

**STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA PASIEN
SINDROM KORONER AKUT DALAM Mendapatkan PELAYANAN
GAWAT DARURAT *PREHOSPITAL* DI PUSKESMAS TUREN**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister Keperawatan**



Oleh :

**ADITYA NURAMINUDIN AZIZ
NIM. 166070300111018**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
2018**

TESIS

STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA PASIEN SINDROM
KORONER AKUT DALAM MENDAPATKAN PELAYANAN GAWAT
DARURAT *PREHOSPITAL* DI PUSKESMAS TUREN

Oleh:

Aditya Nuraminudin Aziz
NIM. 166070300111018

Dipertahankan di Depan Penguji
pada Tanggal: 27 Juli 2018
dan Dinyatakan Memenuhi Syarat

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M. Kes
NIP. 19770226200312001

Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg
NIP. 198109142006042001

Komisi Penguji

Ketua

Anggota

Dr. dr. Sri Andarini M. Kes
NIP. 195804141987012001

Dr. Ahsan, S.Kp., M. Kes
NIP. 196408141984011001

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya



Dr. dr. Sri Andarini, M. Kes
NIP. 195804141987012001

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis di kutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia tesis ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 27 Juli 2018

Mahasiswa,



Nama : Aditya Nuraminudin Aziz
NIM : 166070300111018
PS : Magister Keperawatan
Prog : Pascasarjana
Fak : Kedokteran UB

IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

JUDUL TESIS:

STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA PASIEN SINDROM
KORONER AKUT DALAM MENDAPATKAN PELAYANAN GAWAT
DARURAT *PREHOSPITAL* DI PUSKESMAS TUREN

Nama Mahasiswa : Aditya Nuraminudin Aziz

NIM : 166070300111018

Program Studi : Magister Keperawatan

Minat : Keperawatan Gawat Darurat

KOMISI PEMBIMBING:

Ketua : Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp.,M.Kes

Anggota : Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep., MNg

TIM DOSEN PENGUJI:

Dosen Penguji 1 : Dr.dr. Sri Andarini M.Kes

Dosen Penguji 2 : Dr. Ahsan, S.Kp.,M.Kes

Tanggal ujian : 27 Juli 2018

SK Penguji :

RIWAYAT HIDUP



Aditya Nuraminudin Aziz, Jombang, 13 Agustus 1991 anak dari bapak Abdul Aziz dan ibu Farida Nuraini. Lulus SDN Kedungrejo tahun 2003, lulus SMP Negeri 1 Tembelang tahun 2006, dan lulus SMA Negeri Ploso tahun 2009. Pendidikan dilanjutkan di Poltekkes Surabaya jurusan keperawatan program studi D3 keperawatan Soetomo lulus tahun 2012 dan tahun 2013 melanjutkan ke Program alih jenjang (Program B) Keperawatan dan Program Ners di jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya lulus tahun 2015. Pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan pada program Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang. Saat ini penulis bekerja sebagai tenaga pendidik di STIKES Bahrul Ulum Jombang, Jawa Timur



ABSTRAK

Keluarga sebagai salah satu *support system* untuk pasien SKA memegang peranan penting dalam mendukung pengobatan SKA. Ketika pasien SKA mengalami serangan tugas keluarga adalah mencari pelayanan gawat darurat sehingga pasien SKA dapat segera mendapatkan perawatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan desain fenomenologi, yang melibatkan 8 orang partisipan keluarga dari pasien SKA dengan kriteria inklusi (1) keluarga yang merawat pasien SKA (2) mampu berbicara bahasa Indonesia (3) bersedia menjadi partisipan dalam penelitian. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam semi terstruktur dengan *open ended question*, kemudian dianalisis secara manual dengan analisa tematik. Hasil penelitian didapatkan 8 tema yaitu Menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai, ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA, saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui, terbatasnya orang yang berkompeten disekitar keluarga, ketidaktahuan tentang sistem pelayanan di pelayanan kesehatan, bantuan orang lain dan transportasi yang cepat, menginginkan pelayanan yang informatif dan segera, dan kompleksitas stress emosional. Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga kurang terpapar dengan informasi mengenai SKA sehingga keluarga kesulitan dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat. keluarga, ketika melakukan pertolongan pertama saat terjadi serangan keluarga cenderung melakukan sejauh yang diketahui. Ketika berada di UGD keluarga kebingungan dengan alur proses pelayanan dan membutuhkan informasi mengenai kondisi dari anggota keluarganya.

Kata kunci: *Sindrom koroner akut, keluarga, pelayanan gawat darurat, fenomenologi*

ABSTRACT

Family as one of the support system for patients ACS (acute coronary syndrome) played an important role in supporting the treatment of ACS. When patients suffer family duty ACS is seeking emergency services so that patients can get treatment immediately ACS. The purpose of this research is to mengeksplorasi family experience in getting the emergency services. This research is qualitative research design using Phenomenology, involving 8 participating families of patients with inclusion criteria of ACS (1) family who take care of patients capable of ACS (2) berbiacara (3) is willing to become a participant in the research. Data retrieval is performed with a semi structured in-depth interviews with open ended question, then analyzed manually with a thematic analysis. The research results obtained 8 themes namely considers the disease comes from bad habits and sickness that accompanied the last family, ignorance in recognizing symptoms of ACS, offensive action as far as is known, a restriction on the person competency based around the family, ignorance about the system services in health care, help others and rapid transportation, want service informative and immediately, emotional stress and complexity. The findings in this study showed that families are less exposed to information about ACS so families of the difficulty in getting the emergency services. family, when performing first aid at the time of the attack the family tend to do limited actions are known. While in the ER process flow confusion with family services and need information about the condition of their family members.

Key words: Acute Coronary Syndrome, families, emergency service facilities, phenomenology

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan pembuatan tesis yang berjudul: “Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Pasien Sindrom Koroner Akut Dalam Mendapatkan Pelayanan Gawat Darurat Prehospital Di Puskesmas Turen”.

Dengan selesainya pembuatan tesis ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

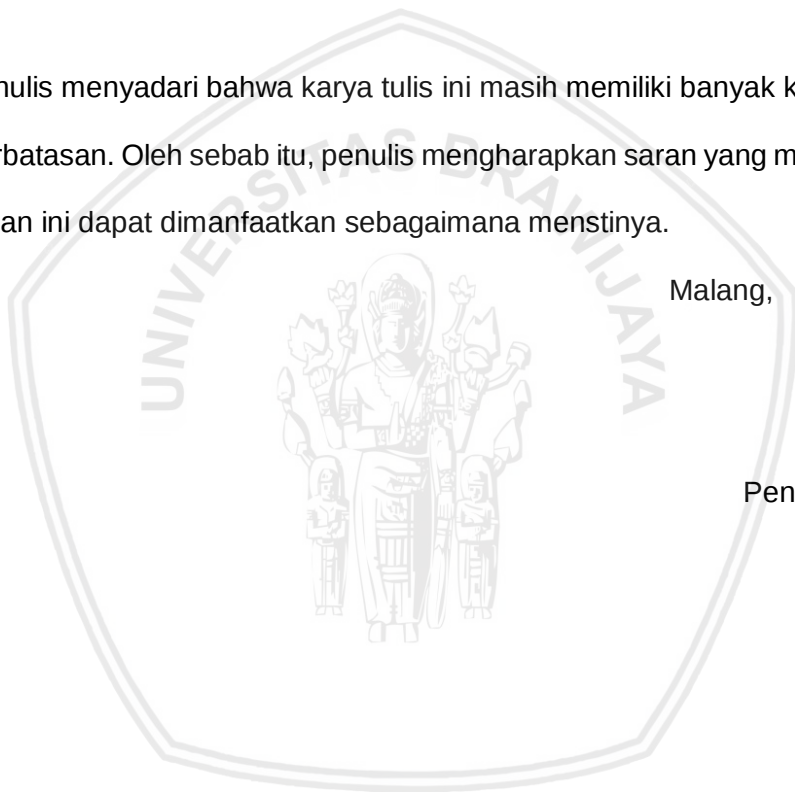
1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan FKUB;
2. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp.,M.Kes sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FKUB sekaligus dosen pembimbing pertama yang senantiasa memberikan saran dan dukungan demi terselesainya pembuatan tesis ini;
3. Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep.,MNg sebagai dosen pembimbing kedua yang senantiasa memberikan saran dan dukungan demi terselesainya pembuatan tesis ini.
4. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes sebagai dosen penguji pertama yang telah banyak memberikan saran dan koreksi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Dr. Ahsan, S.Kp.,M.Kes sebagai dosen penguji kedua yang telah banyak memberikan masukan dan koreksi dalam penyelesaian tesis ini.
6. Seluruh staf Dosen Pengajar Magister Keperawatan Universitas Brawijaya yang telah memberikan bantuan yang sangat berarti berupa ilmu dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini.
7. Kepala Puskesmas Turen dan seluruh Staf Puskesmas Turen yang telah memberikan ijin dan kontribusi untuk dilaksanakannya penelitian.

8. Keluarga (Bapak, Ibu, dan saudara) yang slalu memberikan dorongan dan semangat untuk terus menuntut ilmu
9. Teman-teman Program Studi Magister Keperawatan akultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang angkatan 2016, terima kasih atas dukungan, bantuan dan satan yang diberikan
10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tesis ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan saran yang membangun agar tulisan ini dapat dimanfaatkan sebagaimana menstinya.

Malang, Juli 2018

Penulis



RINGKASAN

Aditya Nuraminudin Aziz, NIM. 16070300111018. Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, 17 April 2018. Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Pasien Sindrom Koroner Akut dalam Mendapatkan Pelayanan Gawat Darurat Prehospital di Puskesmas Turen. Komisi Pembimbing Ketua: Titin Andri Wihastuti, Anggota: Septi Dewi Rachmawati

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyebab kematian dan kesakitan menurut data *world health organization* (WHO) 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat dari penyakit kardiovaskuler. Data dari American Heart Association (2016) PJK pada tahun 2013 menjadi penyebab dari 370.123 kematian di Amerika Serikat. Berdasarkan hasil data Kemenkes RI (2014) dari angka prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang. Di Jawa Timur ditemukan sebanyak 375.127 (1,3%) orang penderita gejala SKA. Di kabupaten Malang sendiri untuk prevalensi kejadian PJK sangat tinggi, berdasarkan data Dinas Kesehatan kabupaten Malang angka kejadian PJK adalah 1311 kejadian. Sedangkan, angka kejadian di puskesmas Turen sendiri sebanyak 371 kejadian pada tahun 2017.

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenali tanda dan gejala SKA, diikuti dengan pentingnya peran keluarga dalam mendukung pengobatan dan keluarga sebagai informan utama bagi tenaga kesehatan keluarga yang terkena SKA. Fenomena-fenomena tersebut menjelaskan bahwa perlu dilakukan penelitian mengenai pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat. Hasil penelitian diharapkan mampu untuk menyediakan informasi bagi petugas kesehatan mengenai hal-hal yang dibutuhkan ketika keluarga mendapatkan pelayanan gawat darurat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat di wilayah kerja puskesmas Turen. Hasil penelitian diharapkan mampu menyediakan informasi bagi petugas kesehatan mengenai hal-hal yang dibutuhkan oleh keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Melalui pendekatan tersebut memungkinkan untuk dididapkannya

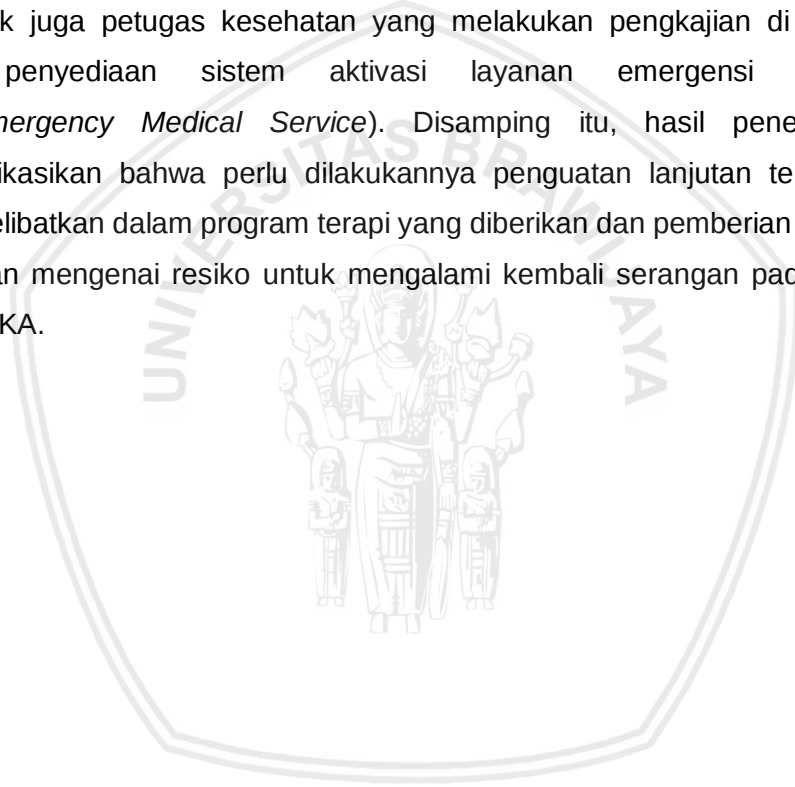
hasil penelitian yang menggambarkan pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat. penelitian ini melibatkan 8 partisipan yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Turen yang dipilih menggunakan pendekatan *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam semi-struktur interview menggunakan panduan wawancara *open-ended question*.

Data berupa pernyataan partisipan dianalisis menggunakan metode tematik analisis. Hasil analisis didapatkan delapan tema yaitu: Menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai, ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA, saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui, terbatasnya orang yang berkompeten disekitar keluarga, ketidakjelasan sistem pelayanan kesehatan, bantuan orang lain dan transportasi yang cepat, menginginkan pelayanan yang informatif dan segera, dan kompleksitas stress emosional

Keluarga menganggap bahwa SKA merupakan penyakit yang disebabkan karena kebiasaan hidup yang tidak sehat dan riwayat penyakit yang ada. Ketika serangan awal ,keluarga tidak menyadari bahwa gejala yang dialami oleh anggota keluarga merupakan gejala dari serangan SKA. Mereka menganggap bahwa itu merupakan gejala dari penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga. Keluarga tidak mengetahui bagaimana tanda dan gejala SKA secara spesifik dan cenderung salah dalam menginterpretasikan tanda dan gejala serangan Ketika anggota keluarga mengalami serangan keluarga melakukan pertolongan pertama sesuai dengan yang mereka ketahui. Hal ini dilakukan oleh keluarga dengan harapan untuk mengurangi efek dari gejala, selain itu transportasi tidak tersedia dengan cepat. Beberapa keluarga memilih untuk langsung membawa ke pelayanan gawat darurat, karena dekat dengan fasilitas kesehatan dan transportasi untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat cepat untuk didapatkan. Untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat keluarga juga meminta bantuan seseorang yang dianggap bisa untuk membantu untuk mengakses. Hal ini terdapat pada beberapa partisipan yang langsung membawa ke pelayanan gawat darurat ketika serangan terjadi. keluarga kebingungan dengan proses pelayanan yang menggunakan asuransi dalam hal ini BPJS kesehatan. Kesulitan ini yang menyebabkan tertundanya anggota keluarga yang mengalami serangan SKA dalam mendapatkan perawatan dengan segera. Ketika keluarga berada di

UGD keluarga membutuhkan suatu informasi tentang kondisi anggota keluarganya. Informasi ini mengenai perkembangan kondisi kesehatan, perawatan di rumah dan pencegahan yang harus dilakukan. Disamping itu, keluarga juga mengalami kecemasan saat menemani anggota keluarganya yang sedang mendapatkan perawatan di UGD.

Untuk mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat, pembuat kebijakan harus mengembangkan program untuk berespon terhadap kegawatdaruratan khususnya kasus kegawatdaruratan jantung. Program tersebut yaitu: mengenalkan tanda dan gejala SKA pada masyarakat umum (termasuk juga petugas kesehatan yang melakukan pengkajian di pra-rumah sakit), penyediaan sistem aktivasi layanan emergensi *prehospital* (EMS/*Emergency Medical Service*). Disamping itu, hasil penelitian juga mengindikasikan bahwa perlu dilakukannya penguatan lanjutan tentang cara untuk melibatkan dalam program terapi yang diberikan dan pemberian pendidikan kesehatan mengenai resiko untuk mengalami kembali serangan pada keluarga pasien SKA.



SUMMARY

Aditya Nuraminudin Aziz, NIM. 16070300111018. Master's degree Course of Nursing Faculty of medicine, University of Brawijaya, Malang, 17 April 2018. The study of Phenomenology: the experience of Acute Coronary Syndrome patients ' Families in getting the Prehospital Emergency Services in the Public Health Center of Turen. Supervising Commission Chairman: Titin Andri Wihastuti, Members: Septi Dewi Rachmawati.

Coronary heart disease (CHD) is the leading cause of death and pain, according to the data of the world health organization (WHO) 17.5 million people in the world died from cardiovascular disease. Data from the American Heart Association (2016) CHD in 2013 to be the cause of 370,123 death in the United States. Based on data from the Ministry of health of the Republic of indonesia the prevalence of coronary heart disease in 2013 for amounting to 0.5% or approximately 883,447 people,. In East Java, found as many as 375,127 (1.3%) of people sufferers symptoms of ACS. In Malang to the prevalence of Genesis PJK is very high, according to the Department of Health figures Malang Genesis PJK was 1311 events. Meanwhile, the number of clinics in Turen own events as much as 371 happenings in the year 2017.

The research method used was qualitative with the approach of Phenomenology. Through phenomenology of approach allows for the obtained research results that illustrate the experience of the patient's family the ACS in getting emergency service. This study involves 8 participants who are domiciled in the territory of the selected health centers work Turen using purposive sampling approach. Data collection is done with the deep structure of the semi-interview interview interview guide uses an open-ended question

The data in the form of a statement of the participants be analyzed using the method of thematic analysis. The results of the analysis of the obtained eight themes: Consider the disease comes from bad habits and sickness that accompanied the last family, ignorance in recognizing symptoms of ACS, offensive action as far as is known, of the person limited competent around the family, lack of health care systems, help others and rapid transportation, want service informative and immediately, emotional stress and complexity.

Families consider that ACS is a disease that is caused due to unhealthy living habits and history of disease. When the initial attack, families do not realize that the symptoms experienced by a family member is a symptom of ACS. They assume that it is a symptom of the disease ever suffered by a family member. The family did not know how the signs and symptoms of ACS specifically and tend to be wrong in interpreting the signs and symptoms of the attack. When family members experiencing family doing first aid according to which they know. This is done by families with the hope to reduce the effects of symptoms, besides transport is not available quickly. Some families choose to directly bring to the emergency services, as close to the health facilities and transportation to access to emergency services to quickly obtained. To access to emergency services family also enlisted the help of someone who can be considered to help to access. It is found in some direct participant brings to the emergency services when the attack occurred. confusion with the family service of process that uses insurance in this case health BPJS. This difficulty which caused the recent family members who experienced the attacks of ACS in getting treatment immediately. When families are in need of a family EMERGENCY information about the condition of their family members. This information about the development of health conditions, treatments and prevention at home to do. In addition, families also experience anxiety when accompanying family members who are getting treatment in the ER.

To facilitate the public in getting the emergency Ministry, policy makers must develop a program to berespon against kegawatdaruratan in particular kegawatdaruratan the heart of the case. These programs are: introduce the signs and symptoms of SKA in the general public (including health workers who did the studies on prehospital), provision of civil defence emergency prehospital services activation systems (EMS/Emergency Medical Service). In addition, the study results also indicated that he had to do advanced reinforcement on how to engage

*in a program of therapy provided and the granting of health education about risk to
relive the attacks on the patient's family the SKA.*



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS	iii
IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
RINGKASAN	vii
SUMMARY	x
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Daftar Istilah	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pelayanan Gawat Darurat	7
2.1.1 Standar Pelaksanaan Pelayanan Gawat darurat	7
2.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan Sindrom Koroner Akut Di Instalasi Gawat darurat	9
2.2 Sindrom Koroner Akut	10
2.2.1 Definisi SKA	10
2.2.2 Patogenesis	12
2.2.3 Klasifikasi SKA	14
2.2.4 Manifestasi klinik	14
2.2.5 Penatalaksanaan	16
2.3 Keluarga	18
2.3.1 Pengertian Keluarga	17
2.3.2 Tipe Keluarga	18
2.3.3 Fungsi Keluarga	18

2.3.4 Tugas keluarga dalam penanganan pertama SKA	19
2.4 Kebutuhan Pelayanan Gawat Darurat pada Keluarga Pasien SKA ..	21
2.5 Kerangka Konsep	25
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	26
3.2 Partisipan Penelitian	26
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
3.4 Instrumen Penelitian	28
3.5 Prosedur pengumpulan data	29
3.6 Analisis Data	31
3.7 Keabsahan data	32
3.8 Etika Penelitian	34
3.9 Alur Penelitian	36
BAB 4 HASIL PENELITIAN	
4.1 Deskripsi Tempat Penelitian	37
4.2 Karakteristik Penelitian	38
4.3 Hasil Penelitian	39
4.4 Keterkaitan Antar Tema	60
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian	64
5.2 Implikasi Hasil Penelitian	77
5.3 Keterbatasan Penelitian	78
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	79
6.2 Saran	80
Daftar Pustaka	82
Lampiran-Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel	4.1	Data Demografi Partisipan	39
-------	-----	---------------------------------	----



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep	26
Gambar 3.1 Alur Penelitian	37
Gambar 4.1 Menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai	43
Gambar 4.2 Ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA.....	46
Gambar 4.3 Saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui.	48
Gambar 4.4 Terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga...	51
Gambar 4.5 Ketidaktahuan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan....	53
Gambar 4.6 Bantuan orang lain dan transportasi yang cepat.....	55
Gambar 4.7 Menginginkan pelayanan yang informatif dan Segera.....	58
Gambar 4.8 Kompleksitas stress emosional	61
Gambar 4.9 Keterkaitan Antar Tema.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rancangan Jadwal Kegiatan Penelitian	91
Lampiran 2	Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian.....	92
Lampiran 3	Surat Pernyataan Kesiapan Partisipan	95
Lampiran 4	Etik Penelitian	96
Lampiran 5	Transkrip Wawancara.....	97
Lampiran 6	Analisa Penelitian	106
Lampiran 7	Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian ..	120
Lampiran 8	Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	121
Lampiran 9	Lembar Konsultasi Thesis	122
Lampiran 10	Riwayat Hidup	124

BAB 1

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyebab dari kematian dan kesakitan, berdasarkan data *world health organization* (WHO) 17,5 juta manusia di dunia meninggal yang disebabkan dari penyakit kardiovaskuler. Data dari American Heart Association (2016) pada tahun 2013 PJK menjadi penyebab dari 370.123 kematian di Amerika Serikat. Kemenkes RI (2014) mencatat sebesar 0,5% atau sekitar 883.447 orang penduduk Indonesia terkena penyakit jantung koroner,. Di Jawa Timur ditemukan sebanyak 375.127 (1,3%) orang penderita gejala SKA. Di kabupaten Malang sendiri untuk prevalensi kejadian PJK sangat tinggi, berdasarkan data Dinas Kesehatan kabupaten Malang angka kejadian PJK adalah 1311 kejadian. Sedangkan, angka kejadian di puskesmas Turen sendiri sebanyak 37 kejadian pada tahun 2017

Pelayanan gawat darurat memberikan perawatan gawat darurat pada kondisi pasien yang mengancam nyawa, menimbulkan kecacatan, bahkan kematian yang membutuhkan penanganan dan penatalaksanaan dengan segera (Morgans & Burgess, 2011). Pasien yang datang ke pelayanan gawat darurat dengan keadaan kritis akan dilakukan resusitasi dan stabilisasi awal, selanjutnya dilakukan pengobatan spesifik sesuai dengan penyakit yang dialami oleh pasien dengan tujuan untuk menyelamatkan kehidupan, mencegah kesakitan makin parah, dan meningkatkan pemulihan (Fu *et al.*, 2016; Krisanty *et al.*, 2014).

