenai persepsi nyeri dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden mempersepsikan nyeri dada yang dirasakan sebagai nyeri bukan berasal dari penyakit jantung yaitu sebanyak 24 orang (85,7%). hal ini terjadi dikarenakan kesalahan persepsi pasien terhadap nyeri yang dirasakan sehingga mempersepsikan nyeri tersebut bukan berasal dari penyakit jantung dan memiliki persepsi sendiri, antara lain mereka menganggap bahwa nyeri tersebut karena maag lambung, paru-paru serta kelelahan sehingga responden memilih menunda untuk datang ke rumah Sakit. Menurut (Cindy et al., 2014) kesalahan persepsi pasien terlihat dari bagaimana pasien mengungkapkan bahwa apa yang mereka rasakan bukanlah keluhan dan gejala penyakit jantung melainkan keluhan yang muncul akibat kelelahan, kurang tidur, masuk angin atau karena lambung yang sakit. Dari hasil peneliti hampir setengah responden mempersepsikan nyeri yang dirasakan sebagai kelelahan yaitu 10 orang (35,7%), hampir setengah

mempersiapkan nyeri sebagai penyakit magh/gastritis yaitu 8 orang (28,6%), dan sebagian kecil mempersiapkan sebagai Sakit dada biasa yaitu 6 orang (21,4%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kartika, 2014), bahwa responden yang berpresepsi itu bukan penyakit jantung ada sebanyak 45 orang (78,9%) dan sisanya mengira penyakit jantung. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh (Yusniawati, 2018), tentang Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Waktu Tiba Pasien Dengan Sindrom Koroner Akut Di Instalasi Gawat Darurat Pelayanan Jantung Terpadu Rsup Sanglah Denpasar mengatakan dari 292 responden yang mengalami SKA, sebanyak 84 responden mempersiapkan nyeri berasal dari jantung (28,8%) dan terdapat 208 responden (71,2%) mempersiapkan bahwa Sakit yang dialami adalah bukan penyakit jantung.

Menurut sunaryo (2013), Persepsi merupakan proses diterimanya rangsang melalui pancaindra yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, yang berasal dari dalam dan luar individu.

Persepsi nyeri dikaitkan dengan karakteristik nyeri dimana persepsi nyeri dada yang berasal dari jantung memiliki beberapa karakteristik. Hasil peneliti di dapatkan bahwa hampir setengah (42,9%) responden mengalami nyeri dipicu oleh aktivitas berlebihan. Selain pemicu, lokasi dan area penyebaran nyeri termasuk kedalam karakteristik nyeri responden yaitu hampir seluruh (78,6%) responden mengalami nyeri dada kiri, menjalar/menyebar ke bahu kiri dan lengan kiri. Hal ini sejalan dengan penelitian (Setiyawan, 2017), bahwa lokasi nyeri dada

paling banyak adalah pada dada sebelah kiri yaitu mencapai 70,6%.

Menurut Perki (2015) nyeri dada tipikal atau kardiak terletak di daerah retrosternal, sehingga dalam menunjuk nyerinya menggunakan telapak tangan. Selain itu penjaralannya ke lengan kiri, leher, area interskapuler, bahu, atau epigastrium. Sedangkan nyeri dada non kardiak terkait dengan lokasinya sama dengan nyeri dada kardiak yaitu di area dada. Pasien dengan nyeri dada kardiak dapat menunjuk secara jelas letak lokasinya menggunakan 1 jari di daerah apeks ventrikel kiri atau pertemuan kostokondral. Selain itu nyeri dadanya juga menyebar, hanya saja penyebarannya ke ekstremitas bawah.

Sedangkan skala nyeri sebagian besar (64,3%) responden merasakan skala nyeri sedang hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Muhammad Ridwan et al., 2020) menunjukkan bahwa skala nyeri terbanyak yang dialami responden adalah nyeri sedang (4-6).

Hasil penelitian terkait tingkat pendidikan responden, sebagian besar (67,9%) responden memiliki tingkat pendidikan dasar yaitu sebanyak 19 orang sehingga responden kurang mengetahui bagaimana tanda dan gejala dari penyakit jantung. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wahid et al., 2019), yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi bagaimana individu tersebut mempersepsikan nyeri dadanya dan status pendidikan yang rendah berhubungan dengan tingginya kesalahan dalam mempersepsikan gejala. Menurut (Setiyawan, 2017) Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi individu dalam mempersepsikan apa yang terjadi pada dirinya salah satunya adalah untuk mempercayai gejala yang

dialami. Status pendidikan yang rendah berhubungan dengan tingginya kesalahan dalam mempersepsikan gejala. Individu yang mempunyai pengetahuan tentang penyakit jantung akan dapat lebih mengetahui gejala nyeri dada yang dialami sehingga dapat cepat memperoleh penanganan medis.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang di terima, akan semakin tinggi tingkat pengetahuannya. Sehingga seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan berpengetahuan lebih baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan mendapatkan dan mengetahui lebih banyak informasi yang akan mempengaruhi persepsi terhadap gejala nyeri dari penyakit jantung tersebut.

