

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN  
PERSEPSI TINGKAT NYERI PADA PASIEN MCI  
DI POLIKLINIK JANTUNG RUMAH SAKIT  
ISLAM IBNU SINA YARSI BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**



**OLEH :**

**ROSMA YETTI  
NIM : 1514201074**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2017**

## HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama lengkap : Rosma Yetti  
Nomor Induk Mahasiswa : 1514201074  
Nama Pembimbing I : Ns. Muhammad Arif, M. Kep  
Nama Pembimbing II : Ns. Dia Resti DND, M. Kep  
Nama Penguji I : Ns. Ida Suryati, M. Kep  
Nama Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M. Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta sumber yang baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya menyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, Agustus 2017

( Rosma Yetti )

NIM : 151420107

**Halaman Pengesahan**

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN PERSEPSI  
TINGKAT NYERI PADA PASIEN MCI DI POLIKLINIK JANTUNG  
RUMAH SAKIT ISLAM IBNU SINA YARSI BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

**Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan sidang Tim Penguji**

**Pada**

**Hari/Tanggal : Kamis 3 Agustus 2017**

**Pukul : 15.00 Wib**

**Oleh :**

**ROSMA YETTI  
NIM : 1514201074**

**Dan Yang bersangkutan dinyatakan**

**LULUS**

**Tim Penguji**

**Penguji I : Ns. Ida Suryati, M. Kep .....**

**Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep.....**

**Mengetahui  
Ketua Program Studi**

**Ns. Yaslina, M.Kep,Sp. Kep. Kom  
NIK : 1420106037395017**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN PERSEPSI  
TINGKAT NYERI PADA PASIEN MCI DI POLIKLINIK JANTUNG  
RUMAH SAKIT ISLAM IBNU SINA YARSI BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

**OLEH ;**

**ROSMA YETTI  
NIM : 1514201074**

**Skripsi ini telah disetujui untuk diseminarkan  
Dosen Pembimbing :**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ns. Muhammad Arif, M.Kep  
NIK : 142014098409051**

**Ns. Dia Resti DND, M.Kep  
NIK : 1420108028611071**

**Diketahui Oleh :**

**Ketua Program Studi**

**Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep. Kom  
NIK : 142010603795017**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Skripsi, Agustus 2017

Rosma yetti

Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien  
MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017

x + bab VI + 70 halaman, 6 tabel, 16 lampiran, 1 skema

ABSTRAK

Nyeri akibat oklusi oksigen dikoronar jantung menyebabkan pasien cemas, takut, gelisah, bahkan secara fisiologis menyebabkan perubahan tanda-tanda vital, penurunan kesadaran hingga kematian. Nyeri menyebabkan pasien menarik diri dari kontak sosial sehingga memperberat keadaan stres dan depresi. Peran keluarga sangat perlu untuk mengurangi persepsi nyeri pasien MCI. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017. Metode penelitian metode *deskriptif analitik* dengan *desain cross sectional*. Sampel adalah semua pasien MCI sebanyak 35 orang. Pengolahan dan analisa data dilakukan dengan komputersasi menggunakan uji statistik *chi square test* pada batas kemaknaan 0,05. Hasil penelitian didapatkan lebih dari separoh yaitu 57,1 % responden memiliki dukungan sosial keluarga yang tinggi pada pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi tahun 2017. Lebih dari separoh yaitu 57,1 % responden berada pada persepsi nyeri ringan pada pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017. Dari hasil uji statistik ada Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017 ( $P\text{value} = 0,02 < 0,05$ ). Dapat disarankan bahwa hendaknya pasien MCI yang berobat jalan dapat memperhatikan kondisi penyakitnya dan juga keluarga agar dapat selalu memberikan support pada pasien dengan kasus MCI

Kata Kunci : Dukungan Sosial Keluarga, Persepsi Nyeri  
Daftar Pustaka : 19 (1998 - 2017)

HIGH SCHOOL OF POVERTY HEALTH SCIENCE  
Nursing SCIENCE STUDY PROGRAMS

Thesis, August 2017

Rosma yetti

Relationship between Family Social Support and Perception of Pain Rate in MCI Patients at Heart Polyclinic of Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Islamic Hospital in 2017

x + chapter VI + 70 pages, 6 tables, 16 attachments, 1 scheme

ABSTRACT

Pain due to the oxygen occlusion of the cardiac coronary causes the patient anxiety, fear, anxiety, even physiologically causes changes in vital signs, decreased consciousness until death. Pain causes the patient to withdraw from social contact, thus exacerbating stress and depression. The role of the family is necessary to reduce the perception of pain in MCI patients. The purpose of this study was to see the Family Social Support Relationship With Pain Rate Perception in MCI Patients in Cardiac Clinic of Ibnu Sina Hospital Yarsi Bukittinggi Year 2017. Methods of descriptive analytic method with cross sectional design. Samples were all 35 patients of MCI. Processing and data analysis is done by computerization using chi square test statistic test on the significance limit of 0.05. The results obtained more than half of 57.1% of respondents have high family social support in patients with MCI at the Heart Polyclinic of Ibnu Sina Yarsi Hospital Bukittinggi in 2017. More than half of 57,1% of respondents are on the perception of mild pain in patients MCI at Heart Polyclinic of Islamic Hospital of Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Year 2017. From the result of statistic test there is Family Social Support Relationship with Perception of Pain Level in MCI Patient at Heart Polyclinic of Ibnu Sina Yarsi Hospital Bukittinggi Year 2017 (Pvalue-0,02 <0 , 05). It may be suggested that patients with MCI who are on the lookout for treatment may be aware of the condition of the illness and the family in order to always provide support to patients with MCI cases.

Keywords : Family Social Support, Pain Perception

References : 19 (1998 - 2017)

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **I. Data Pribadi**

Nama : ROSMA YETTI  
Tempat/Tanggal lahir : 06 Juni 1969  
Agama : Islam  
Julah saudar : 5 (Lima)  
Alamat : Baso

### **II. Data Keluarga**

Ayah : Mukhtar Malin Nameh  
Ibu : Nurhaida  
Suami : Rajif  
Anak : Ulya Fakri Habib  
Charly Kurnia Rosandi  
Chelsa Rosalia  
Chelsy Rosalia

### **III. Riwayat Pendidikan**

SD N 01 IV Angat Candung : Lulus 21 Mei 1983  
SMP Simpang Candung : Lulus 5 Mei 1986

SMA Lambah Biaro : Lulus 3 Mei 1989

Crash Program Kesehatan : Lulus 9 Januari 1992

DIII Keperawatan Depkes RI Jakarta : Lulus 10 November 2000

STIKES Perintis Bukittinggi : Lulus 2017



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi.”

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak sekali menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi ini tersusun berkat bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp. M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Yaslina, MKep. Ns Sp. Kep Kom selaku Ka.Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu dr. Hj. Zulfa, Mars selaku Direktur Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi.
4. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan serta meluangkan waktu dalam

memberikan petunjuk maupun dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

5. Ibu Ns. Dia Resti DND, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan serta meluangkan waktu dalam memberikan petunjuk maupun dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Teristimewa kepada keluarga yang telah mendoakan serta memberikan dukungan baik moril maupun materil serta doa yang tulus untuk penulisan selama pembuatan skripsi ini.

Mudah-mudahan semua bimbingan petunjuk dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dapat diterima suatu amal baik dan mendapat balasan dari Allah SWT.

Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi kelancaran pembuatan skripsi ini. Akhir kata kepadaNya jualah kita berserah diri, mudah-mudahan pembuatan skripsi ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya dibidang kesehatan.

Bukittinggi, Juli 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul  
Halaman judul  
Halaman persetujuan

Anstrak.....	
Kata pengantar.....	
Daftar Isi .....	
Daftar Tabel .....	
Daftar Gambar.....	
Daftar Lampiran	

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang.....	
1.2 Rumusan masalah.....	
1.3 Ruanglingkup penelitian.....	
1.4 Tujuan penelitian.....	
1.5 Manfaat penelitian.....	

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep MCI

2.1.1. Defenisi .....	10
-----------------------	----

2.1.2. Etiologi.....	10
2.1.3. Patofisiologi.....	11
2.1.4. Tanda dan Gejala.....	14
2.1.5 Jenis-jenis MCI.....	14
2.1.6 Klasifikasi MCI.....	15
2.1.7. Prognosis MCI.....	16
2.1.8. Diagnosis.....	16
2.1.9. Komplikasi.....	22
2.1.10 Pencegahan.....	23
2.1.11 Penatalaksanaan.....	24
2.1.11.1. Stemi.....	24
2.1.11.2. NSTEMI.....	28
2.1.12. Nyeri infark miokard.....	30
2.2. Persepsi Nyeri.....	33
2.3. Dukungan sosial keluarga.....	34
2.4. Faktor psikososial dan penyakit kardiovaskuler.....	42

### **BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS**

3.1. Kerangka konsep.....	45
3.2. Defenisi operasional.....	46
3.3 Hipotesis.....	47

### **BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain penelitian.....	48
----------------------------	----

<b>4.2 Populasi dan sampel.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.1. Populasi.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.2. Sampel.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3 Tempat dan waktu penelitian.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3.1. Tempat penelitian.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3.2. Waktu penelitian.....</b>	<b>51</b>
<b>4.4 Cara pengumpulan data.....</b>	<b>51</b>
<b>4.5 Etika penelitian.....</b>	<b>55.</b>

## **BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

<b>5.1 Hasil penelitian.....</b>	<b>57</b>
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>60</b>
<b>5.3. Keterbatasan penelitian .....</b>	<b>68</b>

## **BAB VI PENUTUP**

<b>6.1 Kesimpulan.....</b>	<b>69</b>
<b>6.2 Saran .....</b>	<b>70</b>

<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>71</b>
----------------------	-----------

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>72</b>
----------------------------	-----------

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel3.2</b>	<b>Defenisi Operasional</b>	<b>46</b>
<b>Tabel 5. 1</b>	<b>Distribusi frekwensi gambaran dukungan sosial keluarga pada pasien MCI di poliklinik Jantung RI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabel 5. 2</b>	<b>Distribusi frekwensi gambaran Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabel 5. 3</b>	<b>Distribusi frekwensi Hubungan Dukungan sosial Keluarga Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017.....</b>	<b>59</b>

## **DAFTAR SKEMA**

<b>Skema 3.1 Kerangka Konsep.....</b>	<b>45</b>
---------------------------------------	-----------

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden**
- Lampiran 2 : Format Persetujuan Menjadi Responden**
- Lampiran 3 : Kuisisioner Penelitian**
- Lampiran 4 : Sursat izin Penelitian**
- Lampiran 5 : Surat izin Penelitian**
- Lampiran 6 : Master tabel Hasil Pengolahan data**



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit kardiovaskuler adalah penyebab nomor satu dari kematian secara global, secara epidemiologi pada tahun 2012 diperkirakan terdapat 17,5 juta orang yang meninggal karena penyakit kardiovaskuler, mempresentasikan 31 % dari keseluruhan kematian secara global, dari angka kematian tersebut diestimasi sebanyak 7,4 juta orang meninggal akibat penyakit jantung koroner dan 7 juta orang meninggal akibat stroke, berdasarkan data World Health Organization (WHO, 2015). Menurut *Global Status Report on Non Communicable Diseases* data (WHO, 2014) menunjukkan bahwa dari 56 juta kematian yang terjadi di dunia pada tahun 2012, sebanyak 38 juta disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular (PTM) yang terdiri dari penyakit kardiovaskuler, kanker dan penyakit pernafasan kronik.

Proporsi penyebab kematian pada tahun 2012 menunjukkan penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab terbesar (40,2 %) diikuti kanker (21%), sedangkan penyakit pernafasan kronis, penyakit pencernaan dan PTM yang lain bersama-sama menyebabkan sekitar (10,7 %) kematian serta 4% kematian disebabkan oleh diabetes melitus.

Di Indonesia berdasarkan laporan WHO pada ‘*Non Communicable Diseases (NCD) Country Profiles 2014*’ didapatkan bahwa penyakit kardivaskuler merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu sebesar 37 % dari angka kematian total. Kementerian kesehatan republik Indonesia tahun 2014 menyatakan prevalensi penyakit jantung di Indonesia semakin hari semakin meningkat. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, penyakit jantung menjadi salah satu penyebab utama kematian. Prevalensi secara Nasional mencapai 7,2 % .Kematian akibat penyakit jantung, hipertensi dan stroke mencapai 31,9 %, sedangkan angka kematian karena penyakit kardiovaskuler di rumah sakit yaitu sekitar 6-12%.