Salah satu keadaan gawat darurat yang sering muncul adalah Sindroma Koroner Akut (SKA) (Khoshchreh *et al.*, 2016) . SKA merupakan salah satu masalah dari kardiovaskular yang menjadi penyebab meningkatnya angka kematian (PERKI, 2015). Istilah SKA tersebut mengacu pada kondisi iskemik

pembuluh darah jantung yang disebabkan oleh penurunan mendadak aliran darah koroner (Amsterdam *et al.*, 2014). Menurut Joob & Wiwanitkit (2013) manifestasi yang khas dari SKA adalah nyeri dada. Nyeri paling sering dimulai di daerah retrosternal dan dapat menyebar ke salah satu atau kedua lengan, leher, dan rahang (Amsterdam *et al.*, 2014), tetapi juga dapat diwujudkan dengan nyeri epigastrium atau nyeri punggung (Darawad, Alfasfos, Saleh, Saleh, & Hamdan-Mansour, 2016). Gejala tersebut juga dapat disertai dengan *dispnea*, *diaphoresis*, *synkop*, *nausea*, atau nyeri perut (Amsterdam *et al.*, 2014; Asgar Pour, Norouzzadeh, & Heidari, 2015). Jika tidak dilakukan penanganan dengan segera, infark miokard akut dapat menyebabkan kematian (Joob & Wiwanitkit, 2013)

Pelayanan gawat darurat memegang peranan penting dalam penanganan pertolongan pertama pada kasus SKA. Sistem pelayanan gawat darurat dibentuk tidak hanya untuk memperbaiki terapi dan revaskularisasi pada infark miokard, tetapi juga untuk meningkatkan pengelolaan semua pasien dengan sindrom koroner akut (Cordero *et al.*, 2016). Diagnosis dini dan perawatan yang tepat merupakan penanganan pertama yang sangat penting pada SKA (Joob & Wiwanitkit, 2013). Disamping diagnosis dini yang akurat, salah satu faktor penting yang menentukan keberhasilan pengobatan adalah waktu sebelum mengunjungi petugas kesehatan (Joob & Wiwanitkit, 2013). Penundaan dalam penentuan perawatan dan dapat menyebabkan ketidakberhasilan dalam pengobatan (Joob & Wiwanitkit, 2013). Peran keluarga sangat penting dalam mendukung pengobatan pasien dengan SKA.

Salah satu peran keluarga adalah memberikan informasi kepada tenaga medis tentang pasien secara jelas, terus menerus, dan akurat (Carlson, Spain, Muhtadie, McDade-Montez, & Macia, 2015). Interpretasi yang akurat dan cepat pada pasien dengan gejala SKA bukan hanya tantangan bagi tenaga kesehatan,

tetapi juga keluarga pasien. Namun, keluarga sering mendapat kesulitan dalam mengenali gejala untuk penyebab jantung, terutama jika gejala yang muncul mereka tidak seperti tanda yang terlihat pada SKA. Kesulitan interpretasi ini menyebabkan penundaan keputusan keluarga pasien, faktor utama untuk penundaan atau keterlambatan pra-rumah sakit yang panjang terkait dengan SKA dan hal ini merupakan alasan utama banyak pasien yang tidak terselamatkan pada serangan awal (O'Donnell, McKee, Mooney, O'Brien, & Moser, 2014)

Seseorang yang telah mengalami miokard infark (MI) dan tidak mempunyai dukungan sosial mempunyai resiko empat kali untuk meninggal dibandingkan dengan seseorang yang mengalami MI tetapi memiliki dukungan sosial yang lebih tinggi (Green *et al.*, 2013). Keluarga menjadi sumber utama dalam dukungan sosial dan proses penyembuhan untuk pasien kritis (Andershed *et al.*, 2011). Perawat sebagai tenaga kesehatan merupakan kunci penghubung antara pasien dengan keluarga untuk itu perawat perlu mengenali kebutuhan keluarga

Dalam mendukung proses penyembuhan pasien di pelayanan gawat darurat ada beberapa kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi tenaga kesehatan. Kebutuhan keluarga ada 5 dimensi yaitu (1) dukungan, (2) kenyamanan, (3) mendapatkan informasi, (5) kepastian dan (6) akses pasien (Al-mutair *et al.*, 2013). Kebutuhan lain adalah kejujuran, pembaharuan informasi yang sering, mengetahui fakta secara spesifik, mengetahui hasil yang diharapkan, dan jaminan bahwa perawatan terbaik telah diberikan (Hsiao *et al.*, 2016)..

Penelitian yang dilakukan oleh Hsiao *et al.* (2016) dan Latour *et al.* (2011) menyebutkan bahwa komunikasi dan keikutsertaan keluarga dalam perawatan di UGD merupakan kebutuhan yang utama harus dipenuhi oleh tenaga kesehatan, selanjutnya adalah dukungan keluarga, dan pengaturan keyamanan.. Anggota keluarga pasien kritis dapat mengalami trauma psikologis dan komunikasi yang

buruk dengan petugas kesehatan sehingga dapat menyebabkan emosi negatif meningkat dan ada ketidakpuasan terhadap perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (McLaughlin, 2016).

Keluarga ketika menemani anggota keluarga yang kritis di pelayanan gawat darurat sering mengalami perubahan yang mendadak serta sulit menjalani kehidupan mereka sehari-hari ketika seseorang yang mereka cintai dan pedulikan menderita penyakit akut dan parah (Karlsson *et al.*, 2011). Ketika keluarga mengalami situasi darurat dan tidak terduga dapat mengalami stres yang banyak disebabkan karena terganggunya fungsi dan peran keluarga, lingkungan yang tidak diketahui, perubahan peran, ketidakpastian, masalah ekonomi, dan ketakutan akan kematian (Dağ *et al.*, 2017).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan melakukan wawancara pada perawat didapatkan bahwa kedatangan masyarakat yang mengalami serangan jantung selalu disertai dengan kehadiran keluarga, selain itu kedatangan mereka juga sering mengalami keterlambatan. Ketika berada di UGD keluarga juga diberikan informasi oleh perawat mengenai serangan yang terjadi dan keluarga diberikan kesempatan untuk menemani pasien selama mendapatkan perawatan di UGD tetapi hanya 1 orang. Kemudian dari hasil wawancara dengan keluarga pasien didapatkan bahwa pada saat serangan keluarga tidak menyadari bahwa itu adalah serangan jantung, mereka beranggapan bahwa itu merupakan gejala sakit biasa seperti masuk angin, kecapekan. Keluarga juga mengatakan bahwa ketika menemani di dalam UGD mereka juga merasakan kekhawatiran. Hal ini disebabkan karena informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan belum membuat mereka lega dan tenang.

Mengingat peran keluarga yang penting dalam mengenali dan melakukan pertolongan anggota keluarga yang terkena SKA, maka perlu dilakukan eksplorasi

mengenai pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat. .

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat prehospita

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman pada keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat di wilayah kerja puskesmas Turen.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi pengetahuan keluarga pasien SKA dalam mengenali penyebab SKA
- b. Mengeksplorasi pengetahuan keluarga pasien SKA dalam mengenali tanda dan gejala SKA
- c. Mengeksplorasi tindakan/respon keluarga pasien SKA ketika terjadi serangan SKA di lokasi kejadian
- d. Mengeksplorasi kendala-kendala untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat
- e. Mengeksplorasi kebutuhan keluarga pasien SKA dalam mengakses pelayanan kesehatan ketika terjadi serangan SKA
- f. Mengeksplorasi kebutuhan keluarga ketika mendampingi pasien menjalani perawatan di Pelayanan gawat darurat.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Keluarga Pasien

Dari penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi bagi keluarga pasien dengan SKA tentang pentingnya pemanfaatan fasilitas pelayanan gawat darurat jika ada keluarga/orang sekitar yang mengalami serangan SKA

1.4.2 Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan akan pentingnya pendidikan kesehatan bagi individu atau keluarga yang beresiko terkena penyakit SKA itu sendiri.

1.4.3 Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam membuat panduan standart pelayanan, dan dalam mengembangkan atau mengelola jaringan penyedia layanan kesehatan

1.5 Daftar Istilah

1.5.1 Sindrom Koroner Akut (SKA)

Sindrom koroner akut (SKA) atau yang biasa dikenal dengan penyakit jantung koroner (PJK) merupakan istilah yang mengacu pada kondisi berkurangnya dan/atau terhentinya suplai nutrisi (oksigen) ke otot jantung (Amsterdam *et al.*, 2014).

1.5.2 Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang disediakan bagi masyarakat yang mengalami masalah kesehatan emergensi atau kritis yang membutuhkan penanganan segera (Morgans & Burgess, 2011).

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 Pelayanan Gawat darurat

Sebagai bentuk integral dari pelayanan kesehatan, pelayanan gawat darurat memerlukan penanganan secara terpadu dan multidisiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan gawat darurat mengutamakan akses pelayanan kesehatan untuk mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan (Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, 2011).

Pelayanan gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Instalasi kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan gawat darurat disebut dengan nama Instalasi Gawat Darurat (*emergency unit*). Tergantung dari kemampuan yang dimiliki, keberadaan IGD tersebut dapat beraneka macam, namun yang lazim ditemukan adalah yang tergabung dalam rumah sakit (*hospital based emergency unit*). Hanya saja betapapun telah majunya sistem rumah sakit yang di anut oleh suatu negara, bukan berarti tiap rumah sakit memiliki kemampuan mengelola IGD sendiri, untuk mengelola kegiatan IGD memang tidak mudah penyebab utamanya adalah karena IGD adalah salah satu dari unit kesehatan yang padat modal, padat karya dan padat teknologi (Margaretha, 2013).

2.1.1 Standar pelaksanaan pelayanan gawat darurat

Bantuan yang diberikan pada pasien gawat darurat bertujuan untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan menggunakan proses keperawatan di IGD RS untuk itu dalam pelaksanaannya IGD harus mempunyai

suatu standar. Standar Struktur pelayanan keperawatan di IGD RS menurut (Suhartati, 2011) :

1. Krlterla Struktur

- a. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) 10 kasus kegawatdaruratan yang menyebabkan kematian serta 10 masalah utama keperawatan gawat darurat :
- b. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang Standar Prosedur Operasional (SPO) gawat darurat sebagai pendukung pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat,
- c. Ada standar asuhan keperawatan gawat darurat meliputi pengkajian, diagnosa/masalah keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi, minimal pada sepuluh (10) masalah utama keperawatan gawat darurat,
- d. Ada Standar Prosedur Operasional (SPO) kegawatdaruratan klinis yang dltetapkan oleh pimpinan rumah sakit,
- e. Ada SPO manajerial yang berisikan alur pelayanan gawat darurat sehari-hari, bencana internal dan eksternal yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit,
- f. Ada metode penugasan perawat yang ditetapkan (manajemen kasus/primer) di pelayanan gawat darurat.

2. Kriteria proses

- a. Melaksanakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada 10 kasus kegawatdaruratan yang menyebabkan kematian dan 10 masalah utama

- b. Keperawatan gawat darurat, Melaksanakan pelayanan keperawatan gawat darurat sesuai Standar Prosedur
- c. Operasional (SPO), Melaksanakan asuhan keperawatan 1awat darurat meliputi pengkajian, diagnosa
- d. Keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi, Melaksanakan SPO manajerial yang berisikan alur pelayanan gawat darurat
- e. Sehari-hari, bencana internal dan eksternal, Melaksanakan kolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan tim kesehatan lain.

3. Kriteria hasil

- a. Semua perawat melaksanakan SPO Klinis maupun SPO Manajerial,
- b. Ada dokumen/catatan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan tiap pasien yang mencerminkan penerapan SAK.
- c. Perawat menangani pasien dan keluarganya secara komprehensif

2.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan Sindrom Koroner Akut Di Instalasi Gawat Darurat

Menururt (Suhartati, 2011) ada beberapa ruang lingkup di IGD tentang pelayanan gawat darurat, antara lain:

- a. Pelayanan keperawatan gawat darurat level I

Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacataan, kesakitan pasien sebelum dirujuk.

- b. Pelayanan keperawatan gawat darurat level II

Pelayanan gawat gadurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya

penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan.

c. Pelayanan keperawatan gawat darurat level III

Pelayanan gawat gadurat 24 jam yang memeberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan, serta pelayanan keperawatan gwat darurat spesialistik (4 besar spesialis seperti anak, kebidanan, bedh, dan penyakit dalam).

d. Pelayanan keperawatan gawat darurat level IV

Pelayanan gawat gadurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan, serta pelayanan keperawatan gawat darurat spesialistik (4 besar spesialis seperti anak, kebidanan, bedah, dan penyakit dalam), ditambah dengan pelayanan keperawatan darurat sub spesialistik.

2.2 Sindrom Koroner Akut

2.2.1 Definisi SKA

SKA merupakan akibat dari adanya plak ateroma di pembuluh darah koroner yang pecah atau terkoyak (PERKI, 2015). SKA merupakan dampak dari adanya ateroma di arteri koroner dan seringkali tidak terdeteksi , karena plak ateroma tidak cukup luas untuk menutupi jalan aliran darah ke koroner

SKA merupakan suatu situasi darurat yang ditandai dengan awian akut iskemia miokard yang terjadi akibat kematian otot jantung (missal, infark miokard [MI], jika intervensi yang tidak diterima pasien segera mungkin), walaupun istilah oklusi koroner, serangan jantung, dan MI (Brunner & Sudarth, 2013).

SKA telah berkembang sebagai istilah operasional yang berguna yang mengacu untuk spektrum kondisi kompatibel dengan iskemia miokard akut dan / atau infark yang biasanya disebabkan oleh Penurunan mendadak dalam aliran darah koroner. Kunci titik cabang adalah segmen ST elevasi (ST-elevasi) atau blok kiri bundle-cabang di elektrokardiogram (EKG), yang merupakan indikasi untuk angiografi koroner segera untuk menentukan apakah terdapat indikasi untuk terapi reperfusi untuk membuka arteri koroner sepenuhnya tersumbat kemungkinan. CPGs terpisah telah dikembangkan untuk infark miokard ST-elevasi (STEMI) (Amsterdam *et al.*, 2014).

Permasalahan utama dari kardiovaskular adalah SKA, karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. Melalui berbagai penelitian banyak kemajuan yang telah dicapai, oleh karenanya diperlukan pedoman tatalaksana sebagai rangkuman penelitian yang ada (PERKI, 2015). SKA adalah komplikasi utama penyakit jantung iskemik dan memiliki dampak kesehatan yang cukup besar (Barrabes *et al.*, 2015).

SKA merupakan salah satu kasus kegawat daruratan yang berasal dari kelainan dalam pembuluh darah koroner dan merupakan sindrom Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia bahkan mengalami peningkatan dalam 10 tahun terakhir ini (Ainiyah, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan, bahwa SKA merupakan kasus kegawatdaruratan jantung yang memiliki ciri khas nyeri dada

yang dapat menyebabkan kematian pasien bila tidak tertangani dengan cepat dan tepat.

2.2.2 Patogenesis

Ciri dari SKA adalah ketidakseimbangan tiba-tiba antara konsumsi oksigen miokard (MVO_2) dan permintaan, yang biasanya hasil dari obstruksi arteri koroner. ketidakseimbangan juga disebabkan oleh kondisi lain, termasuk kebutuhan yang berlebihan pada oksigen miokard dalam membatasi aliran pengaturan lesi stabil; insufisiensi koroner akut karena penyebab lain (Misalnya, vasospastik [Prinzmetal] angina, koroner emboli, arteritis koroner); Penyebab non coronary oksigen miokard mismatch supply-demand (misalnya, hipotensi, anemia berat, hipertensi, takikardia, kardiomiopati hipertrofik, stenosis aorta berat); miokard non iskemikcedera (misalnya, miokarditis, memar jantung, obat cardiotoxic); dan penyebab multifaktorial yang tidak saling eksklusif (misalnya, stres [Takotsubo] cardiomyopathy, paruemboli, gagal jantung parah [HF], sepsis) (Amsterdam *et al.*, 2014).

Sebagian besar SKA adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial; atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama

kurang-lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard). Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses hibernating dan stunning (setelah iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien SKA tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (PERKI, 2015).

Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien SKA tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis (PERKI, 2015).

2.2.3 Klasifikasi SKA

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi:

1. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: ST segment elevation myocardial infarction)
2. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: non ST segment elevation myocardial infarction)
3. *Unstable Angina Pectoris* (UAP)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya; secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis, intervensi koroner perkutan primer. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak memerlukan menunggu hasil peningkatan marka Jantung (PERKI, 2015).

2.2.4 Manifestasi klinik

Nyeri dada atau ketidaknyamanan yang mungkin melibatkan tekanan, sesak atau kepenuhan Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam satu atau kedua lengan, rahang, leher, punggung atau perut Sesak napas Merasa pusing atau pusing Mual berkeringat (AHA, 2015).

Tanda dan gejala menurut (Roffi *et al.*, 2015) (a) Pasien dengan nyeri dada akut dan persisten (0,20 menit) ST-segmen elevasi. Kondisi ini disebut ST-elevasi

SKA dan umumnya mencerminkan oklusi koroner total akut. Kebanyakan pasien akhirnya akan mengembangkan infark miokard ST-elevasi (STEMI). Pengobatan pada pasien ini adalah segera reperfusio oleh angioplasti primer atau terapi fibrinolitik. (b) Pasien dengan nyeri dada akut tetapi tidak terus-menerus ST-segmen ketinggian. Perubahan EKG mungkin termasuk transien elevasi ST-segmen, persisten atau transient depresi segmen ST, gelombang T inversi, gelombang T datar atau pseudo-normalisasi gelombang T atau EKG mungkin normal.

Etiologi dan manifestasi klinis dan yang muncul pada 3 tipe ACS adalah pertama pada unstable anginal terdapat erosi atau fisur pada plak aterosklerosis yang relatif kecil sehingga menyebabkan adanya oklusi trombus yang transien, Trombus bersifat labil dan oklusi yang terjadi sementara berlangsung antara 10-20 menit, sehingga timbul nyeri dada dengan lebih dari 20 menit, dengan kualitas nyeri tumpul seperti tertindih, tertekan didada disertai perasaan diperas atau terbakar. Lokasi khas substernal menjalar ke epigastrium, leher, rahang, bahu kiri sampai dengan lengan dan jari-jari bagian ulnar. Pada NSTEMI (*Non-ST Elevation Myocardial*) terdapat kerusakan yang lebih berat pada plak, sehingga terdapat oklusi yang lebih persisten dan berlangsung sampai lebih dari 1 jam. Pada pasien NSTEMI sebanyak $\frac{1}{4}$ pasien, terjadi oklusi trombus yang berlangsung lebih dari 1 jam dan trombolisis terjadi spontan. Pada pasien dengan STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*) akan mengalami perfusi miokard selama 1 jam dan nekrosis miokard transmural yang disebabkan kerusakan plak, sehingga menyebabkan trombus persisten. Kesimpulan dari manifestasi klinis diatas adalah pasien sering mengeluhkan nyeri dada pada onset pertama (Ainiyah, 2016).

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis bertujuan meminimalkan kerusakan miokard, mempertahankan fungsi miokard dan mencegah terjadinya komplikasi seperti disritmia letal dan syok kardiogenik. Reperfusi dengan penggunaan darurat obat-obatan trombolitik atau intervensi koroner perkutan (PCI), kebutuhan oksigen miokard diturunkan dan suplai oksigen ditingkatkan dengan obat-obatan, pemberian oksigen, dan tirah baring, pintas arteri koroner (*coronary artery bypass*) atau pintas arteri koroner invasif minimal (*minimal invasive direct coronary artery bypass*) (Brunner & Sudarth, 2013).

Pengobatan untuk sindrom koroner akut termasuk obat-obatan dan prosedur yang dikenal sebagai angioplasty, di mana dokter mengembangkan balon kecil untuk membuka arteri. Sebuah stent, tabung *wire mesh*, mungkin secara permanen ditempatkan di arteri untuk menjaga terbuka. Untuk rumah sakit tidak dilengkapi untuk melakukan angioplasty cepat, obat dapat digunakan untuk melarutkan pembekuan darah, tetapi banyak rumah sakit yang membuat prosedur yang tersedia pada waktu yang tepat (AHA, 2015).

