

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Perilaku Pencarian Pengobatan Terhadap Perlambatan Prehospital Pasien SKA

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD dr. T.C.Hillers Maumere didapatkan dari 42 responden terdapat 32 orang (76.2%) yang tidak langsung ke rumah sakit dan sebanyak 10 orang (23.8%) yang langsung ke rumah sakit. Selain itu terdapat 26 orang (61.9%) yang terlambat dan yang tidak terlambat sebanyak 16 orang (38.1%). Berdasarkan tabulasi silang antara perilaku pencarian pengobatan terhadap perlambatan prehospital diperoleh yaitu perilaku pencarian pengobatan pasien yang tidak langsung ke rumah sakit dan tiba terlambat di IGD sebanyak 23 orang (71.9%). Nilai p yaitu 0.023. Nilai $p < \alpha$ (0.05).

Sebelum pasien ke rumah sakit, ada beberapa tindakan yang dilakukan pasien SKA antara lain membeli obat dan obati diri sendiri sebanyak 12 orang (37.5%). Ke puskesmas sebanyak 9 orang (28.2%). Berobat ke dukun sebanyak 4 orang (12.5%). Memanggil perawat atau pergi ke perawat sebanyak 3 orang (9.4%). Berobat ke dokter praktek sebanyak 2 orang (6.2%) dan berobat ke klinik serta pengobatan alternatif (ramuan tradisional) masing masing sebanyak 1 orang (3.1%).

Membeli obat dan mengobati diri sendiri berdampak pada perlambatan prehospital yang memanjang. Tindakan mengobati diri sendiri (*self medication*) adalah semua upaya sebagai tanggapan terhadap keluhan sakit dada yang dirasakan guna menjaga serta memelihara stabilisasi fungsi fisiologis tubuh tanpa adanya petunjuk langsung dari tenaga medis (Bennadi, 2014). Hasil penelitian di IGD RSUD dr. T.C. Hillers Maumere menunjukkan membeli obat di apotik dan mengobati diri sendiri sebesar 37.5% dan 66.7% pasien tiba terlambat di IGD. Obat-obatan yang dibeli di

apotik yaitu obat penurun tekanan darah (2 orang) obat analgesik (10 orang) selain itu juga yang dilakukan adalah menggosok dengan minyak, balsem dan diurut. Rata-rata waktu onset gejala hingga tiba di IGD pada tindakan ini sebesar 149 menit.

Menurut Rohman (2013) di Indonesia penyebab pasien tiba terlambat di IGD disebabkan oleh sebagian besar penderita SKA mengobati diri sendiri seperti kompres, diolesi minyak gosok dan dipijit terlebih dahulu sebelum ke rumah sakit. Pendapat ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Farshidi et al. (2013) yang menyebutkan bahwa 34,3% pasien tiba terlambat di IGD disebabkan oleh upaya mengobati diri sendiri pada saat serangan nyeri dada. Meskipun prosentase penyebab pasien tiba terlambat akibat dari upaya mengobati diri sendiri kurang dari 50%, akan tetapi tetap harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan karena pasien terlambat tiba sangat beresiko pada kematian. Kematian akibat pasien terlambat tiba mempunyai resiko sebesar 3 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tiba lebih awal di rumah sakit (Negi et al., 2016)

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Pitsavos et al. (2006) juga menjelaskan bahwa tindakan mengobati diri sendiri berpengaruh 1.90 kali pasien tiba terlambat di IGD. Selain itu juga dalam penelitiannya dijelaskan bahwa kesalahan persepsi pasien terhadap keluhan penyakit menjadi penyebab pasien tiba terlambat. Pasien beranggapan bahwa upaya mengobati diri sendiri dan beristirahat yang dilakukan dapat mengontrol keluhan nyeri dada yang dirasakan. Selain itu juga disebabkan oleh masalah psikologis, dimana pasien tidak menerima bahwa mereka menderita SKA. Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD dr. T.C. Hillers Maumere menunjukkan dari 42 orang penderita SKA sebanyak 28 orang (66.7%) mempersepsikan bahwa sakit yang dialami adalah bukan penyakit jantung melainkan kecapean (23.8%), sakit dada biasa (26.2%), disantet orang (9.5) dan sakit lambung (7.1%).

Perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh persepsi. Bila seseorang mempersepsikan bahwa sakit yang dialami adalah penyakit jantung, maka respon yang akan dilakukan adalah segera mendatangi pelayanan kesehatan (Song et al, 2010). Terbukti pada penelitian ini persepsi pasien bukan penyakit jantung dan tidak langsung ke rumah sakit sebesar 23 orang (54.7%). Bila pasien mempersepsikan tanda dan gejala yang muncul adalah penyakit jantung maka akan memperpendek interval waktu antara terjadinya nyeri dada sampai tiba di rumah sakit (Ribeiro et al., 2013)

Pada penelitian ini terdapat 23.8% merupakan pasien rujukan dari puskesmas dan klinik. Berdasarkan keputusan dari Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013, sebelum pasien di rujuk pada kasus gawat darurat seperti SKA, petugas kesehatan diwajibkan harus segera memeriksa pasien sesuai prosedur, menetapkan diagnosa penyakit, melakukan penanganan awal, menstabilkan kondisi pasien dan berkomunikasi dengan fasilitas rujukan yang lebih tinggi.

Sistem rujukan di Indonesia dari puskesmas ke rumah sakit saat ini belum tertata dengan baik termaksud pada kasus kegawat daruratan sistem kardiovaskular (Ali et al., 2015). Hal yang sama juga terjadi pada penelitian ini, dimana seringkali pasien yang berasal dari puskesmas tiba terlambat di IGD. Terbukti pada hasil penelitian, terdapat 55.5% pasien tiba terlambat di IGD. Saat proses persiapan rujukan hingga pasien dirujuk biasanya memakan waktu yang lama, terbukti dari hasil penelitian diperoleh rata-rata waktu di puskesmas, persiapan rujukan hingga pasien tiba di IGD adalah 184 menit. Menurut Alonzo (2007) pasien berobat ke pusat perawatan primer seperti puskesmas sampai dirujuk beresiko 3 kali akan tiba terlambat di IGD.

Ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas juga menjadi penentu pada layanan sistem rujukan pasien. Layanan puskesmas belum menjalankan secara maksimal standar operasional prosedur sistem rujukan (Primasari, 2015). Pasien

SKA dengan sistem pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), akan lebih lama di puskesmas jika ada masalah terkait administrasi dan proses kelengkapan berkas jaminan. Menurut Sholikhaningayu et al. (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pasien yang berobat ke puskesmas beresiko 3.39 kali akan tiba terlambat di IGD dibandingkan dengan pasien yang langsung ke rumah sakit. Masalah ini juga diperberat kurangnya kesiapan tenaga kesehatan di puskesmas (Primasari, 2015)

Pada penelitian ini juga diperoleh 4 orang (12.5%) ke dukun dan 1 orang (3.1%) ke pengobatan alternatif (ramuan tradisional). Pasien SKA yang berobat ke dukun dan pengobatan alternatif juga mengalami terlambat tiba di IGD. Keluhan yang dirasakan adalah pengaruh disantet oleh orang, selain itu responden beranggapan bahwa mereka tidak memiliki riwayat keturunan penyakit jantung. Penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum et al (2014) membuktikan bahwa pengobatan tradisional seperti ke dukun/kyai terbukti mempunyai rata-rata waktu tiba di IGD paling lama yaitu 24 jam 30 menit. Berbeda dengan penelitian ini rata-rata waktu tiba di IGD setelah sebelumnya ke dukun adalah 223 menit. Pengobatan ke dukun tidak hanya terjadi di Indonesia, hal ini juga terjadi di Lima Peru pada penelitian yang dilakukan oleh Benziger et al. (2011), hasil penelitian menunjukkan sebanyak 4.4% pasien SKA ke dukun saat munculnya tanda gejala penyakit.

Pencarian pengobatan menuju ke dokter praktek dan memanggil perawat juga menjadi penyebab lain dari pasien tiba terlambat di IGD. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 6.2% pasien SKA yang berobat ke dokter praktek dan 9.4% memanggil perawat. Rata-rata waktu onset gejala, ke dokter praktek hingga tiba di IGD yaitu 182 menit dan rata-rata waktu memanggil perawat hingga tiba di IGD yaitu 148 menit. Pasien tiba terlambat di IGD dikarenakan setelah berobat ke dokter praktek, pasien pulang ke rumah dan selanjutnya ke rumah sakit, selain itu proses konsultasi dengan dokter juga memakan waktu yang lama (Fathi et al., 2015).

