BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan *self treatment* antara laki-laki dan perempuan terhadap tanda dan gejala IMA. Hasil dari penelitian ini adalah tidak terdapat perbedaan *self treatment* antara laki-laki dan perempuan terhadap tanda dan gejala IMA, berikut pembahasannya.

6.1 Data Demografi

Berdasarkan hasil analisa data diatas didapatkan data bahwa 34 responden adalah usia <55 tahun (56,7%) dan usia >55 tahun ada 26 orang (43,3%) dengan nilai mean 53,36 tahun dan standart deviasi ±11.852. Usia tua merupakan faktor resiko penyakit jantung koroner. Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan usia merupakan yang berkaitan dengan respon mencari bantuan, yaitu ketakutan nyeri tersebut menandakan penyakit yang serius atau keengganan lansia untuk mencari bantuan bahkan ketika mengalami nyeri hebat karena mereka menganggap nyeri sebagai bagian dari proses penuaan yang normal atau persepsi nyeri lansia yang berkurang akibat dari perubahan patologis berkaitan dengan beberapa penyakit seperti diabetes. Hal tersebut menunjukkan kemungkinan lansia tidak mendatangi layanan kesehatan. Topol (2009) juga menyatakan bahwa banyak pasien IMA yang meninggal sebelum sampai di rumah sakit.

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin didapatkan data bahwa 49 responden adalah laki-laki (81,7%) dan 11 responden adalah perempuan (18,3%). Hal ini menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah laki-laki. Menurut Gray *et al* (2002), morbiditas penyakit jantung pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita. Pada pria, insidensi puncak menifestasi klinis PJK adalah pada usia 50-60 tahun, sedangkan pada wanita sekitar 10-15 tahun lebih lambat daripada pada pria dan risikonya meningkat drastis setelah menopause (Smeltzer dan Bare, 2001). Sehingga laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dari pada perempuan dengan kejadian serangan lebih awal.

Berdasarkan karakteristik data demografi dari segi pendidikan dan status pernikahan hanya sedikit responden yang mempunyai pendidikan tinggi (26,7%) dan telah janda atau duda sebesar (6,7%).

6.2 Tanda dan Gejala

Keluhan utama yang diungkapkan oleh responden saat mengalami serangan jantung ialah nyeri dada (88,3%). Gejala tipikal infark miokard adalah nyeri dada (Makoto, 2002). Persepsi nyeri muncul karena adanya rangsangan berbahaya (kerusakan jaringan) yang memicu pengeluaran mediator biokimia (seperti: prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamine, substansi P) dan perpindahan ion melewati sel membran kemudian menstimulus nociceptor, yaitu reseptor nyeri (Kozier *et. al.*, 2004). Keluhan utama nyeri dada ini bisa disebabkan intensitas nyeri dada yang menstimulasi nociceptor ini cukup besar.

Berdasarkan hasil analisa data diatas, responden juga merasakan gejala lain seperti nyeri ulu hati (10,0%), nyeri perut (3,3), sesak (35,0%), mual muntah (40,0%), keringat dingin (81,7), berdebar (10,0%), lemas (38,3%), pusing

(18,3%), pingsan (15,0%), kejang (1,7%), diare (3,3%), dan batuk (3,3%). Bukan hanya nyeri dada tapi sesak napas, pusing, mual, dan berkeringat juga termasuk gejala infark miokard klasik lainnya (Williams dan Hopper, 2007). Reseptor nyeri merupakan jaras multi arah yang kompleks sehingga stimulasi serabut ini juga berhubungan dengan rantai simpatis paravertebrata sistem saraf dan dengan organ internal lainnya sehingga nyeri sering disertai efek vasomotor, otonom, dan viseral seperti penurunan atau tidak adanya peristaltik saluran gastrointestinal. (Smeltzer dan Bare, 2002).

Karakteristik nyeri dada berdasarkan hasil analisa data pada tabel 5.4 didapatkan sifat nyeri seperti ditekan atau ditindih dirasakan oleh 40,0% responden. Hal ini sesuai dengan pernyataan Williams dan Hopper (2007) bahwa nyeri dada yang dirasakan pasien IMA biasanya kerap kali digambarkan seperti diremas atau ditindih. Sifat nyeri lain yang juga dirasakan pasien dari hasil penelitian ini adalah rasa panas, dicengkeram, ditusuk-tusuk, atau dipukul-pukul pada area dada. Berdasarkan teori spesifik, perbedaan sifat atau kualitas nyeri yang dikeluhkan pasien berkaitan dengan dua tipe serabut saraf yang menghantarkan stimulus nyeri, yaitu serabut saraf tipe delta A dan tipe C (Asmadi, 2008). Serabut saraf tipe delta A membawa rangsangan nyeri yang menusuk, tajam, atau nyeri yang terlokalisir dan serabut saraf tipe C membawa rangsangan nyeri yang terbakar atau tumpul (Kozier *et. al.*, 2004; Asmadi, 2008).