Selain pendidikan jenis kelamin juga dapat mempengaruhi persepsi nyeri dikarenakan adanya perubahan hormonal dan psikososial. Hasil penelitian menunjukkan laki laki jauh lebih banyak dari perempuan sebanyak 23 orang (82,1%) untuk laki laki dan 5 orang (17,9%) untuk perempuan. Hal ini sejalan Penelitian yang dilakukan oleh (Lichtman et al., 2018) Dibandingkan dengan laki-laki, perempuan secara signifikan lebih cenderung menganggap gejala mereka disebabkan oleh stres atau kecemasan (20,9% berbanding 11,8%, $P < 0,001$). Sehingga banyak nya perempuan yang mempersepsikan nyeri tersebut bukan berasal dari penyakit jantung. Didukung oleh (Pangestika & Nuraeni, 2017) dengan judul Hubungan Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Dengan Intensitas Nyeri Dada Di RS Al Islam Bandung yang menyatakan bahwa perempuan lebih sedikit mengalami nyeri dada dibandingkan dengan laki-laki dikarenakan adanya hormone estrogen pada wanita sebagai pelindung sebelum menopause.

Hal ini dikarenakan Hormon yang berpengaruh dalam rasa nyeri salah satunya estrogen, ketika wanita mengalami masa menopause maka hormone estrogen akan berkurang. Berkurangnya hormone estrogen menyebabkan turunnya konsentrasi endorfin dalam hipotalamus, sedangkan endorfin merupakan inhibitor zat kimia terhadap transmisi nyeri yang salah satunya berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri, oleh karena itu laki-laki lebih merasakan nyeri karena produksi estrogen yang tidak sebanyak dengan perempuan (Guna et al., 2020). Persepsi nyeri diakibatkan oleh rangsangan saraf simpatis berlebihan dapat meningkatkan beban kerja jantung meningkat (Karima & Setyorini, 2017). Untuk itu pentingnya mengetahui karakteristik nyeri berdasarkan jenis kelamin agar penatalaksanaan nyeri dilakukan dengan tepat (Guna et al., 2020).

b. Keterlambatan Pre Hospital

Berdasarkan hasil peneliti terkait keterlambatan pre hospital pasien sindrom koroner akut di ruang IGD RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2023, didapatkan hampir seluruh pasien mengalami keterlambatan pre hospital yaitu sebanyak 23 orang (82,1%), di bandingkan dengan sebagian kecil responden yang tidak mengalami keterlambatan pre hospital yaitu sebanyak 5 orang (17,9%). Hasil penelitian ini sejalan dengan (Irman et al., 2017a) bahwa dari 42 responden yang tiba terlambat di rumah Sakit sebanyak 26 orang (61.9%).

Keterlambatan terjadi karena responden yang tidak memiliki kesadaran terhadap gejala dari SKA sehingga tidak dapat memutuskan untuk datang ke pelayanan kesehatan karena gejala yang dirasakan dianggap rasa lelah akibat dari melakukan aktifitas sehari-hari dan memilih untuk beristirahat atau menahan nyeri yang dirasakan. Menurut (Muhammad Ridwan et al., 2020), yang

mengatakan kurangnya kesadaran pasien sehingga cenderung menunda untuk segera ke Rumah Sakit dikarenakan merasa mampu menahan nyeri atau sesak yang dirasakan menyebabkan banyaknya pasien yang mengalami keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA).

Hasil penelitian O'Donnel & Moser (2012), mengatakan penyebab waktu keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) disebabkan oleh pola pencarian pelayanan kesehatan, dimana pasien menunda dan ragu ragu untuk segera mencari bantuan medis ke rumah Sakit. Selama dirumah pasien hanya berbaring, mengobati diri sendiri dan membeli obat di apotik terdekat.

Menurut Muhammad et al., (2015) menjelaskan bahwa pendidikan pasien akan dapat mempengaruhi keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan maka wawasan yang dimiliki akan semakin luas terhadap penyakit SKA sehingga ketika serangan SKA dialami maka dengan didukung oleh pengetahuan yang baik dan kesadaran yang positif maka pasien akan segera datang ke pelayanan kesehatan. Penelitian dilakukan oleh Sukhbeer, et al., (2016) menjelaskan bahwa, pengetahuan merupakan komponen yang penting untuk diperbaiki ketika ingin mengurangi keterlambatan pasien tiba di IGD dengan SKA.