Menurut Venkatachalam et al. (2015), dengan pergi berobat terlebih dahulu ke pusat pelayanan selain IGD, maka akan semakin memperlama waktu tiba di IGD. Sebuah penelitian di India mengungkapkan bahwa 40% pasien yang berobat ke dokter praktek terjadi kesalahan diagnosis sehingga pasien dipulangkan ke rumah tanpa dirujuk ke rumah sakit, hal ini tentunya akan menyebabkan perlambatan prehospital pasien semakin memanjang (Ram et al. 2010). Pendapat ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Negi et al. (2016), hasil penelitian menunjukkan rata-rata pasien tiba di IGD setelah sebelumnya ke dokter praktek adalah 165 menit.

Menurut Mustafa (2011), seseorang akan merubah perilaku dalam mengobati sakit jika yang dilakukan tidak memberikan perubahan. Terbukti dari hasil penelitian terdapat 28.1% perilaku pencarian pengobatan pasien SKA yang tidak langsung ke rumah sakit tetapi tidak terlambat tiba di IGD. Hal ini dikarenakan pada saat dirumah, hal yang dilakukan dalam mengobati sakit seperti mengobati diri sendiri dirasa tidak memberikan perubahan kesehatan yang lebih baik dan selanjutnya pasien memutuskan untuk ke rumah sakit.

Hasil penelitian juga didapatkan perilaku pencarian pengobatan pasien SKA yang langsung ke rumah sakit dan tiba terlambat sebanyak 3 orang (30%). Hal ini ada hubungannya dengan moda transportasi yang digunakan, dimana 2 penderita SKA menggunakan kendaraan umum dan 1 penderita SKA menggunakan kendaraan yang dipinjam dari tetangga. Meminjam atau menggunakan kendaraan umum tentunya akan menyebabkan waktu perlambatan prehospital semakin memanjang. Terbukti rata-rata waktu yang dibutuhkan lebih lama dibandingkan dengan moda transportasi yang lain yaitu sebesar 132 menit.

Keterkaitan antara perilaku pencarian pengobatan terhadap perlambatan prehospital juga tidak terlepas dari tingkat pendidikan seseorang. Menurut Azwar (2013), pendidikan seseorang akan menentukan pola pencarian pengobatan. Seseorang yang berpendidikan tinggi, akan lebih tepat dalam mencari pengobatan

dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Pendapat ini terbukti pada penelitian yang dilakukan di IGD RSUD dr.T.C.Hillers Maumere, bahwa penderita yang berpendidikan rendah dan tidak langsung ke rumah sakit sebanyak 27 orang (81.8%)

Hubungan antara pendidikan dengan kejadian SKA dapat dijelaskan bahwa orang yang berpendidikan rendah bisa saja terkena SKA, hal ini disebabkan karena dengan berpendidikan rendah memiliki kecenderungan terhadap pengetahuan yang kurang tentang pola hidup yang sehat. Seseorang dengan pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, konsumsi gula garam berlebih akan sangat beresiko terkena SKA. Pekerjaan petani pada dasarnya tidak ada hubungannya dengan kejadian SKA, akan tetapi ada penyebab lain, hal tersebut kembali lagi ke kondisi masyarakat di Maumere Kabupaten Sikka dimana alkohol menjadi minuman tradisi keseharian masyarakat setempat.

Penelitian yang dilakukan oleh Kandou (2009) untuk melihat pengaruh kebiasaan konsumsi alkohol dengan kejadian PJK pada masyarakat Minahasa Sulawesi Utara, hasil penelitian tersebut diperoleh kebiasaan konsumsi alkohol memiliki peluang 2.76 kali menyebabkan PJK. Konsumsi alkohol berlebih akan meningkatkan tekanan darah, peningkatan tekanan darah akan menyebabkan aterotrombosi, disfungsi endotel dan gangguan sistem renin angiotensin. Bila ini terjadi terus menerus maka akan menimbulkan trauma pada arteri koroner dan terjadinya aterosklerosis (Eme et al., 2015)

Hasil penelitian menunjukkan kualitas nyeri terasa tertekan dan berat terbanyak pada STEMI sebesar 75%. Nyeri disertai diaphoresis dan sesak nafas juga terbanyak pada STEMI sebanyak 87.5%. Pasien dengan karakteristik nyeri yang spesifik dengan gejala penyerta seperti sesak nafas menunjukkan perlambatan prehospita yang lebih pendek, hal ini disebabkan karena keparahan penyakit yang dirasakan oleh pasien. Terbukti dari hasil penelitian sebesar 62.5% pasien STEMI tidak terlambat, 83.3% pasien UAP terlambat tiba dan rata-rata waktu mulai onset hingga tiba di IGD yang

paling lama adalah pasien UAP sebesar 167 menit. Menurut Herlitz et al. (2010) pasien STEMI menunjukkan perlambatan prehospita lebih pendek dari pasien NSTEMI dan UAP, hal ini dikarenakan oleh keluhan nyeri lebih spesifik pada STEMI, selain itu adanya kombinasi gejala yang khas dan mendadak (Herlitz et al., 2010)

Berdasarkan hasil analisis multivariat pada penelitian ini diperoleh nilai pengaruh perilaku pencarian pengobatan terhadap perlambatan prehospita pasien SKA sebesar 7.896, artinya bahwa perilaku pencarian pengobatan pasien yang tidak langsung ke rumah sakit berpeluang 7.896 kali menyebabkan pasien tiba terlambat di IGD. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Petrova et al. (2016), hasil penelitian menunjukkan pasien yang tidak langsung mencari pengobatan di IGD berkontribusi sebesar 64% pada keterlambatan tiba di IGD atau dua kali lebih lama jika dibandingkan dengan pasien yang langsung ke rumah sakit.

Menurut Moser (2006) pasien SKA dalam mencari pengobatan kesehatan dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu: 1) saat mulai timbulnya gejala pertama sampai memutuskan untuk mencari pertolongan, 2) saat pasien memutuskan untuk mencari pertolongan sampai dengan bertemu dengan petugas kesehatan dan 3) saat pasien telah kontak dengan petugas kesehatan sampai pasien akhirnya masuk rumah sakit. Dari ketiganya, tahap yang paling lama adalah pada saat pasien memutuskan untuk mencari pertolongan kesehatan atau sampai dengan bertemu dengan petugas kesehatan di rumah sakit.

Pengaruh perilaku pencarian pengobatan terhadap perlambatan prehospita mejadi hal yang harus diperhatikan. Perbaikan ini tentunya kembali lagi pada perilaku penderita SKA (Goldberg et al., 2009). Sebuah penelitian telah difokuskan pada bagaimana merubah perilaku pencarian pengobatan, seperti yang telah dilakukan oleh Mooney et al (2012) dengan judul penelitian "*An intervention to alter help-seeking behaviour and reduce pre-hospital delay time in patients diagnosed with acute coronary syndrome (ACS)*". Menurut Mooney et al (2012) untuk mengurangi

perlambatan prehospital, sangat diperlukan intervensi pendidikan individual yang berfokus pada identifikasi gejala dan tindakan yang tepat untuk dilakukan pada saat serangan penyakit ($p < 0,001$).

Pada dasarnya pola pencarian pengobatan yang tepat akan sangat berpengaruh pada perlambatan prehospital (Henriksson, 2011). Perlambatan prehospital juga tergantung pada pada pasien serta kesiapan pertolongan prehospital (Silber, 2010). Untuk itu intervensi untuk merubah perilaku pencarian pengobatan melalui penyuluhan kesehatan agar senantiasa dilakukan, selain itu pelayanan kesehatan di tingkat pertama harus lebih cepat dalam mengintervensi, mengobservasi, menegakan diagnosis dan segera merujuk pasien pasien ke rumah sakit.

6.2 Pengaruh Moda Transportasi Terhadap Perlambatan Prehospital Pasien SKA

Bedasarkan hasil penelitian di RSUD dr. T.C.Hillers Maumere diperoleh moda transportasi terbanyak yang digunakan oleh pasien SKA yaitu non ambulan (kendaraan umum) sebanyak 13 orang (31%) dan yang paling sedikit adalah ambulan rumah sakit sebanyak 1 orang (2.4%). Berdasarkan tabulasi silang menunjukkan pasien yang menggunakan non ambulan dan tiba terlambat di rumah sakit sebanyak 21 orang (72.4%). Pasien yang menggunakan ambulan dan tidak terlambat sebanyak 8 orang (61.5%). Nilai p yaitu 0.041. Nilai $p < \alpha$ (0.05) maka H_0 di tolak dan H_a diterima.

Hasil penelitian diperoleh penggunaan moda transportasi terbanyak adalah kendaraan non ambulan sebanyak 69.1% (Kendaraan umum (31%), kendaraan pribadi (21.4%) dan kendaraan pinjaman dari tetangga (16.7%). Dari data tersebut jelas bahwa mayoritas pasien tidak mempunyai kendaraan pribadi di rumah. Pasien mengalami kesulitan untuk pergi ke rumah sakit. Selain itu juga dengan meminjam atau menunggu saudara yang lain membawa kendaraan akan memperlama waktu tiba di IGD. Terbukti dari hasil penelitian rata-rata waktu tiba pasien di IGD dengan

menggunakan kendaraan umum lebih lama jika dibandingkan dengan moda transportasi yang lain yaitu 132 menit.

Penyebab lain dari memanjangnya perlambatan prehospital pasien di IGD RSUD dr. T.C.Hillers Maumere adalah karena belum tersedianya fasilitas EMS, mayoritas pasien SKA di bawah ke rumah sakit dengan kendaraan umum, akibatnya terjadi keterlambatan tiba di IGD. Selain itu pasien dan keluarga harus menunggu beberapa saat sampai mendapatkan transportasi ke rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan dengan meminjam kendaraan tetangga rata-rata waktu yang dibutuhkan hingga tiba di IGD sebesar 118 menit.

Beberapa penelitian sebelumnya telah dijelaskan bahwa moda transportasi terbukti berpengaruh pada perlambatan prehospital (Thuresson, 2012). Di negara-negara berkembang seperti di Libanon dan Brasil yang belum memiliki fasilitas EMS memadai, dilaporkan hanya 3.1% pasien datang dengan ambulan EMS atau ambulan rumah sakit (Mussi et al, 2014), selain itu juga dilaporkan bahwa rata-rata waktu tiba pasien SKA di IGD yaitu 2 jam 52 menit dan hanya 11.9% pasien tiba di IGD kurang dari 120 menit (Noureddine et al., 2008). Keadaan sama juga terjadi di Turki, data menyebutkan hanya 21% penggunaan ambulan EMS dan 74% pasien SKA tiba di IGD lebih dari 120 menit (nilai $p < 0.001$). Berbeda dengan di Irlandia penggunaan ambulan tersedia untuk semua orang dan bebas biaya (Mooney, 2014)

Di Indonesia hingga saat ini keberadaan *Emergency Medical Services* (EMS) hanya ada di beberapa kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Makasar, Denpasar, Yogyakarta dan Palembang. Sehubungan dengan itu sebagian besar penderita SKA menggunakan berbagai macam transportasi baik kendaraan umum, kendaraan pribadi dan kendaraan yang dipinjam dari tetangga untuk ke pelayanan kesehatan (Piit & Puspongoro, 2005; Oktaviani et al., 2013). Terbukti hasil penelitian hanya 1 orang (2.4 %) menggunakan ambulan rumah sakit. Penggunaan ambulan EMS juga mengindikasikan bahwa pasien memahami bahwa SKA merupakan suatu kondisi

kegawatan medis yang harus segera mendapat pertolongan yang tepat (Mooney, 2014)

Penelitian menunjukkan pasien SKA menggunakan moda transportasi ambulan tetapi terlambat tiba di IGD sebanyak 5 orang (38.5%). Pasien tiba terlambat di IGD pada dasarnya bukan karena menggunakan ambulan, tetapi sebelumnya pasien berobat ke puskesmas. Pengobatan di puskesmas hingga di rujuk ke IGD sering kali mengalami keterlambatan tiba yang disebabkan oleh lamanya pelayanan dan administrasi.

Hasil analisis multivariat pada penelitian ini diperoleh besarnya pangaruh moda transportasi terhadap perlambatan prehospita sebesar 5.588, artinya moda transportasi non ambulan berpeluang 5.588 kali menyebabkan pasien SKA tiba terlambat di IGD. Menurut Thureson (2012) dalam penelitiannya menjelaskan pengaruh penggunaan ambulan sebesar 1.82 kali menyebabkan pasien tiba lebih cepat. Penelitian oleh Perkins-Porras et al. (2009), diperoleh setelah onset gejala, 45% pasien memutuskan untuk menghubungi EMS dan 74% pasien memiliki waktu tiba kurang dari 120 menit dan penggunaan ambulan berpeluang 5.80 kali lebih cepat tiba di IGD (OR 5.80).