Berdasarkan hasil analisa data diatas, karakteristik nyeri dada yang dominan adalah menjalar ke bagian tubuh lainnya (71,7%). Menurut Muttaqin (2009), nyeri dapat menjalar ke daerah dagu, leher, lengan kiri, punggung dan epigastrum. Aktivasi yang kuat dari serabut reseptor nyeri pada viseral yang menyebabkan hubungan dari serabut yang sama ke area kulit ini yang bisa menyebabkan nyeri menjalar, contohnya nyeri alih pada iskemia jantung atau

serangan jantung ke lengan kiri atau rahang (Smeltzer dan Bare, 2002). Dari hasil analisa data diatas menunjukkan bahwa karakteristik nyeri atau rasa tidak nyaman di dada yang dirasakan pasien menjalar ke leher (18,6%), lengan (46,5%), punggung (79,1%), rahang (4,7%), bahu (7,0%), perut (14,0%), pinggang (2,3%). Dengan 75% responden mengalami serangan jantung STEMI dari hasil anamnesa, pemeriksaan EKG, dan hasil laboratorium troponin I.

6.3 Persepsi Terhadap Tanda Gejala

Berdasarakan distribusi persepsi terhadap tanda gejala dari hasil analisa data diatas didapatkan data bahwa 15 responden (25,0%) mempersepsikan gejala yang dialami merupakan penyakit jantung. Sisanya 45 reponden (75,0%) mempersepsikan gejala yang dialaminya bukan penyakit jantung, seperti masuk angin (42,2%). Hasil studi Gouveia *et al* (2011) bahwa pasien yang menginterpretasikan gejala yang dialami bukan merupakan penyakit jantung sebanyak 63,5%. Intervensi gejala bisa terbentuk setelah munculnya persepsi nyeri. Persepsi nyeri sendiri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Salah satunya bisa disebabkan karena banyak individu yang tidak mau percaya bahwa mereka mengalami serangan jantung dan cenderung mengabaikan gejala serta menunggu sampai gejala semakin parah sebelum mencari bantuan (Pattenden *et al*, 2002).

6.4 *Self Treatment*

Berdasarkan analisa data diatas didapatkan bahwa 66,7% responden melakukan *self treatment.* Sebesar 12,5% responden melakukan *self treatment* farmakologi seperti minum ISDN (12,5%), minum asmasoho (2,5%), dan minum antangin (2,5%). Sebesar 82,5% responden melakukan *self treatment*

nonfarmakologi seperti kerokan (40,0%), kompres (20,0%), pijat (15,0%), oles minyak (15,0%), minum air (40,0%), mandi air hangat (2,5%), dan sowok (2,5%). Serta sebesar 5,0% responden melakukan *self treatment* farmakologi dan *self treatment* nonfarmakologi. Sebesar 67,5% responden hanya melakukan 1 jenis *self treatment* dan 32,5% melakukan ≥ 2 jenis *self treatment.*

Berdasarkan hasil penelitian Cahyaningsih (2012) yang juga dilakukan di Indonesia didapatkan sebagian besar pasien IMA melakukan tindakan sendiri ketika terjadi serangan nyeri dada kardiak, yaitu sebesar 1.47% pasien melakukan pijat, 11.76% pasien mengoleskan minyak angin, dan 25% pasien melakukan tindakan kombinasi untuk mengatasi nyeri dada yang dialami. Studi yang dilakukan oleh Rahmawatus S. (2012) juga menunjukkan 20,35% meminum obat pribadi, 18,18% melakukan kerokan, 22,73% mengompres dada dan menunggu gejala hilang.

Sebagian besar alasan responden yang melakukan *self treatment* farmakologi adalah obat jantung yang biasa diminum (57,2%), dan yang beralasan melakukan *self treatment* nonfarmakologi adalah karena responden mempersepsikan bahwa gejala yang dirasakan adalah masuk angin (48,6%).

6.5 Perbedaan Antara Laki-Laki dan Perempuan Berdasarkan Data Demografi

Setelah dilakukan analisa data didapatkan nilai signifikansi untuk mengetahui perbedaan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan data demografi menggunakan uji Chi-square dengan program komputer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* dengan tingkat kemaknaan 95% (α = 0,05). Hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak ada nilai perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan data demografi.

Bila dilihat dari rentang usia >55 tahun (42,5%), (87,5%) responden yang berjenis kelamin laki-laki, lebih sedikit dari pada yang berjenis kelamin perempuan (12,5%) dan berkebalikan bila dilihat dari rentang usia <55 tahun. Hal ini didukung oleh beberapa litelatur meski tidak ditemukan nilai signifikansi seperti penyataan Krapp *et al* (2002) dan Williams & Hopper (2007) bahwa perempuan rata-rata memiliki peningkatan insiden setelah *menopause* atau saat usia di atas 55 tahun dan rata-rata laki-laki memiliki peningkatan insiden miokard infark setelah berusia 50 tahun. Pada pria insidensi puncak menifestasi klinis PJK adalah pada usia 50-60 tahun, sedangkan pada wanita sekitar 10-15 tahun lebih lambat daripada pada pria dan risikonya meningkat drastis setelah menopause (Smeltzer dan Bare, 2001). Wanita agaknya relatif lebih kebal terhadap penyakit ini sampai menopause, dan kemudian menjadi sama rentannya seperti laki-laki. Hal ini diduga karena adanya efek perlindungan estrogen pada wanita (Santoso, 2005).