Tingginya dampak penyakit jantung juga diberikan oleh miokard infark (MCI), salah satu penyakit jantung utama sebagai penyebab kematian. Miokard infark (*acute miokardial infarction*) adalah kematian sel miokard, merupakan kejadian yang mengancam hidup. Jika sirkulasi mempengaruhi keseimbangan jantung untuk mempertahankan efektifitas kardiak output ( Lemone, 2005).

Miokard infard adalah berkurangnya suplai Infark miokard akut adalah suatu keadaan di mana terjadi nekrosis otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dengan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab yang paling sering adalah terjadinya sumbatan koroner sehingga terjadi gangguan aliran darah. Sumbatan tersebut terjadi karena ruptur plak yang menginduksi terjadinya agregasi trombosit, pembentukan trombus, dan spasme koroner.

Miokard Infark (MI) akan terus menjadi masalah yang sangat besar meskipun pelayanan medis sudah sangat maju pada saat ini (Mendis et al, 2011). Jumlah pasien penyakit jantung di Indonesia pada tahun 2007 yang dirawat di RS Indonesia sebanyak 239.548 jiwa. Kasus terbanyak pada penyakit iskemik sebanyak 110,183 kasus. *Care fatality rate (CFR)* tertinggi terjadi pada Miokard Infark (13,42%) dan kemudian diikuti oleh gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%) (DepKes, 2009). Laporan Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2010 menunjukkan bahwa kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah sebanyak 96.957 kasus dan sebanyak 1.847 (2%) kasus merupakan kasus Akut Miokard Infark. Tiga Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan penyakit tidak menular yang menjadi penyebab utama kematian dan selama periode tahun 2005 sampai dengan tahun 2010 telah terjadi kematian sebanyak 2.941 kasus dan sebanyak 414 kasus (14%) diantaranya disebabkan oleh Miokard Infark (DinKes, 2010).

Nyeri sangat berfluktuasi antara pasien sesuai dengan jenis dan pengalaman penyakitnya. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap tingkat keparahan nyeri pasien MI, seperti kondisi psikologis pasien. Berbagai referensi menyebutkan masalah psikologis sebagai salah satu faktor presipitasi timbulnya nyeri yang kadang kala tidak diperhatikan oleh perawat. Selama ini yang menjadi acuan utama dalam pemberian tindakan oleh perawat adalah keluhan fisik (pusing, sesak nafas tekanan darah tinggi, gula darah) tanpa melihat secara komprehensif faktor psikologis dan sosial positif.

Karakteristik yang khas dari Miocark Infark adalah nyeri dada. Nyeri dada pada MCI merupakan suatu kondisi yang memerlukan penanganan yang cepat dan tepat. Keluhan nyeri dada ini muncul menandakan terjadinya proses ischemia pada miokard jantung sedang berlangsung. Apabila proses ischemia ini tidak diintervensi dengan baik dan berlangsung lama, maka akan terjadi nekrosis atau kematian otot jantung yang bersifat ireversibel. Penyebab nyeri dada adalah ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen miokard yang disebabkan sampai oksigen berkurang atau kebutuhan oksigen meningkat (Lewis 2005, Kobo 20)

Intervensi keperawatan dengan melibatkan peran anggota keluarga dalam proses perawatan sangat penting, seperti kunjungan rutin. Membangkitkan suport system yang menyenangkan, kegembiraan dan semangat. Kegembiraan dapat meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi terhadap penyakitnya. Kesengaman dan hal-hal yang indah akan memberi semangat baru pasien untuk pulih lebih cepat (Myers, robinson dan Sheffield, 2005). Sebaliknya permasalahan yang dipersepsikan bukan sebagai bentuk dukungan oleh pasien akan menimbulkan serangan nyeri pada pasien miocark infark.

Penderita yang mengalami serangan jantung sering dihadapkan pada kemungkinan perubahan pola hidup sehari-hari dan kondisi ini dan dipengaruhi oleh berat badan dan kompleksitas penyakitnya, serta kehidupan bermasyarakat dan hal ini dapat diketahui lebih jauh dengan mengenal suami/istri dan keluarga serta kehidupan bermasyarakat dari penderita (Dewis Boeston, 2002).

Penelitian nyeri Myers (2005) tentang lingkungan dan studi epidemiologi melihat hubungan antara lingkungan sosial keluarga dengan resiko penyakit kardiovaskuler, menyebutkan orang yang dukungan sosial yang tinggi mempunyai resiko kematian lebih kecil dibandingkan dengan mereka yang rendah dukungan sosialnya. Selanjutnya ada hubungan antara perilaku dan lingkungan sesuai keluarga dan resiko penyakit kardiovaskuler.

Perkembangan penyakit kardiovaskuler dimulai lebih cepat dibandingkan dengan manifestasinya penyakitnya yang akan memperberat keluhan saat cetusan penyakit kardiovaskuler terjadi. Lingkungan keluarga sangat berkontribusi pada perkembangan penyakit kardiovaskuler dan mempengaruhi perilaku serta fisiologi faktor resiko kardiovaskuler. Individu dengan dukungan sosial yang besar mempunyai resiko kematian yang lebih kecil dibandingkan dengan integrasi sosial yang rendah, (Pope & Hollis, 1992)

Pentingnya dukungan sosial bagi penyakit kardiovaskuler disampaikan juga oleh Komalasari (2006) dalam penelitian tentang dukungan sosial pada penderita jantung di RS Harapan Kita Jakarta. Dukungan sosial yang dapat diterima oleh penderita penyakit jantung berupa dukungan emosional, seperti perhatian sehingga merasa nyaman, aman dan dicintai. Dukungan informasional yang dapat meringankan beban penderita sakit jantung dukungan motivasional diberikan melalui nasehat dan saran. Bentuk dukungan antara lain memberikan nasehat yang menyenangkan, menghibur dan dorongan untuk

sehat, dukungan ini dapat diberikan terutama oleh pasangan suami, istri dan keluarga terdekat.

Keluhan nyeri yang dirasakan pasien merupakan keluhan utama pasien MCI yang perlu segera ditangani di RSI Ibnu sina yarsi bukittinggi yang merupak rumah sakit tipe C Plus, yang terus meningkatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan yang optimal khususnya Miokard Infard.

Di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukitinggi pasien yang datang berobat ke Poliklinik Jantung yang didiagnosa Infark Miokard perlu mendapatkan pelayanan dengan baik.RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi merupakan rumah sakit tipe C Plus yang terus meningkatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan yang optimal khususnya Miokard Infark (MCI).

Berdasarkan hasil catatan Medicaard Record RSI Ibnu Sina poliklinik jantung Yarsi Bukittinggi di dapatkan data pada tiga tahun terakhir bahwa terjadi peningkatan kunjungan pasien dengan masalah kardivaskuler/MCI yaitu tahun2014 jumlah pasien poliklinuk jantung 2733,tahun 2015 berjumlah 5051, dan tahun 2016 meningkat lagi menjadi 7776 orang pertahun. Dilihat data tiga bulan terakhir pada April jumlah kunjungan poliklinik jantung 694 orang, Mei berjumlah kunjungan 890 orang dan Juni tahun 2016 berjumlah 710 orang. Dari data tersebut bahwa penyakit jantung dari tahun ketahun meningkat yang perlu ditangani ( Data MR poli jantung 2017)

Dan dari 10 orang yang di wawancarai, 7 orang mengatakan dukungan keluarga sangat mempengaruhi persepsi pasien terhadap nyeri dan mereka mengatakan saat nyeri muncul dukungan keluarga tersebut dapat mengurangi nyeri dibandingkan dengan 3 orang menjawab kalau tak ada dukungan dari keluarga nyerinya semakin meningkat dan membuat pasien merasa putus asa. Dukungan sosial keluarga yang dapat diberikan bisa berupa dukungan emosional seperti yang mencakup empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang-orang yang bersangkutan, dukungan berupa nasehat petunjuk dan saran-saran, bisa juga berupa penghargaan seperti sambutan yang positif dari orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu dan banyak lagi yang lain dukungan yang bisa diberikan.

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga individu tersebut tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya. Dukungan sosial keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang bersifat mendukung selalu siap dalam memberi pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian "Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina YARSI Bukittinggi".

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah Hubungan Dukungan Sosial Keluargadengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI Dipoliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi.

## **1.3. Ruang Lingkup Penelitian**

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh penderita MCI yang berobat di poliklinik jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi. Penelitian ini dilakukan di RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi dibagian poliklinik jantung dengan jumlah sampel 256 orang yang akan dilakukan pada 10 Juli –31 Juli 2017. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien MCI. Penelitian ini menggunakan *acident sampling* dan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan kategori *crosektional* yaitu pengambilan data variabel independent dan data variabel dependent dilakukan secara bersamaan dan kebetulan.

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga denganpersepsi tingkat nyeri pada pasien MCI DI Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi.



#### 1.4.2. Tujuan khusus

- a. Diketahui distribusi frekwensi dukungan sosial keluarga pada pasien MCI.
- b. Diketahui distribusi frekwensi persepsi tingkat nyeri pada pasien MCI.
- c. Diketahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien MCI.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi RS**

Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi institusi RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi dalam rangka penerapan tindakan mandiri keperawatan secara komprehensif terutama yang berhubungan dengan dukungan sosial keluarga. Diharapkan tingkat keberhasilan tindakan keperawatan mempercepat pemulihan pasien. Menurunkan lama perawatan dan biaya perawatan pasien serta menurunkan angka kematian infard miokard /MCI

#### **2. Bagi Peneliti**

Sebagai landasan bagi pengembangan penelitian tentang dukungan sosial keluarga. Selain itu penelitian ini dapat dijadikan kerangka acuan bagi penelitian selanjutnya serta memberikan informasi awal bagi pengembangan penelitian sejenis dimasa datang.

### **3. Bagi Keluarga dan Masyarakat**

Sebagai acuan keluarga untuk memberi dukungan positif bagi pasien sesuai dengan perkembangan penyakitnya, menambah wawasan keluarga dan masyarakat tentang pentingnya dukungan psikologis bagi kesembuhan pasien.

### **4 Bagi Pendidikan.**

Dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, terutama yang berkaitan dengan perawatan pasien infark mioard. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan perawat tentang pentingnya peran dukungan sosial keluarga dalam implementasi keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep MCI**

##### **2.1.1. Pengertian MCI**

MCI atau miokard infaradadalah berkurangnya suplai darah satu atau lebih arteri koroner yang menimbulkan iskemik otot jantung nekronis (Donoes,2000. MCI /Infark Miokard adalah kondisi yang mengancam jiwa yang ditandai adanya formasi nekrotik diarea otot jantung koroner dan gangguan aliran darah suplai oksigen ke otot jantung (Black, 1999). MCI/Miokard Infard adalah keadaan dimana terjadi sumbatan pada arteri koroner dan terjadi penghentian tiba-tiba aliran darah dan oksigen ke jantung. Infark Miokard/MCI dikenal juga sebagai serangan jantung merupakan ” *a life – threatening condition*”(Smeltzer,2001). Jadi

Miokard infark/MCI adalah penyakit jantung koroner yang merupakan kelainan miokardium akibat insufisiensi aliran darah koroner oleh arteriosclerosis yang merupakan proses degeneratif meskipun dipengaruhi oleh banyak faktor.

##### **2.1.2.Etiologi**

Hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya miokard infark/MCI adalah ;

a.Aterosclerosisi

Kolesterol dalam jumlah banyak berangsur-angsur menumpuk dibawah lapisan intima arteri. Kemudian daerah ini dimasuki oleh jaringan fibrosa dan sering mengalami kalsifikasi. Selanjutnya akan timbul “plak aterosklerotik” dan akan menonjol ke dalam pembuluh darah dan menghalangi sebagian atau seluruh aliran darah.

#### b. Penyumbatan koroner akut

Plak arterosklerotik dapat menyebabkan suatu bekuan darah setempat atau trombus dan akan menyumbat arteri. Trombus dimulai pada tempat plak arteroskleritik yang telah tumbuh sedemikian besar sehingga telah memecah lapisan intima, sehingga langsung bersentuhan dengan aliran darah. Karena plak tersebut menimbulkan permukaan yang tidak halus bagi darah, trombosit mulai melekat, fibrin mulai menumpuk dan sel-sel darah terjaring dan menyumbat pembuluh tersebut. Kadang bekuan tersebut terlepas dari tempat melekatnya dan mengalir ke cabang arteri koroneria yang lebih perifer pada arteri yang sama.

#### c. Sirkulasi kolateral di dalam jantung

Bila arteri koronaria perlahan-lahan menyempit dalam periode bertahun-tahun, pembuluh-pembuluh kolateral dapat berkembang pada saat yang sama dengan perkembangan arterosklerotik. Tetapi pada akhirnya proses sklerotik berkembang diluar batas-batas penyediaan pembuluh kolateral untuk memberikan aliran darah yang diperlukan. Bila ini terjadi, maka hasil kerja otot jantung menjadi sangat

terbatas, kadang-kadang semikian terbatas sehingga jantung tidak dapat memompa jumlah aliran darah yang diperlukan

Faktor-faktor resiko :

- a. Tidak dapat dirubah : Jenis kelamin, Umur, Keturunan.
- b. Dapat dirubah : Kelebihan lemak, seperti: hiperkolesterol, hiperlipidemia, hipergliserida, perokok, hipertensi, kegemukan/obesitas, DM, stres, kurang aktivitas fisik.

### **2.1.3. Patofisiologi Infark Miokard(MCI)**

Iskemia yang berlangsung lebih dari 30-45 menit akan menyebabkan kerusakan sel *irreversibel* serta nekrosis atau kematian otot. Bagian miokardium yang mengalami infark atau nekrosis akan berhenti berkontraksi secara permanen. Jaringan yang mengalami infark dikelilingi oleh suatu daerah iskemik yang berpotensi dapat hidup.

#### **a. Proses terjadinya infark**

Thrombus menyumbat aliran darah arteri koroner, sehingga suplai nutrisi dan O<sub>2</sub> ke bagian distal terhambat., sel otot jantung bagian distal mengalami hipoksia iskhemik infark, kemudian serat otot menggunakan sisa akhir oksigen dalam darah, hemoglobin menjadi tereduksi secara total dan menjadi berwarna biru gelap, dinding arteri menjadi permeable, terjadilah edmatosa sel, sehingga sel mati.

#### **b. Mekanisme nyeri pada infark miokard**

Hipoksia yang terjadi pada jaringan otot jantung memaksa sel untuk melakukan metabolisme CO<sub>2</sub> (metabolisme anaerob), sehingga menghasilkan asam laktat dan juga merangsang pengeluaran zat-zat iritatif lainnya seperti histamine, kinin, atau enzim proteolitik seluler merangsang ujung-ujung syaraf reseptor nyeri di otot jantung, impuls nyeri dihantarkan melalui serat saraf aferen simpatis, kemudian dihantarkan ke thalamus, korteks serebri, serta saraf aferen, dan dipersepsikan nyeri.

Perangsangan saraf simpatis yang berlebihan akan menyebabkan :

1. Meningkatkan kerja jantung dengan menstimulasi SA Node sehingga menghasilkan frekuensi denyut jantung lebih dari normal (takikardi).
2. Merangsang kelenjar keringat sehingga ekresi keringat berlebihan.
3. Menekan kerja parasimpatis, sehingga gerakan peristaltik menurun, akumulasi cairan di saluran pencernaan, rasa penuh di lambung, sehingga merangsang rasa mual / muntah.
4. Vasokonstriksi pembuluh darah ferifer, sehingga alir balik darah vena ke atrium kanan meningkat, dan akhirnya tekanan darah meningkat.

#### **2.1.4. Tanda dan gejala infark miokard**

Tanda dan gejala yang timbul pada Infark Miocard akut adalah sebagai berikut:

1. Nyeri hebat pada dada kiri menyebar ke bahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri, kebanyakan lamanya 30 menit sampai beberapa jam, sifatnya seperti ditusuk-tusuk, ditekan, tertindik.

2. Takhikardi
3. Keringat banyak sekali
4. Kadang mual bahkan muntah diakibatkan karena nyeri hebat dan reflek vasosegal yang disalurkan dari area kerusakan miokard ke trakus gastro intestinal
5. Dispnea
6. Abnormal Pada pemeriksaan EKG (*pelajari buku tentang EKG*)

#### 2.1.5. Jenis-jenis Infark Miokard

##### 1. Infark Miokard Sub Endokardia

Daerah subendokardial merupakan daerah miokard yang amat peka terhadap iskemia dan infark. Miokard infark sub endokardial terjadi akibat aliran darah sub endokardial yang relatif menurun dalam waktu lama sebagai akibat perubahan derajat penyempitan arteri koroner atau dicetuskan oleh kondisi-kondisi seperti hipotensi, perdarahan dan hipoksia. Derajat nekrosis dapat bertambah bila disertai peningkatan kebutuhan oksigen miokard, misalnya akibat takikardia atau hipertrofi ventrikel. Walaupun pada mulanya gambaran klinis dapat relatif ringan, kecenderungan iskemia dan infark lebih jauh merupakan ancaman besar setelah pasien dipulangkan dari Rumah Sakit.

##### 2. Infark Miokard Tranmural

Pada lebih dari 90% pasien miokard infark transmural berkaitan dengan trombosis koroner. Trombosis sering terjadi di daerah yang mengalami penyempitan arteriosklerotik. Penyebab lain lebih jarang ditemukan. Termasuk disini misalnya perdarahan dalam plaque aterosklerotik dengan hematoma intramural, spasme yang

umumnya terjadi di tempat aterosklerotik yang emboli koroner. Miokard infark dapat terjadi walau pembuluh koroner normal, tetapi hal ini amat jarang

### **2.1.6. Klasifikasi Infark Miokard**

Infark dapat di kelompokkan menjadi beberapa kelompok anatomi umum :

- a) Infark inferior mengenai permukaan diafragma jantung sering disebabkan oleh oklusi koronaria kanan atau cabang desendensnya.
- b) Infark dinding lateral mengenai dinding lateral kiri jantung sering disebabkan oleh oklusi arteri sirkumflekta kiri.
- c) Infark anterior mengenai permukaan anterior ventrikel kiri biasanya disebabkan oleh penyumbatan arteri desendens anterior kiri.
- d) Infark posterior mengenai permukaan posterior jantung biasanya disebabkan oleh penyumbatan arteri koronaria kanan. (Santa Jota, 2002 )

### **2.1.7. Prognosis Infark Miokard**

Beberapa indeks prognosis telah diajukan, secara praktis dapat diambil pegangan 3 faktor penting yaitu:

1. Potensial terjadinya aritmia yang gawat (aritmia ventrikel dll)
2. Potensial serangan iskemia lebih lanjut.
3. Potensial pemburukan gangguan hemodinamik lebih lanjut (bergantung terutama pada luas daerah infark).



SSSSSS

1. IMA dengan ST elevasi
2. Anamnesis

Pasien yang datang dengan keluhan nyeri dada perlu dilakukan anamnesis secara cermat apakah nyeri dadanya berasal dari jantung atau dari luar jantung. Jika dicurigai dari jantung perlu dibedakan apakah nyerinya berasal dari koroner atau bukan. Perlu dianamnesis pula apakah ada riwayat infark miokard sebelumnya serta faktor-faktor resiko antara lain hipertensi, diabetes melitus, dislipidemi, merokok, stres serta riwayat sakit jantung koroner pada keluarga.

Pada hampir setengah kasus, terdapat faktor pencetus sebelum terjadi STEMI, seperti aktivitas fisik berat, stres emosi atau penyakit medis lainnya. Walaupun STEMI bisa terjadi sepanjang hari atau malam, variasi sirkadian dilaporkan pada pagi hari dalam beberapajam setelah bangun tidur.

1. Pemeriksaan fisik

Sebagian besar pasien cemas dan tidak bisa istirahat. Seringkali ekstremitas pucat dan disertai keringat dingin. Kombinasi nyeri dada substernal > 30 menit dan banyak keringat dicurigai kuat STEMI. Sekitar seperempat pasien infark anterior mempunyai manifestasi hiperaktivitas saraf simpatis (takikardi dan atau hipotensi). Dan hampir setengah pasien infark inferior menunjukkan manifestasi hiperaktivitas saraf parasimpatis (bradikardi dan/atau hipotensi).

Tanda fisik lain pada disfungsi ventrikular adalah S4 dan S3 galop, penurunan intensitas bunyi jantung pertama dan split paradoksikal bunyi jantung kedua. Dapat

ditemukan murmur midsistolik atau *late systolic apikal* yang bersifat sementara karena disfungsi aparatus katup mitral dan *pericardial friction rub*. Peningkatan suhu sampai 38°C dapat dijumpai dalam minggu pertama pasca STEMI.

## 2. IMA tanpa ST elevasi

Nyeri dada dengan lokasi khas substernal atau kadang epigastrium dengan ciri seperti diperas, perasaan seperti diikat, perasaan terbakar, nyeri tumpul, rasa penuh, berat atau tertekan menjadi manifestasi gejala yang sering ditemui pada NSTEMI.

Analisis berdasarkan gambaran klinis menunjukkan bahwa mereka yang memiliki gejala dengan onset baru angina berat memiliki prognosis lebih baik jika dibandingkan dengan yang nyeri dada pada saat istirahat. Walaupun gejala khas rasa tidak enak di dada iskemi pada NSTEMI telah diketahui dengan baik, gejala tidak khas seperti dispneu, mual, diaforesis, sinkop atau nyeri di lengan, epigastrium, bahu atas, atau leher juga terjadi dalam kelompok yang lebih besar pada pasien-pasien berusia lebih dari 65 tahun.

## 3. Laboratorium

Tes Laboratorium Enzim Petanda Jantung adalah AST, CK, CK-MB, LDH, Cardiac Troponin T, mioglobin dan juga telah dikembangkan tes high sensitiviti C-Reaktif Protein(hs-CRP).

### a) AST

AST juga cepat akan meningkat dan cepat menurun pada saat terkena serangan jantung. Namun AST tidak spesifik untuk kelainan jantung karena selain dalam otot jantung juga terdapat pada hepar dalam jumlah besar, ginjal dan organ otak dalam jumlah kecil. AST sedapat-dapatnya diperiksa setiap hari selama 5 hari pertama dan bila perlu 2 kali sehari (pagi dan sore). SGOT pada IMA naik dengan cepat, setelah 6 jam mencapai 2 kali nilai normal, biasanya kembali normal dalam 2-4 hari.

b) LDH

LDH Merupakan enzim yang mengkatalisis perubahan reversibel dari laktat ke piruvat. Ada 5 isoenzim LDH (LDH1-LDH2 terutama pada otot jantung). Kadarnya meningkat 8-12 jam setelah infark mencapai puncak 24-28 jam untuk kemudian menurun hari ke-7. Enzim  $\alpha$ -HBDH dan LDH termasuk lambat meningkat dan lambat menurun. Keduanya dimintahkan pemeriksaan tiap hari selama 5 hari pertama. LDH meninggi selama 10-14 hari. HBDH bahkan beberapa hari lebih lama. Interpretasi LDH : Peningkatan LDH pada IMA dapat mencapai 3-5 kali nilai rujukan. Peningkatan 5 atau lebih nilai rujukan ; anemia megaloblastik, karsinoma tersebar, hepatitis, infark ginjal. Peningkatan 3-5 kali nilai rujukan pada infark jantung, infark paru, kondisi hemolitik, leukemia, distrofi otot dan peningkatan 3 kali nilai rujukan pada penyakit hati, syndrome nefrotik, hipotiroidisme.

c) CK total

Creatine Kinase Adalah enzim yg mengkatalisis jalur kretin-kretinin dalam sel otak & otot. Pada IMA CK dilepaskan dalam serum 48 jam setelah kejadian dan normal

kembali > 3 hari. Perlu dipanel dengan AST untuk menaikkan sensitifitas. Peningkatan CK pada IMA : Peningkatan berat (5 kali nilai rujukan) dan Peningkatan ringan – sedang (2-4 kali rujukan)

d) CK-MB

CK-MB Merupakan Isoenzim CK. Seperti kita ketahui ada beberapa jenis CK yaitu CK-MM, CK-BB dan CK-MB. M artinya muscular/skelet (otot) dan B artinya brain (otak). Jumlah CK-MB ternyata lebih banyak di dalam otot jantung sehingga spesifik untuk kelainan jantung. CK-MB Meningkat pada angina pectoris berat atau iskemik reversibel. Kadar meningkat 4-8 jam setelah infark. Mencapai puncak 12-24 jam kemudian kadar menurun pada hari ke-3. Kriteria untuk diagnosis IMA adalah : CK-MB > 16 U/l, CK-Total > 130 U/l dan CK-MB > 6% dari CK Total.

e) CK-MB Mass Relative Index (%RI)

Ada istilah baru dalam pelaporan enzim CK-MB, dengan melaporkan CK-MB Mass Relative Index. Nilai ini didapat dari CK-MB mass dibagi aktifitas CK-Total dan dikalikan dengan 100% sehingga didapatkan % RI. Rumus adalah % RI = (CK-MBmass / aktivitas CK-Tot) x 100%. Peningkatan RI memperlihatkan keadaan miokard. Tidak absolut – kurangnya standardisasi uji CK-MBmass dan variabilitas pada jaringan. RI > 3 – 6 % dengan peningkatan aktivitas CK-Tot (sekitar > 2x batas URR) menggambarkan nekrosis miokard.

f) Cardiac troponin

Filamen otot jantung terdiri atas :Actin, Myosin dan Troponin regulatory complex. Troponin terdiri atas 3 sub-units TnC, TnT& TnI. BM TnT = 37.000 dan BM TnI = 24.000. Fraksi troponin total ditemukan bebas dalam sitosol.

Berikut penjelasan singkat tentang Troponin :

- Kompleks pengatur kontraksi otot
- Dilepaskan secara cepat, mis : dari cytosolic pool
- Prolonged release karena degradasi myofilaments
- Bentuk yang berbeda antara otot skelet dan miokard
- Spesifitas tinggi untuk cedera miokard.
- Sensitif untuk kerusakan miokard dalam jumlah kecil.

g) Myoglobin

Myoglobin adalah protein BM rendah (oxygen-binding heme protein). Skeletal & cardiac muscle Mb identik. Kadar Serum meningkat dalam 2 jam setelah kerusakan otot. Kadar puncak pada 6 – 7 jam. Kadar normal setelah 24 – 36 jam. NEGATIVE predictoryang sangat baik pada cedera miokard. Pemeriksaan dua sampel, 2 – 4 jam terpisah tanpa peningkatan kadar adalah bukan AMI. Dilaksanakan cepat , quantitative serum immunoassays.

h) CRP

CRP adalah C-Reactive Protein yang merupakan protein fase akut dilepaskan ke dalam darah sebagai akibat adanya suatu inflamasi. CRP diukur sebagai marker

mediator inflamasi seperti IL-6 dan TNF- $\alpha$  untuk memahami inflamasi aterosklerosis. Diproduksi di hati dan otot polos arteri koroner sebagai respon terhadap sitokin inflamasi. Digunakan sebagai biomarker inflamasi sistemik khususnya untuk Penyakit jantung koroner (PJK). Pemeriksaan menggunakan metode imunoturbidimetrik dan imunofelometrik. CRP memiliki batas deteksi 3-5 mg/L.

i) hsCRP

*hsCRP* adalah *high sensitivity C-Reactive Protein*, istilah untuk pemeriksaan lebih rendah kadar CRP. Istilah ini untuk mendeteksi konsentrasi CRP di bawah limit (3-5 mg/L) tersebut digunakan istilah *hs-CRP* (limit 0,1 mg/L).

j) IMA

IMA adalah *Ischaemia Modified Albumin*. Salah satu biomarker baru yang digunakan untuk Iskemik Jantung.

k) Cholesterol, Triglycerides, LDL dan HDL

Cholesterol, Triglycerides, LDL dan HDL merupakan paket pemeriksaan lemak yang mengarah pada hiperlipidemia dan dislipidemia. Keempat pemeriksaan ini berkaitan erat dengan resiko terjadinya penyakit jantung koroner, karena terjadinya plak aterosklerosis berkaitan erat dengan deposit kolesterol yang difagositosis oleh makrofag membentuk sel busa di bawah lapisan endotel pembuluh darah, membentuk suatu benjolan/plak yang dapat menyumbat aliran darah. Disini terlihat LDL-C yang paling berbahaya, namun yang lebih berbahaya lagi adalah LDL Oxidized. LDL Oxidized paling berbahaya karena : Menyebabkan Plak Ateroma tidak stabil, Plak

mudah Koyak, Terbentuk Trombus/Embolus, Aliran darah tersumbat dan serangan jantung/stroke.

### 2.1.9. Komplikasi

1. Aritmia
2. Bradikardia sinus
3. Irama nodal
4. Gangguan hantaran atrioventrikular
5. Gangguan hantaran intraventrikel
6. Asistolik
7. Takikardia sinus
8. Kontraksi atrium prematur
9. Takikardia supraventrikel
10. Flutter atrium
11. Fibrilasi atrium
12. Takikardia atrium multifokal
13. Kontraksi prematur ventrikel
14. Takikardia ventrikel
15. Takikardia idioventrikel
16. Flutter dan Fibrilasi ventrikel
17. Renjatan kardiogenik
18. Tromboembolisme

19. Perikarditis
20. Aneurisme ventrikel
21. Regurgitasi mitral akut
22. Ruptur jantung dan septum

#### **2.1.10. Pencegahann**

Sedapat mungkin mengurangi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit arteri koroner, terutama yang dapat dirubah oleh penderita:

- a. Berhenti merokok
- b. Menurunkan berat badan
- c. Mengendalikan tekanan darah
- d. Menurunkan kadar kolesterol darah dengan diet atau dengan obat
- e. Melakukan olah raga secara teratur.

#### **2.1.11. Penatalaksanaan**

1. Stemi
2. a). Tatalaksana pra rumah sakit

Sebagian besar kematian di luar rumah sakit pada STEMI disebabkan adanya fibrilasi ventrikel mendadak, yang sebagian besar terjadi pada jam pertama. Sehingga elemen utama tatalaksana pra hospital pada pasien yang dicurigai STEMI antara lain :

- 1) Pengenalan gejala oleh pasien dan segera mencari pertolongan medis



- 2) Segera mengambil tim medis emergensi yang dapat melakukan tindakan resusitasi
- 3) Transportasi pasien ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas ICU/ICCU serta staf medis dokter dan perawat yang terlatih
- 4) Melakukan terapi reperfusi

b). Tatalaksana di ruang emergensi

c). Tatalaksana umum

- 1) Oksigen

Oksigen harus diberikan pada pasien dengan saturasi oksigen  $<90\%$ . Pada semua pasien STEMI tanpa komplikasi dapat diberikan oksigen selama 6 jam pertama.

- 2) Nitrogliserin

Nitrogliserin sublingual dapat diberikan dengan aman dengan dosis 0,4 mg dan dapat diberikan sampai 3 dosis dengan interval 5 menit. Selain mengurangi nyeri dada nitrogliserin juga dapat menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan preload dan meningkatkan suplai oksigen miokard dengan cara dilatasi pembuluh darah koroner yang terkena infark atau pembuluh kolateral. Jika nyeri dada terus berlangsung dapat diberikan nitrogliserin intravena. Nitrogliserin intravena juga diberikan untuk mengendalikan hipertensi atau edema paru. Terapi nitrat harus dihindari pada pasien dengan tekanan darah sistolik  $<90$  mmHg atau pasien yang dicurigai menderita infark

ventrikel kanan. Nitrat juga harus dihindari pada pasien yang menggunakan phosphodiesterase-5 inhibitor sildenafil dalam 24 jam sebelumnya karena dapat memicu efek hipotensi nitrat.

### 3) Morfin

1. Morfin sangat efektif untuk mengurangi nyeri dada dan merupakan analgesik pilihan dalam tatalaksana nyeri dada pada STEMI. Morfin diberikan dengan dosis 2-4 mg dan dapat diulang dengan interval 5-15 menit sampai dosis total 20 mg. Efek samping yang perlu diwaspadai pada pemberian morfin adalah konstriksi vena dan arteriolar melalui penurunan simpatis sehingga terjadi pooling vena yang akan mengurangi curah jantung dan tekanan arteri. Efek hemodinamik ini dapat diatasi dengan elevasi tungkai dan pada kondisi tertentu diperlukan penambahan cairan iv dengan NaCl 0,9%. Morfin juga dapat menyebabkan efek vagotonik yang menyebabkan bradikardi atau blok jantung derajat tinggi, terutama pasien dengan infark posterior. Efek ini biasanya dapat diatasi dengan pemberian atropin 0,5 mg IV.

### 4. Aspirin

Aspirin merupakan tatalaksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI dan efektif pada spektrum sindrom koroner akut. Inhibisi cepat siklooksigenase trombosit yang dilanjutkan reduksi kadar tromboksan A<sub>2</sub> dicapai dengan absorpsi aspirin bukal dengan dosis 160-325 mg di ruang emergensi. Selanjutnya aspirin diberikan oral dengan dosis 75-162 mg.

### 4) Penyekat beta

Jika morfin tidak berhasil mengurangi nyeri dada, pemberian penyekat beta IV, selain nitrat mungkin efektif. Regimen yang biasa diberikan adalah metoprolol 5 mg setiap 2-5 menit sampai total 3 dosis, dengan syarat frekuensi jantung <60 menit, tekanan darah sistolik >100 mmHg, interval PR <0,24 detik dan ronki tidak lebih dari 10 cm dari diafragma. Lima belas menit setelah dosis IV terakhir dilanjutkan dengan metoprolol oral dengan dosis 50 mg tiap 6 jam selama 48 jam, dan dilanjutkan 100 mg tiap 12 jam.

#### 5) Terapi reperfusi

Reperfusi dini akan memperpendek lama oklusi koroner, meminimalkan derajat disfungsi dan dilatasi ventrikel dan mengurangi kemungkinan pasien STEMI berkembang menjadi pump failure atau takiaritmia ventrikuler yang maligna. Sasaran terapi reperfusi pada pasien STEMI adalah door-to-needle time untuk memulai terapi fibrinolitik dapat dicapai dalam 30 menit atau door-to-balloon time untuk PCI dapat dicapai dalam 90 menit.

#### 6) ACE Inhibitor

ACE Inhibitor menurunkan mortalitas pasca STEMI dan manfaat terhadap mortalitas bertambah dengan penambahan aspirin dan penyekat beta. Mekanisme yang melibatkan penurunan remodelling ventrikel pasca infark dengan penurunan remodelling ventrikel pasca infark dengan penurunan risiko gagal jantung. Kejadian infark berulang juga lebih rendah pada pasien yang mendapat inhibitor menahun pasca infark. Inhibitor ACE harus diberikan dalam 24 jam pertama pasien STEMI

## 2 NStemi

Pasien STEMI harus istirahat di tempat tidur dengan pemantauan EKG untuk deviasi segmen ST dan irama jantung. Empat komponen utama terapi harus dipertimbangkan pada setiap pasien NSTEMI yaitu:

#### 1) Terapi antiiskemia

Untuk menghilangkan nyeri dada dan mencegah nyeri dada berulang dapat diberikan terapi awal mencakup nitrat dan penyekat beta. Terapi antiiskemi terdiri dari nitrogliserin sublingual dan dapat dilanjutkan dengan intravena, dan penyekat beta oral (pada keadaan tertentu dapat diberikan intravena). Antagonis kalsium nondihidropiridin diberikan pada pasien dengan iskemia refrakter atau yang tidak toleran dengan obat penyekat beta.

#### 2) Nitrat

Nitrat pertama kali harus diberikan sublingual atau spray bukal jika pasien mengalami nyeri dada iskemi. Jika nyeri menetap setelah diberikan nitrat sublingual 3 kali dengan interval 5 menit, direkomendasikan pemberian nitrogliserin intravena (mulai 5-10ug/menit). Laju infus dapat ditingkatkan 10ug/menit tiap 3-5 menit sampai keluhan menghilang atau tekanan darah sistolik <100 mmHg. Setelah nyeri dada hilang dapat digantikan dengan nitrat oral atau dapat menggantikan nitrogliserin intravena jika pasien sudah bebas nyeri selama 12-24 jam. Kontraindikasi absolut adalah hipotensi atau penggunaan sildenafil atau obat sekelasnya dalam 24 jam sebelumnya.

#### 3) Penyekat beta

Penyekat beta oral diberikan dengan target frekuensi jantung 50-60 kali/menit. Antagonis kalsium yang mengurangi frekuensi jantung seperti verapamil atau

diltiazem direkomendasikan pada pasien dengan nyeri dada persisten atau rekuren setelah terapi nitrat dosis penuh dan penyekat beta dan pada pasien dengan kontraindikasi penyekat beta. Jika nyeri dada menetap walaupun dengan pemberian nitrogliserin intravena, morfin sulfat dengan dengan dosis 1-5 mg dapat diberikan tiap 5-30 menit sampai dosis total 20 mg.

#### 4) Terapi antitrombotik

Oklusi trombus sub total pada koroner mempunyai peran utama dalam patogenesis NSTEMI dan keduanya mulai dari agregasi platelet dan pembentukan thrombin-activated fibrin bertanggung jawab atas perkembangan klot.

