

PENGALAMAN *PREHOSPITAL* PASIEN DENGAN STEMI (*St Elevation Myocard Infarct*) PERTAMA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MOEWARDI SURAKARTA

Anissa Cindy Nurul Afni¹⁾, Sri Andarini²⁾, Septi Dewi Rachmawati³⁾

^{1,3} *Program Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya*

²*Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya*

Email: anissacindy88@gmail.com

ABSTRAK

Keterlambatan diagnosis dan penanganan biasanya terjadi pada dua puluh empat jam pertama setelah serangan terutama pada fase prehospital. Tujuan penelitian adalah mengeksplorasi pengalaman prehospital pasien dengan STEMI pertama. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif fenomenologi dengan pendekatan interpretif. Partisipan yang ikut dalam penelitian ini delapan pasien dengan STEMI pertama yang pernah dirawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Analisis data dengan pendekatan Braun and Clarke menghasilkan delapan tema yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan. Secara umum keluhan yang dirasakan pasien dengan STEMI pertama berupa ketidaknyamanan fisik yang dirasakan bervariasi oleh masing-masing partisipan. Munculnya ketidaktepatan menafsirkan keluhan dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan pasien terkait keluhan dan gejala STEMI sehingga mampu menunda keputusan pasien dalam mencari pelayanan kesehatan. Pasien STEMI pertama cenderung menunggu keluhan semakin memberat untuk memutuskan mencari pelayanan kesehatan. Dibutuhkan health education kepada masyarakat mengenai tanda dan gejala STEMI, penanganan prehospital, dan kebutuhan mencari tenaga kesehatan segera.

Kata kunci: *pasien, prehospital, STEMI*

ABSTRACT

Delay in diagnosis and treatment usually occurs in the first twenty-four hours after the attack, especially in the Prehospital phase. The purpose of this study is to explore the Prehospital experience patients with first STEMI. Qualitative methods in this study using the approach interpretive phenomenological design. Participants in this study were eight patients with a first STEMI who ever cared for in hospitals Dr. Moewardi Surakarta. The data analysis approach Braun and Clarke (2006) resulted in eight themes, namely physical discomfort, inaccuracies interpret symptoms, the decision to help seek, the behavior of the complaint, the expression of rejection, psychological reactions, initial treatment, and the journey to get health care. The conclusion obtained is the appearance of inappropriateness interpret complaints can be caused due to lack of knowledge related to the patient's complaints and symptoms of STEMI patients so as to delay the decision to seek health care. Needed health education to the public about the signs and symptoms of STEMI, Prehospital treatment, and the need to find medical personnel immediately.

Keywords: *client, prehospital, STEMI*

1. PENDAHULUAN

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2008 mencatat 7,2 juta kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler (Priyanto Ade, 2011). Kasus kematian pada STEMI menunjukkan 3,2% pasien meninggal pada 2 jam setelah onset, 3,4% meninggal pada 2-6 jam setelah onset dan 14,8% meninggal lebih dari 12 jam setelah onset (Ostrzyki, Sosnowski, Borowiec, Zera, Pienkowska, Drop *et al.*, 2008).

STEMI merupakan bagian dari *Acute Coronary Syndrome* (ACS), yaitu suatu kondisi berbahaya dimana iskemia miokard terjadi akibat penurunan mendadak aliran darah yang melalui pembuluh koroner (Steg *et al.*, 2012; Aaronson & Ward, 2010). Kondisi STEMI umumnya menjadi prioritas pertama (P1) dalam penanganan di IGD (Instalasi Gawat Darurat). Hal ini menunjukkan betapa gawat daruratnya kejadian STEMI (Steg *et al.*, 2012).

Fase dua puluh empat jam pertama prognosis STEMI berkembang cepat (Steg *et al.*, 2012; Aaronson & Ward, 2010). Namun penatalaksanaan STEMI selama ini menjadi tidak optimal akibat keterlambatan pasien datang ke IGD rumah sakit ataupun mencari pelayanan kesehatan. Keterlambatan pasien tersebut merupakan bagian dari pengalaman fase *prehospital* pasien.

Melihat perbedaan kondisi sosioekonomi-demografi, latar belakang budaya, serta ketersediaan EMS (*Emergency Medical Services*) di Indonesia, menjadikan penulis tertarik mengeksplorasi lebih dalam pengalaman *prehospital* pada pasien dengan STEMI pertama. Selain itu penulis ingin mengeksplorasi lebih detail bagaimana proses pengambilan keputusan pasien untuk mencari pelayanan kesehatan dalam fase *prehospital*. Hasil temuan tersebut diharapkan dapat menjadi masukan dalam menurunkan waktu keterlambatan penanganan (*prehospital delay*) pada kasus STEMI.