Uraian di atas bertentangan dengan hasil penelitian. Berdasarkan hasil analisa data diatas didapatkan data bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin dengan data demografi berupa usia, pendidikan, dan status pernikahan. Bila melihat tidak adanya perbedaan antara jenis kelamin dengan data demografi hal ini bisa dikarenakan insiden pada laki-laki dan perempuan berdasarkan usia hampir sama. Tingginya insiden IMA dibawah usia 55 tahun bisa dikarenakan adanya dua atau lebih faktor pada satu individu yang menyebabkan IMA.

6.6 Perbedaan Antara Laki-Laki dan Perempuan Berdasarkan Tanda dan Gejala

Hasil analisa data menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* menunjukkan perbedaan

antara laki-laki dan perempuan berdasarkan tanda dan gejala tidak signifikan (p>0,05). Gejala merupakan komponen utama pada keputusan pasien dalam mencari pertolongan, dan merupakan saat yang menentukan ketika berada dalam unit triage, serta mempengaruhi keputusan yang diambil oleh tenaga kesehatan terhadap treatment dan evaluasi (Milner, *et.al.,* 2001). Gejala yang muncul pada tiap individu direspon berbeda-beda sesuai dengan kemampuan tubuhnya (Khraim, 2009). Menurut (McSweeney dan Crane, 2000) menemukan bahwa perempuan lebih mengalami kelelahan yang tidak biasa, rasa tidak nyaman di daerah dada dan sensasi nyeri pada dada.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penyataan di atas karena tidak ditemukan nilai yang signifikan pada keluhan utama berupa nyeri dada, sifat nyeri yang ditekan atau ditindih, frekuensi nyeri dan penjalaran nyeri. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Berg (2009) bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan terhadap frekuensi nyeri (p=0,21), karakteristik nyeri dan sifat nyeri (p=0,90).

6.7 Perbedaan Antara Laki-Laki dan Perempuan Berdasarkan *Self Treatment*

Analisa data yang dilakukan menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* dengan tingkat kemaknaan 95% (α=0,05) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan *self treatment*. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor predisposisi dari faktor yang mempengaruhi respon (Notoadmodjo, 2003). Hasil studi Al-Safi (2005) menunjukkan perbedaan perilaku pasien infark miokard terdeteksi ketika dianalisa menurut gender, tingkat edukasi, dan tipe pekerjaan. Respon adalah perilaku yang ditimbulkan pasien saat merasakan

gejala IMA. Perilaku ini dibagi dalam perilaku yang efektif dan tidak efektif. Perilaku yang tidak efektif cenderung menyebabkan keterlambatan penatalaksanaan IMA. Salah satu penyebab utama keterlambatan penatalaksanaan IMA adalah ketidakefektifan perilaku pasien terhadap tanda dan gejala IMA (Khraim, 2009).

Bila dilihat dari hasil analisa data diatas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan *self treatment*. Hal ini dapat disebabkan karena pasien laki-laki dan perempuan memiliki persepsi yang sama terhadap tanda gejala yang dialami dengan nilai 40,0% mempersepsikan masuk angin, disamping itu sikap atau budaya masyarakat Indonesia masih banyak yang mengaplikasikan pengobatan tradisional, sehingga mayoritas masyarakat yang mempersepsikan masuk angin cenderung melakukan *self treatment* nonfarmakologi yaitu kerokan. Dengan dikerok, terjadilah pelebaran pembuluh darah yang akan melancarkan aliran darah. Jika aliran darah lancar maka lebih banyak oksigen dan nutrisi masuk untuk jaringan otot. Pada proses kerokan, terjadi suatu reaksi inflamasi atau radang. Akibatnya terjadi pelebaran pembuluh darah dan pengeluaran mediator inflamasi. Aliran darah menjadi lancar jika dikerok atau dipijat sehingga lebih banyak oksigen dan nutrisi yang tersedia untuk jaringan otot. Zat-zat yang menyebabkan rasa pegal dapat segera dibawa aliran darah untuk dibuang atau dinetralkan. Berdasarkan hasil penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Rahmawatus S. (2012) menunjukkan 20,35% meminum obat pribadi, 18,18% melakukan kerokan, 22,73% mengompres dada dan menunggu gejala hilang.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa pelaksaan penelitian ini masih banyak kekurangan disebabkan:

a. Jumlah responden IMA yang didapatkan di rumah sakit Dr. Saiful Anwar relatif sedikit. Jumlah sampel mempengaruhi signifikansi dalam analisa data, sehingga disarankan pada penelitian selanjutnya untuk menambah jumlah sampel.
b. Perlu gambaran lebih lanjut untuk melihat apakah *self treatment* farmakologi yang dilakukan berpengaruh terhadap jantung atau tidak.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA