

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas hasil penelitian dan analisis data tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan pada pasien IMA yang telah disajikan sebelumnya pada bab 5.

#### 6.1 Karakteristik Responden Berupa Data Demografi

Menurut Sudoyo (2009), menua didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia (Sudoyo dkk, 2009). Rata-rata laki-laki memiliki peningkatan insiden miokard infark setelah berusia 50 tahun (Williams dan Hopper, 2007) dan perempuan rata-rata memiliki peningkatan insiden setelah *menopause* atau saat usia di atas 55 tahun (Krapp *et al.*, 2002). Semakin bertambah usia maka individu akan semakin rentan mengalami aterosklerosis koroner. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan paparan yang lebih lama terhadap faktor-faktor aterogenik (Price dan Wilson, 2006). Oleh karena itu, usia menjadi faktor risiko miokard infark.

Pada hasil penelitian ini didapatkan distribusi penderita miokard infark yang berbeda yaitu angka penderita dewasa dan lansia hampir sama. Berdasarkan analisis dan interpretasi pada tabel 5.1 didapatkan data bahwa 35 responden berusia < 55 tahun (58,3%) dan 25 responden berusia  $\geq$  55 tahun (41,7%). Rata-rata usia responden adalah  $53,97 \pm 10,75$  tahun. Bila melihat pernyataan Smeltzer dan Bare (2002), usia merupakan faktor persepsi nyeri atau lebih tepatnya berkaitan dengan respon mencari bantuan, yaitu 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. Lebih lagi Smeltzer dan Bare (2002), juga menyatakan lansia yang tidak mengambil keputusan segera pergi ke pelayanan kesehatan untuk mencari bantuan dikarenakan mereka takut nyeri tersebut menandakan penyakit yang serius atau mereka takut kehilangan control sehingga mereka memilih melakukan *self treatment* atau menunggu gejala hilang. Topol (2009) juga menyatakan bahwa banyak pasien IMA yang meninggal sebelum sampai di rumah sakit.

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, didapatkan data bahwa dari 60 responden terdiri dari 81,7% pasien laki-laki dan 18,3% pasien perempuan. Morbiditas penyakit jantung pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki daripada perempuan (Gray *et al.*, 2002). Hal senada juga diungkapkan Krapp *et al* (2002) bahwa laki-laki yang berusia di bawah 60 tahun memiliki risiko dua kali lipat lebih besar dari pada wanita pada usia

yang sama. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki perlindungan yang unik dari status hormonnya terhadap kejadian infark miokard. Efek estrogen terhadap proses aterosklerosis melalui berbagai mekanisme yang bervariasi seperti menurunkan kadar kolesterol total, menurunkan kadar LDL, meningkatkan kadar HDL, meningkatkan metabolisme lemak *post prandial*, dan memiliki efek vasodilator pada pembuluh darah (Lenep *et al*, 2001).

Tingginya insiden serangan jantung pada laki-laki kemungkinan merupakan multifaktorial. Salah satu faktor risiko yang kerap kali dimiliki laki-laki adalah kebiasaan merokok. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Awalianti (2012) dari jumlah responden IMA yang merokok, 97,9% adalah laki-laki. Perokok usia 35-44 tahun memiliki risiko relatif penyakit jantung koroner hingga tiga kali lebih tinggi bila dibandingkan dengan yang bukan perokok (Kennel *et al.*, 1984). Kebiasaan merokok meningkatkan efek pada plasma lipoprotein sehingga menurunkan kadar HDL (Lenep *et al*, 2001).

Bila melihat tabel 5.1 menunjukkan bahwa distribusi responden terbanyak apabila dilihat dari segi pekerjaan adalah non PNS, sebesar 95,0% responden. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden paling dominan ialah yang memiliki pendidikan rendah (tidak sampai menginjak bangku sekolah menengah atas), sebesar 71,7%. Karakteristik terakhir berdasarkan data demografi adalah status pernikahan. Hampir semua responden telah dan masih dalam status pernikahan yaitu 93,3% dari seluruh responden.

## 6.2 Gejala

### 6.2.1 Keluhan Pasien

Keluhan utama yang diungkapkan oleh responden saat mengalami serangan jantung ialah nyeri dada (86,7%) (lihat tabel 5.2). Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa nyeri dada adalah gejala klasik yang umumnya terjadi pada pasien infark miokard (Williams dan Hopper, 2007). Persepsi nyeri tersebut muncul karena adanya rangsangan berbahaya (kerusakan jaringan) yang memicu pengeluaran mediator biokimia (seperti: prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamine, substansi P) kemudian menstimulus nociceptor. Rangsangan berbahaya tersebut juga menyebabkan perpindahan ion melewati sel membran yang juga mengakibatkan nociceptors terstimulasi (Kozier *et. al.*, 2004). Stimulasi nociceptor inilah yang menyebabkan penderita mayoritas mengeluhkan nyeri dada.

Berdasarkan interpretasi pada tabel 5.3, responden juga merasakan gejala lain seperti nyeri ulu hati (15,0%), sesak (41,7%), mual muntah (36,7%), keringat dingin (88,3), berdebar (11,7%), kelemahan (36,7%), pusing (18,3%), pingsan (20,0%), dan lain-lain. Williams dan Hopper (2007) juga menyatakan gejala infark miokard klasik lainnya termasuk sesak napas, pusing, mual, dan berkeringat. Timbulnya gejala lain yang menyertai nyeri dada erat kaitannya dengan aktivasi rantai sistem saraf. Menurut Smeltzer dan Bare (2002), 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. Sebagai akibat hubungan ini, nyeri sering disertai efek vasomotor, otonom, dan viseral seperti penurunan atau tidak adanya peristaltik saluran gastrointestinal.

### 6.2.2 Karakteristik Rasa Tidak Nyaman atau Nyeri Dada

Hasil analisis dan interpretasi pada tabel 5.4 didapatkan data keragaman karakteristik rasa tidak nyaman atau nyeri dada yang dirasakan pasien IMA. Karakteristik rasa tidak nyaman atau nyeri dada berdasarkan sifat nyeri yang paling dominan adalah rasa tidak nyaman atau nyeri dada dirasakan pasien seperti ditekan atau ditindih (40,0%). Nyeri dada yang dirasakan pasien IMA biasanya kerap kali digambarkan seperti diremas atau ditindih (Williams dan Hopper, 2007). Dari hasil penelitian ini juga didapatkan sifat nyeri lain yang dirasakan pasien adalah rasa panas, dicengkeram, ditusuk-tusuk, atau dipukul-pukul pada area dada. Nyeri seringkali juga digambarkan misalnya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti dirobek-robek, seperti diremas-remas dalam istilah ini terjadi akibat proses destruktif jaringan atau suatu reaksi badan (Isselbacher *et. al.*, 1999).

Perbedaan sifat atau kualitas nyeri yang dikeluhkan pasien menurut teori spesifik berkaitan dengan dua tipe serabut saraf yang menghantarkan stimulus nyeri (Asmadi, 2008). Kedua serabut saraf tersebut adalah serabut saraf tipe delta A dan serabut saraf tipe C. 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) . Sehingga bila rangsangan nyeri yang memiliki intensitas lebih tinggi akan menyebabkan perbedaan kualitas persepsi nyeri.

Nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus meski melakukan istirahat dan diberi obat, gejala tetap muncul merupakan karakter umum gejala serangan jantung (Smeltzer dan Bare, 2004). Hasil analisis dan interpretasi pada tabel 5.4 didapatkan data bahwa karakter rasa tidak nyaman atau nyeri dada yang dominan ialah awitan gejala dirasakan berlangsung terus menerus (70,0%), dan tingkat keparahan yang berat (78,3%). Nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar dada yang terkait dengan IMA biasanya berlangsung lebih dari 20 menit (Thygesen *et al.*, 2012). Nyeri infark lebih berat dan bertambah berat dengan cepat atau mencapai intensitas maksimumnya dalam beberapa menit sampai beberapa jam (Tierney, 2002). Hal tersebut yang menyebabkan karakter rasa tidak nyaman atau nyeri dada bervariasi antara awitan yang mendadak atau gradual, berlangsung terus menerus atau hilang timbul dengan tingkat keparahan yang berbeda.

Berdasarkan interpretasi pada tabel 5.4, karakteristik nyeri dada umumnya menjalar ke bagian tubuh lainnya (77,8%). Nyeri dapat menjalar ke belakang, salah satu atau kedua lengan dan bahu, leher, atau rahang (Krapp *et al.*, 2002; Williams dan Hopper, 2007). Thygesen *et al.* (2012) juga menyatakan bahwa kemungkinan gejala iskemik termasuk berbagai gabungan rasa

tidak nyaman di dada, ekstremitas atas, rahang bawah, epigastrium. Dari tabel 5.5 menunjukkan bahwa karakteristik nyeri atau rasa tidak nyaman di dada yang dirasakan pasien menjalar ke punggung (62,2%), leher (15,6%), perut (8,9%), rahang (2,2%), lengan (37,8%), bahu (4,4%), pinggang (2,2%). Nyeri yang dirasakan menjalar pada bagian tubuh lain dikenal juga sebagai *radiating pain* atau nyeri alih. Penjalaran nyeri ini salah satunya disebabkan aktivasi yang kuat dari serabut reseptor nyeri pada viseral yang menyebabkan hubungan dari serabut yang sama ke area kulit, contohnya nyeri alih pada iskemia jantung atau serangan jantung ke lengan kiri atau rahang (Smeltzer dan Bare, 2002).