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman *prehospital* pasien dengan STEMI pertama.

2. PELAKSANAAN

- a. Lokasi Penelitian
Lokasi penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Penelitian ini dilakukan selama enam bulan.
- b. Populasi dan sampel penelitian
Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang dengan diagnosa STEMI pertama dan tercatat sebagai pasien yang mendapatkan penanganan STEMI di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, pasien dalam kondisi sadar selama fase *prehospital*, bebas dari nyeri dan kesulitan bernafas dan dinyatakan hemodinamik dan tanda-tanda vital stabil.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi menggunakan pendekatan interpretif. Melalui metode kualitatif peneliti ingin melihat gambaran menyeluruh pengalaman *prehospital* pasien dengan STEMI pertama. Pengalaman *prehospital* masing-masing partisipan berbeda, dan cara partisipan memaknai pengalamannya juga berbeda sehingga desain yang paling tepat digunakan adalah fenomenologi dengan pendekatan interpretif.

Data dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam **semi struktur**. Wawancara dilakukan dalam waktu 20-40 menit dan direkam dengan menggunakan Handphone Samsung Galaxy Note II.

Hasil wawancara kemudian dijabarkan dalam bentuk verbatim yang kemudian dianalisis menggunakan pendekatan Braun and Clarke (2006). Proses analisa data dengan menggunakan Braun and Clarke terdiri atas 6 tahapan yaitu mengenali dan membiasakan diri dengan data, memunculkan kode awal, mencari tema, meninjau ulang dan menyaring tema, menjelaskan dan memberi nama tema, dan terakhir menghasilkan laporan (*producing the report*)

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini mengungkapkan 8 tema yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan

awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Kedelapan tema tersebut dibangun oleh sub tema dan kategori-kategori yang akan diperkuat dengan kutipan-kutipan hasil wawancara dengan partisipan. Untuk menjaga kerahasiaan partisipan, peneliti menggunakan pengkodean untuk masing-masing partisipan. Pengkodean itu dengan penyebutan partisipan dengan "P" di mulai dari partisipan satu dengan sebutan P1 demikian seterusnya hingga partisipan delapan (P8).

Karakteristik Partisipan

Rentang usia kedelapan partisipan dalam penelitian adalah 45-60 tahun. Seluruh partisipan berjenis kelamin laki-laki. Hampir seluruh partisipan memiliki minimal satu faktor risiko penyakit jantung yaitu merokok, hipertensi, diabetes mellitus, hiperlipidemia dan riwayat keluarga dengan penyakit jantung.

Ketidaknyamanan Fisik

Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan partisipan diartikan sebagai keadaan fisik yang tidak nyaman yang timbul akibat proses penyakit.

Variasi Keluhan

Partisipan mengungkapkan variasi keluhan yang mereka rasakan yaitu dada terasa sakit, dada nyeri, dada terasa panas, lengan terasa pegal, lengan kiri sampai rahang bawah terasa linu, dada terasa sesak, kepala kencang, keluar keringat dingin, badan lemas, dan degup jantung keras.

Radiasi Nyeri

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluhan yang muncul tidak hanya terlokalisir pada satu area tertentu. Partisipan mengungkapkan adanya radiasi nyeri dimana setiap partisipan berbeda-beda diantaranya nyeri cuma dirasakan di dada kanan, nyeri terpusat, nyeri merambat, lokasi nyeri berpindah-pindah, nyeri dirasakan hingga tembus ke punggung belakang sebelah kiri.

Kualitas Keluhan

Dikaji lebih jauh keluhan yang dirasakan setiap partisipan berbeda-beda. Partisipan mengungkapkan sakit yang dirasakan terasa panjang, lebar, bukan sakit-hilang-sakit. Sakitnya juga dirasakan tidak putus-putus, tidak berhenti-berhenti,

sakitnya pelan, bertahan, seperti ditusuk-tusuk benda besar, seperti ditarik, dijepit, hingga terdapat partisipan yang menyebutkan keluhan tidak dapat digambarkan.

Keparahan Keluhan

Keparahan keluhan yang diungkapkan partisipan sebagian besar menyebutkan keluhan yang dirasakan berat dengan rentang nilai 7-10, sakit tidak dapat ditahan, sakit sekali, sakitnya luar biasa dan sesak sekali.