2.2.5.1 Tatalaksana Awal

Terapi awal merupakan terapi yang dilakukan sebelum hasil pemeriksaan EKG atau marka jantung muncul pada pasien dengan keluhan angina khas iskemik di ruang gawat darurat. Terapi awal yang dimaksud adalah terapi yang menggunakan morfin, oksigen, nitrat, aspirin (disingkat MONA), dan tidak harus diberikan secara bersamaan. Sehingga pasien ketika berada di IGD akan diberikan (PERKI, 2015) :

1. Posisi tirah baring
2. Suplemen oksigen dengan saturasi O₂ arteri <95% atau yang mengalami distress respirasi
3. Suplemen oksigen dapat diberikan pada semua pasien SKA dalam 6 jam pertama, tanpa mempertimbangkan saturasi O₂ arteri
4. Aspirin 160-320 sublingual (di bawah lidah)
5. Penghambat reseptor ADP (*Adenosine Diphosphate*)
 - a. Ticagrelor, dosis awal 180 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2x 90 mg/hari kecuali pada pasien STEMI yang direncanakan untuk reperfusi menggunakan agen fibrinolitik, atau
 - b. Clopidogrel, dosis awal 300 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 75 mg/hr.
6. Nitroglicerine (NTG) spray/tablet sublingual bagi pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang IGD. Jika nyeri dada tidak hilang dengan satu kali pemberian, dapat diulang setiap lima menit sampai maksimal tiga kali. Nitroglicerine intravena diberikan pada pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual (**kelas IC**). Dalam keadaan tidak tersedia NTG, isosorbide dinitrate (ISDN) dapat dipakai sebagai pengganti. Morfin sulfat 2-4 mg intravena, dapat diulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual.

2.3 Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan suatu ikatan antar individu yang mempunyai hubungan serta tinggal dalam satu atap serta terdapat peran dari masing-masing anggota keluarga (Harnilawati, 2013). Keluarga adalah suatu kelompok atau

sekumpulan manusia yang hidup bersama sebagai satu kesatuan unit masyarakat yang terkecil dan biasanya tidak selalu ada hubungan darah, ikatan perkawinan, atau ikatan lain. Mereka hidup bersama dalam satu rumah, di bawah asuhan seorang kepala keluarga dan makan dari satu periuk.

Menurut Friedman (1998) arti dari keluarga adalah suatu kelompok dua orang atau lebih yang hidup bersama dan mempunyai keterikatan aturan dan emosional, dimana anggota keluarga mempunyai peran masing-masing (Suprayitno, 2003). Keluarga dipandang sebagai suatu kesatuan yang unik dalam menghadapi masalah. Keunikannya terlihat dengan cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita-cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Perbedaan itu dipengaruhi oleh lingkungan, zaman dan geografis, keluarga di desa sangat berbeda dengan di kota dalam hal besarnya keluarga, struktur, nilai, dan juga gaya hidupnya (Zaidin Ali, 2009)

2.3.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga ada dua yaitu *traditional* dan *non-traditional*. Tipe *traditional family* antara lain keluarga inti, keluarga besar, keluarga *dyad*, single parent dan single adult. Tipe *non-traditional family* meliputi *the unmarried teenage mother*, *the step parent family*, *commune family*, *the nonmarital heteroseksual cohabiting family*, *gay and lesbian family*, *cohabiting couple*, *group marriage family*, *group network famil*, *foster family*, dan *homeless family* (Setyowati & Munarwi, 2008)

2.3.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) membagi fungsi keluarga sebagai berikut (Zaidin Ali, 2009) :

1. Fungsi afektif (*the affective function*)

Merupakan fungsi keluarga yang mengajarkan semua hal untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*)

Adalah fungsi untuk mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*)

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga

4. Fungsi ekonomi (*the economic function*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health care function*)

Fungsi ini merupakan fungsi keluarga untuk tetap memiliki produktivitas tinggi dengan mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

2.3.4 Tugas keluarga dalam penanganan pertama SKA

Tugas keluarga di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Suprayitno, 2003), yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan juga bisa menghabiskan harta dan segala sumber daya keluarga. Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarga, bahkan perubahan sekecil apapun harus menjadi perhatian keluarga.

2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat yang sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar dapat memperoleh bantuan.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri sehingga anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan dapat memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

Keluarga beranggapan bahwa serangan SKA merupakan penyakit biasa dan wajar yang ditandai dengan penyakit masuk angin dan tidak berbahaya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Harsanti, 2015) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi keluarga dalam melakukan penanganan pertama pada pasien dengan SKA :

1. Pengenalan terhadap SKA
2. Respon psikologis menghadapi serangan SKA
3. Pengalaman keluarga
4. Kecenderungan memilih pengobatan medis

2.4 Kebutuhan Pelayanan Gawat Darurat Pada Keluarga Pasien SKA

Keluarga dengan pasien kritis mengalami suatu kondisi yang emosional seperti stres yang disebabkan oleh keadaan tidak pasti dan keadaan pasien yang parah (.Chaboyer *et al.*, 2006). Salah satu kebutuhan yang sangat penting adalah informasi mengenai kondisi pasien dan cara komunikasi tenaga kesehatan terhadap keluarga pasien (Hsiao *et al.*, 2016).

CCFNI (*critical care family need inventory*) merupakan instrumen yang banyak digunakan dalam mengidentifikasi kebutuhan keluarga yang diciptakan oleh Molter tahun 1979 dan dikembangkan oleh Leske tahun 1986. Instrumen ini merupakan suatu kuesioner yang digunakan untuk mengkaji kebutuhan keluarga dalam merawat pasien yang kritis. CCFNI membagi kebutuhan keluarga menjadi beberapa bagian yaitu kebutuhan akan kepastian, dukungan, keamanan, informasi, dan kedekatan dengan pasien (Dağ *et al.*, 2017).

Keluarga membutuhkan informasi yang terkait dengan kondisi anggota keluarganya yang sedang dirawat dalam kondisi kritis. Informasi yang dibutuhkan oleh keluarga berkaitan dengan perkembangan kondisi dari pasien yang sesungguhnya setelah diberikan tindakan. Kebutuhan akan informasi menjadi kebutuhan yang sangat penting bagi keluarga (Wetzig *et al.*, 2017).

Petugas kesehatan menjadi salah satu faktor pendukung dalam kebutuhan keluarga. Dukungan ini diperlukan ketika keluarga tidak puas ketika tenaga kesehatan hanya memberikan informasi ketika kondisi pasien memburuk. Petugas kesehatan perlu meluangkan waktu untuk menjelaskan dan menjawab pertanyaan keluarga baik ketika awal dan proses perawatan berlangsung (Hsiao *et al.*, 2016)

Kedekatan keluarga dengan pasien kritis juga merupakan salah satu kebutuhan yang terdapat di keluarga ketika menemani pasien. Kebutuhan berupa melihat pasien secara langsung, berdiskusi dengan petugas kesehatan mengenai kondisi pasien, membantu dalam perawatan pasien dan memberikan dukungan ke pasien yang sedang dalam keadaan kritis. Kedekatan fisik dan emosional sangat dibutuhkan oleh keluarga dengan anggota keluarga yang sedang dalam kondisi kritis (Wetzig *et al.*, 2017)

Penelitian mengenai kebutuhan keluarga ketika merawat pasien dalam kondisi kritis telah dilakukan baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Beberapa penelitian kuantitatif yang berkaitan dengan kebutuhan keluarga adalah penelitian yang dilakukan oleh Al-mutair & Brien (2013), Hsiao *et al.* (2016) dan Dağ *et al.* (2017). Penelitian kualitatif juga banyak dilakukan antara lain oleh Henriksson, & Larsson, (2007), Foster *et al.* (2016), dan Wetzig *et al.* (2017)

Berdasarkan hasil literatur review yang dilakukan oleh Al-mutair *et al.* (2013) yang berhasil mengidentifikasi kebutuhan keluarga pasien kritis selama berada di IGD yaitu jaminan dan maksud (*assurance and meaning*), kedekatan (*proximity*), informasi dan komunikasi (*information and communication*), dukungan (*support*) dan kenyamanan (*comfort*). Kebutuhan keluarga yang menjadi kebutuhan pokok atau utama adalah selalu berada dekat dengan anggota keluarga yang sakit.

Sebuah penelitian *cross-sectional* yang dilakukan oleh Hsiao *et al.* (2016) yang bertujuan untuk mendeskripsikan kebutuhan keluarga pasien yang menemani pasien kritis di UGD di Taiwan dengan menggunakan CCFNI (*critical care family need inventory*). Dalam penelitiannya didapatkan bahwa kebutuhan yang paling penting adalah komunikasi dengan keluarga, diikuti dengan partisipasi pada perawatan di UGD, dukungan, dan kenyamanan. Komunikasi yang efektif menjadi kunci dalam perawatan di UGD, selain itu dengan melakukan komunikasi maka efek stres dan rasa khawatir yang cenderung negatif dapat berkurang.

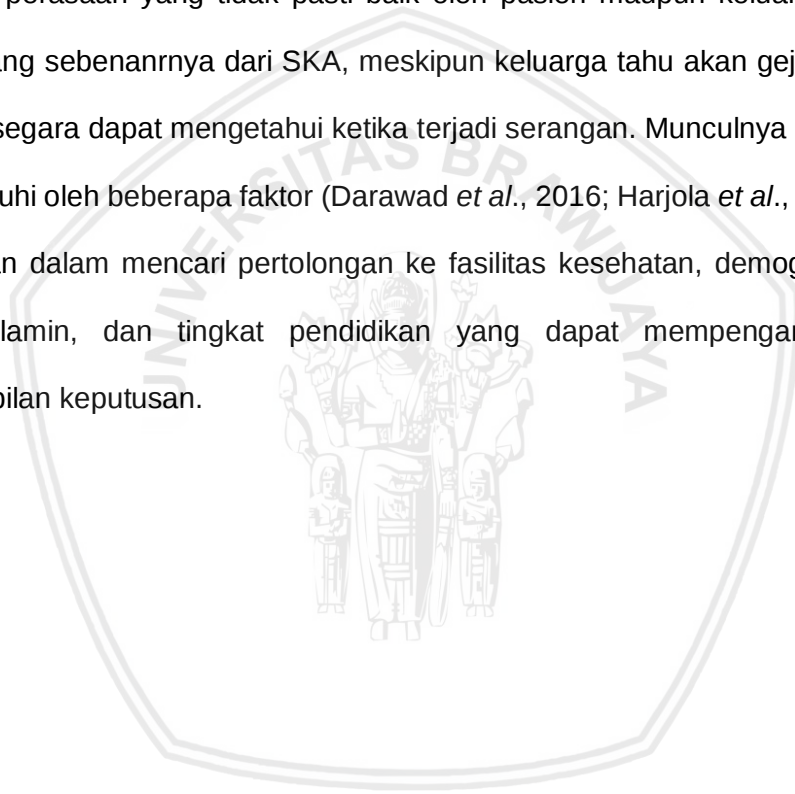
Penelitian kuantitatif lainnya adalah sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Dağ *et al.*, 2017) di rumah sakit Universitas Turki dengan menggunakan instrumen CCFNI yang telah diubah dan disesuaikan dengan budaya yang ada di Turki dan diberikan kepada 400 keluarga yang menemani pasien dalam waktu 1-24 jam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan yang penting untuk terpenuhi adalah kenyamanan dari anggota keluarga, proses dukungan keluarga, komunikasi dengan anggota keluarga, dan partisipasi keluarga dalam perawatan gawat darurat.

Sebuah penelitian kualitatif yang dilakukan oleh (Henriksson *et al.* 2007) menyebutkan bahwa tindakan secara spontan yang muncul ketika serangan SKA terjadi, antara lain pengenalan akan gejala nyeri dan ketidaknyamanan, persepsi dan interpretasi dari gejala, self-care dan penanganan pertama dalam menghadapi

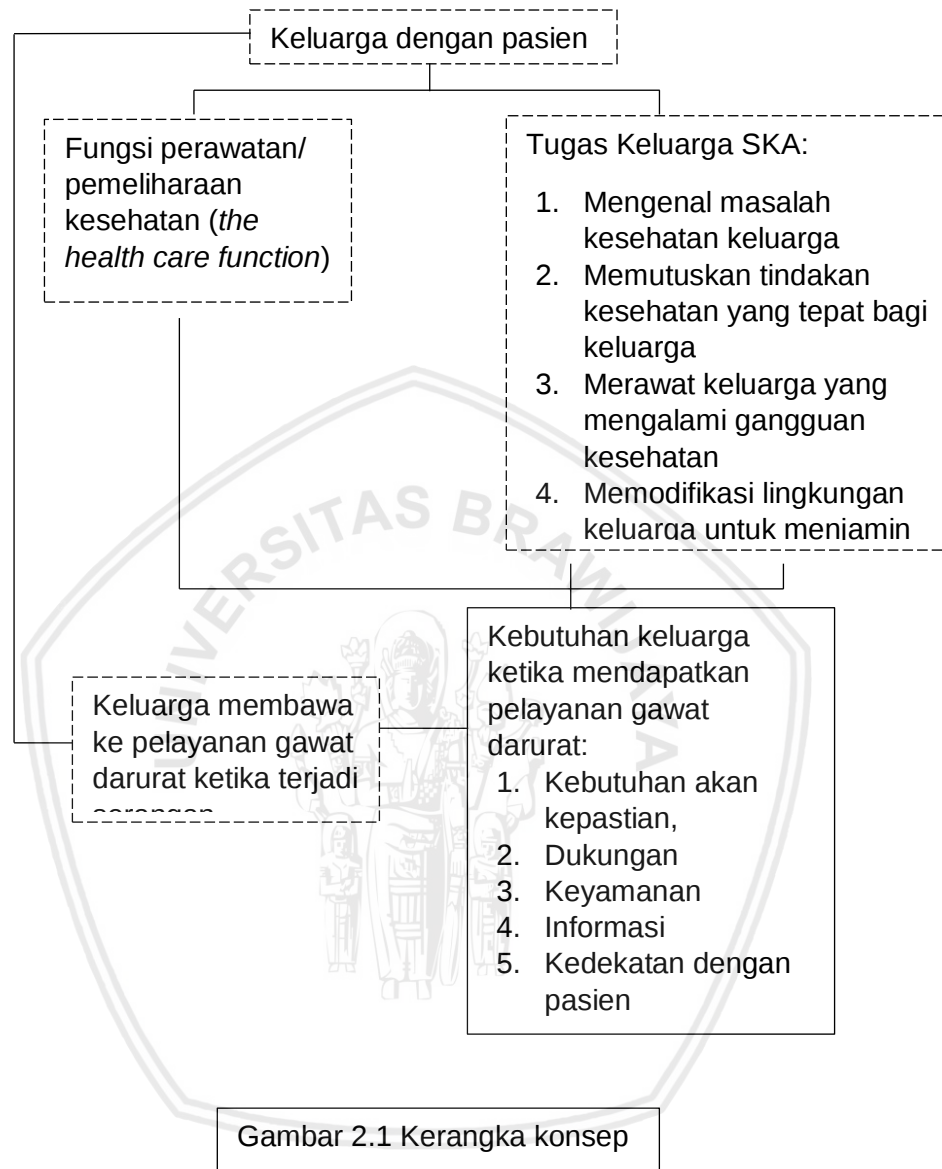
gejala, menghubungi orang lain, mengatasi serangan psikologis, mencari dan menerima perawatan medis.

Wetzig *et al.*, (2017) melakukan penelitian kualitatif mengenai kebutuhan keluarga di ruang ICU. Tema yang muncul dalam penelitian ini adalah kebutuhan informasi, *making sense* (informasi yang masuk akal), dukungan, keterlibatan dan perlindungan.

Ada perasaan yang tidak pasti baik oleh pasien maupun keluarga tentang gejala yang sebenarnya dari SKA, meskipun keluarga tahu akan gejalanya dan dengan segera dapat mengetahui ketika terjadi serangan. Munculnya gejala SKA dipengaruhi oleh beberapa faktor (Darawad *et al.*, 2016; Harjola *et al.*, 2017) yaitu kebiasaan dalam mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan, demografi, umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi waktu pengambilan keputusan.



2.5 Kerangka konsep



Keterangan :

 : Variabel tidak diteliti

 : Variabel diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi fenomenologi. Peneliti menggunakan desain ini karena fokusnya adalah membantu peneliti menjawab pertanyaan tentang bagaimana pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan primer. Hal ini berhubungan dengan tujuan riset fenomenologi yaitu untuk menggambarkan pengalaman hidup sehari-hari partisipan yang diberikan secara sadar. Dengan demikian, pengalaman keluarga pasien SKA dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat dapat digali oleh peneliti.

Disamping hal di atas, riset dengan pendekatan fenomenologi memungkinkan peneliti untuk memahami secara mendalam dari sudut pandang partisipan sepenuhnya tentang apa yang mereka alami. Selanjutnya, sifat khas/ individual antar partisipan akan memungkinkan peneliti mendapatkan informasi yang lengkap, mendalam, dan bersifat individual/personal.

3.2 Partisipan Penelitian

Partisipan pada penelitian ini adalah keluarga pasien dengan SKA (sindrom koroner akut) dan memiliki hubungan darah dengan pasien SKA serta yang berdomisili di wilayah kerja puskesmas Turen kabupaten Malang Jawa Timur. Sampel dipilih dari populasi menggunakan pendekatan *purposive sampling* menurut kriteria inklusi yang telah ditentukan dan relevan dengan pertanyaan dan topik penelitian. Kriteria tersebut, meliputi : (1) keluarga yang telah merawat pasien SKA selama 5-6 bulan dari pertama kali pasien terkena serangan, (2) mampu berbicara bahasa Indonesia, (3) bersedia menjadi partisipan dalam penelitian.

Total sampel (partisipan) pada penelitian ini adalah sebanyak 8 orang. Peneliti berhenti menggali informasi dari partisipan hingga tercapai saturasi data atau sudah tidak ditemukan lagi variasi informasi. Peneliti membatasi jumlah partisipan menjadi 8 karena telah mencapai saturasi data.

Proses rekrutmen partisipan melibatkan fasilitator yakni perawat di puskesmas Turen kabupaten Malang Jawa Timur. Fasilitator tersebut berperan dalam membantu peneliti mengenal keluarga pasien SKA sesuai dengan kriteria inklusi yang sedang melakukan pengobatan rawat jalan dan memberikan info tentang alamat dari keluarga pasien. Selanjutnya, peneliti menjelaskan kepada calon partisipan mengenai maksud, tujuan, dan manfaat penelitian, serta hak-haknya. Setelah calon partisipan memahami penjelasan tersebut dan bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian, partisipan diminta untuk menandatangani *form* persetujuan mengikuti penelitian, yakni *inform consent*. Setelah partisipan menandatangani *inform consent*, peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk melakukan wawancara. Proses ini juga peneliti lakukan pada partisipan lainnya.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 5 bulan mulai dari bulan september 2017 hingga januari 2018. Lokasi tempat penelitian ini adalah di wilayah kerja puskesmas Turen kabupaten Malang Jawa Timur.

3.4 Instrumen Penelitian : Utama dan Penunjang

3.4.1 Instrumen Penelitian Utama

Peneliti berperan sebagai Instrumen utama pada penelitian kualitatif yang berperan sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data, dan sebagai pelapor dari hasil penelitian.

Peneliti merupakan mahasiswa magister keperawatan yang telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan, mempunyai pengalaman praktek klinik di IGD, di komunitas. Riwayat pendidikan tersebut memberi kemudahan bagi peneliti dalam memahami tentang SKA. Peneliti telah mempunyai pengetahuan dan pengalaman menggunakan teknik komunikasi terapeutik dalam mengkaji. Peneliti mempunyai keterampilan dalam mendengar, fokus pada apa yang dibicarakan, memperhatikan respon non verbal, dan melakukan pencatatan penting selama proses wawancara, serta mampu akrab dengan lawan bicara. Kemampuan peneliti tersebut dievaluasi bersama pembimbing setelah peneliti memperoleh hasil wawancara pada satu orang partisipan.

3.4.2 Instrumen Penelitian Penunjang

Penelitian ini juga menggunakan instrumen penunjang, meliputi : alat perekam, panduan wawancara, dan *field note* atau catatan. Alat perekam digunakan untuk menjamin informasi verbal selama proses wawancara dapat terekam, karena peneliti tidak mungkin mencatat respon verbal informan secara lengkap. Alat perekam yang peneliti gunakan merupakan aplikasi pada *smartphone* yang mampu menyimpan hasil rekaman dalam ukuran yang besar, dan menghasilkan suara rekaman yang jernih, serta memiliki daya hidup baterai yang lebih lama yakni 4100 mAh.

Selanjutnya, catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasi respon non verbal dan hal-hal seperti, tanggal, waktu, tempat dan deskripsi atau jalannya proses wawancara. Deskripsi dari proses wawancara meliputi gambaran diri informan, siapa yang hadir, pengaturan lingkungan fisik, dan catatan tentang peristiwa khusus. Disamping itu, peneliti juga menggunakan pedoman wawancara yang bertujuan untuk memudahkan peneliti mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan tujuan penelitian..

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Metode Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi. Menurut Boyce *et al* (2006) *indepth interview* adalah wawancara individu dengan sejumlah kecil responden untuk mengeksplorasi kebutuhan keluarga terhadap pelayanan gawat darurat. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang dibuat oleh peneliti mengacu pada tujuan khusus penelitian. Pedoman wawancara terdiri dari 5 pertanyaan terbuka yang berkaitan dengan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan SKA. Pertanyaan terbuka kepada partisipan dimaksudkan guna mengeksplorasi kebutuhan keluarga dengan SKA terhadap pelayanan gawat darurat. .

3.5.2 Pengumpulan data

1. Tahap persiapan

Peneliti mulai melakukan pengumpulan data setelah melewati proses *ethical clearance* pada Fakultas Kedokteran Program Studi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya, dan setelah mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan kabupaten Malang Jawa Timur, KESBANGPOL dan puskesmas Turen.