Faktor lainnya yang menyebabkan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) yaitu jarak rumah ke rumah Sakit. Hal dikarenakan Jarak berhubungan dengan waktu mencapai ke Rumah sakit. Jarak rumah pasien lebih dari 50 KM mempunyai kecenderungan lebih sering terlambat di karenakan membutuhkan waktu >60 menit. Demikian juga penelitian Mussi et al., (2014) yang menyatakan jalur menuju pelayanan kesehatan atau rumah

Sakit merupakan variabel yang memengaruhi keterlambatan mendapat penanganan. Jauhnya jarak pelayanan kesehatan dengan pemukiman warga terutama di daerah pedesaan menimbulkan masalah waktu tempuh untuk memperoleh layanan kesehatan lebih lama. Penelitian lainnya (Rahmawati et al., 2017), juga memperoleh hasil yang sama yaitu jarak rumah ke rumah Sakit 20-50 km memiliki paling tinggi tingkat keterlambatannya ke rumah Sakit

Selain jarak kerumah sakit, transportasi merupakan salah satu faktor keterlambatan pre hospital. Beberapa penelitian sebelumnya telah dijelaskan bahwa jenis transportasi terbukti berpengaruh pada waktu keterlambatan pre hospital. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh penggunaan jenis transportasi terbanyak yaitu kendaraan pribadi (92,9%). Penelitian sebelumnya tentang Hubungan jarak, tempat tinggal, alat transportasi, serta persepsi pasien terhadap keterlambatan pasien ke IGD pada pasien penyakit jantung koroner yang dilakukan oleh (Siti et al., 2021), mengatakan mayoritas pasien tidak menggunakan ambulans dengan alasan pasien merasa gejala yang dirasakan tidak terlalu gawat atau tidak begitu serius, tidak mengetahui nomor layanan gawat darurat, tidak tersedianya ambulans desa di tempat tinggal dan belum tersedia layanan gawat darurat medis. Hal ini dikarenakan perbandingan waktu sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Garofalo et al. (2012) bahwa hasil penelitian diperoleh rata-rata waktu tiba di IGD dengan ambulans yaitu 130 menit, sedangkan dengan kendaraan pribadi yaitu 553 menit.

2. Analisis bivariat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan antara persepsi nyeri dengan keterlambatan Pre Hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang IGD RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023 dengan nilai uji statistic diperoleh nilai $p\ value = 0,012$ (α

$<0,05$). Banyak pasien mengalami keterlambatan pre hospital dikarenakan kesalahan pasien dalam mempersepsikan nyeri yang dirasakan, pasien memilih untuk menahan rasa nyeri dan beristirahat dirumah sehingga pasien tidak mendapatkan penanganan medis dengan tepat.

Hal ini sesuai dengan penelitian dilakukan (Irman et al., 2017a), tentang hubungan persepsi nyeri kardiak dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di IGD RSUD dr. T.C hillers Maumere pada tahun 2017, menunjukkan adanya hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) dengan hasil nilai p pada uji contingency coefficient yaitu 0,002. Nilai p alfa $< (0,05)$ maka H_0 di tolak dan H_a diterima. Penelitian ini menunjukkan sebanyak 22 orang (78.6%) mempersepsikan nyeri yang di rasakan bukan penyakit jantung dan mengalami keterlambatan pre hospital.

Persepsi menjadi hal yang penting, hal ini dikarenakan perilaku manusia didasarkan pada persepsi mereka mengenai realitas yang ada. Persepsi yang baik dapat membantu menentukan bagaimana individu memahami gejala. berdasarkan pemahaman tersebut maka pasien dengan SKA berespon dengan tepat saat onset gejala dirasakan (Yusniawati, 2018). hal ini di karenakan ketepatan seseorang dalam mempersepsikan gejala yang dialami akan mempengaruhi keputusan untuk mendatangi pelayanan kesehatan (Setyo Rini et al., 2017).

Pasien yang mempersepsikan tanda dan gejala yang muncul merupakan penyakit jantung, maka respon yang akan di lakukan adalah segera mendatangi pelayanan kesehatan (Jamaludin et al., 2019). Penelitian sebelumnya yang dilakukan (Sholikhaningayu et al., 2014) menjelaskan di Indonesia keterlambatan tiba pasien di IGD disebabkan oleh kesalahan dalam mempersepsikan gejala SKA, sehingga

melakukan tindakan berupa istirahat dan membeli obat di apotek terdekat. Terbukti hasil penelitian yang dilakukan di RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi menunjukkan dari 28 orang penderita SKA sebagian besar (60,7%5) responden memilih untuk beristirahat, sebagian kecil (14,3%) memilih minum obat yang dibeli di warung dan dan sebagian kecil (3,6%) responden memilih memberikan balsem di area nyeri.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Widyarani, 2018), dimana banyaknya responden mengalami keterlambatan pre hospital akibat upaya self medication yaitu sebanyak 34 orang (72%) dan yang tidak melakukan self medication (28%). Penelitian lainnya yang dilakukan oleh (Farshidi et al., 2013) yang menyebutkan bahwa 34% pasien tiba terlambat di IGD disebabkan oleh upaya mengobati diri sendiri pada saat serangan nyeri dada, selain itu juga dijelaskan bahwa waktu keterlambatan sangat beresiko pada kematian.

Penelitian yang dilakukan oleh (Sholikhaniyayu et al., 2014) di Rumah Sakit Umum dr. Saiful Anwar Malang, hasil penelitian diperoleh yaitu pasien yang mempersepsikan nyeri dada kardiak sebesar 71.43%. Hasil penelitian juga dijelaskan bahwa ada hubungan antara persepsi dengan interval waktu antara terjadinya nyeri dada sampai tiba di rumah Sakit ($p= 0.046$). Selain itu juga dalam penelitian dijelaskan bahwa walaupun pasien mempersepsikan tanda dan gejala tersebut adalah penyakit jantung, hal yang pertama kali dilakukan bukanlah segera mendatangi pelayanan kesehatan melainkan mengobati diri sendiri.

Menurut (Riegel et al., 2009) yang mengatakan self medication segala tindakan atau upaya pasien sebagai respon terhadap keluhan nyeri dada yang dirasakan guna menjaga dan memelihara stabilitas fungsi fisiologisnya tanpa petunjuk dokter.

Upaya pengobatan diri sendiri (self medication) menyebabkan keterlambatan pre hospital karena menganggap hal ini dapat mengontrol rasa nyeri. Akibat dari kesalahan persepsi terhadap tanda dan gejala penyakit jantung sehingga responden beranggapan serangan nyeri dada yang dirasakan merupakan keluhan yang wajar, dan akan hilang dengan sendirinya.

Keterkaitan antara persepsi dengan keterlambatan pre hospital juga tidak lepas dari tingkat pendidikan seseorang, ini dikarenakan tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuan sehingga pendidikan menentukan respon awal pada saat munculnya gejala. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan yang baik, sehingga dapat mempersepsikan gejala awal sehingga akan mencari pengobatan yang tepat (Irman et al., 2017b). pendapat ini terbukti pada penelitian yang dilakukan di IGD RSUD DR.Achmah Mochtar Bukittinggi, Bahwa penderita yang berpendidikan dasar dengan persepsi bukan berasal dari penyakit jantung sebanyak 16 orang (84,2%) serta mengalami keterlambatan pre hospital.

Penelitian di atas didukung oleh hasil yang didapatkan (Cindy et al., 2014) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan pasien mengenai gejala SKA berhubungan dengan rendahnya intepretasi pasien mempersepsikan gejala SKA. Selain itu, kurangnya pengetahuan dan kognitif yang rendah juga mempengaruhi kontrol diri pasien dan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan

Keterlambatan pre hospital yang diakibatkan kesalahan persepsi dapat menyebabkan pasien terlambat mendapatkan penanganan medis sehingga kondisi ini berdampak pada keselamatan pasien, yang dikaitkan dengan kematian. Menurut (Negi et al., 2016) Kematian

akibat pasien tiba terlambat mempunyai resiko sebesar 3 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tiba lebih awal di rumah Sakit.

Pada dasarnya keterlambatan pre hospital tergantung dari keputusan pasien mendatangi pelayanan kesehatan. Pasien dengan gejala SKA akan tiba di IGD lebih awal atau terlambat tergantung dari persepsi. Intervensi yang dapat diberikan oleh petugas kesehatan yaitu dengan memberikan edukasi atau penyuluhan pentingnya waktu keterlambatan dari mulai gejala pertama hingga dirumah Sakit, sehingga penderita yang beresiko terkena penyakit SKA dapat segera ke rumah Sakit saat tanda gejala muncul dan dapat mengurangi keterlambatan pre hospital

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan persepsi dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat Bukittinggi tahun 2023 yang telah dilakukan pada bulan mei hingga juni 2023, maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hampir seluruh pasien SKA mempersepsikan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri bukan berasal dari penyakit jantung yaitu sebanyak 24 orang (85,7%).
2. Hampir seluruh pasien SKA mengalami keterlambatan pre hospital yaitu sebanyak 23 orang (82,1%)
3. Berdasarkan uji statistic diperoleh nilai $p\ value = 0,012$ ($\alpha < 0,05$), jika di bandingkan $p \leq \alpha$ maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara hubungan persepsi nyeri dengan keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA) di ruang instalasi gawat darurat RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2023.

B. Saran

1. Bagi Rumah sakit RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi
Melalui direktur rumah sakit Di sarankan untuk perawat ruangan IGD rumah Sakitt untuk melakukan edukasi mengenai waktu keterlambatan pre hospital sangat penting bagi pasien yang mengalami penyakit jantung agar mendapatkan penanganan medis secara tepat sehingga dapat menurunkan keterlambatan kedatangan pasien ke rumah Sakit.
2. Bagi institusi pendidikan
Hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai referensi dalam proses pembelajaran serta bahan bacaan di perpustakaan

3. Bagi peneliti selanjutnya

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah untuk melakukan penelitian terkait factor factor lain yang mempengaruhi keterlambatan pre hospital pada pasien sindrom koroner akut (SKA)

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., & Munthe, S. A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Akbar, Hairil. 2021. "Pencegahan Penyakit Tidak Menular Melalui Edukasi Cerdik Pada Masyarakat Desa Moyag Kotamobagu." *Abdimas Universal* 3(1):83–87.
- Aroney, Constantine N., Philip Aylward, Anne Maree Kelly, Derek P. B. Chew, Eleanor Clune, Roger M. Allan, Andrew N. Boyden, David Brieger, Alex Brown, Gerard E. Carroll, Michael Flynn, David Hunt, Ian G. Jacobs, Traven M. Lea, Kok Shiong Tan, Andrew M. Tonkin, Tony Walker, Warren Walsh, and Harvey White. 2016. "Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes 2016." *Medical Journal of Australia* 184(8 SUPPL.):516–25.
- Ayuni, Q., Cahya Wihandika, R., & Yudistira, N. (2021). Klasifikasi Aritmia Dari Hasil Elektrokardiogram Menggunakan Metode Support Vector Machine. *Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 5(6), 2163–2170. <http://j-ptiik.ub.ac.id>.
- chabib muhamad. (2017). *persepsi perempuan tentang penyakit jantung koroner* (Issue 1). universitas muhamadiyah ponorogo.
- Cindy, A., Afni, N., Andarini, S., & Rachmawati, S. D. (2014). *Pengalaman Prehospital Pasien Dengan Stemi (St Elevation Myocard Infrect) Pertama Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr . Moewardi*. 67.
- Diputra, M. D. R., Wita, I. W., & Aryadana, W. (2018). Karakteristik Penderita Sindroma Koroner Akut di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2016. *E-Jurnal Medika Udayana*, 7(10), 1–10.
- Dokter, P., Kardiovaskular, S., & empat, E. (2018). pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. In *Medical Journal of Australia* (Vol. 184, Issue 8 SUPPL., pp. 516–525). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01292.x>.
- Dokter, P., Kardiovaskular, S., & Ketiga, E. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut Edisi Ketiga*.
- Dwiana, W. G., Y. Peristiwati, and R. Ambarika. 2020. "Pemberian Pendidikan Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Prehospital Delay Time Sindrom Koroner Akut Pada Kelompok Resiko Tinggi" *Journal of Health Science*
- Faridah, E. N., Pangemanan, J. A., & Rampengan, S. H. (2016). Gambaran Profil Lipid Pada Penderita Sindrom Koroner Akut Di Rsup. Prof. Dr. R. D.

Kandou Periode Januari – September 2015. *E-CliniC*, 4(1).
<https://doi.org/10.35790/ec1.4.1.2016.11023>

Farshidi, H., Rahimi, S., Abdi, A., Salehi, S., & Madani, A. (2013). Factors associated with pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(4), 312–316.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.2367>

George, S. (2013). *Prehospital Delay, Procrastination and Personality in Patients with Acute Coronary Syndrome* (Doctoral dissertation).

Guna, D., Sebagian, M., Mencepai, S., Sarjana, G., Programstudi, K., Fakultas, K., & Kesehatan, I. (2020). *Perbandingan Nyeri Akut Miokard Infark Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta Naskah Publikasi*.

Hammad, T. A., Strefling, J. A., Zellers, P. R., Reed, G. W., Venkatachalam, S., Lowry, A. M., ... & Shishehbor, M. H. (2015). *The effect of post-exercise ankle-brachial index on lower extremity revascularization*. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 8(9), 1238-1244.

HUSAIN, M. (2014). *Evaluasi Kepatuhan Dalam Penatalaksanaan Pasien Sindrom Koroner Akut Di Igd Rsu Pku Muhammadiyah Bantul* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta).

Irman, O., Poeranto, S., & Suharsono, T. (2017). The Correlation of Health Seeking Behavior and Transportation Mode with Prehospital Delay TIME in Patients with Acute Coronary Syndrome at Emergency Department of Regional Public Hospital of Dr. Tc Hillers. *NurseLine Journal*, 2(2), 87-96.

Irman, Ode, Sri Poeranto, and Tony Suharsono. 2017. "Hubungan Persepsi Tentang Nyeri Kardiak Dengan Keterlambatan Prehospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut Di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers." *Journal Nursing Care and Biomolecular* 2(1):24.

Ismail Nurdin & Sri Hartati. (2019). *Metodologi Penelitian Sosial* (Lutfiah (ed.)). Media Sahabat Cendika.

Jamaludin, T. S. S., Jorani, S., & Saidi, S. (2019). Knowledge, awareness, and perception of coronary heart disease (CHD) among residents in Kuantan, Pahang, Malaysia. *Enfermeria Clinica*, 29, 776–779.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.117>

Jeki dan mandria. (2021). Buku Ajar Sindrom Koroner Akut Pandangan Masyarakat Umum. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, April, 49–58.

- Karima, A., & Setyorini, Y. (2017). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Lama Hari Rawat Pada Pasien Akut Miokard Infark (AMI) DI Ruang ICVCU RSUD DR. Moewardi Surakarta. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 2(1), 21–28. <https://doi.org/10.37341/jkg.v2i1.28>
- Kartika, W. (2014). *faktor faktor keterlambatan sampai dirumah Sakit pada pasien infrak miokard akut yang melakukan self medication di RSUD dr.Saiful Anwar Malang*. universitas brawijaya.
- Kemenkes RI. (2022). *Penyakit Jantung Penyebab Utama Kematian, Kemenkes Perkuat Layanan Primer – Sehat Negeriku*. dr. Siti Nadia Tarmizi, M.Epid. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220929/0541166/penyakit-jantung-penyebab-utama-kematian-kemenkes-perkuat-layanan-primer/>
- Kemenkes RI. 2010. “Sudi Kohor Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular 2010.”
- Kementrian Kesehatan. (2016). *Pharmaceutical care penyakit cardiovascular*. 1–102.
- Ketut, Susila I., Wulandari Putu Kiki, and Yasa A. A. G. W. Pratama. 2022. “Infark Miokard Akut Dengan Elevasi Segmen ST (IMA-EST) Anterior Ekstensif: Laporan Kasus.” *Ganesha Medicina Journal* 2(1):22–32.
- Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., Daneshvar, M., Spertus, J. A., & D’Onofrio, G. (2018). Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction. *Circulation*, 137(8), 781–790. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>
- Masitha, I. S., Media, N., Wulandari, N., & Tohari, M. A. (2021). Sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kampung Tidar. *Jurnal.Umj.Ac.Id*, 1–8.
- Maulidah, M., Wulandari, S., Tholib, M. A. A., & Octavirani, D. I. P. (2022). Karakteristik Umum Penderita Sindrom Koroner Akut. *Nursing Information Journal*, 2(1), 20–26. <https://doi.org/10.54832/nij.v2i1.281>
- Meidatuzzahra, D. (2019). Penerapan Accidental Sampling Untuk Mengetahui Prevalensi Akseptor Kontrasepsi Suntikan Terhadap Siklus Menstruasi. *Avesina*, 13(1), 9. <https://e-journal.unizar.ac.id/index.php/avesina/article/download/124/100>
- Muhammad Ridwan, Yusni, & Nurkhalis. (2020). Analisis Karakteristik Nyeri Dada Pada Pasien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Journal of Medical Science*, 1(1), 20–26. <https://doi.org/10.55572/jms.v1i1.5>

- Mutarobin. (2018). Modul Sistem Kardiovaskuler Acute Coronary Syndrome (Acs). *Poltekkes Kemenkes Jakarta 1*, 72.
- Negi, P. C., Merwaha, R., Panday, D., Chauhan, V., & Guleri, R. (2016). Multicenter HP ACS Registry. *Indian Heart Journal*, 68(2), 118–127. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.07.027>
- Ningsih, E. S., & Yuniartika, W. (2020). Studi Literatur: Thermotherapy Untuk Mengatasi Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA). *The 12th University Research Colloquium 2020*, 48–55.
- Pangestika, D. D., & Nuraeni, A. (2016). *Hubungan Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut*. 1–4.
- Patricia, Medisa I., Frits R. .. Suling, and Timothy E. Suling. 2018. “Prevalensi Dan Faktor Risiko Sindrom Koroner Akut Di Rumah Sakit Umum Universitas Kristen Indonesia.” *Majalah Kedokteran UKI* 35(3):1101–14.
- PERKI. 2020. “Indonesian Heart Association.” *Perki* (62):5684220.
- Qodir, A., Soeharto, S., & Kristianto, H. (2014). Hubungan kepatuhan mengontrol faktor risiko dengan kejadian infark miokard akut recurrent di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. In *Dunia Keperawatan* (Vol. 2, Issue 2, pp. 14–23).
- Rampengan, S. H. (2014). Buku praktis kardiologi. In *Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*.
- Rampengan, S. H. (2015). Kegawatdaruratan Jantung. In *Soc Franc d’Anesth et de Reanim* (Vol. 33).
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., Gurvitz, M. Z., Havranek, E. P., Lee, C. S., Lindenfeld, J., Peterson, P. N., Pressler, S. J., Schocken, D. D., & Whellan, D. J. (2009). State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the american heart association. *Circulation*, 120(12), 1141–1163. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>
- Rosjidi, C. H. (2020). Early Home Care Errors and the Impact on Delay in Hospital for Patients with Coronary Heart Disease. *Jurnal Keperawatan*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.22219/jk.v11i1.9752>
- Sangadji, F. (2021). UPAYA PENCEGAHAN SINDROM KORONER AKUT (SKA) Prevention of a Family-Based Acute Coronary Syndrome (ACS) in The Community of Waras Sariharjo Ngaglik Sleman Ygyakarta. *JurnalKesehatanMadaniMedika*, 12(02), 227–242.
- Santina, R. O., Hayati, F., & Oktariana, R. (2021). Analisis Peran Orangtua Dalam Mengatasi Perilaku Sibling Rivalry Anak Usia Dini. *Jurnal Ilmiah*

Mahasiswa ..., 2(1), 1–13. file:///Users/ajc/Downloads/319-File Utama Naskah-423-1-10-20210810.pdf

- Santosa, W. R. B. (2015). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya ROSC pada pasien henti jantung di IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung*.
- Septarini, Ni Wayan. 2017. "Mata Kuliah Metode Pengendalian Penyakit." 1–41.
- Setiyawan, Y. (2017). *Hubungan Karakteristik Nyeri Dada Tipikal Dengan Persepsi Nyeri Dada Pada Pasien Nyeri Dada Jantung Di Rumah Sakit Tentara Tk. Ii Dr. Soepraoen Malang*.
- Setyo Rini, I., Widya Ayuningtyas, D., & Ratnawati, R. (2017). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Gejala Nyeri Dada Kardiakiskemik Pada Pasien Infark Miokard Akut Di Rsd Dr. Saiful Anwar Malang*. *Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Science)*, 5(1), 34–41. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2017.005.01.5>
- Sholikhaningayu, R., Rohman, M. ., & Suyanto. (2014). Hubungan Antara Karakteristik Pasien Nyeri Dada Kardiak Iskemik Dengan Interval Waktu Antara Terjadinya Nyeri Dada Sampai Tiba Di Rumah Sakit Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *Deutsches Arzteblatt*, 105(15), 286–291. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0286>
- Siti et all, S. (2021). *Hubungan jarak, tempat tinggal, alat transportasi, serta persepsi pasien terhadap keterlambatan pasien ke IGD pada pasien penyakit jantung koroner*. 8(1), 7–15.
- Sugiyono. (2012). *Netode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, C. (2015). Identifikasi Faktor Usia, Jenis Kelamin Dengan Luas Infark Miokard Pada Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Ruang Iccu Rsd Dr. Soebandi Jember. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), 1–7.
- Syafii, M. R., & Kristinawati, B. (2020). *Heart Score Sebagai Assesment Pada Pasien Dengan Chest Pain di Instalasi Gawat Darurat*. *Avicenna : Journal of Health Research*, 3(1), 49–55. <https://doi.org/10.36419/avicenna.v3i1.342>
- Vii, B. A. B., & Miokardium, A. I. (2018). *Miokardium*. literasi nusantara.
- Wahid, A., Studi Ilmu Keperawatan, P., Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat ABSTRAK Kata Kunci, F., & Risiko, F. (2019). *Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulip Di Rsd Ulin Banjarmasin*. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), 6–12. <http://journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/>,

- Wahiddiyah, Susila, and Alfi Ari Fahrul Rizal. 2019. "Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Acute Coronary Syndrome (ACS) Dengan Intervensi Inovasi Relaksasi Benson Kombinasi Hand Foot Massage Terhadap Intensitas Nyeri Dada Di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahrin." *Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda* 1–10.
- Widyanani, L. (2018). *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi "Prehospital Delay Time" Pada Pasien Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI). Media Ilmu Kesehatan*, 7(1), 60–70. <https://doi.org/10.30989/mik.v7i1.268>
- Wirawan, N., Sholihah, I. S., Rohyadi, Y., & Kusuma, M. I. A. (2021). *Hubungan Jarak Tempat Tinggal, Alat Transportasi, Serta Persepsi Pasien Terhadap Keterlambatan Pasien Ke Instalasi Gawat Darurat Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 8(1), 7–15. <https://doi.org/10.33867/jka.v8i1.231>
- yankes.kemkes. (2022). Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. In *Kementerian Kesehatan RI*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/372/bahaya-perokok-pasif
- Youssef, G. S., Kassem, H. H., Ameen, O. A., Al Taaban, H. S., & Rizk, H. H. (2017). *Pre-hospital and hospital delay in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes in tertiary care. The Egyptian Heart Journal*, 69(3), 177-181.
- Yuke, S. (2014). *Departemen Kardiologi Dan Kedokteran*.
- Yusniawati, Y. (2018). *Analisis faktor yang berhubungan dengan keterlambatan waktu tiba pasien dengan sindrom koroner akut di instalasi gawat darurat pelayanan jantung terpadu rsup sanglah Denpasar*. 136.

Lampiran 1**Lembar Persetujuan Responden****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No Hp :

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak resiko apapun pada responden. Setelah dijelaskan maksud dan tujuan penelitian ini saya bersedia menjadi respondendalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Anisa Aulia Syifa (193310774) mahasiswa program studi Sarjana Terapan Keperawatan-Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dengan judul “ Hubungan Persepsi Nyeri Dengan Keterlambatan Pre Hospital Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS DR. Achmad Mochtar Bukittinggi”

Informasi dan data yang saya berikan adalah benar adanya sesuai dengan kenyataan, pengetahuan dan pengalaman saya. Demikian surat ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bukittinggi, 2023

Repsonden

()

*Lampiran 2***KISI KISI KUISIONER DAN LEMBAR WAWANCARA**

NO	Variabel	Aspek yang dinilai	No. item pertanyaan	Jumlah item
1.	Persepsi nyeri Berdasarkan Pengakjian karakteristik nyeri dada	Pertanyaan persepsi nyeri dada P : penyebab atau penyerta Q : kualitas nyeri seperti rasa nyeri , tingkat nyeri. R: penyebaran nyeri (penjalaran) S : keparahan nyeri seperti sensasi , hilang timbul T: durasi waktu nyeri	1 2,3,4,5,6,7,8,9 10,11,12	1 11
2,	Keterlambatan prehospital	Waktu prehospital(terlambat dan tidak terlambat)	1,2 ,3,4,5,6	6
			Jumlah	18

*Lampiran 3***LEMBAR KUISIONER PENELITIAN**

**Hubungan persepsi Nyeri Dengan Keterlambatan Prehospital Pada Pasien
Sindrom Koroner Akut Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rs Dr.Achmad
Mochtar Bukittinggi**

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Instruksi : jawablah dengan menandai (v) di ruang yang tersedia sesuai kriteria untuk mengisi titik titik dibawah ini.

1. Nama/ inisial :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :

Laki laki perempuan

4. Tingkat pendidikan terakhir :

SD SMP
 SMA Sarjana
 Tidak sekolah

5. Pekerjaan :
6. Jarak rumah dengan rumah Sakit :
7. Transportasi yang digunakan datang ke Rumah Sakit :

A. KUISIONER PERSEPSI NYERI

Petunjuk pengisian :

Berikan tanda (x) pada jawaban yang benar

1. Menurut bapak/ ibu apakah nyeri dada yang bapak/ibu rasakan merupakan penyakit jantung ? (jika ya, lanjut NO 3)
 - a. ya
 - b. tidak
2. Jika tidak , menurut bapak/ibu nyeri yang bapak/ibu rasakan termasuk penyakit apa ?

- a. Magh/ gastritis
- b. Paru paru
- c. Kelelahan
- d. Sakit dada biasa

Pertanyaan Mengenai Karakteristik Nyeri Dada Responden

(P) provoking incident/ penyebab

3. Menurut ibu Apakah ada penyebab atau pencetus nyeri tersebut ?
 - a. Iya
 - b. Tidak (jika tidak, lanjut NO 5)
4. Jika iya, apa yang menyebabkan nyeri dada bapak/ ibu ?
 - a. Aktivitas berlebihan
 - b. stress
 - c. Kurang istirahat
 - d. lainnya

(Q) quality/kualitas nyeri

5. bagaimana keparahan nyeri yang bapak/ibu rasakan ? skala intensitas nyeri numerik (numeric rating scale) , skala ini digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsikan. pasien menilai nyeri diantara skala 0-10.
 - a. ringan (1-3)
 - b. sedang (4-6)
 - c. berat (7-10)
6. kapan nyeri bapak/ibu mulai muncul ?
 - a. saat istirahat
 - b. saat tidur
 - c. istirahat setelah beraktivitas
 - d. lainnya

(R) Radiation/ Penyebaran

7. Bagaimana gambaran nyeri yang bapak/ ibu saudara rasakan ?
 - a. Dada terasa tertusuk benda tajam
 - b. Dada terasa di tekan/di himpi benda berat
 - c. Dada terasa panas/terbakar
 - d. Dada terasa dicengkram

(S) Saverity/ keparahan nyeri

8. Apakah ada gejala penyertanya nyeri yang bapak/ibu rasakan ?
 - a. Iya
 - b. tidak (jika tidak, lanjut NO 9)
9. jika iya, apa gejala penyerta nyeri tersebut ?
 - a. sesak nafas
 - b. mual muntah
 - c. keringat dingin
 - d. Sakit perut
10. dimana lokasi nyeri yang bapak/ ibu rasakan ?
 - a. dada kiri, menjalar ke bahu kiri dan lengan kiri
 - b. dada kanan
 - c. seluruh area dada
 - d. lainnya

(T) Time / durasi nyeri

11. apakah nyeri tersebut muncul secara perlahan atau tiba tiba ?
 - a. perlahan
 - b. tiba tiba
12. berapa durasi waktu nyeri yang bapak/ ibu rasakan ?
 - a. < 20 menit
 - b. > 20 menit

B. Pertanyaan wawancara keterlambatan prehospital

1. Pada saat bapak/ibu mengalami nyeri dada langsung dibawa kerumah Sakit atau tidak ?
 - a. ya
 - b. tidak
2. Jam berapa bapak/ibu mulai merasakan nyeri dada ?.....
3. Jam berapa bapak/ibu tiba dirumah Sakit ?.....
4. Apa yang terjadi jika nyeri yang bapak ibu rasakan terlambat di bawa ke rumah Sakit ?
5. Menurut bapak/ ibu berapa lama waktu dari nyeri yang dirasakan sampai mendapatkan tindakan di Rumah Sakit ?

- a. 0-2 jam
 - b. > 2 jam
6. Apa yang bapak/ibu lakukan saat terjadinya nyeri ?
- a. Istirahat
 - b. membeli obat di warung
 - b. Memberikan balsam
 - d. segera di bawa kerumah Sakit