Gejala yang dirasakan pasien diklasifikasikan memiliki gejala tipikal atau gejala atipikal dinilai dari kekhasan gejala. Gejala tipikal termasuk nyeri atau rasa tidak nyaman di dada seperti di tindih, menjalar ke lengan, bahu, punggung, serta sesak. Gejala atipikal dinilai bila hanya merasakan gejala atipikal (Gao dan Zhang, 2013). Gejala atipikal termasuk mual muntah, diare, nyeri perut, keringat berlebih, pusing, pingsan, dan kelelahan. Seluruh responden mengalami serangan jantung dengan gejala tipikal.

### 6.3 Diagnosa Medis

Diagnosa IMA, baik STEMI dan NSTEMI dapat ditegakkan setidaknya dua dari tiga hal, yaitu: gejala iskemik berupa nyeri dada yang khas, diagnostik perubahan EKG, dan penanda peningkatan serum jantung (Braunwald E. *et al.*, 2002; Banerjee dan Soumitra, 2011; Thygesen *et al.*, 2012). Injuri miokard terdeteksi ketika kadar *biomarker* yang sensitif dan

spesifik seperti cTn) atau CKMB) meningkat. *Cardiac troponin I* dan *T* adalah komponen dari kontraksi sel miokard (Thygesen *et al*, 2012). Diagnosa medis pada penelitian ini ditegakkan dari adanya gejala iskemik yang khas, hasil pemeriksaan EKG, dan nilai troponin I. Hasil analisis pada tabel 5.6 didapatkan bahwa hampir seluruh responden mengalami serangan jantung dengan diagnosa medis STEMI (80,0%).

#### 6.4 Interpretasi Gejala

Dari analisis data pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa 73,3% responden menginterpretasikan gejala yang dirasakan bukan merupakan penyakit jantung. Hal serupa ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Gouveia *et al* (2011) di Brasil bahwa pasien yang menginterpretasikan gejala yang dialami bukan merupakan penyakit jantung sebanyak 63,5%. Tahap interpretasi gejala dimulai dari proses fisiologi yang berhubungan dengan persepsi nyeri atau *nociception*. Empat tahap dalam *nociception* ialah: transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi (Kozier *et. al.*, 2004). Tahap persepsi ialah ketika klien menyadari nyeri yang dia alami. Persepsi nyeri dipercaya terjadi pada struktur kortikal yang menyebabkan perbedaan strategi kognitif dan perilaku untuk diaplikasikan (Kozier *et. al.*, 2004). Interpretasi gejala yang umumnya bukan merupakan penyakit jantung menurut Pattenden *et al* (2002) dikarenakan banyak orang tidak mau mempercayai bahwa mereka mengalami serangan jantung dan cenderung mengabaikan gejala serta menunggu sampai gejala semakin parah sebelum mencari bantuan. Sehingga pasien yang menginterpretasikan gejala yang timbul bukan dari penyakit jantung memiliki persentase lebih tinggi dibandingkan dengan yang menginterpretasikan penyakit.



Hasil interpretasi tabel 5.8 menunjukkan bahwa 30,3% pasien yang menginterpretasikan gejala yang dirasakan bukan penyakit jantung memperkirakan gejala yang dialami merupakan masuk angin. Hasil studi Sugiarto (2012) juga menunjukkan bahwa sebanyak 37,8% menginterpretasikan gejala yang dialami merupakan masuk angin. Dari analisis data pada penelitian ini (lihat tabel 5.8) juga didapatkan interpretasi lain yang kurang tepat diantaranya sakit paru-paru/asma (12,1%), maag/sakit perut (12,1%), hipertensi (9,1%), angin duduk (6,1%), encok/sakit otot (6,1%), kelelahan (6,1%), dan lain-lain. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Gouveia *et al* (2011), banyak pasien yang menginterpretasikan gejala yang dialami tidak berhubungan dengan penyakit jantung, mereka beranggapan bahwa gejala yang dialami berasal dari: sistem pencernaan (38%), sistem muskuloskeletal (29,7%), makanan dan / atau obat keracunan (8,5%) dan pernapasan aparatus (6,3%).

### 6.5 Tingkat Awareness

Berdasarkan analisis dan interpretasi pada tabel 5.9 didapatkan data bahwa hampir seluruh responden (95,0%) memiliki tingkat *awareness* kurang baik. Responden yang memiliki tingkat *awareness* baik cenderung berpendidikan tinggi hingga minimal tamat SMA. Lebih dari setengah responden tidak mengetahui gejala serangan jantung (58,3%) (lihat tabel 5.11). Hasil analisis pada tabel 5.10 juga menunjukkan bahwa hanya sekitar 41,7% responden mengetahui rasa tidak nyaman atau nyeri di dada sebagai gejala serangan jantung. Sebelumnya Pearlman *et al* (2011) telah melakukan penelitian di negara maju bahwa tingkat *awareness* terhadap gejala serangan jantung ialah 38,6% responden. Rendahnya tingkat

*awareness* menunjukkan bahwa masih diperlukan usaha yang lebih optimal lagi untuk mengenalkan kepada masyarakat tentang gejala serangan jantung.

## 6.6 Pengambilan Keputusan Cara Pengobatan Pada Pasien IMA

Rendahnya keputusan pasien untuk segera pergi ke pelayanan kesehatan terjadi di Indonesia dan negara lainnya. Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa 28,3% responden segera pergi ke pelayanan kesehatan saat mengalami serangan jantung. Rendahnya jumlah responden yang segera pergi ke pelayanan kesehatan juga ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Naureddine S. *et al* (2010), hanya 21% dari partisipan yang menyatakan bahwa mereka akan segera mencari pelayanan gawat darurat sebagai perilaku utama saat mereka mengalami serangan jantung. Hasil studi pada pasien IMA di Brasil juga menunjukkan hanya 18,7% pasien yang minimal mengambil keputusan satu perilaku yang tepat untuk kondisi kesehatannya saat mengalami serangan jantung seperti menghubungi ambulans dan segera pergi ke pelayanan kesehatan (Gauveia *et al.*, 2007). Studi yang dilakukan di Indonesia oleh Rahmawatus S. (2012) menunjukkan 71,4% dari pasien IMA tidak langsung pergi ke pelayanan kesehatan saat merasakan gejala serangan jantung.

Proses pengambilan keputusan cara pengobatan dimulai dari *awareness* pasien terhadap kesehatan atau kondisi sakit yang terjadi (Notoatmodjo, 2003; Effendi dan Makhfuddli, 2009). Cara pengobatan yang dilakukan juga dipengaruhi oleh berbagai faktor. Sehingga cara pengobatan responden tidak selalu segera pergi ke pelayanan kesehatan. Notoadmojo

(2007) mengatakan bahwa masyarakat atau anggota masyarakat bila mereka diserang penyakit dan merasakan sakit maka akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha-usaha, seperti *no-action*, *self treatment*, *tradisional remedies*, *modern remedies*, dan lain-lain.

Cara pengobatan responden yang tidak segera pergi ke pelayanan kesehatan diantaranya lebih cenderung melakukan *self treatment* (58,3%) atau menunggu gejala hilang (13,3%) (lihat tabel 5.12). Responden melakukan kerokan dan/atau minum air saat mengalami serangan jantung, masing-masing mencapai 25% dari total responden. Berbagai tindakan *self treatment* lain yang dilakukan pasien saat mengalami serangan jantung ialah pijat, kompres, mengoleskan minyak kayu putih atau balsem, mandi air hangat, sowok, dan lain-lain. Studi lain yang dilakukan di Indonesia oleh Rahmawatus S. (2012) juga menunjukkan 22,73% pasien IMA memutuskan untuk menunggu gejala hilang, 20,35% meminum obat pribadi, 18,18% melakukan kerokan, 22,73% mengompres dada.

### **6.7 Hubungan Antara Demografi Dengan Pengambilan Keputusan Cara Pengobatan**

Setelah dilakukan analisis data untuk mengetahui hubungan antara data demografi dengan pengambilan keputusan cara pengobatan menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 for *Windows Evaluation Version* dengan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ) didapatkan berbagai nilai signifikansi. Menurut Lawrence Green, demografi merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatannya (Notoadmodjo, 2003). Perilaku seseorang terhadap kesehatan memiliki beberapa unsur termasuk perilaku pencarian

pengobatan, yaitu pengambilan keputusan cara pengobatan yang akan dilakukan (Maulana, 2009). Usia juga menjadi salah satu faktor yang menurut Smeltzer dan Bare (2002) akan mempengaruhi seseorang mengambil perilaku atau cara pengobatan yang akan dilakukan ketika merasakan nyeri.

Banyak studi sebelumnya yang menyatakan adanya hubungan antara demografi dengan pengambilan keputusan cara pengobatan sehingga mempengaruhi interval kedatangan pasien sampai di pelayanan kesehatan. Hasil studi Al-Safi (2005) menunjukkan perbedaan perilaku pasien infark miokard terdeteksi ketika dianalisis menurut gender, tingkat edukasi, dan tipe pekerjaan. Jenis kelamin perempuan, usia  $\geq 55$  tahun, dan pendidikan kurang dari 9 tahun berhubungan dengan interval kedatangan sampai di pelayanan kesehatan lebih lama ( $p < 0,01$ ) (Sari *et al.*, 2008). Hasil studi Henriksson *et al.* (2011) menunjukkan hal yang berbeda bahwa pasien lanjut usia (65-75 tahun) memiliki persentase lebih besar untuk menghubungi ambulans dari pada pasien dengan usia lebih muda. *Being single* merupakan salah satu faktor yang signifikan berhubungan dengan perilaku pasien sehingga mereka segera menghubungi atau pergi ke pelayanan kesehatan saat menghadapi gejala penyakit jantung (Naureddine S. *et al.*, 2010). Hasil studi Atzema *et al.* (2011) menunjukkan perbedaan yaitu pasien IMA yang menikah justru lebih signifikan berhubungan dengan interval waktu kedatangan sampai di pelayanan kesehatan lebih cepat.

Uraian di atas bertentangan dengan hasil penelitian. Hasil penelitian berdasarkan analisis tabel 5.12 didapatkan data bahwa tidak ada hubungan

antara data demografi berupa usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status kesehatan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Bila melihat tidak adanya hubungan antara demografi dengan pengambilan keputusan cara pengobatan bisa disebabkan pasien dewasa maupun lansia memiliki sikap atau budaya yang sama tentang persepsi nyeri dan cara pengobatan yang harus dilakukan. Menurut Lawrence Green, sikap merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatannya (Notoadmodjo, 2003).

#### **6.8 Hubungan Antara Gejala Dengan Pengambilan Keputusan Cara Pengobatan**

Berdasarkan analisis data menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* dan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ) diketahui hubungan antara gejala dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Gejala merupakan faktor eksternal dari cara pengobatan yang berhubungan secara tidak langsung (Lauver, 1992; Kukafka *et al.*, 1999). Gejala berkaitan dengan pilihan cara pengobatan pasien sehingga apabila pengambilan keputusan cara pengobatan pasien tidak segera pergi ke pelayanan kesehatan maka mengakibatkan interval kedatangan pasien sampai ke pelayanan kesehatan lebih lama. Beberapa penelitian juga telah menunjukkan bahwa gejala berhubungan signifikan dengan interval kedatangan pasien sampai ke pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian berdasarkan analisis tabel 5.15 dan 5.16 didapatkan data bahwa ada hubungan antara gejala berupa awitan dan tingkat nyeri dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Hasil penelitian ini

didukung oleh penelitian yang sebelumnya dilakukan oleh Gao dan Zhang (2013) bahwa beberapa karakteristik gejala IMA berupa skala nyeri lebih dari 6 berhubungan signifikan dengan interval kedatangan pasien sampai ke pelayanan kesehatan lebih lama ( $p < 0,05$ ). Karakteristik gejala sindrom koroner akut yang berkontribusi terhadap sebagian besar varians interval kedatangan pasien sampai ke pelayanan kesehatan lebih lama juga berkaitan dengan serangan jantung yang mendadak (McKee *et al*, 2013; Eshah, 2013).

Faktor lain dari karakteristik gejala di atas yang berkaitan dengan pengambilan keputusan cara pengobatan ialah rasa tidak nyaman atau nyeri dada seperti ditindih dan frekuensi nyeri yang terus menerus (Gao dan Zhang, 2013; McKee *et al*, 2013). Hasil penelitian ini bertentangan dengan pernyataan di atas karena tidak ditemukan nilai yang signifikan pada keluhan utama berupa nyeri dada, sifat nyeri yang ditekan atau ditindih, frekuensi nyeri dan penjaralan nyeri. Hal ini dimungkinkan karakteristik gejala apapun yang dirasakan pasien masih dipengaruhi oleh penilaian atau persepsi pasien tentang kondisi kesehatannya. Pernyataan ini didukung oleh *Health belief Model* yang menunjukkan bahwa pengambilan keputusan cara pengobatan pasien salah satunya didasarkan pada persepsi keparahan (Effendi dan Makhfudli, 2009).

### **6.9 Hubungan Antara Tingkat Awareness Dengan Pengambilan Keputusan Cara Pengobatan**

Hasil analisis data menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* menunjukkan hubungan antara tingkat *awareness* dengan pengambilan keputusan cara

pengobatan tidak signifikan ( $p > 0,05$ ) (lihat tabel 5.18). *Awareness* sendiri merupakan tahap awal seseorang mengambil keputusan cara pengobatan yang akan dilakukan sesuai model teori proses adopsi yang diungkapkan Roger (Notoatmodjo, 2003; Effendi dan Makhfuddli, 2009). Penelitian sebelumnya yang dilakukan Gao dan Zhang (2013) menunjukkan bahwa pasien yang *aware* terhadap gejala IMA berhubungan signifikan dengan interval waktu kedatangan ke pelayanan kesehatan yang lebih singkat ( $p < 0,05$ ). Barnhart JM *et al.* (2005) juga menyatakan *awareness* terhadap perilaku penyelamatan nyawa saat terjadi IMA akan meningkatkan perilaku pasien agar segera menggunakan pelayanan kesehatan.

Uraian diatas juga berbeda dengan hasil penelitian ini yang menemukan tidak adanya hubungan antara tingkat *awareness* dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Studi sebelumnya dari Naureddine (2008) juga menunjukkan perbedaan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara *awareness* pasien terhadap gejala dengan perilaku pasien terhadap IMA. Setelah tahap *awareness*, ada tahap *interest* dan *evaluation* yang bisa menyebabkan seseorang menyadari gejala yang ia alami adalah penyakit jantung namun ia tidak akan segera pergi ke pelayanan kesehatan. Hal ini dimungkinkan responden menimbang faktor-faktor lain sehingga ia tidak segera pergi ke pelayanan kesehatan. Faktor-faktor lain menurut Lawrence Green yang bisa mempengaruhi pengambilan keputusan cara pengobatan ialah lingkungan fisik dan ketercapaian fasilitas kesehatan yang merupakan faktor pendukung perilaku (Notoadmodjo, 2003).

## 6.10 Hubungan Antara Interpretasi Gejala Dengan Pengambilan Keputusan

### Cara Pengobatan

Analisis data yang dilakukan menggunakan uji Chi-square dengan program computer SPSS 16.0 *for Windows Evaluation Version* dengan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ) menunjukkan tidak ada hubungan antara interpretasi gejala dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Interpretasi gejala merupakan fase yang mempengaruhi seseorang untuk mengambil keputusan cara pengobatan yang akan dilakukan (Kukafka *et al*, 1999). Pasien yang memperkirakan lebih dini bahwa gejala yang dialami merupakan penyakit jantung berhubungan dengan pemberian pertolongan medis yang lebih cepat (Gartner C. *et al*, 2008). Uraian tersebut juga bertentangan dengan hasil penelitian yang menunjukkan tidak ditemukan nilai signifikansi pada interpretasi gejala dengan pengambilan keputusan cara pengobatan. Menurut Smeltzer dan Bare (2002), pengalaman masa lalu tentang nyeri juga turut mempengaruhi pengambilan keputusan cara pengobatan seseorang. Sehingga meski responden menginterpretasikan gejala yang ia alami merupakan penyakit jantung belum tentu mereka segera pergi ke pelayanan kesehatan karena dari pengalaman masa lalu mereka, nyeri atau rasa tidak nyaman di dada yang mereka rasakan bisa berkurang atau hilang salah satunya dengan *self treatment*.



### 6.11 Keterbatasan Peneliti

Peneliti menyadari bahwa pelaksanaan penelitian ini masih banyak kekurangan disebabkan:

- a. Waktu yang diperlukan untuk penelitian relatif singkat, yakni 2 bulan sehingga penelitian ini hanya mendapatkan 60 sampel dimana jumlah sampel mempengaruhi signifikansi dalam analisis data
- b. Variabel tipe pekerjaan yang didapat dari rekam medis telah dikelompokkan sehingga peneliti tidak mengetahui secara tepat pekerjaan sehari-hari responden.