Waktu Timbulnya Keluhan Saat Onset Serangan

Waktu timbulnya keluhan saat onset serangan berbeda-beda diantaranya saat bangun tidur, setelah aktifitas.

Keluhan dan Gejala pasien dengan STEMI

Hasil penelitian menunjukkan, keluhan dan gejala yang dirasakan pasien STEMI pertama menyimpulkan sebuah tema ketidaknyamanan fisik. Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pasien diartikan sebagai keadaan fisik yang tidak nyaman yang timbul akibat proses penyakit. Gambaran ketidaknyamanan fisik yang dirasakan partisipan dikelompokkan secara ringkas dalam variasi keluhan, radiasi nyeri, kualitas keluhan, keparahan keluhan, dan waktu timbulnya keluhan saat onset serangan.

STEMI biasanya terjadi bila suatu trombus telah menyumbat arteri koroner secara komplet dalam waktu yang signifikan, dan biasanya menyebabkan gejala yang lebih berat dibandingkan gejala angina tak stabil dan NSTEMI (Aaronson & Ward, 2010). Dari hasil penelitian, variasi keluhan yang dirasakan oleh partisipan saat terjadinya serangan STEMI pertama antara lain dada terasa sakit, dada nyeri, dada terasa panas, lengan terasa pegal, lengan kiri sampai rahang bawah terasa linu, dada terasa sesak, kepala kencang, keluar keringat dingin, badan lemas, dan degup jantung keras.

Hasil ini didukung oleh studi kualitatif yang dilakukan oleh Pattenden *et al.* (2002) terhadap 22 partisipan di Kota North Yorkshire pada kunjungan ke dua, tiga dan empat. Penelitian tersebut menemukan bahwa saat onset STEMI, partisipan mengeluhkan timbulnya nyeri selama beberapa hari dengan skala nyeri sedang dan kesulitan bernafas.

Keluhan dada terasa sakit ataupun nyeri yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini menunjukkan adanya perasaan tidak nyaman di tubuh atau bagian tubuh karena menderita sesuatu (demam, sakit perut, dan sebagainya). Partisipan lain mendeskripsikan nyeri dada yang dirasakan dengan perih. Secara bahasa, perih dan nyeri memiliki arti yang sama yaitu perasaan atau pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan yang dapat berkisar dari ketidaknyamanan ringan hingga berat. Hasil penelitian juga sejalan dengan teori dimana keluhan yang sering muncul pada pasien STEMI selain nyeri dada adalah pasien berkeringat dan tampak dingin serta lembab (Aaronson & Ward, 2010; Antman *et al.*, 2004).

Perkins *et al.* (2009) mengemukakan bahwa gejala biasanya muncul tanpa disertai adanya nyeri, seperti *breathlessness* (kesulitan bernafas), mual atau muntah, berkeringat berlebih, dan juga pusing hingga membuat pingsan. Kondisi ini ditemukan pada partisipan tiga yang menyebutkan tidak adanya keluhan rasa nyeri. Partisipan hanya mengeluhkan badan lemas seperti tidak memiliki tenaga dan keluar keringat dingin yang banyak.

Partisipan juga mengeluhkan dada terasa sesak. Kata sesak menurut arti bahasa adalah sempit sekali atau tidak lapang. Secara kontekstual menunjukkan adanya kesulitan pasien untuk bernapas atau adanya usaha/aktifitas pasien untuk bernapas. Sesak juga dapat diungkapkan dengan kata-kata berbeda yaitu “ampeg” ataupun “menggeh-menggeh” atau mengeh-mengeh” Kata “mengeh-mengeh” dan “ampeg” secara bahasa menunjukkan perasaan sesak di dada sehingga tidak dapat bernapas dengan lega.

Hasil tersebut juga mendukung temuan serupa dalam studi kuantitatif yang dilakukan oleh Mussi *et al.* (2013) pada 100 pasien di RS Salvador. Delapan puluh satu persen pasien mengalami nyeri dada saat onset serangan. Selain itu, 67% menyatakan berkeringat, sesak nafas (47%), mual, pusing, palpitasi.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluhan-keluhan yang muncul biasanya tidak hanya terlokalisir pada satu area tertentu. Radiasi nyeri secara kontekstual diartikan adanya perambatan, pemancaran ataupun persebaran nyeri ke area yang lain. Radiasi nyeri dalam

penelitian ditemukan lokasi nyeri hanya di dada kanan, nyeri terpusat, nyeri merambat ke lengan kiri, rahang bawah kemudian dari dada tengah ke dada kiri, lokasi nyeri berpindah-pindah, nyeri dirasakan hingga tembus ke punggung belakan sebelah kiri. Secara teori, pasien dengan STEMI umumnya mengeluhkan adanya nyeri dada di tengah seperti ditekan, yang menjalar ke lengan, rahang, atau leher (Aaronson & Ward, 2010).

Hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Perkins *et al.* (2009) terhadap 228 pasien di Rumah Sakit London juga menemukan bahwa gejala yang dirasakan pasien adalah nyeri dada di lengan, bahu, leher, punggung belakang. Mussi *et al.* (2013) juga menggambarkan radiasi nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan, leher, punggung belakang dan epigastrium.

Dikaji lebih jauh dalam penelitian ini partisipan mengungkapkan kualitas keluhan yang dirasakan setiap partisipan berbeda-beda. Partisipan mengungkapkan sakit yang dirasakan terasa panjang, lebar, bukan sakit-hilang-sakit-hilang. Sakitnya juga dirasakan tidak putus-putus, tidak berhenti-berhenti, sakitnya pelan, bertahan, seperti ditusuk-tusuk benda besar, seperti ditarik, dijepit, hingga terdapat partisipan yang menyebutkan keluhan tidak dapat digambarkan. Keparahan keluhan yang diungkapkan partisipan dalam penelitian ini menunjukkan sebagian besar menyebutkan keluhan yang dirasakan berat dengan rentang nilai 7-10, sakit tidak dapat ditahan, sakit sekali, sakitnya luar biasa dan sesak sekali.

Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Mussi *et al.* (2013) yang menyebutkan nyeri yang dirasakan seperti tertekan benda berat dan terbakar. Nyeri biasanya dirasakan lebih dari 30 menit dan tidak berkurang setelah diberi nitrogliserin (Aaronson & Ward, 2010).

Thureson (2012) menggali lebih jauh terkait gambaran nyeri yang dirasakan pasien. Sebagian pasien menyebutkan nyeri yang dirasakan seperti perasaan diremas-remas, ditekan dan disobek (*tearing*). Nyeri yang dirasakan dapat berlangsung dalam hitungan menit maupun hitungan jam. Rata-rata pasien menyebutkan nyeri berada pada skala 7.

Ketidaktepatan Menafsirkan Gejala

Tema kedua yang didapatkan dalam penelitian ini adalah ketidaktepatan menafsirkan gejala. Ketidaktepatan menafsirkan keluhan memperlihatkan adanya ketidaktepatan dalam mengartikan keluhan dan gejala yang muncul sebagai tanda dan gejala STEMI.

Kesalahan penafsiran

Kesalahan penafsiran pasien terlihat dari bagaimana partisipan mengungkapkan bahwa apa yang mereka rasakan bukanlah keluhan dan gejala penyakit jantung melainkan keluhan yang muncul akibat kecapean, karena terforsir kerja, kurang tidur, kegemukan, terlalu banyak merokok, masuk angin, ataupun karena lambung yang sakit.

Keterbatasan Pengetahuan

Kesalahan penafsiran dapat muncul akibat keterbatasan pengetahuan pasien tentang keluhan dan gejala STEMI. Hampir semua partisipan mengungkapkan ketidaktahuannya tentang keluhan dan ini pertama kalinya partisipan mendapatkan informasi tentang keluhan STEMI.

Persepsi Pasien terhadap Keluhan dan Gejala

Ketidaktepatan menafsirkan keluhan memperlihatkan adanya ketidaktepatan dalam mempersepsikan keluhan dan gejala yang muncul sebagai tanda dan gejala STEMI. Kesalahan penafsiran pasien terlihat dari bagaimana partisipan mengungkapkan bahwa apa yang mereka rasakan bukanlah keluhan dan gejala penyakit jantung melainkan keluhan yang muncul akibat kecapean, karena terforsir kerja, kurang tidur, kegemukan, terlalu banyak merokok, masuk angin, ataupun karena lambung yang sakit.

Mendukung hasil tersebut, penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Pattenden *et al.* (2002) menemukan bahwa partisipan sering mengalami kebingungan dalam mengidentifikasi gejala STEMI. Sebagian besar partisipan menganggap gejala yang mereka rasakan tidak cukup berat untuk menyebabkan terjadinya serangan jantung. Mereka beranggapan nyeri dada yang dirasakan sama seperti nyeri pada gangguan pencernaan.

Kesalahan penafsiran dapat muncul akibat keterbatasan pengetahuan pasien tentang keluhan dan gejala STEMI. Hampir semua partisipan

mengungkapkan ketidaktahuannya tentang keluhan dan ini pertama kalinya partisipan mendapatkan informasi tentang keluhan STEMI.

Penelitian di atas didukung oleh hasil yang didapatkan Alshahrani *et al.* (2012) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan pasien mengenai gejala STEMI berhubungan dengan rendahnya interpretasi pasien terhadap gejala STEMI. Selain itu, kurangnya pengetahuan dan kognitif yang rendah juga mempengaruhi kontrol diri pasien dan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan.

Hasil di atas didukung oleh penelitian yang dilakukan Mussi *et al.* (2013). Dari 100 pasien, 15% diantaranya tidak mengetahui gejala STEMI, 41% tidak dapat menginterpretasikan bahwa gejala yang dirasakan adalah penyakit jantung. Mereka cenderung beranggapan bahwa keluhan dan gejala yang dirasakan adalah nyeri perut, sakit punggung, perdarahan otak, stress harian, dan efek obat yang mereka konsumsi.

Keputusan Mencari Pertolongan

Hasil penelitian ini menunjukkan tema keputusan mencari pertolongan dibangun dari ungkapan partisipan yang menunggu perkembangan kondisi sebagai alasan bertindak dan pengambil keputusan.

Perkembangan Kondisi Sebagai Alasan Bertindak

Pasien cenderung menjadikan perkembangan kondisi sebagai alasan bertindak mencari pertolongan. Tadinya belum apa-apa, nyeri tidak hilang, nyeri tidak berkurang, makin bertambah sakit, lebih sakit dari yang sebelumnya, sakitnya serius, hingga keluhan terasa sakit lagi menjadi alasan bagi pasien untuk mencari pertolongan.

Pengambil Keputusan

Setelah melihat perkembangan kondisi, pada akhirnya keputusan mencari pertolonganpun diambil. Partisipan mengungkapkan berbeda-beda mengenai orang yang mengambil keputusan saat itu.

Proses Pengambilan Keputusan Mencari Pelayanan Kesehatan

Keputusan mencari pertolongan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan cen-

derung melihat perkembangan kondisi sebagai alasan bertindak mencari pertolongan. Tadinya belum apa-apa, nyeri tidak hilang, nyeri tidak berkurang, makin bertambah sakit, lebih sakit dari yang sebelumnya, sakitnya serius, hingga keluhan terasa sakit lagi menjadi alasan bagi pasien untuk mencari pertolongan.

Dalam penelitiannya Perkins *et al.* (2009) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi klinis pasien dengan keterlamabatan *prehospital* pasien. Hal di atas didukung oleh studi kualitatif yang dilakukan oleh Pitsavos *et al.* (2006) menunjukkan bahwa kondisi klinis memiliki pengaruh yang signifikan pada lamanya *prehospital* pasien. Pasien yang memiliki riwayat gejala nyeri yang hebat dan riwayat penyakit lain sebelumnya akan memiliki masa *prehospital* yang lebih singkat.

Setelah melihat perkembangan kondisi, pada akhirnya keputusan mencari pertolonganpun diambil. Partisipan mengungkapkan berbeda-beda mengenai orang yang mengambil keputusan saat itu. Beberapa partisipan mengungkapkan saat itu diri sendirilah yang mengambil keputusan mencari pertolongan selain istri, anak dan lingkungan sosial seperti teman.

Dalam kasus STEMI, sangat dibutuhkan kepedulian individu, keluarga ataupun publik untuk dapat mengenali tanda dan gejala awal STEMI (O'Gara, 2013; Steg *et al.*, 2012). Tidak pekanya individu dan publik terhadap gejala STEMI dapat memperlama fase *prehospital* pasien. Sebagai penemu pertama, memberikan pertolongan dengan memanggil bantuan kesehatan adalah tugas utama selain memindahkan pasien ketempat yang aman (WHO, 2005).

Perilaku Terhadap Keluhan

Salah satu tema yang kemudian muncul dari penelitian ini adalah perilaku terhadap keluhan. Perilaku terhadap keluhan ditunjukkan dengan sikap reaktif terhadap keluhan dan perilaku religius yang dilakukan partisipan saat terjadinya serangan.

Reaktif Terhadap Keluhan

Respon reaktif terhadap keluhan digambarkan berbeda-beda oleh partisipan, diantaranya jalan

ke sana ke sini, memegang dada, istirahat, tiduran, menyampaikan kepada pasangan, diam dan menahan.

Perilaku Religius

Perilaku religius juga tergambar dari respon pasien saat terjadinya serangan STEMI, diantaranya istigifar, sholat, dan dzikir.

Ungkapan Penolakan

Ungkapan penolakan partisipan diketahui dibangun dari ketidakpercayaan dan ketidakpedulian partisipan terhadap keluhan dan gejala yang muncul sebagai keluhan STEMI.

Ketidakpercayaan

Gambaran ketidakpercayaan pasien bahwa keluhan yang dirasakan adalah tanda dan gejala STEMI ditunjukkan dalam bentuk ungkapan-ungkapan bahwa partisipan tidak memiliki pemikiran memiliki penyakit jantung, tidak menduga punya penyakit jantung, tidak yakin memiliki penyakit jantung, dan partisipan tidak merasa sakit.

Ketidakpedulian

Ketidakpercayaan partisipan bahwa dirinya mengalami penyakit jantung (STEMI) menjadikan partisipan bersikap tidak peduli pada keluhan yang dirasakan.

Reaksi Psikologis

Selain tema di atas, tema lain yang didapatkan dari penelitian ini adalah adanya reaksi psikologis yang dialami pasien terkait respon *prehospital* terhadap keluhan STEMI. Reaksi psikologis partisipan muncul dari adanya pengelompokan sub tema pemikiran akan kematian, ekspresi emosional pasien dan harapan pasien terhadap penanganan yang membangun.

Pemikiran Akan Kematian

Sub tema pemikiran akan kematian muncul dari beberapa ungkapan partisipan seperti hampir kehilangan nyawa dan ungkapan mungkin mau meninggal.

Ekspresi Emosional

Ekspresi takut, menangis, tidak mau membebani hingga pasrah muncul dari hasil ungkapan partisipan.

Harapan Terhadap Penanganan

Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan yang ingin agar sakit yang dirasakan cepat hilang dan cepat mendapatkan penanganan.

Penanganan Awal

Berdasarkan pengelompokan hasil wawancara dan proses berpikir induksi dalam penelitian ini, tema yang kemudian ditemukan dari pengalaman *prehospital* pasien dengan STEMI pertama adalah pengalaman pasien dalam penanganan awal. Penanganan awal secara kontekstual diartikan sebagai proses atau cara awal menangani keluhan dan gejala yang dirasakan partisipan.

Pengobatan Mandiri

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa langkah awal yang dilakukan partisipan saat muncul keluhan dan gejala adalah melakukan pengobatan mandiri. Pengobatan mandiri yang dilakukan partisipan pun berbeda-beda, diantaranya mengurangi keluhan dengan minum antasida, air kelapa muda, air putih hingga kerokan.

Mengunjungi Pelayanan Kesehatan

Setelah pengobatan mandiri yang dilakukan tidak berhasil partisipan cenderung segera mengunjungi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Polindes, dokter praktik umum, dan rumah sakit terdekat yang dapat dijangkau oleh partisipan dan keluarga dengan cepat.

Tatalaksana yang Didapatkan Pasien

Dari hasil wawancara dengan pasien, tatalaksana awal yang didapatkan dari pelayanan kesehatan yang dikunjungi oleh partisipan, secara umum hampir sama yaitu diperiksa, dikasih obat di bawah lidah, ditensi, diberikan informasi, dipasang infuse, diberikan oksigen, dilakukan perekaman jantung dan saran rujukan.

Kesan Terhadap Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan pengalaman mendapatkan penanganan di pelayanan kesehatan, beberapa partisipan mengungkapkan kesan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima diantaranya pasien langsung mendapatkan penanganan, pasien langsung dirujuk hingga kesan pasien tidak tahu proses yang dilaluinya.

Respon terhadap Keluhan dan Gejala STEMI

Pada topik ini, banyak respon yang muncul terhadap keluhan dan gejala STEMI yang dirasakan pasien yaitu, perilaku terhadap keluhan, adanya ungkapan penolakan, reaksi psikologis, dan penanganan awal yang dilakukan terhadap keluhan dan gejala.

Ungkapan penolakan tercermin dari ketidakpercayaan dan ketidakpedulian partisipan terhadap keluhan dan gejala yang muncul sebagai keluhan STEMI. Banyak individu yang tidak ingin percaya bahwa mereka memiliki risiko mengalami serangan jantung. Mereka cenderung menolak fakta keluhan yang mereka rasakan sebagai gejala infark miokard akut hingga kondisi menjadi lebih buruk (Pattenden *et al.*, 2002).

Pateenden *et al.* (2002) menemukan bahwa *decision time* pada pasien berlangsung selama tujuh jam hanya untuk mengakui bahwa keluhan yang mereka rasakan adalah gejala STEMI. Sebagian besar pasien mengakui bahwa mereka berharap keluhan yang mereka rasakan akan segera pergi berlalu sehingga mereka menunggu dan tidak pergi ke rumah sakit atau mencari pelayanan kesehatan.

Selain itu, dalam penelitian ini ekspresi emosional pasien juga muncul seperti takut, menangis, tidak mau membebani hingga pasrah terhadap keluhan yang dirasakan. Studi kuantitatif yang dilakukan oleh Walsh *et al.* (2004) terhadap 61 pasien STEMI bahwa respon emosional memiliki hubungan yang signifikan untuk mempengaruhi lamanya fase *prehospital* pasien. Respon emosional yang tampak biasanya keceemasan, khawatir, gelisah, tegang, kaget, terkejut atas kondisi yang mereka rasakan. Pasien yang memiliki kecemasan/ketegangan dan khawatir tinggi akan memiliki masa *prehospital* yang lebih pendek.

Dengan melewati banyak tahapan dimulai dari penolakan hingga menerima kondisinya pada akhirnya partisipan juga melakukan penanganan awal untuk mengurangi keluhan dan gejala yang dirasakannya. Penanganan awal yang dilakukan oleh partisipan antara lain pengobatan mandiri, mengunjungi pelayanan kesehatan, tatalaksana yang didapatkan pasien dan terakhir kesan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima.

Dalam penelitiannya Thuresson *et al.* (2012) juga menjelaskan bahwa partisipan cenderung mengalihkan perhatian mereka dengan melakukan aktivitas lain seperti meregangkan otot-otot lengan dan anggota tubuh bagian atas, selain itu mereka mencoba memijatnya. Partisipan cenderung menjadikan keluhan yang mereka rasakan seperti keluhan sakit biasa pada umumnya. Mendukung hal tersebut, Mussi *et al.* (2013) dalam penelitiannya menemukan bahwa dari 100 pasien didapatkan 20 pasien memutuskan mencari pelayanan kesehatan karena status nyeri yang mereka rasakan meningkat.

Setelah pengobatan mandiri yang dilakukan tidak berhasil partisipan cenderung segera mengunjungi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Polindes, dokter praktik umum, dan rumah sakit terdekat yang dapat dijangkau oleh partisipan dan keluarga dengan cepat.

Di Indonesia, terbatasnya EMS serta ambulan 118 menjadi masalah tersendiri dalam peningkatan mutu layanan *prehospital*. Sedangkan tingginya mortalitas dan morbiditas pada kasus STEMI tidak hanya ada pada kelas sosial menengah hingga tinggi, tetapi juga pada kelas sosial menengah ke bawah. Pada situasi tersebut Puskesmas dengan Unit Gawat Darurat 24 jam dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di area pinggiran kota/wilayah kota yang daya jangkauan ke pusat layanan kesehatan lainnya cukup jauh. Puskesmas dapat menjadi pilihan pertama bagi penderita dengan tanda dan gejala STEMI.

Perjalanan Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan analisa data hasil wawancara tema akhir yang kemudian muncul adalah perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan. Perjalanan mendapatkan pelayanan dapat diartikan sebagai cara, jarak atau jauh, dan juga perbuatan yang dilakukan oleh partisipan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (www.kbbi.wed.id).

Kemudahan Akses

Partisipan mengungkapkan adanya kemudahan akses yang mereka rasakan selama proses transportasi. Kemudahan itu diantaranya diungkapkan dalam bentuk jarak ke pelayanan kesehatan, per-

jalan lancar, tidak ada masalah dalam perjalanan dan alat transportasi yang cepat.

Lamanya Proses Transportasi

Selain kemudahan akses, lamanya proses transportasi juga diungkapkan oleh partisipan diantaranya proses transport yang cepat, setengah jam, dan satu jam.

Kendala Selama Transportasi

Selain itu salah satu partisipan juga menyebutkan adanya kendala selama proses transportasi.

Perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan digambarkan dari kemudahan akses, lamanya waktu transport, dan kendala selama proses transportasi. Kemudahan akses yang mereka rasakan selama proses transportasi diantaranya diungkapkan dalam bentuk jarak ke pelayanan kesehatan, perjalanan lancar, tidak ada masalah dalam perjalanan dan alat transportasi yang cepat. Di negara maju sejak dulu telah banyak diaktifkan EMS. EMS merupakan sistem layanan *prehospital* yang diaktifkan dengan adanya nomor telepon yang mudah diingat dan dihubungi. Selain itu, ambulan yang tersedia tidak hanya menjadi alternatif alat transportasi tetapi juga dapat melakukan *initial diagnosis, triage* dan juga *treatment* pada pasien STEMI. *Initial diagnosis, triage* dan juga *treatment* pada pasien STEMI berhubungan erat dengan keputusan penggunaan reperfusi terapi yang tepat. Penurunan keterlambatan dapat memberikan hasil akhir yang maksimal dalam penanganan STEMI (O'Gara, 2013; Steg *et al.*, 2012). Keterbatasan dalam penelitian ini adalah Eksplorasi pengalaman pasien dalam proses transportasi terkait layanan ambulan yang digunakan selama proses rujukan kurang detail. Sesungguhnya hal ini telah dilakukan oleh peneliti dengan menggali lebih dalam pengalaman pasien dalam proses transportasi menggunakan ambulan, namun karena kurang kayanya data dari partisipan dan jumlah partisipan yang menggunakan ambulan hanya sedikit sehingga eksplorasi pada poin ini kurang detail.

Implikasi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kebutuhan *health education* dan sosialisasi

terkait penyakit jantung terutama STEMI bagi masyarakat. Penelitian ini dapat menjadi dasar rujukan bagi perawat dalam membangun pelayanan keperawatan yang terintegrasi dimulai dari *Primary Care* sebagai penyedia pelayanan *prehospital* hingga pelayanan keperawatan di rumah sakit pada pasien dengan STEMI.

5. KESIMPULAN

Delapan tema yang berkaitan pengalaman *prehospital* pasien STEMI pertama yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Secara umum keluhan yang dirasakan pasien dengan STEMI pertama adalah adanya ketidaknyamanan fisik. Munculnya ketidaktepatan menafsirkan keluhan dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan pasien terkait keluhan dan gejala STEMI sehingga mampu menunda keputusan pasien dalam mencari pelayanan kesehatan.

SARAN

Perlu adanya penelitian lanjutan terkait lama *prehospital time* pasien STEMI di Indonesia menggunakan Triangulasi antara metode kualitatif dan kuantitatif sehingga dapat yang didapatkan lebih lengkap. Perlu adanya tindak lanjut dari rumah sakit sebagai pihak terkait untuk mulai mengaktifkan EMS ataupun ambulan sehingga penanganan *prehospital* pasien STEMI dapat lebih cepat.

REFERENSI

Glance Sistem Kardiovaskular. Edisi Ketiga. Jakarta: Erlangga Medical Series.

Isaksson, R. M., Brulin, C., Eliasson, M., Naslund, Ulf., Zingmark, K. (2011). Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction; a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 25; 787-797.

Leslie, W. S., Urie, A., Hooper, J., Morrison, C. E. (2000). Delay in calling for help during myocardial infarction reasons for the delay

and subsequent pattern of accessing care. *Heart*. 84; 137-141.

Mussi, F. C., Gibaut, M. A. M., Damasceno, C. A., Mendes, A. S., Guimaraes, A. C., Santos, C. A. (2013). Sociodemographic and clinical factors associated with the decision time for seeking care in acute myocardial infarction. *Rev.Latino-Am. Enfermagem. Forthcoming.*

Ostrzyki, A., Sosnowski, C., Borowiec, A., Zera, T., Pienkowska, K., Drop, D., Chwyzko, T., Kowalik, I., Szwed, H. (2008). Pre-hospital delay of treatment in patients with ST segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: experience of cardiac centre located in the vicinity of the centre of Warsaw. *Kardiol Pol*. 66; 609-614.

Pattenden, J., Watt, I., Lewin, R. J. P., and Standford. (2002). Decision making process in people with symptoms of acute myocardia; infarction: qualitative study. *BMJ*. 324; 1006-1009.

Perkins, P. L., Whitehead, D. L., Strike, P. C., Steptoe, A. (2009). Prehospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home to hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 8(1); 26-33.

Pitsavos, C., Kourlaba, G., Panagiotakos, D., Stefanadis, C. (2006). Factors associated with delay in seeking helath care for hospitalized patients with acute coronary syndrome: the GREECS study. *Hellenic J Cardiol*. 47; 329-336.

Priyanto Ade. (2011). *The Role of Nurse in Acute Coronary Syndrome. Jakarta: Univeritas Muhamadiyah Jakarta.*

Steg, G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Lundqvist, C. B., Borger, M., et al.. (2012). *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction inpatients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal*. 33; 2569-2619.

Thuresson Marie. (2012). *The initial phase of an acute coronary syndrome; symptoms, patients' response to symptomes and opportunity to reduce time to seek care and to increase ambulance use. Orebro University.*