Penelitian oleh Garofalo et al. (2012), hasil penelitian diperoleh rata-rata waktu tiba di IGD dengan ambulan yaitu 130 menit, sedangkan dengan kendaraan pribadi yaitu 553 menit. Selain itu juga dijelaskan keterlambatan terbesar yaitu di tempat kejadian dan keterlambatan rujukan. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Farshidi et al. (2013) dalam penelitiannya diperoleh tidak adanya hubungan antara layanan ambulan dengan perlambatan prehospita (p 0.14). Hal ini disebabkan oleh kurangnya keputusan pasien untuk menggunakan ambulan EMS. Beberapa alasan yang disampaikan oleh penderita tidak menggunakan ambulan sebagai sarana transportasi ke IGD antara lain: pasien merasa tidak cukup menderita sakit serius, pasien percaya bahwa menggunakan kendaraan pribadi akan lebih cepat sampai ke

IGD dan pasien tidak mengerti kemampuan tenaga kesehatan yang bertugas di ambulans.

Penelitian oleh Song et al. (2010) di Beijing untuk membandingkan waktu tiba antara ambulans dengan kendaraan pribadi serta pengaruhnya terhadap perawatan. Hasil penelitian tersebut diperoleh kendaraan pribadi menghasilkan waktu tiba di rumah sakit yang lebih cepat daripada menggunakan ambulans (median, 35 vs 50 menit, $p < 0,001$). Namun, jika pasien menganggap pengobatan dalam EMS sebagai perawatan definitif awal, menggunakan ambulans menghasilkan perawatan yang jauh lebih cepat daripada pasien yang menggunakan kendaraan pribadi (median, 15 vs 35 menit, $p < 0,001$). Selain itu juga dengan menggunakan ambulans menghasilkan keputusan yang lebih cepat terhadap tindakan reperfusi (173 vs 193 menit, $p = 0,049$) dibandingkan dengan pasien yang menggunakan kendaraan pribadi. Kesimpulan dari penelitian tersebut yaitu meskipun kendaraan pribadi menghasilkan waktu tiba lebih cepat, namun perawatan definitif lebih cepat diperoleh dengan menggunakan ambulans.

Selain mempercepat kedatangan ke rumah sakit, penggunaan ambulans EMS Ke IGD sangat penting sekali dalam meningkatkan respon dari petugas kesehatan dalam memberikan tindakan yang tepat. Terutama jika dilakukan pemberitahuan sebelumnya kepada rumah sakit yang akan dituju sehingga dapat menurunkan keterlambatan penanganan (Fares, 2011; Alhabib et al., 2014)

Peran EMS sangat dibutuhkan untuk mengurangi memanjangnya waktu prehospital dan masyarakat perlu di sosialisasikan akan penggunaan ambulans sebagai sarana yang efektif untuk ke rumah sakit pada saat serangan penyakit. Selain itu juga perlu disediakan pelayanan ambulans desa atau kelurahan menjadi pertimbangan untuk menurunkan perlambatan prehospital pasien SKA di daerah yang belum memiliki fasilitas EMS.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian adalah tidak melihat ketersediaan moda transportasi dan tidak meneliti mekanisme sistem rujukan pasien.

6.4 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan dan moda transportasi berpengaruh pada perlambatan prehospotal pasien SKA. Berikut dijelaskan implikasi penelitian ini:

6.4.1 Pelayanan Keperawatan.

Pelayanan keperawatan di tingkat pertama harus lebih dioptimalkan dengan segera mengintervensi, observasi dan segera merujuk pasien SKA ke rumah sakit. Penyuluhan kesehatan dapat diberikan kepada masyarakat dan penderita SKA agar tidak membeli obat, mengobati diri sendiri serta ke pengobatan tradisional.

6.4.2 Pendidikan Keperawatan

Menjadi masukan bagi institusi pendidikan keperawatan (Diploma dan Strata 1) untuk memberikan ilmu secara komprehensif kepada peserta didik terkait kegawatan SKA, perilaku pencarian pengobatan, moda transportasi dan perlambatan prehospotal

6.4.3 Penelitian Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi tolak ukur untuk dilaksanakannya penelitian selanjutnya. Penelitian selanjutnya yang diteliti adalah ketersediaan moda transportasi, sistem rujukan dengan perlambatan prehospotal pada pasien STEMI