#### 5) Terapi antiplatelet:

- Aspirin
- Klopido­grel :

Berdasarkan hasil penelitian klopido­grel direkomendasikan sebagai obat lini pertama pada NSTEMI.

##### 1. Antagonis GP IIb/IIIa :

Guideline ACC/AHA menetapkan pasien-pasien resiko tinggi terutama pasien dengan troponin positif yang menjalani angiografi, mungkin sebaiknya mendapatkan antagonis GP IIb/IIIa

##### 2. Terapi antikoagulan

UFH (Unfractionated heparin)

Manfaat UFH jika ditambahi aspirin telah dibuktikan dalam tujuh penelitian acak dan kombinasi UFH dan aspirin telah digunakan dalam tatalaksana NSTEMI untuk lebih dari 15 tahun.

LMWH (Low Molecular Weight Heparin)

#### 2.1.12. Nyeri infark Miokard

Miokard infark (MI) adalah kematian atau nekrosis jaringan miokardium akibat oklusi pembuluh darah koroner (Hanum, 2002; Sugiyanto, 2007 ). MI adalah nekrosis miokard yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Faktor risiko terjadinya MI adalah kebiasaan merokok, tingginya kadar kolesterol total dan LDL, hipertensi, Diabetes Mellitus, usia lanjut, aktifitas yang berlebihan pada pasien yang pernah mengalami serangan jantung (Lewis,2005)

Jantung dapat memberi serangkaian reflek yang dapat mencegah memburuknya curanh jantung, tetapi semua respon kompensasi ini akhirnya dapat memperburuk keadaan miokardium karena meningkatnya kebutuhan miokardium akan oksigen (Hudak Gallo,1997). MI klasik memberi gambaran klinis, seperti nyeri dada yang berlangsung lama dan hebat disertai mual, keringat dingin, muntah, dan perasaan seakan-akan mati.Lokasi nyeri dada angina adalah berada di daerah substrenal, retrosternal, prekordial.Sifat nyeri yang terasa seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda tajam, seperti ditusuk, rasa diperas, dan dipelintir; penjalaran biasa kelengan kiri, leher, rahang bawah, gigi, punggung/interskapula, perut, dan dapat juga kelengan kanan. Nyeri akan membaik dnegan istirahat, atau dengan pemberian obat nitrat. Faktor pencetus nyeri adalah latihan fisik, stress emosi, udara dingin, dan sesudah makan

dengan gejala yang menyertai, seperti mual, muntah, sulit bernafas, keringat dingin, cemas, dan lemas. Mengurangi/menghilangkan nyeri dada sangat penting karena nyeri dikaitkan dengan aktivasi simpatis yang menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan beban jantung (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2006).

Pada saat normal suplai oksigen ke jaringan sesuai dengan kebutuhannya. Apabila terjadi penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah, maka perfusi jaringan terhambat sehingga suplai oksigen tidak sesuai dengan kebutuhan jaringan, akibatnya jaringan menjadi iskemik dan terjadilah metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob akan menghasilkan asam laktat yang menimbulkan nyeri, jika pembuluh darah tersumbat adalah arteri koronaria, maka nyeri dirasakan pada dada disebelah kiri. Jantung yang telah mengalami iskemik, lama kelamaan akan mengalami nekrosis atau infark.

Nyeri mempunyai komponen emosional dan spiritual serta dapat membatasi fungsi sosial pasien, keluarga, dan orang-orang terdekat (Kinghorn & Gamlin, 2004). Nyeri fisik dapat meningkatkan distress emosional, sosial, dan kehidupan pada pasien dengan MI. Nyeri adalah suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan secara aktual dan potensial. Nyeri didefinisikan sebagai gejala sesuatu yang dialami dan dikatakan oleh seseorang sebagai rasa nyeri, kapanpun yang dikatakan seseorang (Lewis, 2005).

Respon fisiologi terhadap nyeri terjadi akibat aktivasi hipotalamik dari sistem saraf simpatetik yang berhubungan dengan respon stress (Chulay, 2006). Menurut Lewis

(2005), antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktifitas listrik di reseptor nyeri. Transmisi nyeri melibatkan proses penyaliran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal di medulla spinalis dan jaringan neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak. Modulasi nyeri melibatkan aktivitas saraf jalur-jalur saraf desendens dari otak yang dapat mempengaruhi transmisi nyeri setinggi medulla spinalis, modulasi juga melibatkan faktor-faktor kimiawi yang meningkatkan aktifitas di reseptor nyeri eferen primer. Persepsi nyeri adalah pengalaman subjektif nyeri yang di hasilkan oleh aktifitas transmisi nyeri oleh saraf. Crisp (2001) mengatakan persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap rasa nyeri.

Menurut Smeltzer dan Bare (2005) banyak faktor yang menimbulkan nyeri dada, yaitu :

- 1) Latihan fisik, meicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung
- 2) Pajan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen
- 3) Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesentrik untuk pencernaan, sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung



4) Stres atau berbagai emosi akibat situasi yang menengangkan, menyebabkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin, dan meningkatkannya tekanan darah, yang berakibat peningkatan beban kerja jantung

## 2.2. Persepsi Nyeri

Nyeri pada pasien MCI adalah rasa nyeri/ sakit atau tertekan pada dada. Bagian tubuh yang terasa nyeri atau seperti ditusuk bisa dimulai dari bahu hingga ke tulang rusuk. Walau jarang terjadi, rasa sakit bisa menjalar ke rahang, leher, dan hingga ke tangan.

Nyeri dada harus ditanggapi secara serius karena selain bisa menjadi gejala dari berbagai penyakit, termasuk penyakit jantung. Yang harus diwaspadakan apabila merasakan nyeri dada yang berat pada pasien MCI akan berdampak permanen pada kehidupan pasien termasuk efek psikologis yang negatif pada penderitanya.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan didapatkan bahwa responden mengalami nyeri yang berbeda yaitu dengan skala ringan sampai sedang, hal ini menunjukkan bahwa respon nyeri sangat berbeda antara individu dengan yang lain karena respon nyeri sifatnya subyektif. Menurut Binhasyim (2007), bahwa nyeri sifatnya sangat subyektif dengan demikian persepsi tiap orang bisa bervariasi dalam merasakan adanya nyeri termasuk bagaimana seseorang telah beradaptasi terhadap pengalaman nyeri dengan jenis yang sama secara berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, dengan demikian individu tersebut mampu menginterpretasikan rasa nyeri sehingga akan lebih siap untuk melakukan tindakan yang diperlukan.

Namun hasil pengamatan juga ditemukan responden yang mengalami nyeri berat meskipun presentasinya relatif kecil, akan tetapi adanya nyeri dada yang berat pada pasien MCI akan berdampak serius karena memiliki dampak permanen pada kehidupan pasien, termasuk efek psikologis yang negatif pada penderitanya. Pada tingkat kognitif persepsi nyeri pada pasien adalah sangat penting karena nyeri dada pada pasien MCI akan membatasi kegiatan normal hidup sehari-hari, menyebabkan rasa takut dalam mengerjakan tugas-tugas rutin, bahkan berpotensi terhadap penurunan kepercayaan diri dan harga diri sehingga akan dapat mempengaruhi psikologis pasien (Wendy, 2000).

### 2.3. Dukungan Sosial Keluarga

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik ( sandang, pangan, papan ), kebutuhan sosial, (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan), dan kerbutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain, apalagi orang tersebut sedang mengalami masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan, dan pasien sakit dan dirawat di rumah sakit, maka keluarga, saudara ataupun teman-teman dekat biasanya datang berkunjung. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit merasa mendapat dukungan sosial ( koentjoro, 2002).

Dukungan sosial menurut gottlieb (dalam koentjoro, 2002) adalah sebagai informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan

oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan sosialnya atau berpengaruh pada tingkah laku pada penerimanya. Dalam hal ini orang yang mendapat dukungan sosial secara emosional merasa lega karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau keasahan yang menyenangkan dirinya (Sarason dalam Koentjoro, 2002). berpendapat bahwa dukungan sosial mencakup dua hal yaitu:

- a. Jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas)
- b. Tingkatan kepuasan akan dukungan sosial yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas)

Hal ini penting di pahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan sosial, karena menyangkut persepsi tentang keberadaan (availability) dan ketepatan (adequacy) dukungan sosial bagi seseorang. Dukungan sosial bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang penting adalah bagaimana persepsi si penerima terhadap makna bantuan tersebut. Hal ini erat hubungannya dengan ketepatan dukungan sosial yang di berikan, dalam arti seseorang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya, karena sesuatu hal yang aktual dan memberikan kepuasan.

Beberapa penulis meletakkan dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab dan kualitas hubungan. Cone dan Downey (dalam Smed, 1994) mengemukakan dukungan sosial berhubungan dengan hubungan intim. Selain itu dukungan yang bermutu

kurang baik atau banyak pertentangan jauh lebih banyak mempengaruhi kurangnya dukungan yang dirasakan daripada tidak ada hubungan sama sekali. Menurut Rittler ( dalam Smed, 1994 ) dukungan sosial mengacu pada bantuan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi dari seseorang. Sedangkan Rook ( dalam Smed, 1994 ) menambahkan faktor fungsional, menganggap dukungan sosial sebagai fungsi pertalian dan ikatan sosial. Faktor fungsional mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, pemberian nasehat atau informasi, pemberian bantuan material, selain itu dukungan sosial merujuk pada hubungan interpersonal yang melindungi orang-orang terhadap konsekuensi negatif dari stres. Definisi dukungan sosial yang mendukung adanya anggapan bahwa dukungan sosial merupakan variabel lingkungan dikemukakan oleh Gottlieb ( dalam Smed, 1994 ), yaitu dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

House ( dalam Spacapan & OsCamp, 1998 ) membedakan jenis dimensi dukungan sosial, yaitu :

- a. Dukungan emosional : mencakup empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang-orang yang bersangkutan, misalnya umpan balik dan penegasan.
- b. Dukungan informasi : mencakup nasehat, petunjuk-petunjuk, dan saran-saran.

Jenis dukungan sosial yang diterima dan diperlukan orang lain sangat tergantung pada keadaan yang penuh stress, misalnya dukungan informasi tentang manfaat jika terjadi kurang pengetahuan dan keterampilan serta dalam hal yang tidak pasti terkait

persoalan pasien. Sarafino ( 1994 ) mengatakan ada 5 tipe dasar dukungan sosial, yaitu :

- a. Dukungan emosional : dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki, dan dicintai pada saat stres.
- b. Dukungan penghargaan : dukungan ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dari orang-orang sekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu, perbandingan yang positif dengan orang lain, seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Jenis dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten, dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu dibandingkan dengan dukungan sosial. Bentuk dukungan penghargaan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan keterampilan dan prestasi yang dimiliki seseorang. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total, meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya.
- c. Dukungan instrumental atau dukungan yang sifatnya nyata : dukungan ini berupa bantuan langsung, misalnya seseorang memberikan atau meminjamkan uang dan dapat juga berupa bantuan langsung mengerjakan tugas tertentu pada saat mengalami stres.
- d. Dukungan informasi : dukungan ini merupakan pemberian saran, pengarahan, atau umpan balik tentang bagaimana ia melakukan sesuatu. Contoh ketika seseorang

mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, ia menerima saran dan menerima umpan balik tentang ide-ide dari rekan sekerjanya.

- e. Dukungan jaringan sosial : bentuk dukungan ini tampil dalam kondisi dimana seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok tertentu yang di percaya dan memiliki kesamaan dalam hal minat, perhatian, kepedlian, atau kegiatan yang disukai. Dukungan ini dapat muncul dalam suasana bercanda atau pecakapan santai.

Menurut Wortman ( dalam Saratini, 2004 ) tipe dukungan yang diterima dan yang dibutuhkan seseorang tergantung dari situasi yang menimbulkan stres misalnya dukungan emosional dan informasi lebih penting bagi orang yang mengalami sakit yang serius. Sebagai makhluk sosial manusia tidak lepas dari hubungannya dengan orang lain. Keberadaan orang lain dapat menimbulkan hubungan yang positif ataupun yang sifatnya negatif. Positif apabila hubungan tersebut menguntungkan atau cenderung memberikan dukungan, seperti memberikan kasih sayang, rasa aman, dan kebahagiaan. Sedangkan yang bersifat negatif adalah hubungan yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, mengancam, bahkan dapat menimbulkan stres. Orang-orang yang memberikan dukungan sosial ini dikatakan sebagai sumber dukungan sosial. Dalam kehidupan sehari-hari dukungan sosial berasal dari berbagai sumber, seperti suami, istri atau pasangan, keluarga, teman-teman, rekan sekerja, dokter, perawat atau organisasi masyarakat ( Saafini, 2004)

Dukungan sosial dapat bersumber dari jaringan sosial yang dimiliki individu, yaitu lingkungan keluarga ( suami, istri, anak, saudara, tetangga), lingkungan pekerjaan ( atasan, rekan sekerja, bawahan), profesional (dokter, perawat, konselor ), atau dari

organisasi sosial dimana individu terlibat, seperti organisasi olahraga, seni, dan budaya ( Quick & Quick, 1994 ). Sarafino (2004) menjelaskan beberapa hal yang mempengaruhi perolehan dukungan sosial dari orang lain yaitu;

- a. Penerima dukungan ( recipient ) : seseorang tidak akan memperoleh dukungan apabila mereka tidak ramah, tidak mau menolong orang lain. Dan tidak membiarkan orang lain mengetahui bahwa mereka membutuhkan pertolongan. Ada orang yang kurang sensitif untuk meminta bantuan, merasa tidak seharusnya bergantung dan tidak membebani orang lain, merasa tidak enak mempercayai sesuatu pada orang lain, tidak tahu siapa yang dapat dimintai bantuan, atau tidak tahu bagaimana menyampaikan pertolongan.
- b. Penyedia dukungan ( provider ) : individu tidak akan memperoleh dukungan jika penyedia dukungan tidak memiliki sumber-sumber yang dibutuhkan individu, penyedia dukungan dalam kondisi stres dan sedang membutuhkan bantuan, atau mungkin juga mereka tidak cukup sensitif terhadap orang lain.
- c. Komposisi dan struktur jaringan sosial (hubungan individu dengan keluarga dan masyarakat) : hubungan ini bervariasi dalam hal (1) ukuran, yaitu jumlah orang yang biasa dihubungi, (2) frekuensi hubungan, yaitu seberapa sering individu bertemu dengan orang tersebut, (3) komposisi, yaitu apakah orang tersebut keluarga, teman, rekan sekerja, atau lainnya, (4) keintiman, yaitu kedekatan hubungan individu dan adanya keinginan untuk saling mempercayai dengan suami/istri atau pasangannya.

Menurut Sarason dan Sarason (1997) ada tiga cara untuk mengukur besarnya dukungan sosial, yaitu *perceived social support*, *social embeddedness*, dan *enacted support*. Ketiganya tidak memiliki korelasi yang signifikan antara satu dengan yang lain dan masing-masing berdiri sendiri, yaitu :

1. *Perceived social support* : cara pengukuran ini berdasarkan pada perilaku subjektif yang dirasakan individu mengenai tingkah laku orang disekitarnya, apakah memberikan dukungan atau tidak. Fokus pengukuran ini berdasarkan kualitas dan keadekuatan dukungan sosial yang dirasakan individu.
2. *Social embeddedness* : cara pengukuran ini berdasarkan ada atau tidaknya hubungan antara individu dengan orang lain disekitarnya. Semakin banyak jumlah orang yang melakukan interaksi dengan individu maka semakin besar pula jumlah dukungan sosial yang diterima individu. Fokus pengukuran ini tidak melihat pada kualitas dan keadekuatan, tetapi hanya melihat jumlah orang yang berhubungan dengan individu.
3. *Enacted support* : cara pengukuran ini memfokuskan pada seberapa sering perilaku dari orang sekitar individu yang dapat digolongkan dalam pemberian dukungan sosial tanpa melihat adanya persepsi akan dukungan sosial yang diterima individu.

Pada penelitian ini pengukuran sosial dilakukan dengan cara *perceived social support*. Dalam hal ini faktor subjektivitas sangat mempengaruhi karena melibatkan persepsi penerimanya. Adanya penilaian kognitif bahwa individu telah menerima dukungan sosial membuatnya merasa diperhatikan, dicintai, dihargai, serta memiliki keyakinan bahwa ia akan menerima bantuan jika sedang membutuhkannya. Jika



kondisi seperti ini telah terpenuhi, maka untuk selanjutnya akan mempermudah individu untuk menyesuaikan terhadap situasi stres tertentu. Dengan demikian, dukunga tidak otomatis terjadi bila individu memiliki orang lain disekitarnya, yang penting diketahui apakah individu merasakan adanya dukungan sosial dari lingkungannya.

#### 2.4. Faktor Psikosoial dan Penyakit Kardiovaskuler

Penelitian dari berbagai literatur telah berbicara tentang kaitan faktor psikologis dengan angka kesakitan dan kematian pada penyakit kardiovaskuler.

Faktor psikologis tersebut meliputi (1) emosi yang negatif, termasuk depresi, marah, rasa permusuhan, dan kecemasan, (2) stressor psikososial akut dan kronis, (3) hubungan sosial, dukungan sosial, dan konflik sosial (Everson-Rose & Lewis, 2005). Semua domain psikososial ini sangat signifikan meningkatkan faktor resiko kematian dan kesakitan penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler memimpin sabagai penyebab kematian dari semua ras atau etnis di USA. Laki-laki dan perempuan Afro-Amerika mengalami ketidakseimbangan saat hipertensi, CHD, MI dan stoke dibanding kaukasia serta lebih banyak terjadi pada usia muda.

Pasien MI mengalami nyeri dan tubuh pasien akan melakukan adaptasi atau respon fisiologis terhadap nyeri. Adaptasi yang terjadi pada pasien dapat berupa adaptasi adaptif maupun maladaptif. Respon fisiologis nyeri berupa peningkatan frekuensi pernafasan, peningkatan denyut jantung, dan peningkatan ketegangan otot. Respon psikologis MI berupa kecemasan, gelisah, merasa asing, stres, takut mati, dan depresi. Berdasarkan konsep adaptasi Roy, maka pasien harus mampu mempertahankan

kesehatannya dengan menggunakan koping yang adaptif terhadap perubahan kenyamanan akibat dari nyeri MI, faktor input dapat berasal dari faktor stres emosional dan depresi yang telah berlangsung lama. Sedangkan proses kontrol adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan, baik fisiologis maupun psikologis. Respon psikologis yang digunakan berasal dari sistem yang ada disekitar pasien yaitu keluarga dekat, suami atau istri dalam bentuk dukungan sosial keluarga yang positif. Kelompok sosial dan tempat kerja.

Dukungan sosial keluarga akan memberikan dampak pada atensi pasien merasa diperhatikan dan mendapatkan dukungan positif. Memberikan dukungan berupa informasi yang dibutuhkan pasien, penguatan dan pengertian yang mendalam dapat meningkatkan atensi pasien terhadap kemampuan beradaptasi secara adaptif. Pemberian perhatian dan kasih sayang akan menyeimbangkan emosi negatif sehingga kecemasan pasien MCI dapat berkurang dan akhirnya persepsi nyeri berkurang. Hal ini menunjukkan kemampuan pasien meningkatkan integritas adaptif. Pasien sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan yang terjadi

Nyeri akibat oklusi oksigen dikoronar jantung menyebabkan pasien cemas, takut, gelisah, bahkan secara fisiologis menyebabkan perubahan tanda-tanda vital, penurunan kesadaran hingga kematian. Nyeri menyebabkan pasien menarik diri dari kontak sosial sehingga memperberat keadaan stres dan depresi. Peran perawat untuk mengurangi nyeri dengan mengimplementasikan dukungan psikologis bagi pasien yang dipadukan dengan terapi farmakologis sangatlah penting.

Perawat melakukan pengkajian tingkat persepsi nyeri sejak awal untuk menentukan sifat dan karakter nyeri. Pemberian terapi standar MONA (Morfin, Oksigen, Nitrogliserin, Aspirin) dipantau ketat oleh perawat. Ketepatan jumlah dan cara pemberian oksigen harus sesuai dengan tingkat kondisi penyakit pasien dan pemantauan obat-obat per oral. Peran perawat terkait pemberian obat adalah melakukan pengkajian secara kontinyu tingkat persepsi nyeri. Penggunaan skala nyeri Visual Analog Skale (VAS) merupakan metode efektif bagi perawat untuk mengkaji nyeri akut, mengevaluasi respon pasien terhadap analgetik, dan mendokumentasikan beratnya nyeri secara objektif (Scott, 1994 dalam Potter & Perry, 2006).

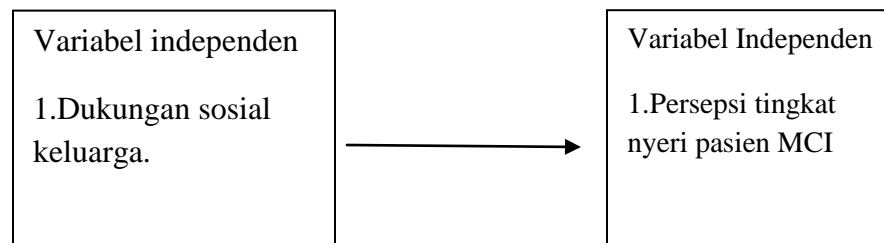
Apabila nyeri tidak berkurang dengan penggunaan nitrogliserin, maka perlu penggunaan morfin sesuai kolaborasi dengan dokter. Analgesik narkotik umumnya diberikan untuk mengatasi nyeri berat dengan meningkatkan sirkulasi oksigen di pembuluh darah dan mengurangi kontraktilitas jantung. Perawat perlu mewaspadaikan kondisi memburuknya pasien bila terapi farmakologis tidak memberikan dampak terhadap penurunan nyeri pasien. Alternatif penggunaan manajemen nyeri dapat dilakukan apabila nyeri dalam skala sedang, seperti distraksi, relaksasi, pengaturan posisi, massase, istirahat, dan hypnosis.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah konstruksi dari abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus (Notoatmojo 2010; Suhaimi 2011,p.48). Berdasarkan teori yang telah dijelaskan pada bab II maka untuk melihat hubungan Dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien MCI dapat dilihat melalui kerangka pemikiran berikut dimana Variabel Independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain dan Variabel Dependen yaitu variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain.



Skema : 3. 1. Kerangka Kosep

### 3.2 Definisi operasional

Definisi Operasional adalah suatu definisi yang menyatakan secara jelas dan akurat mengenai bagaimana suatu konsep atau construct itu diukur. Pengukuran dengan melihat dimensi perilaku, aspek, atau karakteristik yang ditunjukkan oleh suatu konsep

### 3.2. Tabel Definisi Operasional

<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Cara ukur</b>	<b>Alat Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>
1.	Independen Dukungan sosial keluarga	Menggambarkan dukungan yang diberikan suami/istri/keluarga dalam bentuk emosional, penghargaan, instrumental, informasi, social	Kuisisioner	Lembar kuisisioner	Ordinal	Tinggi $\geq 24,83$ Rendah $\leq 24,83$

2.	Dependen Persepsi tingkat nyeri	Kondisi/perasaan tidak mengenakan saatini diakibatkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah dikarenakan adanya sumbatan pada arteri coroner	Kuisisioner	Lembar Kuisisioner	katégorik	0=tidak nyeri  1-4 ; nyeri ringan  5-6 ; nyeri sedang  7-10 ; nyeri berat
----	--	--	-------------	-----------------------	-----------	--

### 3.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian yang diajukan, maka titik tolak untuk merumuskan hipotesis adalah rumusan masalah dan kerangka berfikir (Sugiono, 2011).

- a. Ada Hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien Infark Miokard (MCI) di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Ibnu Islam Sina Yarsi Bukittinggi tahun 2017.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan penulis adalah dengan menggunakan metode deskriptif korelasi dengan metode kuantitatif yaitu mencari hubungan antara variabel lain yang terdapat dalam suatu populasi yang sama, dihubungkan secara sistematis mencoba untuk mencari ada hubungan antara variabel, penelitian ini dilakukan dengan rancangan *cross sectional* yaitu mengkaji suatu objek atau pengamatan saat penelitian berlangsung. Penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada Pasien MCI Di Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi

## 4.2. Populasi dan Sanpel

### 4.2.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian ( Notoadmojo.2002: 79).Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien infark Miokard yang berobat di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi 10 Juli – 31 Juli 2017 Jumlah 236 orang.

### 4.2.2. Sampel

Sanpel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan mewakili sebuah populasi (Soekidjoe Notoadmodjo.2002 : 79).Sampel pada penelitian ini adalah acident sampling pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin ;

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

$$n = \frac{236}{1 + (236 \times (0,05)^2)}$$

$$n = \frac{236}{1 + 236(0,025)}$$

$$n = \frac{236}{1 + 5,9}$$

$$n = \frac{236}{6,9}$$

$$n = 34,6$$

$$n = 35 \text{ orang}$$

Keterangan ;



$n$ : jumlah sampel

$N$ : jumlah populasi

Sampel yang di pakai oleh peneliti adalah 35 orang pasien MCI yang berobat di Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi, dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

- a. Pasien didiagnosa MCI.
- b. Bersedia sebagai responden.
- c. Pasien yang berobat di Poliklinik Jantung baik yang kunjungan pertama atau yang berulang.
- d. Mempunyai suami / istri dan keluarga.
- e. Memahami bahasa Indonesia dan dapat berkomunikasi dengan orang lain.
- f. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

Sedangkan kriteria eklusi adalah :

- a. Mendapat serangan sangat hebat dengan skala nyeri 10.
- b. Terjadi penurunan kesadaran yang disertai dengan kondisi asidosis.
- c. Mendapatkan terapi farmakologi Diazepam.

#### 4.3. Tempat dan waktu Penelitian

##### 4.3.1. Tempat Penelitian

Peneliti melakukan penelitian di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi karena belum adanya penelitian yang dilakukan berkaitan tentang

hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien Infark Miokard (MCI) dirumah sakit Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi.

#### 4.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian yang berjudul Hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien Infark Miokard (MCI) di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi dilakukan pada 10 Juli – 31 Juli 2017.

#### 4.4. Cara Pengumpulan Data

- a. Setelah proposal penelitian disetujui pembimbing dan koordinator proposalpenulis akan menyebarkan kuisisioner pada responden yaitu pasien.
- b. Penyebaran kuisisioner dilakukan sendiri dengan memperhatikan hakresponden sebelum kuisisioner diberikan.
- c. Jika calon responden bersedia menjadi responden maka responden berhak mengisi pertanyaan yang telah ditanda tangani dan tetap dijaga kerahasiaannya.
- d. Responden diberi waktu untuk mengisi kuisisioner sesuai dengan waktu yang telah disepakati yaitu 30 menit.
- e. Apabila responden mengalami kesulitan maka peneliti akan membantu menjelaskan.
- f. Kuisisioner yang telah diisi oleh responden dikumpulkan kembali untuk pengumpulan data.

#### 4.4.1. Alat Pengumpul Data

Data yang penulis kumpulkan adalah menggunakan data primer yaitu data dari responden seluruh pasien Infark Miokard yang berobat di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi dengan menggunakan kuisisioner. Kuisisioner terdiri dari tiga bagian yaitu bagian pertama data demografi (kode responden, jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan), bagian kedua berisi tentang pertanyaan tentang dukungan sosial keluarga terhadap persepsi tingkat nyeri, bagian ketiga berisikan tentang pertanyaan tingkat nyeri .

Total pertanyaan kuisisioner berjumlah 15 soal, dengan penggunaan pilihan. Metode pengisian dilakukan dengan pengisian tanda checklist (V) dan tanda (x) yang menurut responden sesuai.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan kuisisioner kepada pasien, terlebih dahulu menjelaskan tentang tujuan penelitian, surat persetujuan penelitian dan cara pengisian kuisisioner, setelah setuju menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan kemudian dilakukan pengumpulan data. Pengisian kuisisioner berlangsung  $\pm 30$  menit, setelah pengisian kuisisioner lalu diperiksa kelengkapannya oleh peneliti, apabila belum lengkap maka akan dilengkapi saat itu juga dan bila sudah lengkap peneliti dapat mengakhiri pertemuan saat itu. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuisisioner selama  $\pm 30$  menit.

#### 4.4.2. Cara Pengolahan Data dan Analisa Data

## 1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan sistim komputerisasi dengan tahapan sebagai berikut;

### a. Editing

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuisione atau formulir. Setelah kuisioneer selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data. Semua responden mengisi lembaran kuisioneer dengan lengkap dan tidak ada yang kosong.

### b. Koding data

Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pengkodean data terhadap hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pada pasien Infark Miokard (MCI) di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi

### c. Memproses Data

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap lembaran kuisiner untuk dianalisi dan dalam proses pengolahan data dilakukan secara benar.

### d. Skoring

Untuk mempermudah pengolahan data jawaban masing-masing pertanyaan diberi skor/nilai pada masing-masing variabel

#### e. Pembersihan Data

Pembersihan data dilakukan untuk pengecekan terhadap data yang salah kemudian data tersebut diperbaikikesalahannya.

### 2. Analisa Data

#### a. Analisa Univariat

Analisa Univariat yang dilakukan menggunakan analisis distribusi frekwensi dan statistik deskriptif untuk melihat dari variabel, tujuannya untuk mendapatkan distribusi frekwensi,tedensi sentral (mean,Median,Modus) dan variasi data dari masing-masing variabel.

Tentukan nilai distribusi frekwensi dengan rumus :

$$P = F/N \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

F = Jumlah

N = Jumlah responden

Setelah itu ditentukan mean masing-masing variabel dengan menggunakan rumus

$$N = \sum \frac{X}{N}$$

Keterangan :

$X$  = Rata-rata

$x$  = Nilai keseluruhan responden

$N$  = Jumlah responden

#### b. Analisa Bivariat

Analisa yang meneliti variabel indeviden yaitu hubungan dukungan sosial keluarga dengan terhadap variabel dependen yaitu persepsi tingkat nyeri untuk melihat adanya hubungan atau tidak dari semua variabel tersebut. Dengan menggunakan uji statistik perbedaan dua proporsi (Chi square test) untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik. Digunakan kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai  $P < 0,05$  maka secara statistik kesimpulannya hubungan kedua variabel bermakna, jika nilai  $p > 0,05$  maka hasil hitung disebut tidak bermakna..

$$\text{Rumus : } X^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Chi Squere

$O$  = Hasil evaluasi

$E$  = hasil yang diharapkan

#### 4.5. Etika penelitian

Etika penelitian dilakukan untuk menjamin hak sebagai responden meliputi :

##### a. Confidentiality (Kerahasiaan)

yaitu kesediaan peneliti menyimpan kerahasiaan responden. Semua data dijaga kerahasiaan data dalam penelitian dan harus dicantumkan identitas responden dan tempat penelitian hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan dihapus apabila tidak digunakan kembali.

b. *Anonimiyti* (tanpa nama)

Yaitu peneliti menyimpan kerahasiaan responden dalam melakukan penelitian dan nama responden tidak dicantumkan dimana pun dan semua kuisioner yang telah diisi hanya diberikan kode supaya identitas responden tidak bisa diidentifikasi oleh siapapun. Apabila hasil penelitian dipublikasikan tidak ada satu identifikasi yang berkaitan dengan responden akan ditampilkan dalam publikasi tersebut. Siapapun yang bertanya pada responden maka responden berhak untuk tidak menjawabnya.

c. *Inform Consent* (Penjelasan)

Informed Consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembaran persetujuan. Informed consent diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembaran persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan Informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian.**

Penelitian ini dilaksanakan mulai pada tanggal 10 Juli sampai pada Tanggal 31 Juli 2017 di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi dengan judul ” Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017 “ dengan jumlah responden sebanyak 35 pasien MCI, yang sesuai dengan kriteria sampel yang telah ditentukan. Penelitian ini menggunakan pendekatan *crosssectional* dimana pengukuran atau pengamatan yang dilakukan secara simultan pada satu saat atau sekali waktu. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah secara komputerisasi dengan menggunakan uji statistik *chi square test*.

##### **5.1.1. Analisa Univariat.**

Analisa univariat yang dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat variabel independen dan variabel dependen. Setelah data terkumpul kemudian diolah secara komputerisasi.



**a. Gambaran Dukungan Sosial Keluarga.**

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Dukungan Sosial Keluarga**  
**Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina**  
**Bukittinggi Tahun 2017**

No	Dukungan Sosial Keluarga	f.	%
1	Tinggi	20	57,1
2	Rendah	15	42,9
	Total	35	100%

Pada tabel 5.1 diatas dapat dilihat bahwa lebih dari separoh sebanyak 20 orang responden yaitu 57,1% dukungan sosial keluarga adalah tinggi di poliklinik Jantung Rumah Sakit Ibnu ina Bukittinggi Tahun 2017.

**b. Persepsi Tingkat Nyaeri**

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Persepsi Tingkat Nyeri**  
**Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina**  
**Bukittinggi Tahun 2017**

No	Persepsi Tingkat Nyeri	f.	%
1	Nyeri Berat	7	20
2	Nyeri Sedang	6	17.1
3	Nyeri Ringan	20	57,1
4	Tidak Nyeri	2	5,7
	Total	35	100%

Pada tabel 5.2 diatas dapat dilihat bahwa lebih dari separoh responden yaitu sebanyak 20 orang pasien 57,1% memiliki persepsi tingkat nyaeri Ringan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Ibnu ina Bukittinggi Tahun 2017.

### 5.1.2. Analisa Bivariat.

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup untuk meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji statistik *chi square test*.

### 5.1.3. Gambaran Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri

**Tabel 5.3**  
**Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017**

Dukungan sosial keluarga Pasien MCI									Total		p-value	CI
	Nyeri Berat		Nyeri Sedang		Nyeri Ringan		Tidak Nyeri		N	%		
	N	%	n	%	N	%	n	%				
<b>Rendah</b>	3	20	3	20	8	53,3	1	6,7	15	100%	<b>0,020</b>	23.39-

---

<b>Tinggi</b>	4	20	3	15	12	60	1	5	20	100%
Total	7	20	6	17,1	20	57,1	2	5,7	35	100%

---

Dari Tabel 5.3 diatas dari 20 responden yang memiliki dukungan sosial keluarga yang tinggi sebanyak 12 orang pasien ( 60%) mengalami persepsi nyeri ringan di Poliklinik Jantung, sedangkan dari 15 orang responden yang memiliki dukungan sosial keluarga rendah juga terdapat sebanyak 8 responden (53,3%) yang memiliki persepsi nyeri Ringan pada pasien MCI di Poli klinik Jantung Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017.

Dari hasil uji statistik didapat  $p = 0,02$  jika dibandingkan dengan nilai  $\alpha = 0.05$  maka  $p < 0.05$  sehingga  $H_a$  diterima yaitu artinya ada Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017.

## 5.2. Pembahasan.

Pada penelitian ini Peneliti membahas hasil penelitian dan mengkaitkan konsep terkait serta asumsi peneliti tentang masalah yang terdapat pada hasil penelitian yang peneliti laksanakan pada bulan 10 Juli – 31 Juli tahun 2017. Maka peneliti dapat membahas hubungan yang bermakna antara Dukungan Sosial Keluarga

Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI. Adapun pembahasan tersebut dimulai dari analisa univariat baru analisa bivariat dari kedua variabel.

### **5.2.1. Analisa Univariat.**

#### **a. Dukungan sosial Keluarga Pasien MCI.**

Pada tabel 5.1 diatas dapat dilihat bahwa lebih dari separoh sebanyak 20 orang responden yaitu 57,1% dukungan sosial keluarga adalah tinggi di poliklinik Jantung Rumah Sakit Ibnu ina Bukittinggi Tahun 2017. Menurut Kuntjoro (2011) bahwa Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik ( sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial, (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan), dan kerbutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain, apalagi orang tersebut sedang mengalami masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan, dan pasien sakit dan diraweat dirumah sakit, maka keluarga, saudara ataupun teman-teman dekatbiasanya datang berkunjung. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit merasa mendapat dukungan sosial (Koentjoro, 2011).

Sedangkan menurut Gotlieb (2011) Dukungan sosial menurut adalah sebagai informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan sosialnya atau berpengaruh pada tingkah laku pada penerimanya. Dalam hal ini orang yang mendapat dukungan sosial secara emosional merasa lega karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau keasahan yang menyenangkan dirinya (Sarason dalam Koentjoro, 2002).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Yudi (Tahun 2011) dengan Judul Hubungan dukungan keluarga dengan Kegiatan Pemasangan infus pasien di Ruang Anak RSUD Erba Palembang tahun 2011 didapatkan bahwa dukungan pada pasien cukup tinggi 70% dan Pemasangan Infus Baik 65 % dan dinyatakan  $H_0 =$  Ditolak dengan kesimpulan ada Hubungan dukungan keluarga dengan Kegiatan Pemasangan infus pasien di Ruang Anak RSUD Erba Palembang tahun 2011.

Pendapat ini didukung oleh hasil penelitian Handarsa (2008) tentang hubungan dukungan keluarga dengan *Personal safety* pasien di RSUD Jombang Tahun 2008. didapatkan bahwa jumlah pasien yang menerima dukungan keluarga terhadap *Personal safety* di ruangan lebih dari separoh yaitu 59,6 %. Sedangkan kegiatan *personal safety* nya terlaksana 70,1% secara statistik

dinyatakan  $H_0 =$  Ditolak dengan kesimpulan hubungan dukungan keluarga dengan *Personal safety* pasien di RSUD Jombang Tahun 2008.

Berdasarkan asumsi peneliti dukungan merupakan dorongan yang diberikan keluarga kepada pasien agar pasien mau dan mampu melakukan apa yang sudah dianjurkan oleh rumah sakit sehingga pasien akan mengikuti apa saja yang diperintahkan oleh petugas demi kesembuhan pasien jantung. Pasien jantung merupakan pasien yang melakukan rawat ulang yang perlu memantau penyakitnya oleh pasien atau keluarga pasien dimana pasien rawat jalan juga harus diberikan dukungan yang baik agar pasien dapat sehat secara baik

#### **b. Persepsi Tingkat Nyeri Pasien MCI**

Pada tabel 5.2 diatas dapat dilihat bahwa lebih dari separoh responden yaitu sebanyak 20 orang pasien 57,1% memiliki persepsi tingkat nyeri Ringan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Ibnu in Bukittinggi Tahun 2017.

Menurut Koziert (Tahun 2010) bahwa Pada pasien MCI akan mengalami nyeri dimana nyeri yang dirasakan ada yang sifatnya tiba tiba dan ada yang dirasakan secara lama , tergantung dari nyeri yang dirasakan. Nyeri akibat oklusi oksigen dikoronar jantung menyebabkan pasien cemas, takut, gelisah, bahkan secara fisiologis menyebabkan perubahan tanda-tanda vital, penurunan kesadaran hingga kematian. Nyeri menyebabkan pasien menarik diri dari

kontak sosial sehingga memperberat keadaan stres dan depresi. Peran perawat untuk mengurangi nyeri dengan mengimplementasikan dukungan psikologis bagi pasien yang dipadukan dengan terapi farmakologis sangatlah penting.

Sedangkan menurut Perry dan Potter (tahun 2006) bahwa persepsi nyeri pasien bisa dilakukan pengkajiannya oleh Perawat yang melakukan pengkajian dimana tingkat persepsi nyeri sejak awal untuk menentukan sifat dan karakter nyeri. Pemberian terapi standar MONA (Morfin, Oksigen, Nitrogliserin, Aspirin) dipantau ketat oleh perawat. Ketepatan jumlah dan cara pemberian oksigen harus sesuai dengan tingkat kondisi penyakit pasien dan pemantauan obat-obat per oral. Peran perawat terkait pemberian obat adalah melakukan pengkajian secara kontinyu tingkat persepsi nyeri. Penggunaan skala nyeri *Visual Analog Skala* (VAS) merupakan metode efektif bagi perawat untuk mengkaji nyeri akut, mengevaluasi respon pasien terhadap analgetik, dan mendokumentasikan beratnya nyeri secara objektif (Scott, 1994 dalam Potter & Perry, 2006).

Apabila nyeri tidak berkurang dengan penggunaan nitrogliserin, maka perlu penggunaan morfin sesuai kolaborasi dengan dokter. Analgesik narkotik umumnya diberikan untuk mengatasi nyeri berat dengan meningkatkan sirkulasi oksigen di pembuluh darah dan mengurangi kontraktilitas jantung. Perawat perlu mewaspadaikan kondisi memburuknya pasien bila terapi farmakologis tidak memberikan dampak terhadap penurunan nyeri

pasien. Alternatif penggunaan manajemen nyeri dapat dilakukan apabila nyeri dalam skala sedang, seperti distraksi, relaksasi, pengaturan posisi, massase, istirahat, dan hypnosis.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sandi Yusra tentang Hubungan tingkat nyeri dengan Kecemasan pasien MCI di RSUD Madina Tahun 2014 menyebutkan bahwa 59 persen pasien tidak mengalami cemas dan tingkat nyeri ringan 70% jadi terdapat hubungan yang significant antara tingkat nyeri dengan kecemasan pasien MCI di RSUD Madina Tahun 2014 dengan p- value ( $0,043 < 0,05$ )

Pentingnya akan memperhatikan nyeri pasien pada kasus MCI baik di ruangan rawat jalan maupun rawat Inap maka dibuatlah penatalaksanaan nyeri yang baik oleh rumah sakit karena beberapa penatalaksanaan nyeri akan dapat mempengaruhi pengurangan nyeri pasien

Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Antoni Syafri (2008) tentang Hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan penurunan tingkat nyeri pasien di Ruang Interne RSUD Jombang. Dimana terdapat komunikasi yang terlaksanan dengan baik 68% dan tidak terjadinya nyeri pasien 80% Maka dengan demikian terdapat Hubungan yang significant antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat nyeri pasien di RSUD Jombang dengan P value ( $0,003 < 0,05$ )



Menurut asumsi peneliti bahwa tingkat nyeri pasien bisa di tanggulangi dengan melakukan pengawasan dan memberikan sedikit informasi serta mengarahkan pasien MCI dalam hal hal yang membuat mereka menyenangkan kegiatannya seperti melakukan pengalihan rasa nyeri yang dirasakan. Rasa nyeri sebenarnya dapat berpindah dan dapat hilang jika kita secara psikologis tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan karena nyeri yang dirasakan akan mengalami peningkatan rasa nyeri. Jika nyeri tersebut di alihkan maka nyeri yang dirasakan akan hilang dan lama kelamaan akan menghilang

### **5.2.2. Analisa Bivariat.**

#### **a. Hubungan dukungan sosial keluarga dengan persepsi tingkat nyeri.**

Dari Tabel 5.3 diatas dari 20 responden yang memiliki dukudnmgan sosial keluarga yang tinggi sebanyak maka sebanyak 12 orang pasien ( 60.0%) mengalami persepsi nyeri ringan di Poliklinik Jantung, sedangkan dari 15 orang responden yang memiliki dukungan sosial keluarga rendah juga terdapat sebanyak 8 responden (53,3%) yang memiliki persepsi nyeri Ringan pada pasien MCI di Poli klinik Jantung Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017

Dari hasil uji statistik didapat  $p = 0,02$  jika dibandingkan dengan nilai  $\alpha = 0.05$  maka  $p < 0.05$  sehingga  $H_a$  diterima yaitu artinya ada Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017

Penelitian ini didukung oleh penelitian Asdi Yardi (2013) yang berjudul Hubungan Persepsi nyeri dengan Rasa nyaman pada pasien reumatik di RSUD Tugu Rejo Semarang tahun 2013. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (82,1%) persepsi nyeri berada pada Nyeri Sedang dan Rasa nyaman pasien baik 65%. Hasil analisis menunjukkan adanya beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri yang berasal dari pasien itu sendiri seperti memikirkan penyakitnya, memikirkan keluarga, memikirkan biaya rumah sakit dan juga memikirkan kapan penyakit akan sembuh, terkadang pasien tidak mau pusing dengan masalah nyeri yang akan menambah beban perasaan dan juga menambah beban keluarga. Dari hasil yang dilakukan maka terdapat Hubungan persepsi nyeri dengan rasa nyaman pasien di RSUD Tugu Rejo Semarang tahun 2013 ( $P\text{-value } 0,04 < 0,05$ )

Menurut Gotlieb (2011) Dukungan sosial adalah sebagai informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan sosialnya atau berpengaruh pada tingkah laku pada penerimanya. Dalam hal ini orang yang mendapat dukungan sosial secara emosional merasa lega karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau keasahan yang menyenangkan dirinya (Sarason dalam Koentjoro, 2002).

Peneliti berasumsi bahwa terdapatnya hubungan antara dukungan keluarga dengan persepsi tingkat nyeri pasien MCI lantaran adanya faktor pendukung dimana pasien MCI masih memerlukan dukungan keluarga yang tinggi untuk melakukan support pasien agar pasien dapat melakukan kegiatannya dalam pengobatan karena jika pasien tidak melakukan pengobatan maka pasien akan dapat merasakan nyeri yang hebat dan terkadang dukungan keluarga juga memberikan motivasi yang baik agar klien mampu dan bisa melakukan kegiatannya dalam melakukan pengobatan secara berulang dirawat jalan poliklinik jantung RSI Yarsi.

### **5.3. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam 2011). Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menyadari adanya beberapa kekurangan yang peneliti lakukan diantaranya peneliti mengalami kekurangan dalam membuat instrumen penelitian yang mana instrumen penelitian yang peneliti buat rasanya jauh dari kesempurnaan.

Kemudian peneliti juga menemukan kendala dalam mengambil data karena pasien MCI yang datang ke poli sebanyak 35 responden peneliti lakukan hanya dapat lebih kurang sebanyak 7 sampai 8 orang setiap minggunya seharusnya peneliti dapat menemui responden sekaligus.

Dan juga beberapa kendala lain disebabkan oleh dalam melakukan penelitian ditemukan kesulitan dalam melakukan komunikasi pada pasien dan juga

keluarga karena pasien rawat jalan di poliklinik Jantung hanya dua kali saja  
setiap minggu

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1.Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada bulan 10 Juli 31 Juli 2017 mengenai Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017 dengan jumlah responden sebanyak 35 orang, dapat ditarik kesimpulan :

**6.1.1** Lebih dari separoh yaitu 57,1 % responden memiliki dukungan sosial keluarga yang tinggi pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017.

**6.1.2** Lebih dari separoh yaitu 57,1 % responden berada pada persepsi nyeri Ringan pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017

**6.1.3** .Dari hasil uji statistik ada Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri pada pasien MCI di Poliklinik Jantung RSI Yarsi Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2017 ( Pvalue  $-0,020 < 0,05$ ).

#### **6.2.Saran.**

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang dikemukakan diatas, ada beberapa saran yang ingin peneliti sampaikan diantaranya:

### **6.2.1. Bagi Institusi Pendidikan.**

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber bahan ajar sehingga informasi yang diterima mahasiswa pun menjadi terbaru khususnya tentang dukungan keluarga dan persepsi nyeri pasien MCI

### **6.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan**

Diharapkan agar dapat memberikan lebih banyak lagi informasi tentang dampak yang dapat ditimbulkan dari tentang dukungan keluarga dan persepsi nyeri pasien MCI.

### **6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Karena keterbatasan penelitian diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat mengembangkan dan melanjutkan penelitian yang lebih baik. Peneliti berharap bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan variabel yang berbeda.

Lampiran

### **Lembaran Permohonan Menjadi Responden**

Kepada Yth

Bapak/Ibuk Calon Responden

Di Poliklinik Jantung RSI IbnSina Yarsi Bukittingg

Dengan Hormat,

Saya bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Stikes Perintis Padang Semester III

Nama : ROSMA YETTI

Nim : 1514201074

Alamat : Baso

Penelitian ini tidak merugikan bagi Bapak/Ibuk karena semua kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya tidak akan melanjutkan pengisian kuisioner apabila responden keberatan, apabila Bapak/Ibuk menyetujui maka dengan ini saya memohon kesediaan Bapak/Ibuk untuk menandatangani persetujuan dan bersedia menjawab pertanyaan yang saya ajukan.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibuk sebagai responden saya ucapkan terimakasih

Bukittinggi, Juni 2017

( )

Lampiran II

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**( INFORM CONCENT )**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dengan judul “ **Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien MCI di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi Tahun 2017.**”Saya menyadari bahwa penelitian ini besar manfaatnya dan tidak ada unsur paksaan.

Bukittinggi Juni 2017

( )

Kuisisioner



LEMBARAN KUISIONER PENELITIAN

**‘Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Persepsi Tingkat Nyeri Pada Pasien Infark Miokard (MCI) di Poliklinik JantunRumah Sakit Islam Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi’.**

Nomor Kode Responden ;.....

Tanggal pengisian

Petunjuk Pengisian Pernyataan

1. Baca dan isilah lembaran kuisisioner dengan lengkap
2. Berilah tanda (v) pada salah satu yang ditentukan
3. Jika telah diisi dengan lengkap diserahkan kembali pada peneliti
4. Terimakasih atas partisipasi bapak/ibuk dan selamat mengisi

---

A. Data Demografi Identitas Responden

1. Nama :.....
2. Umur ;.....
3. Jenis kelamin ;.....
4. Pendidikan terakhir ;.....
5. Pekerjaan ;.....
6. Statu perkawinan :.....