Peneliti mencari calon partisipan melalui data rekam medis yang sudah diberikan oleh pihak puskesmas Turen. Peneliti mengunjungi partisipan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat sebelumnya. Peneliti meminta kesediaan untuk menjadi partisipan penelitian. Jika partisipan setuju, maka peneliti memberikan lembar persetujuan untuk menjadi partisipan penelitian. Kemudian peneliti melakukan kontrak dengan partisipan terkait waktu dan tempat untuk wawancara. Pengumpulan data mulai dilakukan oleh peneliti terhadap partisipan ketika telah terbina hubungan saling percaya. Upaya yang peneliti lakukan agar terbina hubungan saling percaya yaitu dengan melakukan pertemuan awal sebanyak 2-3 kali, dan menjelaskan kembali tujuan dan manfaat penelitian, serta menyakinkan partisipan akan pentingnya penelitian ini. Peneliti dan partisipan telah dikatakan berhasil membina hubungan saling percaya, jika partisipan bersedia menceritakan pengalamannya dengan terbuka dan jujur sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Waktu yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data adalah 45-60 menit. Sebelum memulai pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada partisipan untuk merekam pembicaraannya dan melakukan pencatatan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, karena peneliti ingin menggali pengalaman keluarga pasien SKA terhadap pelayanan gawat darurat berdasarkan pada perspektif mereka sendiri (Darlington & Scott, 2002). Peneliti melakukan wawancara mendalam dengan menggunakan teknik *semi structured interview*, dimana peneliti telah membuat panduan wawancara. Peneliti menggunakan teknik tersebut karena peneliti telah memiliki gambaran mengenai aspek-aspek pengalaman klien yang akan dikaji secara mendalam. Peneliti memulai pengkajian partisipan dari hal yang bersifat umum, kemudian diarahkan

menjurus ke hal khusus. Pertanyaan awal bersifat menggali perasaan partisipan saat ini untuk memberikan rasa nyaman kepada partisipan, seperti “apa yang Bapak/Ibu rasakan saat mengetahui saudara Bapak/Ibu terkena serangan jantung?”. Selanjutnya dihubungkan dengan pengalaman partisipan ketika menghadapi serangan SKA, misalnya “bagaimana pengalaman Bapak/Ibu pada saat saudara Bapak/Ibu mengalami serangan penyakit jantung ?”.

3. Tahap Terminasi

Sebelum wawancara diakhiri, peneliti melakukan terminasi dengan mengklarifikasi dan mengevaluasi setiap pernyataan yang bermakna dari partisipan untuk menghindari kekeliruan. Pada fase akhir ini, peneliti juga membuat kontrak pertemuan selanjutnya untuk mengklarifikasi hasil analisis yang telah tersedia.

3.6 Analisis Data

Tahap analisis data pada penelitian ini menggunakan model Braun & Clarke (2006), terdapat 6 langkah dalam proses analisis data

1. *Familiarising Yourself With Your Data*, yaitu terbiasa atau familiar dengan data yang sudah kita miliki, peneliti berusaha membenamkan diri dalam data, mengenal kedalaman dan luasan isinya. Membaca berulang kali data secara keseluruhan, mencari makna dan pola.
2. *Generating Initial Codes*, yaitu memberikan kode awal pada data. Memberikan tanda pada kata yang penting, seperti menggunakan stabilo. Peneliti menentukan kata kunci yang berasal dari data transkrip, setelah membuat kata kunci, selanjutnya di buat kategori.
3. *Searching For Themes*, mencari tema, yaitu tema dihasilkan dari kata kunci dan kategori yang sudah didapatkan sebelumnya.

4. *Reviewing Themes*, melakukan review tema, yaitu menemukan satu set tema kandidat, dan ini melibatkan penyempurnaan tema. Selama fase ini, akan terbukti bahwa beberapa tema kandidat tidak benar-benar tema. Tema lain mungkin perlu dipecah menjadi tema yang terpisah. Dua kriteria untuk menilai kategori - homogenitas internal dan heterogenitas eksternal - layak dilakukan mengingat disini Data dalam tema harus digabungkan secara bersama-sama, sementara seharusnya ada perbedaan yang jelas dan dapat diidentifikasi antara tema
5. *Defining And Naming Themes*, yaitu mendefinisikan dan memberi nama tema. Membuat map tema untuk mengidentifikasi esensi dari masing-masing tema, dan menentukan aspek dari yang ditangkap masing-masing tema.
6. *Producing The Report*, memproduksi tema, yaitu menuliskan seperangkat tema yang telah selesai dianalisis.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data pada penelitian kualitatif merupakan syarat penting untuk menjelaskan bahwa hasil penelitian kualitatif telah memenuhi standar penelitian ilmiah. Untuk dapat memenuhi standar tersebut, penelitian kualitatif harus mempunyai kriteria atau standar validitas dan realibitas yang dikemukakan oleh Lincoln dan Guba, meliputi : kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas.

a) *Credibility* (kepercayaan)

Standar kredibilitas menuntut agar hasil penelitian memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi sesuai dengan informasi yang digali dari partisipan yang diteliti. Standar ini peneliti penuhi dengan

memperpanjang proses pengumpulan data di lapangan, melibatkan teman sejawat untuk berdiskusi sampai tersusunya hasil penelitian, memeriksa kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data, serta mengecek secara bersama-sama dengan pembimbing, baik data yang telah dikumpulkan, kategori analisis, penafsiran, maupun hasil penelitian.

b) *Transferability* (keteralihan)

Hasil penelitian kualitatif dikatakan telah memenuhi standar transferabilitas yaitu para pembaca laporan penelitian mendapatkan pemahaman dan gambaran yang jelas mengenai konteks dan fokus penelitian. Pemenuhan standar ini peneliti lakukan dengan cara mengkonsultasikan hasil penelitian dan hasil analisis data dengan melampirkan transkrip yang dapat dibaca oleh pembimbing dan penguji tesis.

c) *Dependability* (ketergantungan)

Standar dependabilitas dapat juga dikatakan bermakna realibilitas, bila mana ada penilaian atau pengecekan akan kesesuaian peneliti dalam mengkonseptualisasikan apa yang diteliti. Makin konsisten peneliti dalam keseluruhan proses penelitian, maka akan semakin memenuhi standar dependabilitas. Pemeriksaan standar ini dilakukan sekaligus dengan uji konfirmasi.

d) *Confirmability* (kepastian)

Standar konfirmasi berperan pada pemeriksaan kualitas dan kepastian dari hasil penelitian, data yang dikumpulkan berasal dari lapangan. Standar konfirmasi tergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap hasil penelitian. Uji kepastian dipenuhi

dengan melibatkan pem-bimbing untuk mereview seluruh hasil penelitian, dan sekaligus melakukan pemeriksaan dependabilitas.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dilakukan melalui prosedur administratif dengan mengajukan *etical clearance* kepada komisi etik Universitas Brawijaya Malang, apabila peneliti lulus dalam uji etik ini, maka peneliti berhak melanjutkan penelitian ke IGD RSSA Malang. Pertimbangan etik yang digunakan berdasarkan (Polit & Beck, 2010) yang terdiri dari penerapan prinsip *beneficiens*, *autonomy*, *anonymity*, *justice*, *confidentiality*.

1. *Beneficience*

Prinsip *benefecience* dilakukan dengan jaminan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan bahaya fisik maupun psikologis dan membawa manfaat dan kebaikan bagi partisipan. Selama proses pengumpulan data peneliti berupaya untuk tidak mengajukan pertanyaan yang membuat partisipan tidak nyaman.

2. *Autonomy*

Penelitian ini menjunjung tinggi hak partisipan. Partisipan berhak menolak atau menerima untuk ikut dalam penelitian, peneliti menghargai setiap keputusan yang diambil oleh partisipan tanpa adanya paksaan atau tekanan.

3. *Anonimity*

Kerahasiaan informasi penelitian dijaga dengan tidak mencantumkan nama dan identitas paartisipan pada lembar pengumpulan data untuk menjaga kerahasiaan partisipan.

4. *Justice*

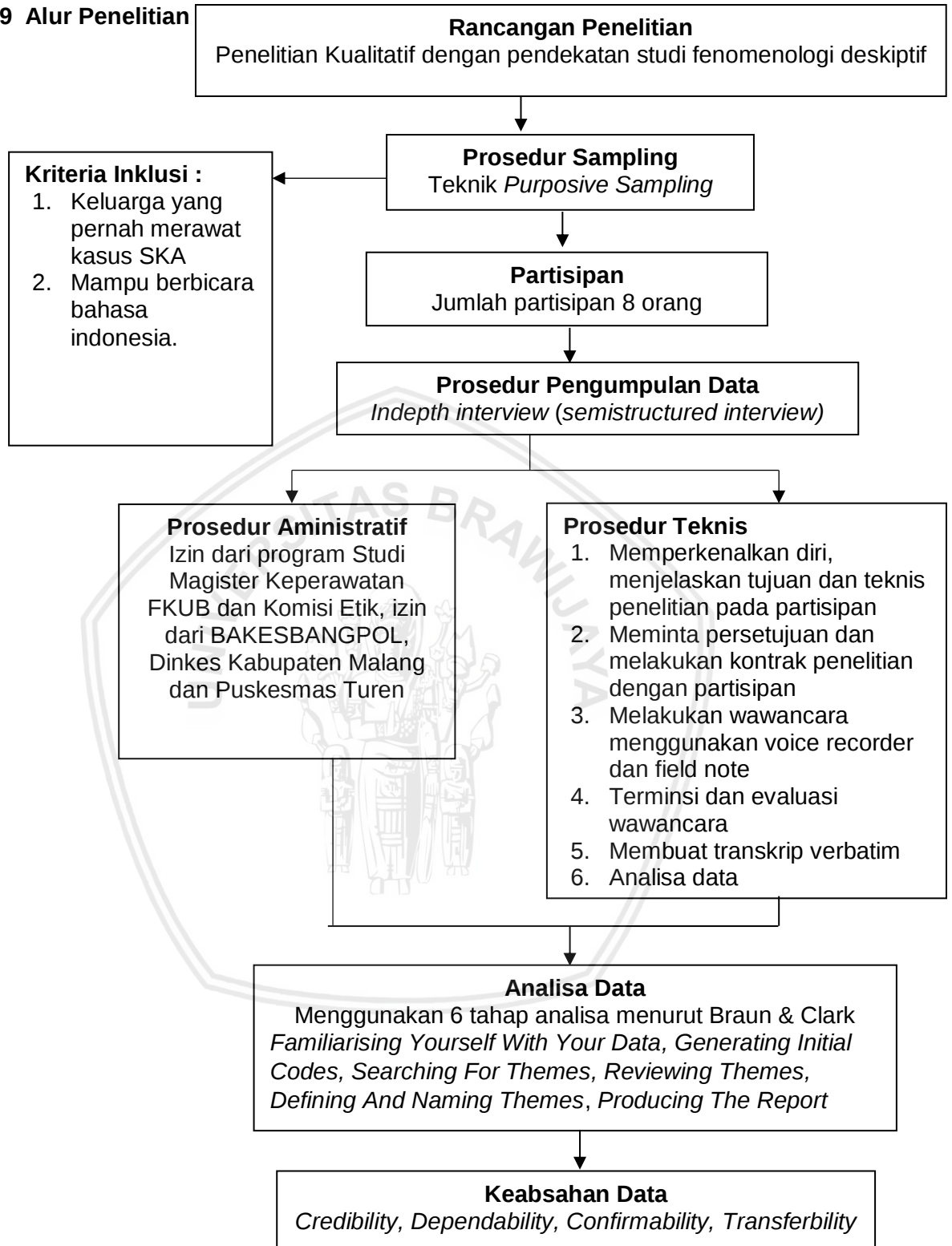
Pada penelitian ini partisipan mendapat keadilan dan perlakuan yang sam baik sebelum, selama, sesudah tanpa adanya diskriminasi.

5. *Confidentiality*

Dalam setiap prosesnya peneliti menciptakan lingkungan yang nyamn bagi partisipan, baik sebelum, sesudah dan setelah dilakukan wawancara, untuk membangun kedekatan dan kepercayaan sehingga partisipan dapat terbuka dan jujur menceritakan pengalamannya.



3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini bertujuan untuk menjelaskan hasil penelitian yang diperoleh dari eksplorasi pengalaman keluarga dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat di wilayah kerja Puskesmas Turen Kabupaten Malang. Selain itu terdapat pembahasan mengenai profil puskesmas Turen, karakteristik partisipan, dan tema-tema yang telah dikumpulkan melalui proses pengelompokan data.

Data berupa pernyataan-pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan pada saat wawancara, dilakukan penyusunan dan pengelompokan menjadi kategori, subtema dan tema. Kategori yang memiliki makna sama disusun membentuk sub tema, kemudian dari sub tema-sub tema tersebut yang mengandung makna yang sama disusun dan dijadikan sebagai tema hasil penelitian. Ada pun tema yang didapatkan dari analisa data studi fenomenologi terhadap 8 partisipan meliputi : 1) menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai, 2) ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA, 3) saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui, 4) terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga, 5) ketidak jelasan sistem pelayanan BPJS di pelayanan kesehatan, 6) bantuan orang lain dan transportasi yang cepat, 7) menginginkan pelayanan yang informatif dan segera, 8) kompleksitas stress emosional

4.1 Deskripsi tempat penelitian

Puskesmas Turen merupakan puskesmas yang berada di salah satu kecamatan di kabupaten Malang. Puskesmas Turen merupakan puskesmas induk di kecamatan Turen yang mempunyai 4 puskesmas pembantu yang mempunyai posyandu lansia sebanyak 53 posyandu, dan mempunyai 1 panti werda.

Puskesmas yang dipimpin oleh seorang dokter mempunyai jenis pelayanan UGD 24 jam, persalinan 24 jam (PONED), poli gigi, poli KB, poli umum, poli anak, juga terdapat pelayanan laboratorium, pojok ASI dan Gizi, serta farmasi. Jumlah total pegawai yang bekerja di puskesmas Turen berjumlah 31 orang, yang terdiri dari berbagai lintas bidan kesehatan.

Program yang menjadi produk UMKM puskesmas Turen terdiri dari 7 program yaitu: promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya pelayanan kesehatan ibu dan anak, upaya pelayanan keluarga berencana, upaya pelayanan gizi, upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, dan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (PERKESMAS).

4.2 Karakteristik partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang partisipan yang merupakan keluarga dari pasien yang terserang SKA. Data demografi partisipan ditunjukkan pada tabel 4.1 di bawah ini

Tabel 4.1 Data Demografi

NO	Kategori		Jumlah
1	Jenis Kelamin	Laki-Laki	1
		Perempuan	7
	Total		8
2	Usia (Tahun)	30-40	3
		40-50	5
		>51	0
	Total		8
3	Pendidikan	SD	2
		SMP	0
		SMA	5
		Sarjana	1
	Total		8

Tabel 4.1 menunjukkan gambaran data demografi partisipan penelitian yaitu jenis kelamin, usia, dan pendidikan. Jenis kelamin partisipan rata-rata adalah perempuan. Usia partisipan beragam dari yang termuda yaitu tahun 32 tahun dan yang paling tua adalah 46 tahun. Tingkat pendidikan rata-rata menempuh pendidikan hanya sampai SMA.

4.3 Hasil Penelitian

Hasil penelitian berisi tentang pernyataan-pernyataan yang disampaikan oleh partisipan melalui proses wawancara kemudian dilakukan analisis.

4.3.1 Menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai

Tema ini memberikan gambaran tentang pengetahuan partisipan tentang penyebab dari SKA yang secara umum disebabkan karena kebiasaan hidup anggota keluarga partisipan yang buruk dan penyakit sebelumnya. Subtema yang membentuk tema ini adalah : kebiasaan hidup yang tidak sehat, dan adanya riwayat penyakit yang menyertai.

Subtema pertama dari tema menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang adalah kebiasaan hidup yang tidak sehat. Subtema ini dapat diartikan sebagai bentuk perilaku kebiasaan sehari-hari yang jika tetap dilakukan dapat memicu terjadinya masalah pada jantung. Berikut adalah pernyataan dari partisipan yang menunjukkan kebiasaan hidup yang tidak sehat:

... merokok ae terus merokoknya q cukup 3 tepak... teng griyo kale gerokok nggih katah an seng di gawe ngerokok (dirumah sama merokoknya ya banyak yang dibuat merokok)... .(P1)

...lemak itu mas, sepengetahuan saya, makan yang sering banyak lemak mungkin; ...jadi makannya sembarangan, yang paling suka itu jerohan, ini aja sudah kena stroke.jantung masih aja minta jerohan, ya ndk saya kasih, trus kadang gitu beli sendiri di warung dekat rumah .(P5)

...ditunjang mungkin capek, menurut saya itu... Jantung itu kan ndak boleh capek, jadi saya pernah omong-omong sama dokter juga jantung itu aktifitas dulu sebelum ini mak kan jual rujak, ngulek ini loh... .(P6)

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa partisipan menganggap penyebab dari serangan SKA merupakan kebiasaan dari penderita yaitu kurang olahraga dan kebiasaan mengkonsumsi rokok. Hal tersebut dapat dilihat dari pernyataan partisipan yaitu “merokoknya gak cukup 3 tepak”, “makan yang sering banyak lemak” dan “ditunjang mungkin capek” yang berarti bahwa penyebab dari sakit jantung yang diderita oleh anggota keluarga partisipan tidak hanya konsumsi rokok yang berlebih dan banyak makanan yang berlemak tetapi juga karena kelelahan fisik.

Subtema terakhir dari menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai adalah pengaruh dari penyakit lalu. Pada sub tema ini partisipan mengartikan bahwa penyebab dari gangguan dan serangan yang terjadi dipengaruhi dari penyakit yang sebelumnya pernah dialami oleh anggota keluarga yang mengalami serangan SKA. Pernyataan partisipan yang menjelaskan penyebab serangan dari penyakit dulu adalah sebagai berikut :

...saya kira ya Cuma pengaruh infeksi paru-parunya itu dan semuanya ngomong waktu itu ngomong, oohh mungkin kenek (kena) paru-paru kenek (kena) asap e bebek dan angin malam niku wau (itu tadi) .(P2)

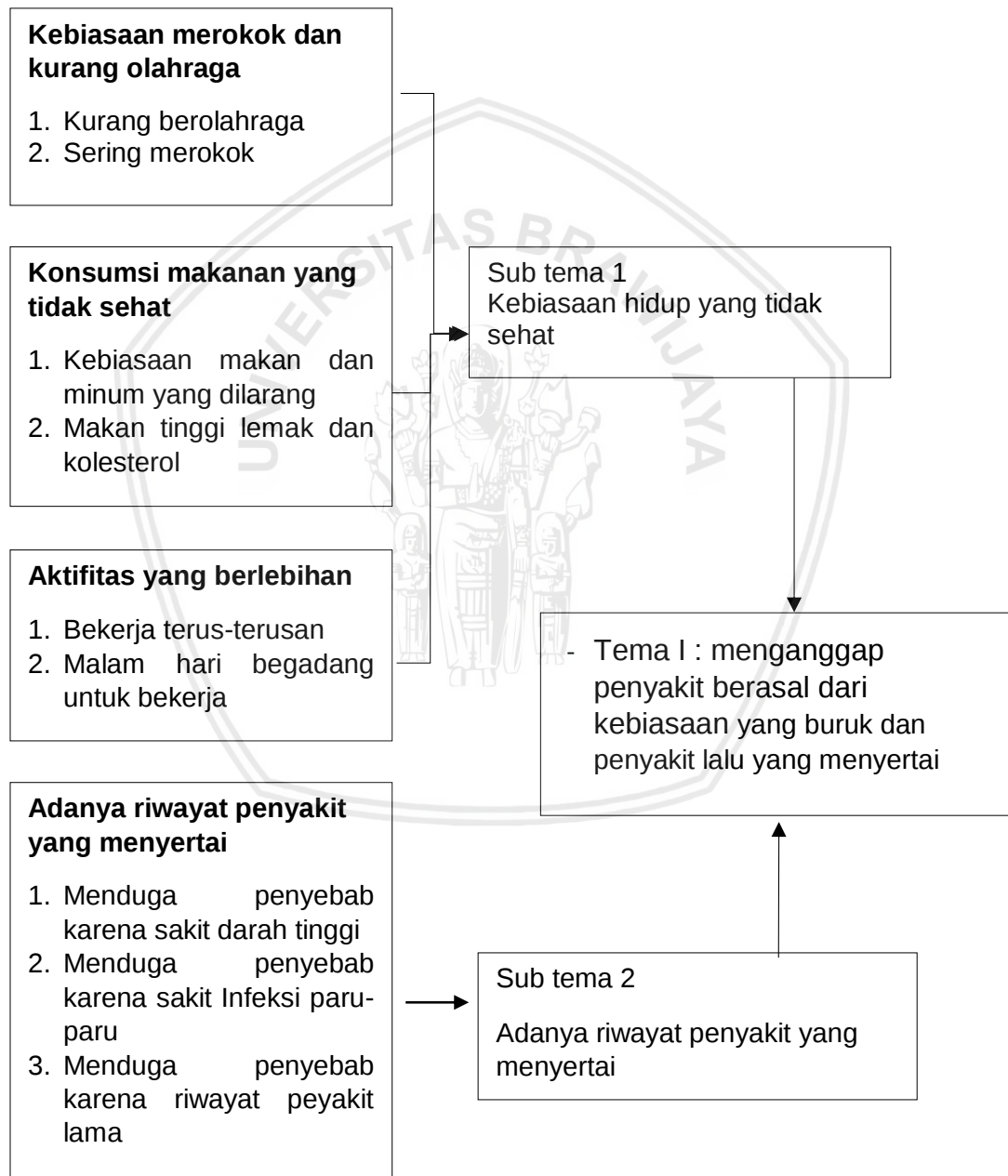
Apa ya mas, eeh, mungkin penyebabnya diabetes e, kan ibu juga kena sakit diabetes, itu matanya juga gak bisa lihat, kayak burem gitu mas (P4)

...pertamanya stroke kok moro-moro (tiba-tiba) ada jantungnya, mungkin ada hubungannya dengan strokenya itu, terus disamping stroke itu kan pola makannya juga gak di jaga, jadi maleh komplikasi banyak. .(P5)

Pernyataan dari beberapa partisipan di atas mengungkapkan bahwa penyakit sebelumnya merupakan penyebab dari gangguan jantung. Perkataan yang mendukung pernyataan itu adalah “pengaruh infeksi paru-paru”, “penyebabnya

diabetes”, “mungkin ada hubungannya dengan strokenya itu”, hal ini yang berarti bahwa penyebab timbulnya SKA karena penyakit yang telah diderita oleh keluarga partisipan tidak terjadi secara tiba-tiba

Ringkasan tema menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



4.3.2 Ke Gambar 4.1 Tema Menganggap Penyakit Berasal Dari Kebiasaan Yang Buruk Dan Penyakit Lalu Yang Menyertai

Tema ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA menjelaskan tentang ketidak mampuan partisipan dalam mengartikan tanda gejala serangan jantung pada saat anggota keluarga lain mengalami gejala serangan SKA pertama kali. Tema ini memiliki dua subtema yaitu: ketidaktahuan tentang gejala dan kesalahan dalam mengenali gejala. .

Subtema ketidaktahuan tentang gejala mengandung arti bahwa pada saat pertama serangan SKA, partisipan tidak tahu bahwa gejala tersebut merupakan gejala yang terjadi ketika serangan SKA. Hal ini terlihat dari berbagai ucapan partisipan yang tertuang dalam pernyataan ini :

...ini ya sudah terlentang seperti lele yang dipukul itu, dibanting-banting kepalanya ini... saya juga tidak tahu kenapa ini, terus saya panggil keponakan... .(P1)

...lidahnya gak bisa merasakan dan lemes Pertamanya gak, gak tahu kalau itu sakit jantung... .(P3)

Pernyataan partisipan di atas mengandung makna bahwa ketika anggota keluarga mengalami serangan SKA, mereka tidak menyadari bahwa gejala yang nampak tersebut merupakan gejala dari SKA. Pernyataan tersebut dapat dilihat pada ungkapan “saya juga tidak tahu kenapa ini” dan “pertamanya gak gak tahu”. Ungkapan partisipan tersebut berarti bahwa partisipan tidak tahu bahwa gejala yang dialami oleh anggota keluarga tersebut merupakan gejala dari serangan SKA.

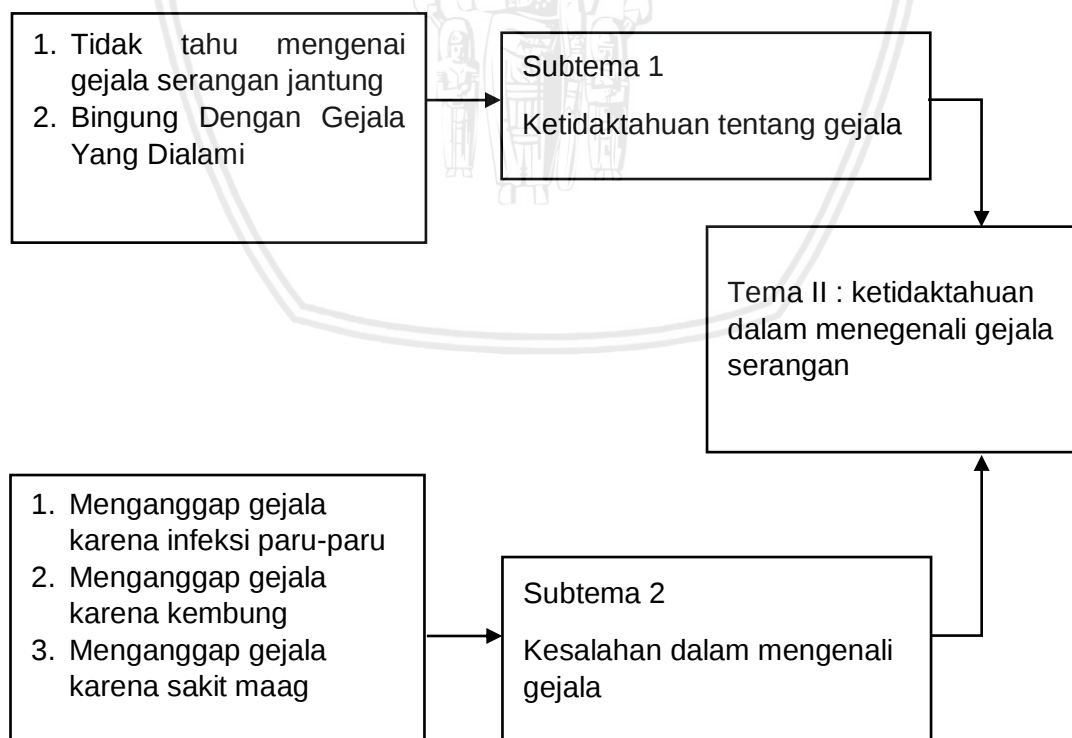
Subtema selanjutnya adalah kesalahan dalam mengenali gejala . subtema ini mempunyai arti bahwa partisipan menafsirkan gejala serangan SKA yang terjadi pada anggota keluarga bukan gejala dari penyakit SKA. Hal ini dapat dilihat dalam pernyataan partisipan di bawah ini:

...sering panas terus kayak di tus tus ke punggung terus minta pijet, ya saya pijati pak punggungnya itu... ...saya kira ya Cuma pengaruh infeksi paru-parunya itu .(P2)

Ibuk kayak sesek gitu, gak bisa nafas... terus bagian perut, apa itu, seperti kembung... .(P4)

Pernyataan partisipan di atas menunjukkan bahwa partisipan menganggap gejala yang terjadi ketika serangan SKA terjadi pada anggota keluarga lain merupakan akibat dari penyakit yang pernah diderita sebelumnya. Pernyataan ini dapat dilihat pada ungkapan “pengaruh infeksi paru-parunya” dan “apa itu, seperti kembung”. Ungkapan tersebut berarti bahwa partisipan menganggap gejala serangan SKA tersebut merupakan gejala dari penyakit sebelumnya yang pernah diderita oleh anggota keluarga tersebut.

Ringkasan tema ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.2 Tema Ketidaktahuan Dalam Mengenali Gejala Serangan

4.3.3 Tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui

Tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui memberi gambaran mengenai respon pertama kali yang dilakukan oleh partisipan untuk segera melakukan tindakan ketika serangan SKA muncul. Tema ini berasal dari dua subtema, yaitu melakukan tindakan mandiri dan membawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

Subtema pertama dari tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui adalah melakukan tindakan mandiri. Subtema ini merupakan suatu bentuk upaya yang dilakukan sendiri dengan tindakan yang dilakukan tanpa adanya tenaga kesehatan. Adapun bentuk pernyataan partisipan yang menjelaskan hal ini adalah :

.... saya ambilkan minyak kayu putih, saya hangatkan air saya isikan ke botol..... terus saya pijati terus katanya tidak berkurang... .(P1)

Waktu itu saya kasih air minum panas, sama yang kasih minyak angin (minyak kayu putih)... .(P5)

Pernyataan partisipan di atas menerangkan bahwa upaya yang dia lakukan untuk melakukan pertolongan pertama ketika serangan itu terjadi adalah dengan memberikan minyak kayu putih, dipijat, dan air panas. Ungkapan yang menunjukkan bahwa upaya yang dilakukan ketika melakukan pertolongan pertama adalah “ saya kasih minyak kayu putih...terus saya pijati” dan “air minum panas”

Sub tema selanjutnya dari tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui yaitu membawa ke pelayanan kesehatan. Subtema ini menjelaskan ketika serangan terjadi partisipan langsung membawa ke pelayanan kesehatan. Pernyataan partisipan yang menunjukkan hal ini adalah :

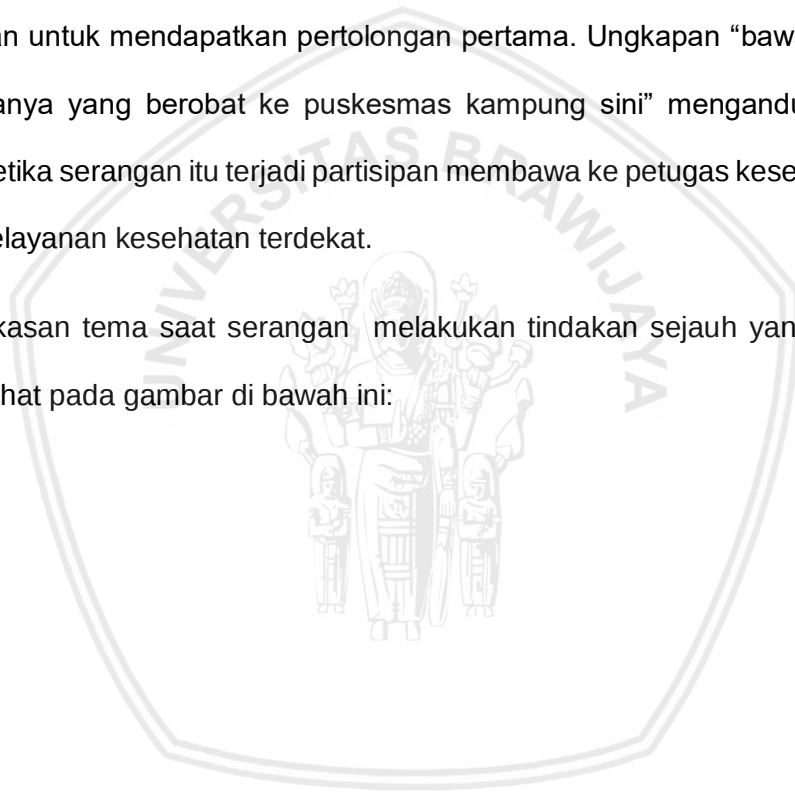
...tindakan pertama saya ya, Cuma saya bawa ke bidan itu saja... .(P2)

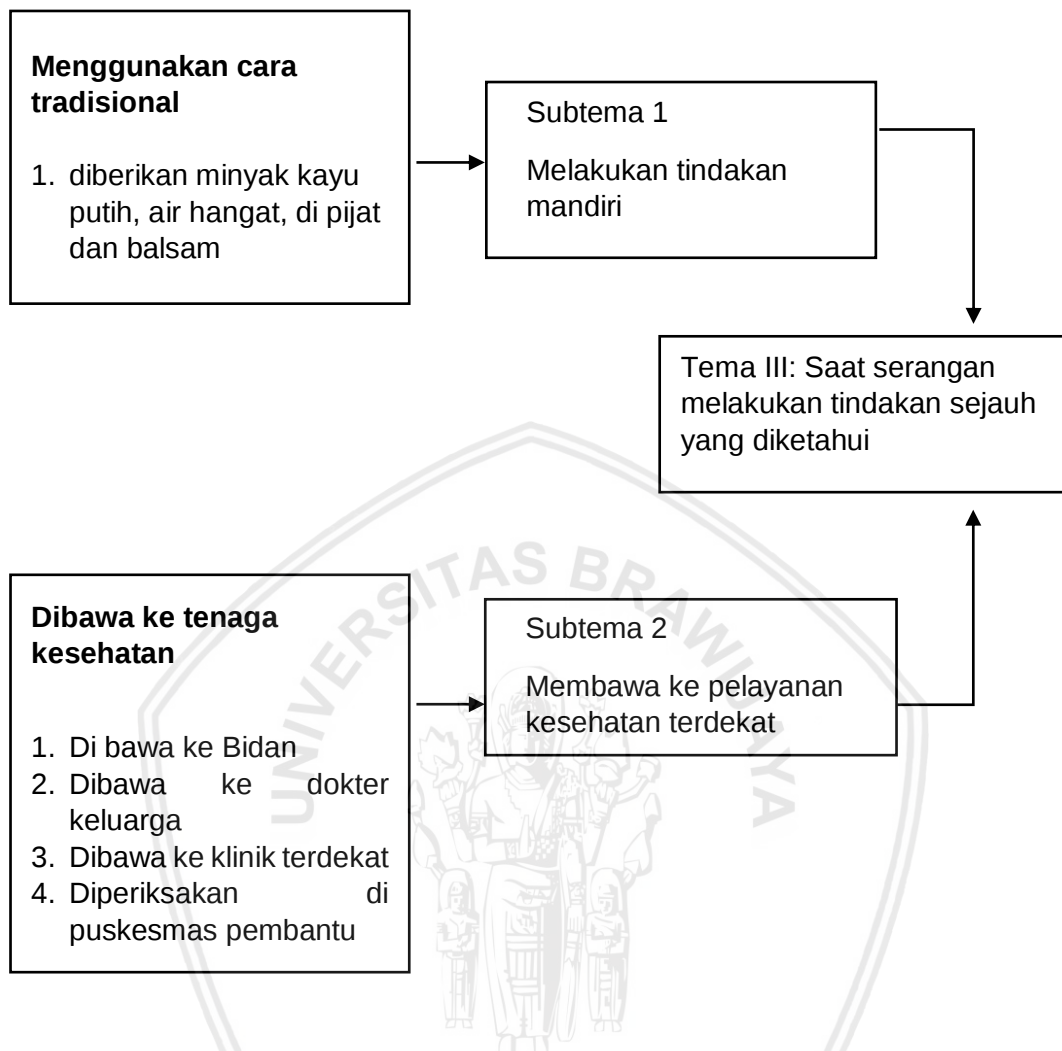
... waktu terasa bapak terasa dadanya panas itu,kitanya yang berobat ke puskesmas kampung sini, terus dikasih obat, tapi kok tidak ada perubahan... .(P5)

...saya langsung bawa bapak ini ke klinik albasirah, terus disana direkam jantung, sama dokternya dibilangi ada kelainan di jantung terus saya disuruh langsung ke rumah sakit kepanjen... (P8)

Pernyataan partisipan di atas mengungkapkan bahwa upaya yang dilakukan ketika serangan SKA terjadi partisipan langsung membawa ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pertolongan pertama. Ungkapan “bawa ke bidan” dan “Kitanya yang berobat ke puskesmas kampung sini” mengandung makna bahwa ketika serangan itu terjadi partisipan membawa ke petugas kesehatan yang ada di pelayanan kesehatan terdekat.

Ringkasan tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui dapat dilihat pada gambar di bawah ini:





Gambar 4.3 Tema Saat Serangan Melakukan Tindakan Sejauh Yang Diketahui

4.3.4 Tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga

Tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar partisipan memberi penjelasan tentang kendala ketika mencari pelayanan gawat darurat yang disebabkan karena kurang siapnya orang di dekat partisipan yang dianggap mampu untuk memberikan pertolongan dan membantu untuk segera mendapatkan pelayanan gawat darurat . Tema ini berasal dari dua subtema yaitu

tidak adanya keluarga di dekat dan tidak adanya petugas kesehatan ketika dibutuhkan.

Tidak adanya keluarga di dekat merupakan subtema pertama dari tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga. Subtema ini mempunyai makna bahwa untuk mendapatkan pelayanan gawat partisipan tidak bisa meminta bantuan anggota keluarga terdekat dengan cepat. Adapun bentuk pernyataan partisipan yang mendukung subtema ini adalah sebagai berikut:

Ya paling setengah jam an, nunggu yang ngantarin, lha ndak ada lagi yang bisa nolong e, anak-anak juga jauh semua .(P1)

...mau minta tolong siapa mas, ya ndak ada... Cuma keluarga yang tua-tua, itu pun juga jauh, jadi gak bisa... .(P5)

Kedua pernyataan partisipan di atas menjelaskan bahwa ketika serangan terjadi tidak ada anggota keluarga yang berada di dekatnya untuk membantu untuk mengantar ke pelayanan kesehatan terdekat. Pernyataan ini didukung oleh ungkapan “nunggu yang ngantarin” yang berarti bahwa untuk mengantar anggota keluarga ke pelayanan kesehatan agar mendapatkan pertolongan segera partisipan menunggu seseorang yang bisa mengantar, dan “tua-tua itu pun juga jauh” yang mempunyai makna bahwa keluarga yang menjadi harapan partisipan untuk menolong berada jauh dari partisipan dan usia keluarga yang tidak memungkinkan untuk menolong.

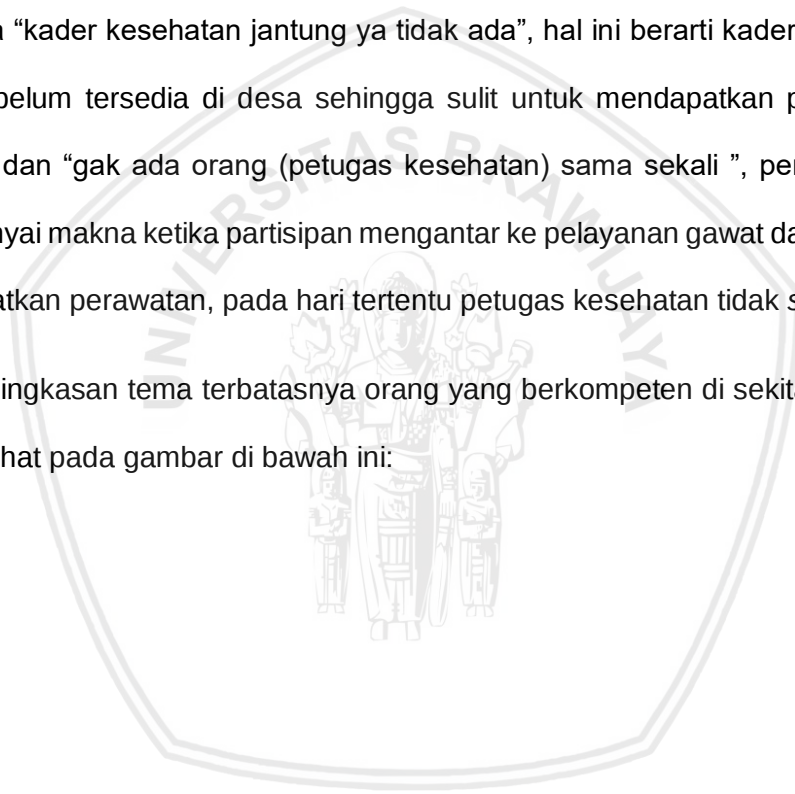
Subtema kedua dari tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga adalah tidak adanya petugas kesehatan ketika dibutuhkan. Subtema ini memiliki arti bahwa ketika partisipan meminta pertolongan kepada petugas untuk meminta pertolongan pertama pada anggota keluarga yang terkena serangan tidak ada petugas kesehatan yang siap untuk melakukan pertolongan. Pernyataan partisipan yang menjelaskan tidak adanya petugas kesehatan adalah

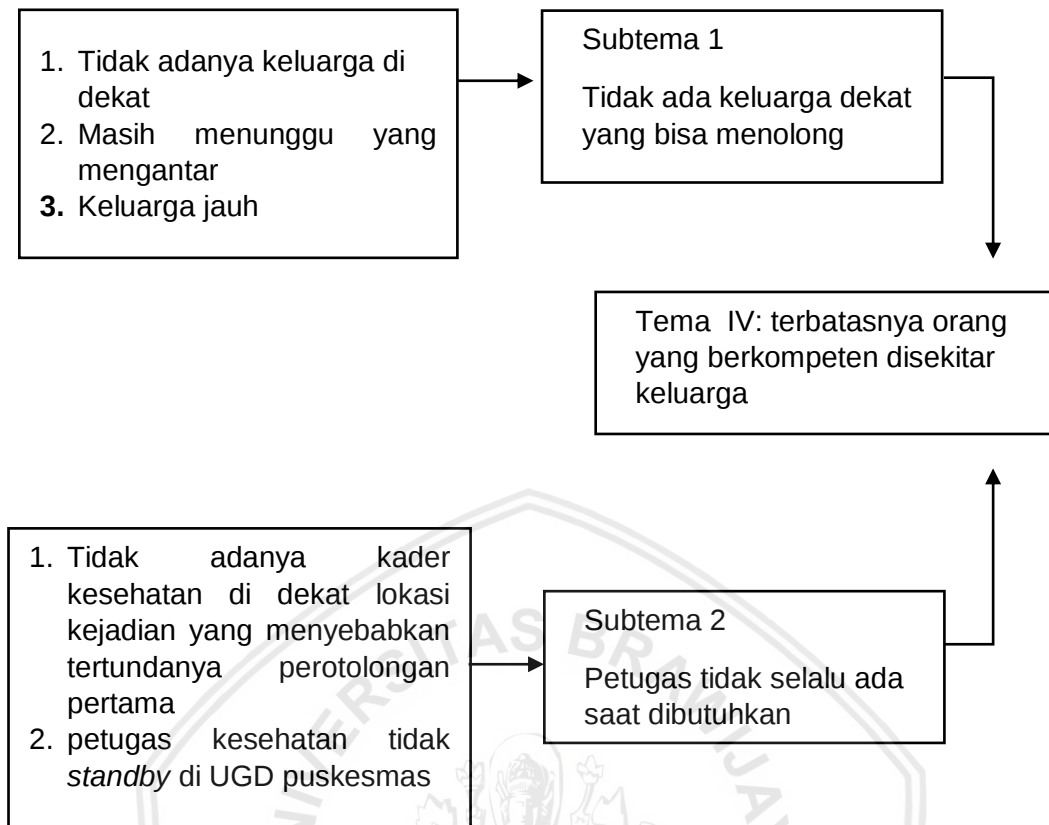
... kalau kader kesehatan jantung ya tidak ada mas, ada ya Cuma bidan desa itu saja tidak 24 jam .(P1)

Iya mas sore itu di UGD gak ada orang (petugas kesehatan) sama sekali, bapak ini kan juga sesek, lemes, istilah e kan apa itu, butuh pertolongan cepat, lha ini petugas pada kemana .(P3)

Pernyataan dari kedua partisipan di atas mempunyai makna bahwa tidak terdapat petugas kesehatan untuk melakukan pertolongan pertama ketika serangan itu terjadi. Ungkapan yang mendukung hal tersebut dapat dilihat pada kata-kata “kader kesehatan jantung ya tidak ada”, hal ini berarti kader kesehatan jantung belum tersedia di desa sehingga sulit untuk mendapatkan pertolongan pertama dan “gak ada orang (petugas kesehatan) sama sekali”, pernyataan ini mempunyai makna ketika partisipan mengantar ke pelayanan gawat darurat untuk mendapatkan perawatan, pada hari tertentu petugas kesehatan tidak *stand by*.

Ringkasan tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga dapat dilihat pada gambar di bawah ini:





Gambar 4.4 Tema Terbatasnya Orang Yang Berkompoten Disekitar Keluarga

4.3.5 Tema ketidaktahuan tentang sistem pelayanan di pelayanan kesehatan

Tema ketidaktahuan tentang sistem pelayanan di pelayanan kesehatan memberikan gambaran mengenai pelayanan gawat darurat di puskesmas yang dirasa oleh partisipan tidak menentu dan membingungkan ketika partisipan memanfaatkan pelayann tersebut. Tema ini disusun dari dua subtema yaitu waktu pelayanan BPJS di puskesmas yang sebentar dan fasilitas BPJS yang merepotkan keluarga.

Subtema pertama adalah waktu pelayanan BPJS di puskesmas yang setengah hari mempunyai arti bahwa pelayanan BPJS di puskesmas pada hari

tertentu melayani tidak penuh jam kerja hanya sampai siang hari . Pernyataan partisipan yang berhubungan dengan hal ini dapat dilihat dari kutipan wawancara di bawah ini:

...sementara operasionalnya puskesmas kalau hari minggu atau sabtu kan biasanya setengah hari pas itu kan BPJS faskes pertamanya bapak itu kan di puskesmas, pas kesana di depan itu gak ada orang dibelakang itu ada rawat inap, terus bapak ini kemana?.... .(P3)

Pernyataan partisipan di atas menunjukkan bahwa jam pelayanan BPJS yang setengah hari dan tidak adanya petugas BPJS membuat partisipan terkendala untuk segera menggunakan fasilitas BPJS sehingga perawatan gawat darurat menjadi tertunda. Ungkapan yang mendukung hal tersebut adalah "kalau hari minggu atau sabtu kan biasanya setengah hari" dan "pas kesana di depan itu gak ada orang".

Subtema kedua dari tema ketidakjelasan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan ialah fasilitas BPJS yang merepotkan keluarga. Subtema tersebut menjelaskan tentang fasilitas BPJS yang mengurus tenaga dan waktu dari keluarga. Pernyataan yang berkaitan dengan subtema ini dapat dilihat di bawah ini:

BPJSnya kan kenapa gak, gak ke semuanya langsung, gak minta rujukan langsung dipakek bisa gitu loh mas maksudnya .(P3)

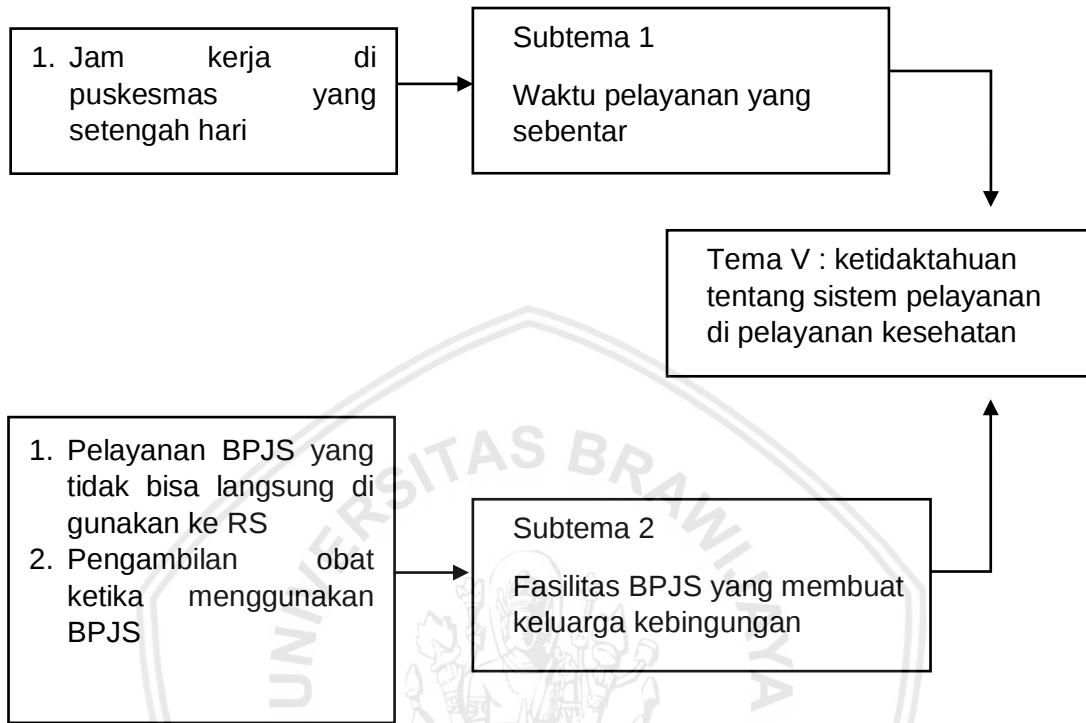
Hemm..gampang sih, tapi, semenjak pakai BPJS kan harus minta rujukan dulu ke puskesmas baru ke kepanjen... ;...aktifnya baru 2 minggu kemudian... .(P4)

Cuma itu aj sih, obat itu loh mas berangkat pagi sampai malam...;...kok sampek segitu itu loh apa karena banyak yang pakek BPJS itu ya... .(P5)

..disana juga gitu antri seharian di apotek, ya gimana orang namanya cari obat .(P4)

Dua pernyataan di atas menjelaskan mengenai beberapa kendala yang dialami oleh partisipan dalam menggunakan BPJS antara lain penggunaan BPJS yang tidak bisa langsung, pengaktifan BPJS yang lama, antri pengambilan obat

yang lama dan banyak. Ringkasan tema ketidaktahan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.5 Tema Ketidaktahuan Tentang Sistem Pelayanan Di Pelayanan Kesehatan

4.3.6 Tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat

Tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat menggambarkan mengenai tindakan yang sebisanya dilakukan oleh partisipan ketika membawa keluarga partisipan ke pelayanan gawat darurat dengan segera dan mengakses ke pelayanan gawat darurat. Tema ini dibentuk dari dua subtema yaitu penggunaan kendaraan yang secepat mungkin bisa didapatkan dan bantuan orang terdekat untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat.

Subtema yang pertama dari tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat adalah penggunaan kendaraan yang secepat mungkin bisa di dapatkan. Subtema ini menjelaskan tentang cara partisipan untuk bisa mengakses ke pelayanan darurat dengan menggunakan kendaraan yang cepat didapat. Penjelasan partisipan yang menjelaskan hal ini yaitu sebagai berikut:

... bukan ambulance, kendaraan biasa..... Enggak..enggak...sepeda motor, pinjam tetangga sebelah gitu kok e; ... yang nyetir ponakan saya... .(P1)

Malah pakai mobil pribadi, soalnya itu menisan sewa mobilnya itu loh mas, dari cakra pulang dulu kesini ngambil pakaian dan tas gitu, dan ada kerabat lain yang ikut... .(P4)

Yang ngantar ke puskesmas ya anak-anaknya, satu keluarga penuh pokoknya di 1 mobil, mobil sendiri kita berangkat semua .(P3)

Lha kan klo berangkatnya dari rumah kok pakek ambulance mas, wong kita kan bisa jalan gitu loh, ya berangkat naik sepeda motor itu... .(P5)

Pernyataan di atas menggambarkan cara tercepat partisipan untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat. Kendaraan bermotor pribadi menjadi pilihan tercepat dan termudah untuk digunakan mengakses ke pelayanan gawat darurat.

Bantuan orang terdekat untuk mengakses pelayanan gawat darurat merupakan subtema terakhir dari tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat. Subtema ini menjelaskan mengenai partisipan meminta bantuan kepada keluarga terdekat untuk mengantar ke pelayanan gawat darurat terdekat ketika gejala SKA menyerang. Adapun bentuk pernyataan partisipan yang mendukung subtema ini yaitu:

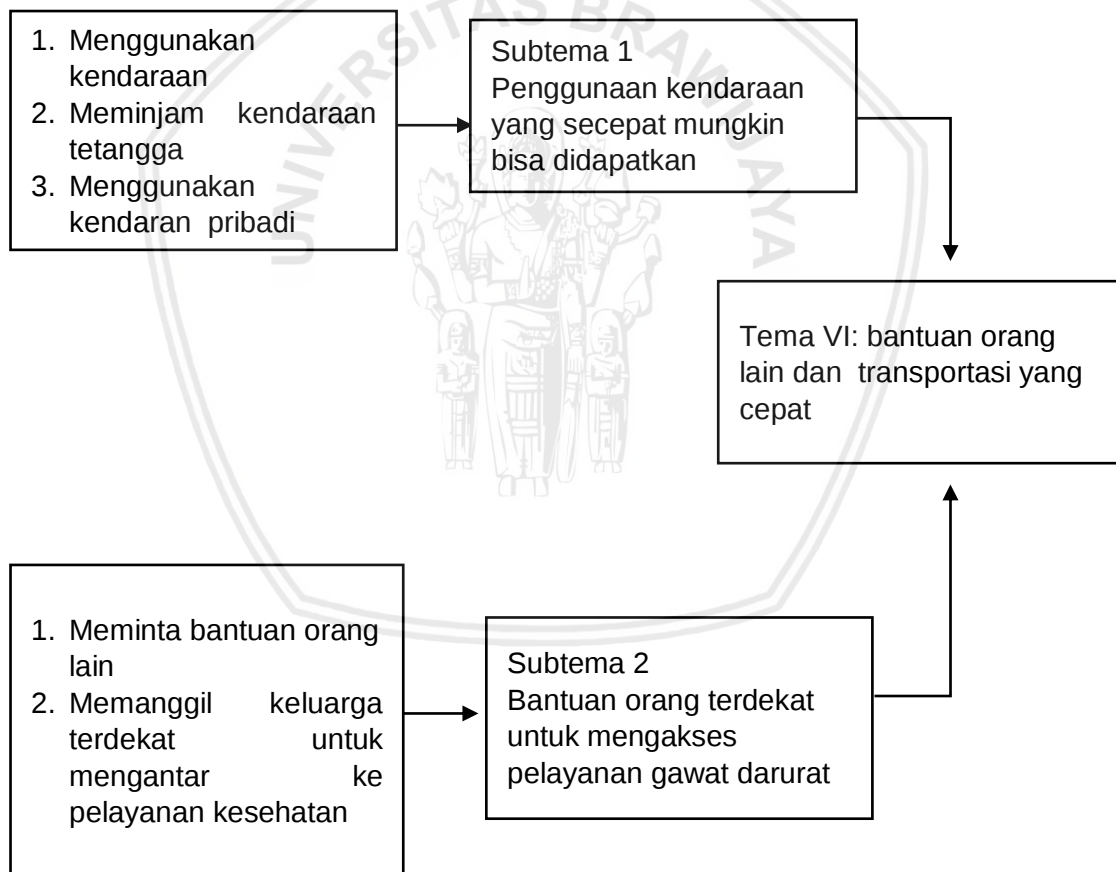
Jadinya saya bangunin keponakan saya itu terus setelah itu saya suruh mengantar" .(P1)

...berangkatnya ke puskesmas ya diantar sama orang sini, naik motor .(P2)

Ya itu adiknya ibu, jadi begitu ibu terkena serangan, kan manggil-manggil saya, terus saya datang, saya kaget mas, terus saya panggil paklek itu, biar nanti bisa ngantar ke cakra .(P4)

Pernyataan di atas menggambarkan tentang ketidakmampuan partisipan ketika akan mengantar anggota keluarga yang mengalami serangan SKA dengan meminta bantuan keluarga atau orang yang dipercaya.

Ringkasan tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.6 Tema Bantuan Orang Lain Dan Transportasi Yang Cepat

4.3.7 Tema menginginkan pelayanan yang informatif, lengkap dan segera

Tema menginginkan pelayanan yang informatif, lengkap dan segera merupakan tema yang menjelaskan tentang kebutuhan informasi akan pelayanan secara lengkap dan mendetail tentang penyakit dengan bahasa yang mudah dipahami dan cepat dalam penanganan penyakit SKA . Tema ini terdiri dari dua subtema yaitu keadekuatan informasi penyakit dan terapi, kebutuhan pelayanan pengobatan yang cepat dan lengkap.

Subtema yang pertama dari tema pelayanan yang informatif dan segera adalah keadekuatan informasi penyakit dan terapi. Subtema ini menjelaskan tentang kebutuhan informasi yang lengkap mengenai terapi serta penjelasan akan penyakit SKA yang dialami oleh anggota keluarga dengan yang bahasa mudah untuk dipahami. Pernyataan yang menunjukan subtema ini yaitu:

apa sih yang harus ini, apa sih itu,aoa suami saya ini bisa sembuh total, apa bagaiana gitu loh, kadang di rumah sakit tidak mau anu e, di kepanjen kan tidak mau anu e, Cuma di kasih tahu ini sakit jantung, nanti ngamar, sudah begitu saja .(P2)

Ya informasi masalah jantung iku, pengenya ya pengen tahu harus seperti apa, opo iku supaya sembuh, informasi apa aja, pengen tahu sebenere, perawatan yang seperti apa... .(P5)

Di UGD gak dikasih tahu mas tentang pencegahannya, Cuma dikasih tahu kalau sakit jantung ini bisa terjadi berulang .(P6)

...ya Cuma bilang sakit jantung gitu..koroner ta apa gitu ...waktu itu dokternya kalau menjelaskan terlalu singkat ...ini jantung koroner harus dijaga makannya semacam itu...;...cuma kan pakaki bahasa kesehatan saya gak ngerti .(P4)

...ke bokor, maksud saya kan ke bokor biar jelas penyakitnya apa, jadinya tidak khawatir lagi.” .(P1)

Pernyataan partisipan di atas menjelaskan bahwa ketika berada di UGD partisipan membutuhkan akan informasi mengenai penyakit jantung yang diderita oleh keluarga partisipan yang meliputi cara pencegahan, cara perawatan dan terapi yang diperlukan agar penyakit yang dialami oleh keluarga partisipan bisa

sembuh. Penjelasan tentang penyakit dan terapi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.

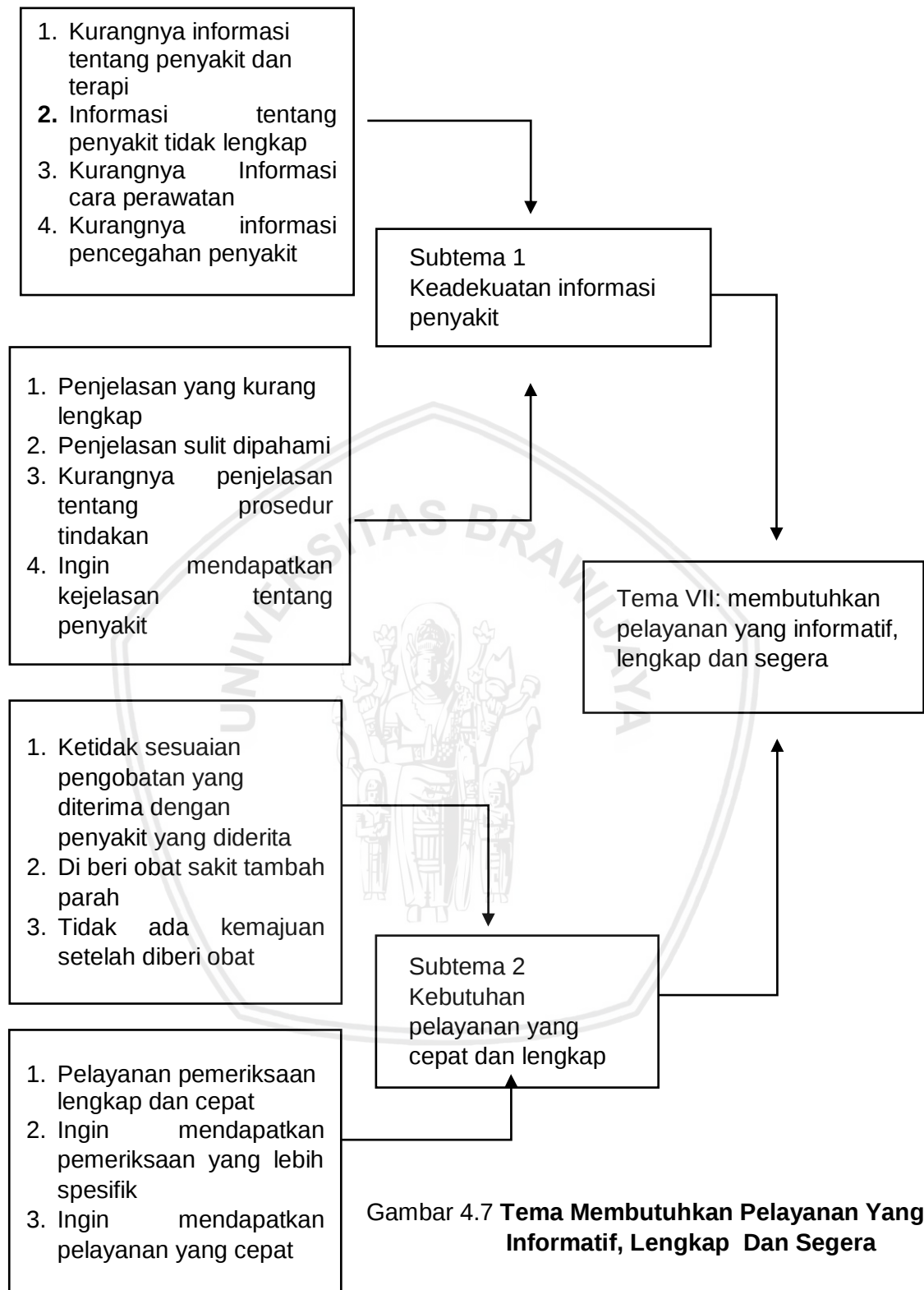
Subtema selanjutnya dari tema pelayanan yang informatif dan segera adalah pelayanan pengobatan yang cepat dan lengkap. Subtema ini menjelaskan tentang kebutuhan akan pelayanan yang memberikan pemeriksaan secara lengkap dan pengobatan yang tepat untuk serangan SKA. Hal tersebut dapat dilihat pada ungkapan partisipan di bawah ini:

Ya itu kan merasa panas dadanya, terus periksa ke puskesmas yang dikampung ini dikasih obat anti nyeri tapi tetep aja, terus kontrol lagi ke situ, masih tetep. .(P5)

Katanya Cuma hipertensi asam lambung Cuma gitu aja kan soalnya bapak kan awalnya sakitnya Cuma kolesterol tinggi dan asam lambung langsung dikatakn gitu, q spesifik gitu loh mas lag periksa lah terus kita kan bingung mau gimana, gak tahu sakitnya gak tahu... .(P3)

Maunya sih waktu itu ya secepatnya dkasih obat jantung apa gimana, tapi disitu malah gak dikasih obat...; Ya segera pasien itu, segera dilayani segera kasih obat, ya gitu .(P4)

Pernyataan partisipan di atas menjelaskan bahwa pelayanan pemeriksaan untuk SKA yang diterima oleh keluarga ketika berada di pelayanan gawat darurat tidak lengkap dan spesifik serta pengobatan yang diterima tidak sesuai dengan gejala SKA seperti yang dialami oleh anggota keluarga. Ringkasan tema menginginkan pelayanan yang informatif dan segera dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.7 Tema Membutuhkan Pelayanan Yang Informatif, Lengkap Dan Segera

4.3.8 Tema kompleksitas stress emosional

Tema kompleksitas stress emosional merupakan tema yang menjelaskan tentang reaksi secara emosional yang dirasakan oleh partisipan ketika keluarga partisipan sedang berada di UGD dan mendapatkan perawatan. tema ini terdiri dari 2 buah sub tema yaitu takut dengan situasi ruang perawatan dan cemas ketika berpisah dengan pasien.

Subtema takut dengan situasi ruang perawatan menjelaskan bahwa partisipan ketika berada di UGD merasa asing dengan ruang perawatan yang ada di UGD dan melihat peralatan yang pertama kali dilihat. Pernyataan partisipan yang mendukung subtema dapat dilihat di bawah ini:

...bagaimana, kalau tidak ikut ke dalam tambah tidak sabar saya, meskipun di dalam UGD ya gak berani juga... .(P1)

Ditambah lagi bunyi monitor jantungnya itu aduh, tambah wes gimana gitu gak tega .(P7)

Pernyataan partisipan di atas mengungkapkan bahwa ketika partisipan di dalam ruang perawatan UGD partisipan merasa takut dengan situasi yang ada di UGD terutama ketika melihat monitor jantung yang pertama kali dilihat oleh partisipan.

Subtema terakhir dari kompleksitas stres emosional adalah cemas ketika berpisah dengan pasien. Subtema ini menjelaskan perasaan partisipan ketika berpisah atau tidak menemani anggota keluarga yang dirawat di ruang perawatan UGD. Pernyataan partisipan yang berhubungan dengan hal ini yaitu:

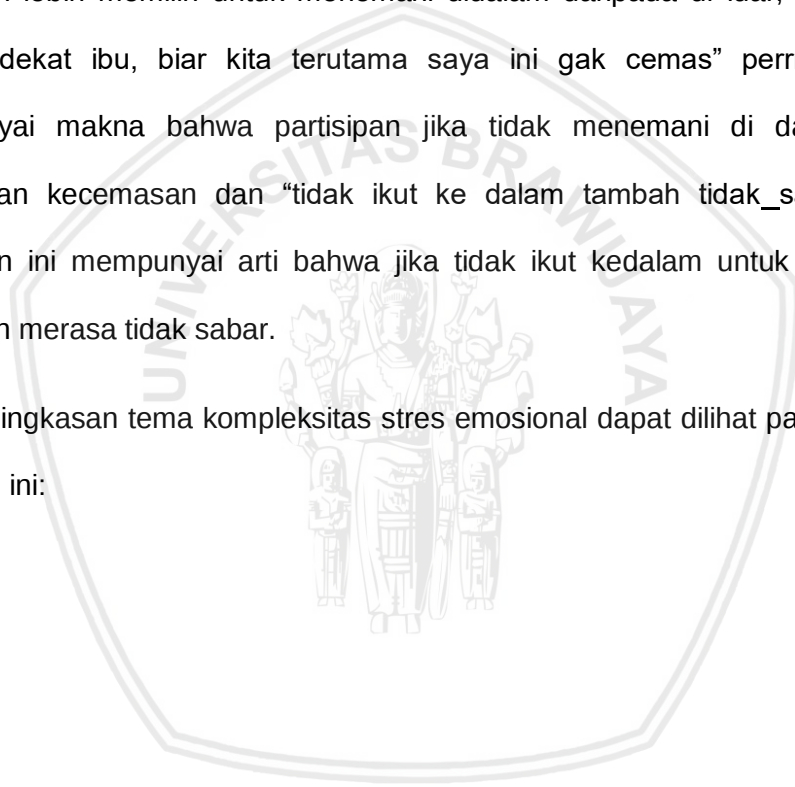
Ya cemas gitu, kan semalam itu gak bisa istirahat gak bisa apa...;..., tapi mending saya mas yang menemani, klo diluar pas gantian gitu, mesti kepikiran keadaan ibu .(P4)

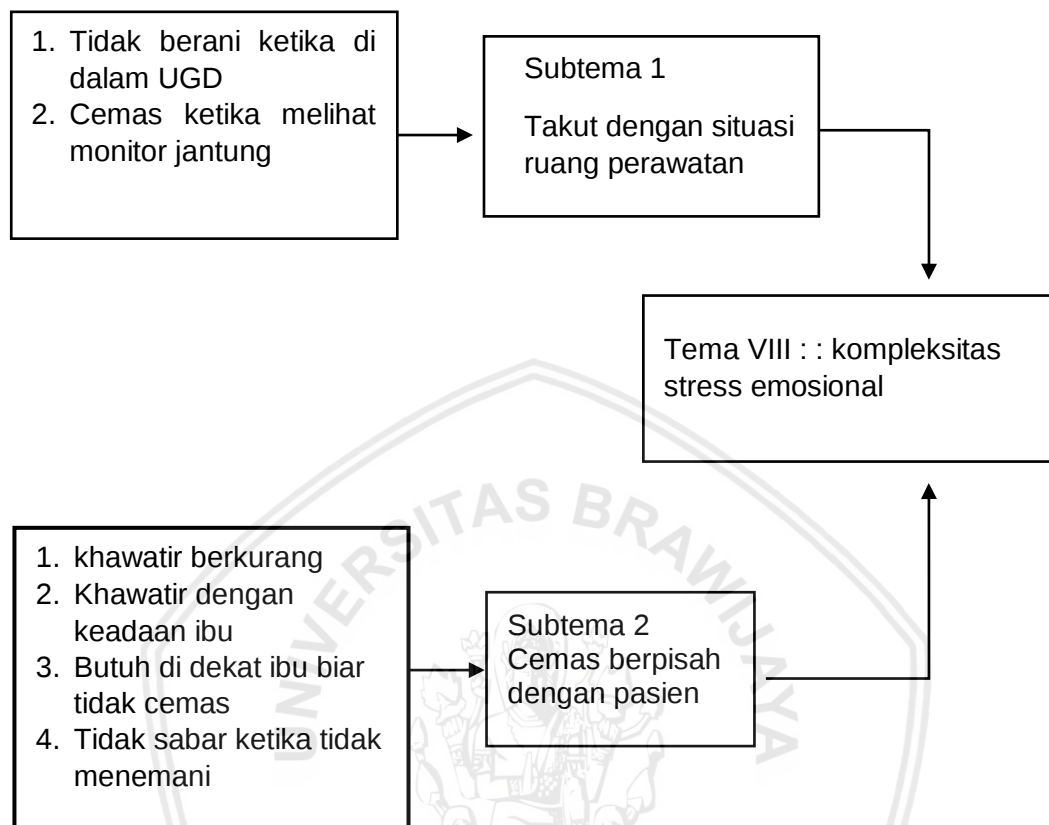
Menurut saya yah butuh didekat ibu, biar kita terutama saya ini gak cemas, terus kita kan juga maunya itu ngerti apa penyakit yang diderita .(P6)

lah bagaimana, kalau tidak ikut ke dalam tambah tidak sabar saya... .(P1)

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa ketika anggota keluarga mengalami serangan gejala SKA dan sedang mendapatkan perawatan di UGD partisipan merasakan kecemasan ketika tidak menemani di dalam UGD, dan menginginkan untuk terus menemani sampai sembuh. Hal ini dapat dilihat pada ungkapan “mending saya mas yang menemani” mempunyai makna bahwa partisipan lebih memilih untuk menemani didalam daripada di luar, “saya yah butuh didekat ibu, biar kita terutama saya ini gak cemas” pernyataan ini mempunyai makna bahwa partisipan jika tidak menemani di dalam akan merasakan kecemasan dan “tidak ikut ke dalam tambah tidak_sabar saya” ungkapan ini mempunyai arti bahwa jika tidak ikut kedalam untuk menemani partisipan merasa tidak sabar.

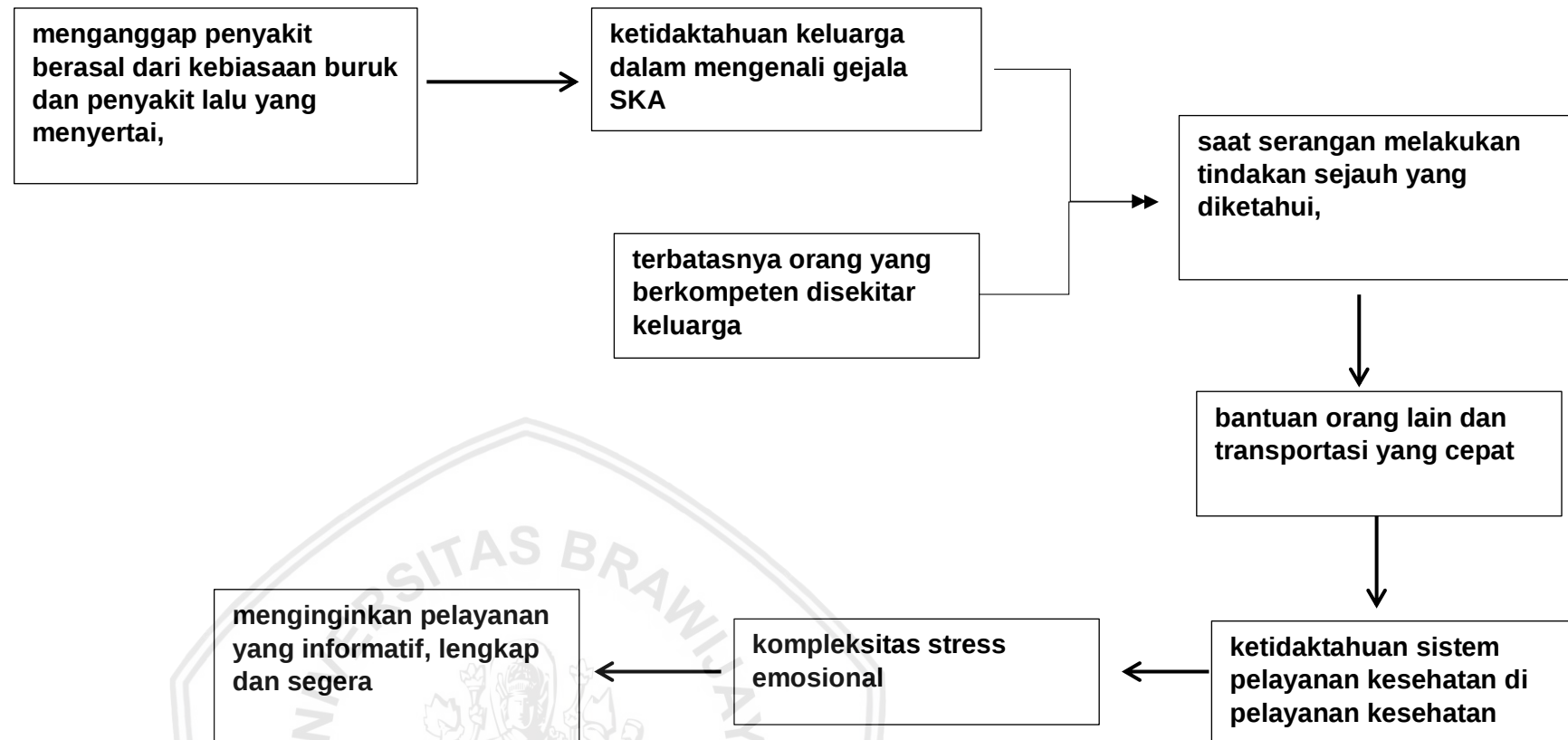
Ringkasan tema kompleksitas stres emosional dapat dilihat pada gambar di bawah ini:





Gambar 4.8 Tema Kompleksitas Stress Emosional

4.4 Keterkaitan Antar Tema



Gambar 4.9 Keterkaitan Antar Tema

Keterangan Bagan

Sindrom koroner akut atau SKA merupakan penyakit yang sering menyebabkan kematian yang mendadak. Keluarga mempunyai tugas dalam mengenali penyebab dari SKA tersebut, agar kualitas hidup dari orang yang terkena SKA dapat meningkat. Dalam mengenali penyebab SKA keluarga **menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai**. Hal ini tidak lepas dari adanya keluarganya yang setiap hari selalu bersama dengan orang yang terkena SKA, sehingga keluarga mengerti dengan semua pola hidup dari orang yang terkena SKA. Selain itu keluarga juga memperoleh informasi dari berbagai sumber mengenai penyakit SKA.

Peran keluarga lainnya adalah mengenali tanda dan gejala dari serangan SKA. bagi orang awam mengenali tanda dan gejala sangat sulit, sering masyarakat menganggap tanda dan gejala tersebut merupakan akibat dari penyakit lain seperti magh, pegal, masuk angin sehingga tidak berbahaya. **Ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA** ini dapat menyebabkan serangan SKA berakhir dengan kematian.

Terbatasnya orang yang berkompeten disekitar keluarga juga menjadi kendala yang dihadapi oleh keluarga dalam mendapatkan pertolongan dnegan segera. Hal ini disebabkan karena orang-orang yang dianggap lebih mampu untuk melakukan pertolongan seperti anggota keluarga yang lebih tua tidak berada di dekat keluarga dan tidak adanya petugas kesehatan yang *standby* atau bisa dihubungi. .

Dengan tidak adanya orang yang berkompeten dan tidka tahunya akan tanda dan gejala dari SKA, **saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui**. Tindakan yang dilakukan oleh keluarga hanya sebatas memberikan

balsem, air putih hangat, dan dipijat. Tindakan tersebut pada dasarnya tidak dapat mengurangi tanda dan gejala dari SKA, akan tetapi karena keterbatasan yang ada maka keluarga melakukan tindakan semampunya.

Untuk membawa ke pelayanan kesehatan yang terdapat pelayanan gawat darurat seperti puskesmas dan klinik, keluarga dengan **bantuan orang lain dan transportasi yang cepat**. Keluarga dalam memutuskan untuk dibawa ke pelayanan kesehatan membutuhkan keputusan dari orang yang lebih tua karena dianggap lebih berpengalaman dalam mengatasi suatu masalah. Karena kepanikan yang dialami oleh keluarga, untuk membawa ke pelayanan kesehatan juga keluarga membutuhkan kendaraan atau transportasi yang cepat atau mudah didapat. Ketika berada di pelayanan kesehatan, keluarga mengeluhkan pelayanan yang ada di pelayanan kesehatan beberapa keluhan tersebut seperti lamanya penggunaan asuransi kesehatan, lamanya mendapatkan obat. Hal ini dikarenakan **ketidaktahuan tentang sistem pelayanan di pelayanan kesehatan** oleh keluarga.

Keluarga ketika berada di pelayanan kesehatan memerlukan suatu informasi yang akurat mengenai kondisi anggota keluarganya yang sakit. Informasi tersebut sangat diperlukan oleh keluarga untuk mengurangi kecemasan yang terjadi, akan tetapi terkadang keluarga hanya mendapatkan suatu informasi yang tidak memuaskan. Harapan keluarga ketika berada di UGD merasa bahwa pelayanan yang diberikan kepada anggota keluarga mereka tidak dilakukan dengan segera. Oleh karena itu, keluarga **menginginkan pelayanan yang informatif, lengkap dan segera**

Ketika berada di pelayanan kesehatan pasien SKA hanya boleh ditemani oleh 1 penunggu. Aturan tersebut juga disampaikan secara lisan oleh tenaga kesehatan, tetapi ada beberapa keluarga yang tidak mengindahkan hal tersebut.

Ketika keluarga menghadapi suatu situasi gawat darurat yang dianggap mengancam jiwa akan muncul suatu **kompleksitas stress emosional** yang disebabkan adanya suatu ikatan emosional dengan anggota keluarga yang terkena serangan SKA. keluarga lebih memilih untuk menemani di dalam daripada hanya tahu dari luar.



BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pembahasan atas tema-tema yang telah ditemukan dari hasil penelitian yang mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam mencari pelayanan gawat darurat. Tema-tema ini akan dihubungkan dengan teori yang telah ada atau hasil penelitian yang terdahulu. Proses tersebut memungkinkan untuk didapakkannya konsep baru, berlawanan atau mendukung konsep yang telah ada. Disamping membahas tentang tema yang telah didapatkan, bab ini juga menjelaskan tentang implikasi hasil penelitian bagi keperawatan yang meliputi: pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian lanjutan dibidang keperawatan gawat darurat khususnya kardiovaskular. Selanjutnya, pada bagian akhir akan diuraikan mengenai berbagai keterbatasan yang terdapat pada proses penelitian.

5.1 Pembahasan hasil penelitian

Hasil analisis data menggunakan metode analisis tematik menunjukan 8 tema yang diperoleh dari penelitian kualitatif yang telah dilakukan. Tema-tema tersebut adalah 1) menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit lalu yang menyertai, 2) ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA, 3) saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui, 4) terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga, 5) ketidaktahuan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan, 6) bantuan orang lain dan transportasi yang cepat, 7) menginginkan pelayanan yang informatif dan segera, 8) kompleksitas stress emosional

5.1.1 Tema menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit yang menyertai

Tema menganggap penyakit berasal dari kebiasaan buruk dan penyakit yang menyertai merupakan tema pertama yang menjelaskan tentang persepsi keluarga mengenai penyebab dari serangan SKA.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga menganggap penyebab dari SKA adalah kebiasaan hidup yang tidak sehat dan riwayat penyakit yang menyertainya. Gaya hidup dan komplikasi dari penyakit kronis yang sudah diderita merupakan faktor yang paling sering muncul pada penderita SKA (Briffa, Chow, Clark, & Redfern, 2013; Lee *et al.*, 2017).

Kebiasaan hidup yang tidak sehat memberikan gambaran bahwa perilaku tidak sehat yang dimaksud adalah kurang berolahraga dan kebiasaan merokok, konsumsi makanan yang tidak sehat, aktifitas berlebihan, serta pengaruh penyakit lain. Seseorang dengan hiperlipidemia dan kebiasaan merokok merupakan bagian dari faktor resiko yang bisa menyebabkan SKA (Alkhawam *et al.*, 2016). Aktifitas berlebihan dapat diartikan sebagai aktifitas yang dilakukan terus dengan tidak memperhatikan kondisi tubuh juga dapat meningkatkan resiko terkena penyakit jantung (Reddigan *et al.*, 2011). Pola hidup seseorang seperti kebiasaan merokok, makan makanan yang berlemak, jam tidur kurang juga merupakan faktor resiko dari penyakit jantung. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pola hidup yang tidak sehat akan mempercepat terjadinya SKA (Atkins *et al.*, 2017; Staněk *et al.*, 2017; Zhang *et al.*, 2016). Namun, hasil penelitian bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Moholdt, *et al.*, (2017) yang mengatakan bahwa seseorang yang mempunyai aktifitas fisik yang tinggi mempunyai resiko SKA yang rendah.

Sedangkan penyakit yang menyertai memberikan makna bahwa SKA disebabkan karena penyakit yang sebelumnya telah diderita oleh anggota keluarga. Penyakit yang diderita yang dimaksud merupakan penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, dan gagal ginjal (El-menyar *et al.*, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Khaled & Matahen, (2017) mengatakan bahwa penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang paling sering muncul pada pasien SKA.

5.1.2 Tema ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA

Tema ketidaktahuan keluarga dalam mengenali gejala SKA merupakan tema kedua dari tujuan penelitian dua yaitu mengeksplorasi pengetahuan keluarga pasien SKA dalam mengenali tanda dan gejala SKA yang menjelaskan bahwa keluarga tidak dapat mengetahui tanda dan gejala dari serang SKA.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa partisipan tidak mengetahui dan mengenal tanda dan gejala dari SKA. Hal ini ditunjukkan dengan adanya kesalahan dalam mengartikan tanda dan gejala dari serangan SKA. Partisipan mengartikan tanda dan gejala serangan yang dialami oleh anggota keluarga merupakan gejala dari penyakit yang telah dimilikinya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mol *et al.*, (2016) yang menyebutkan bahwa 80% masyarakat menganggap gejala nyeri dada pada pasien SKA merupakan manifestasi dari penyakit muskuloskeletal, gastro-intestinal, psikologis, atau pernapasan.

Ketidakmampuan dalam mengenali tanda dan gejala SKA ini menunjukkan bahwa belum adanya pengalaman partisipan dalam menghadapi kejadian yang sama dan belum terpapar oleh informasi tentang serangan SKA. Fathi *et al.*, (2015) mengatakan bahwa faktor utama yang paling berhubungan dengan penundaan untuk mendapatkan pengobatan adalah mengartikan gejala. Karena kurangnya

tingkat kesadaran masyarakat terhadap penyakit jantung, seringkali tanda dan gejala diartikan sebagai penyakit akibat dari penyakit lain (Fathi *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.*, 2014). Kesulitan dalam melakukan interpretasi tersebut bisa menyebabkan adanya keterlambatan dalam penanganan SKA (O'Donnell, *et al.*, 2014). Hal ini diperkirakan karena pengetahuan yang didapat oleh keluarga sangat terbatas.

Pengetahuan masyarakat umum mengenai tanda dan gejala PJK tergolong rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Intas *et al.*, (2015) menjelaskan bahwa tidak ada masyarakat umum yang mampu menjawab semua pertanyaan mengenai tanda dan gejala serangan jantung yang tepat. Hal yang serupa juga diungkapkan oleh (Whitaker *et al.*, 2012). Penelitian mereka menemukan bahwa pengetahuan tentang gejala infark miokard pada masyarakat umum masih dalam kategori kurang. Berdasarkan hal itu, salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai SKA adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan.

Pengetahuan yang baik mengenai tanda dan gejala sangat dibutuhkan oleh masyarakat umum terutama mereka yang memiliki resiko tinggi. Adanya pengetahuan yang baik akan memberi kemudahan bagi masyarakat umum dalam mengenali tanda dan gejala SKA pada saat serangan dan melakukan usaha untuk mencari pengobatan sesegera mungkin. Oleh sebab itu, perlu dilakukannya pengenalan SKA oleh petugas kesehatan ke masyarakat umum

5.1.3 Tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui

Tema saat serangan melakukan tindakan sejauh yang diketahui merupakan tema yang menjelaskan tujuan penelitian yaitu mengeksplorasi

tindakan respon keluarga pasien SKA ketika terjadi serangan SKA di lokasi kejadian. Tema ini menjelaskan tentang tindakan pertolongan pertama partisipan ketika anggota keluarga terkena serangan SKA.

Pada penelitian ini beberapa partisipan melakukan tindakan mandiri ketika serangan itu terjadi, yaitu dengan memberikan tindakan non medis seperti memberikan pijatan, air hangat, minyak kayu putih dan balsam. Hal ini dilakukan karena partisipan menanggapi bahwa gejala tersebut tidak mengarah kepada serangan jantung. Hal ini yang menyebabkan keterlambatan dalam mendapatkan terapi yang lebih baik (Mol *et al.*, 2016). Sedangkan beberapa partisipan ketika serangan terjadi tidak diberi pertolongan pertama, tetapi langsung dibawa ke pelayanan kesehatan yang terdekat.

Pertolongan pertama yang banyak dianjurkan untuk dilakukan ketika mengalami serangan SKA ialah mengonsumsi obat jantung, dan menghubungi layanan gawat darurat (Graham & McCoy, 2015). Hal ini tentunya bertentangan dengan apa yang diyakini oleh partisipan pada saat pertama kali menghadapi gejala SKA. Kesalahan dalam berespon tersebut berhubungan dengan kegagalan partisipan mengenali tanda dan gejala SKA, serta kurangnya pengetahuan mengenai SKA. Ketika seseorang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi, maka ia akan mempunyai sikap dan keyakinan yang lebih baik mengenai tanda dan gejala SKA (O'Brien *et al.*, 2013). Hal tersebut mengandung arti bahwa individu yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai SKA akan mampu memilih dan memutuskan tindakan pertolongan pertama yang tepat untuk SKA sebelum gejala yang dirasakan bertambah parah/berat.

Kesalahan dalam pemilihan tindakan pertama akan menyebabkan penundaan dalam mencapai pelayanan kesehatan, dan berisiko tinggi untuk mengalami kematian sebelum mencapai rumah sakit. Untuk mencegah hal tersebut, pembuat

kebijakan harus mengembangkan program untuk berespon terhadap kegawatdaruratan jantung. Program tersebut yaitu: mengenalkan tanda dan gejala SKA pada masyarakat umum (termasuk juga petugas kesehatan), penyediaan sistem aktivasi layanan emergensi prehospital (EMS/*Emergency Medical Service*), serta mempromosikan tindakan resusitasi jantung paru dan penggunaan defibrilator eksternal otomatis (AED) untuk pasien yang mengalami serangan jantung pada masyarakat umum (Nikolaou *et al.*, 2015).

Emergency medical service di Indonesia dikenal dengan SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu) merupakan suatu mekanisme pelayanan korban/pasien gawat darurat yang terintegrasi dan berbasis *call center* 119 dengan melibatkan masyarakat (Permenkes RI Nomor 19 tahun 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Prawira *et al.*, (2008) menjelaskan bahwa penerapan layanan SPGDT pada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta berkualitas baik. Hal tersebut karena *call center* SPGDT dapat diakses (24 jam selama 7 hari) dengan mudah dengan menelpon 119, waktu tunggu layanan ialah selama 30 menit, serta didukung oleh petugas profesional yang kompeten, memiliki sikap yang baik, dan memiliki peran dalam menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat, khususnya dalam layanan rujukan rumah sakit, informasi kesehatan dan dukungan ambulans (Prawira *et al.*, 2008). Walaupun menyediakan kemudahan akses dan pelayanan yang maksimal, pelayanan ini belum diterapkan secara nasional (Prawira *et al.*, 2008). Dengan demikian, salah satu upaya untuk meningkatkan harapan hidup bagi masyarakat yang mengaami serangan SKA ialah dengan penerapan SPGDT di seluruh wilayah Indonesia.

5.1.4 Tema terbatasnya orang yang berkompeten disekitar keluarga

Tema terbatasnya orang yang berkompeten di sekitar keluarga merupakan tema yang menjelaskan tujuan penelitian tentang mengeksplorasi kendala-kendala untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Tema ini menjelaskan tentang penyebab tertundanya partisipan untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat yang disebabkan karena tidak adanya orang didekat keluarga yang dianggap mempunyai pengalaman atau yang bisa memutuskan dan petugas yang tidak setiap saat ada ketika dibutuhkan.

Hasil dari analisis menunjukan bahwa ketika terjadi serangan partisipan mengalami keterlambatan ketika akan mendapatkan pelayanan gawat darurat hal ini disebabkan karena harus menunggu keluarga untuk mengantar, ada pun keluarga di dekat partisipan tetapi usia yang menjadi kendala, ketika di UGD petugas kesehatan yang tidak standby di ruang UGD sehingga membuat partisipan bingung.

Sindrom Kroner Akut (SKA) merupakan salah satu kondisi yang membutuhkan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan gawat darurat. Pasien dengan SKA membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat (C, Adilakshmi, T, M, & Abbaiah, 2015; Cameron, Jelinek, Kelly, Brown, & Little, 2015). Tujuan dilakukan manajemen awal adalah untuk memulihkan aliran darah ke area infark dengan segera mungkin (Mann, Zipes, Libby, & Bonow, 2012). Jika tidak dilakukan penanganan segera, SKA dapat menyebabkan kematian (Joob & Wiwanitkit, 2013), karena berhentinya jantung berkontraksi (Muttaqin, 2014). Dengan demikian, segera mengunjungi pelayanan kesehatan lebih baik daripada mendapatkan perawatan di rumah terlebih dahulu. Penundaan merupakan makna umum dari banyaknya kegagalan untuk mencapai manfaat yang optimal dari perawatan (Farquharson *et al.*, 2014). Penundaan lebih sering disebabkan karena keluarga terlalu lama dalam mengambil keputusan.

Salah satu tugas keluarga adalah menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga dapat dikurangi atau bahkan teratasi (Suprayitno, 2003). Sudah menjadi salah satu tugas keluarga untuk mencari pelayanan kesehatan ketika anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan. Keluarga menjadi faktor yang membuat keterlambatan dalam mencari pelayanan gawat darurat. Menurut Fathi *et al.*, (2015) dan didalam penelitiannya menyatakan bahwa pasien dengan SKA yang tinggal sendirian lebih cepat datang dibandingkan dengan pasien yang tinggal dengan keluarga. Bukan hanya keluarga, petugas kesehatan juga menjadi faktor keterlambatan pasien dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mol *et al.*, (2016) mengatakan bahwa keterlambatan oleh petugas kesehatan disebabkan karena adanya jam kerja yang panjang yaitu pagi dari jam delapan pagi dan duabelas siang.

5.1.5 Tema ketidaktahuan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan

Tema ketidaktahuan sistem pelayanan di pelayanan kesehatan merupakan bagian dari tujuan khusus mengeksplorasi kendala-kendala untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat. Tema ini mempunyai arti bahwa partisipan tidak mengetahui alur pelayanan di UGD ketika akan menggunakan pelayanan yang tersedia di UGD dan ada rasa ketidakpuasan dengan sistem pelayann yang telah diterapkan.

Pelayanan kesehatan adalah segala upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat Pelayanan kesehatan dengan menggunakan asuransi banyak dipilih oleh

masyarakat karena membantu meringankan biaya perawatan (Rolindrawan, 2015) BPJS kesehatan merupakan salah satu asuransi kesehatan yang bekerja sama dengan pelayanan kesehatan. masyarakat yang menggunakan BPJS bisa berobat di semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS.

Pelayanan gawat darurat bisa digunakan oleh pengguna BPJS sehingga ketika kondisi gawat terjadi pasien segera diberikan pelayanan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada ketidakpuasan terhadap pelayanan BPJS. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Ulya, *et al.*, (2014) yang mengatakan bahwa 87,5% masyarakat mengaku puas dengan pelayanan BPJS.

Menurut Firdaus & Dewi, (2015) kepuasan pasien terhadap pelayanan BPJS juga bagus meskipun ada beberapa kendala yaitu berupa waktu tunggu yang lama dan lama mengantri. Tidak bisanya penggunaan BPJS secara langsung ketika akan dibutuhkan, hal ini membuat partisipan harus menunggu beberapa hari untuk mengaktifkan BPJS. Selain itu dalam pengambilan obat partisipan juga harus menunggu lama.

5.1.6 Tema bantuan orang lain dan transportasi yang cepat

Tema bantuan orang lain dan transportasi cepat merupakan tema yang menerangkan tentang tujuan dari penelitian yaitu mengeksplorasi kebutuhan keluarga dalam mengakses pelayanan gawat darurat. tema ini menjelaskan tentang kebutuhan partisipan untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat.

Hasil analisis mengungkapkan tentang hal-hal yang dibutuhkan oleh partisipan pada saat akan mengakses pelayanan kesehatan. Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat

partisipasi membutuhkan bantuan orang lain dan transportasi yang cepat didapatkan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketika serangan terjadi partisipan cenderung untuk mencari pertolongan kepada orang yang lebih tua atau orang yang dianggap lebih mampu untuk membantu mengantar ke pelayanan gawat darurat. hal ini disebabkan ketika serangan itu terjadi partisipan merasa panik karena tidak tahu tindakan yang harus dilakukan untuk mengantar ke pelayanan gawat darurat.

Perilaku mencari bantuan dari sumber informal seperti tetangga atau teman dekat mampu dijadikan sebagai strategi dalam pemecahan suatu masalah yang efektif dan dapat mengurangi timbulnya masalah selanjutnya. Hal ini juga bisa menjadi suatu bukti bahwa lingkungan sekitar juga mendukung dan bermanfaat untuk masalah psikologis (Heerde & Hemphill, 2017).

Dari hasil penelitian partisipan ketika akan mengantar anggota keluarga yang mengalami serangan SKA beberapa memanggil tetangga dan meminta bantuan untuk mengantar ke pelayanan gawat darurat terdekat.

Untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat terdekat partisipan menggunakan kendaraan yang secepatnya bisa didapatkan dan jarang menggunakan layanan gawat darurat seperti ambulance Patel, *et al.*,(2017). Partisipan lebih memilih kendaraan pribadi karena lebih cepat untuk digunakan. Salah satu pernyataan dari partisipan membuktikan bahwa ketika sama-sama memanggil kendaraan untuk menuju ke pelayanan kesehatan, yang datang terlebih dahulu adalah kendaraan pribadi. Hal ini bisa dipengaruhi oleh faktor jarak antara lokasi kejadian dengan tempat pelayanan kesehatan (Fathi *et al.*, 2015).

5.1.7 Tema menginginkan pelayanan yang informatif, lengkap dan segera

Tema menginginkan pelayanan yang informatif, lengkap dan segera merupakan tema yang menjawab tujuan penelitian yaitu mengeksplorasi kebutuhan keluarga ketika menemani pasien di layanan gawat darurat.

Tema menginginkan pelayanan yang informatif dan lengkap menjelaskan tentang kebutuhan akan informasi tentang pelayanan yang dibutuhkan oleh keluarga ketika keluarga berada di UGD menemani pasien menjalani perawatan SKA. Kebutuhan yang diperlukan oleh keluarga merupakan kebutuhan akan informasi mengenai cara perawatan, pencegahan, dan pengobatan yang akan diberikan kepada anggota keluarga yang sakit.

Hasil analisis mengungkapkan bahwa hal-hal yang dibutuhkan oleh partisipan ketika berada di UGD. Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa ketika berada di UGD membutuhkan sebuah penjelasan mengenai penyakit yang dialami oleh anggota keluarganya dengan menggunakan bahasa yang sederhana, pengobatan yang akan diterima oleh anggota keluarga, dan cara pencegahan supaya supaya kejadian tidak berulang.

Kebutuhan informasi merupakan kebutuhan yang paling sering muncul ketika keluarga menemani pasien kritis (Al-mutair, *et al.*, 2013). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Hsiao *et al.*, (2016) mengatakan bahwa petugas tidak cukup hanya memberikan informasi ketika pasien mengalami kondisi yang memburuk, tetapi petugas kesehatan juga perlu untuk menjawab semua pertanyaan-pertanyaan yang muncul dengan bahasa yang mudah untuk dipahami (Fortunatti, 2014).

Keluarga dengan pasien kritis membutuhkan informasi mengenai kemajuan dari kondisi pasien, mereka akan menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali dan meminta informasi yang lebih tentang kondisi pasien (Ghabeesh

et al., 2014) . Keadaan kritis dan terbatasnya informasi yang didapatkan bisa menyebabkan membuat keluarga mengalami tekanan psikologis dan kecemasan, hal ini dapat mempengaruhi keluarga dalam mengambil keputusan yang penting demi kesembuhan pasien (Chung *et al.*, 2017). Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Al-mutair, Plummer, Clerehan, *et al.*, 2013) yang menyatakan bahwa kebutuhan akan informasi menjadi kebutuhan yang penting dalam menambah kualitas pelayanan di UGD

Informasi kesehatan berfungsi sebagai pengetahuan dasar tentang program pengobatan yang harus dipahami oleh pasien agar mempercepat proses penyembuhan penyakit dan mencegah komplikasi. Kegagalan untuk memahami dan mematuhi program pengobatan berkontribusi untuk mengalami kekambuhan atas penyakit dan komplikasi yang tidak diinginkan. Program pengobatan pasca rawat inap pasien SKA harus mencakup (1) daftar obat dan instruksi yang rinci dan jelas; (2) pengaturan tindak lanjut yang jelas (kontrol kesehatan); (3) instruksi diet; (4) instruksi kegiatan fisik; (5) rencana penatalaksanaan untuk efek buruk dari pengobatan dan intervensi; dan (6) rehabilitasi jantung (DAI *et al.*, 2016).

5.1.8 Tema kompleksitas stres emosional

Tema kompleksitas stres emosional merupakan tema kedua yang menjelaskan tentang tujuan mengeksplorasi kebutuhan keluarga ketika menemani pasien di UGD.

Tema kompleksitas stres emosional memberikan gambaran mengenai perasaan yang muncul pada partisipan ketika berada di UGD sebagai respon dari keadaan anggota keluarga yang kritis. Perasaan yang muncul berupa perasaan yang takut dengan ruang perawatan dan takut ketika akan berpisah dengan anggota keluarga tersebut.

Perasaan emosional yang dialami oleh keluarga karena akibat dari perubahan yang terjadi secara mendadak ketika melihat orang yang dikenal terkena penyakit. Hal ini juga sejalan dengan penelitian sebelumnya (Hsiao *et al.*, 2016). yang menyatakan bahwa keluarga dapat mengalami suatu stress dan ansietas ketika melihat salah satu anggota keluarganya sakit, sehingga perubahan emosi ini bisa berdampak pada proses penyembuhan pasien.

Menurut Dağ, *et al.*, (2017) munculnya stress psikologis pada keluarga ketika berada di UGD disebabkan karena adanya perasaan ketidakpastian dan lingkungan yang asing atau pertama kali bagi keluarga, serta takut akan kematian yang mungkin terjadi pada anggota keluarga yang sakit. Pada penelitian ini partisipan meraskan kekhawatiran jika tidak berada didekat anggota keluarga yang sakit. Rasa khawatir itu timbul karena partisipan tidak mengetahui penyakit yang diderita oleh pasien dan pertama kali menghadapi situasi seperti itu.

5.2 Implikasi Hasil Penelitian

5.2.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan gambaran mengenai pengetahuan SKA yang saat ini terjadi di masyarakat. Hasil penelitian ini memberi gambaran mengenai pengetahuan SKA yang beredar di tengah-tengah masyarakat umum. Kurangnya pengetahuan mengenai faktor risiko, tanda dan gejala, serta manfaat yang diperoleh jika mendapatkan penanganan lebih awal pada saat serangan di pelayanan kesehatan, menjadi alasan penting bagi praktik keperawatan gawat darurat untuk memberikan pendidikan kesehatan mengenai SKA kepada masyarakat. Melalui pendidikan kesehatan yang berkelanjutan, morbiditas dan mortalitas karena SKA dapat diturunkan. Selain itu beberapa kebutuhan keluarga sewaktu di UGD juga dapat menjadi masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang tidak hanya terpusat pada pasien tetapi juga kepada keluarga.

5.2.1 Pendidikan Keperawatan

Institusi pendidikan berkewajiban untuk mencetak tenaga kesehatan yang mampu memberikan pelayanan profesional kepada masyarakat. Temuan pada penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar pentingnya mahasiswa dalam melakukan praktek keperawatan emergency ketika menghadapi keluarga dengan pasien SKA, sehingga lulusan keperawatan memiliki kemauan dan kemampuan untuk melakukan promosi kesehatan mengenai SKA.

5.2.2 Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai gambaran awal pentingnya melakukan penelitian lanjutan mengenai pengetahuan, perilaku, dan sikap keluarga SKA dalam melakukan tindakan pencegahan kekambuhan penyakit serta kebutuhan keluarga ketika menemani pasien SKA di rawat inap

5.3 Keterbatasan Penelitian

Studi fenomenologi yang telah dilakukan memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan tersebut meliputi: 1) waktu ketika penelitian menjadi lama karena terbatasnya wawasan peneliti tentang peta demografi lokasi penelitian, hal ini teratasi dengan peneliti menggunakan aplikasi *google maps*. 2) perlunya peneliti untuk melakukan adaptasi karena peneliti bukan warga asli di lokasi penelitian, namun peneliti selama proses adaptasi ditemani oleh perawat desa.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Tema yang telah dihasilkan dalam penelitian menunjukkan adanya ketidakmampuan dalam keluarga dalam mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penyakit dari anggota keluarga yang mengalami SKA.

6.1 Kesimpulan

1. Keluarga menganggap bahwa yang menjadi penyebab dari gejala serangan SKA merupakan akibat kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti merokok, makan-makanan yang berlemak, dan begadang serta penyebab lain yaitu riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang terkena serangan SKA.
2. Ketika serangan awal, keluarga tidak menyadari bahwa gejala yang dialami oleh anggota keluarga merupakan gejala dari serangan SKA. Mereka menganggap bahwa itu merupakan gejala dari penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga. Keluarga tidak mengetahui bagaimana tanda dan gejala SKA secara spesifik dan cenderung salah dalam menginterpretasikan tanda dan gejala serangan
3. Ketika anggota keluarga mengalami serangan keluarga melakukan pertolongan pertama sesuai dengan yang mereka ketahui. Hal ini dilakukan oleh keluarga dengan harapan untuk mengurangi efek dari gejala, selain itu transportasi tidak tersedia dengan cepat. Beberapa keluarga memilih untuk langsung membawa ke pelayanan gawat darurat, karena dekat dengan fasilitas kesehatan dan transportasi untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat cepat untuk didapatkan.
4. Untuk mengakses ke pelayanan gawat darurat partisipan merasa tidak bisa untuk segera memutuskan untuk membawa ke pelayanan kesehatan

karena tidak ada orang yang dianggap lebih berpengalaman sehingga partisipan meminta bantuan seseorang yang dianggap bisa untuk membantu mengakses ke pelayanan gawat darurat. Hal ini terdapat pada beberapa partisipan yang langsung membawa ke pelayanan gawat darurat ketika serangan terjadi.

5. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketika berada di pelayanan gawat darurat keluarga kebingungan dengan proses pelayanan yang menggunakan asuransi dalam hal ini BPJS kesehatan. Kesulitan ini yang menyebabkan tertundanya anggota keluarga yang mengalami serangan SKA dalam mendapatkan perawatan dengan segera.
6. Ketika keluarga berada di UGD keluarga membutuhkan suatu informasi tentang kondisi anggota keluarganya. Informasi ini mengenai perkembangan kondisi kesehatan, perawatan di rumah dan pencegahan yang harus dilakukan. Disamping itu, keluarga juga mengalami kecemasan saat menemani anggota keluarganya yang sedang mendapatkan perawatan di UGD.

6.2 Saran

1. Institusi pelayanan

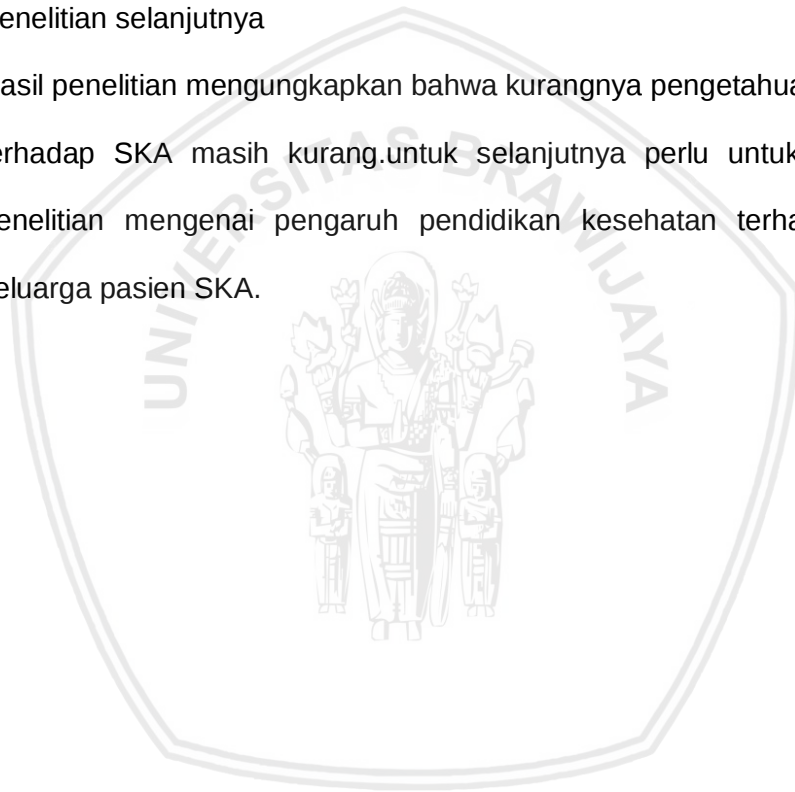
Hasil penelitian ini menjadi informasi bagi pelayanan kesehatan bahwa dalam perawatan SKA juga harus melibatkan keluarga untuk melakukan pencegahan kejadian berulang. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluarga kurang mendapatkan informasi mengenai penyakit SKA, diharapkan pelayanan kesehatan untuk sering memberikan informasi mengenai penyakit SKA. dan memberikan pelatihan kepada *bystander* atau orang awam ketika menemui kejadian serangan SKA

2. Institusi pendidikan

Hasil penelitian kualitatif memberikan gambaran mengenai isu SKA yang beredar di tengah-tengah masyarakat. Melalui penelitian ini, memberikan informasi bagi institusi pendidikan dalam pembuatan kebijakan kesehatan supaya disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, penting bagi institusi untuk memotivasi para peserta didiknya melakukan penelitian secara kualitatif mengenai SKA.

3. Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa kurangnya pengetahuan keluarga terhadap SKA masih kurang. untuk selanjutnya perlu untuk dilakukan penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap keluarga pasien SKA.



Daftar Pustaka

- AHA. (2015). *Acute Coronary Syndrome*. Amerika.
- Ainiyah, N. (2016). Peran Perawat Dalam Identifikasi Dini Dan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), 184–192.
- Al-mutair, A. S., Plummer, V., Brien, A. O., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit : a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1805–1817. <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>
- Al-mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & Brien, A. T. O. (2013). Families ' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia : a quantitative study. *British Association of Critical Care Nurse*, 19(4), 185–195. <https://doi.org/10.1111/nicc.12039>
- Alkhawam, H., Sogomonian, R., El-hunjul, M., Kabach, M., Syed, U., Vyas, N., ... Vittorio, T. J. (2016). Risk factors for coronary artery disease and acute coronary syndrome in patients ≤ 40 years old.
- American Heart Association. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2016 update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447–454. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000366>
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., ... Yancy, C. W. (2014). *2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-st-elevation acute coronary syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on*

practice guidelines. Circulation (Vol. 130).

<https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000134>

Asgar Pour, H., Norouzzadeh, R., & Heidari, M. R. (2015). Gender differences in symptom predictors associated with acute coronary syndrome: A prospective observational study. *International Emergency Nursing*, 25, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.008>

Atkins, E. R., Du, X., Wu, Y., Gao, R., Patel, A., & Chow, C. K. (2017). Use of cardiovascular prevention treatments after acute coronary syndrome in China and associated factors. *International Journal of Cardiology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.03.057>

Barrabes, J. A., Bardaji, A., Jimenez-Candil, J., Del Nogal, S. F., Bodi, V., Basterra, N., ... Fernandez-Ortiz, A. (2015). Prognosis and Management of Acute Coronary Syndrome in Spain in 2012: The DIOCLES Study. *Rev Esp Cardiol (Engl. Ed.)*, 68(2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.010>

Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. (2011). *Standar pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit*. Jakarta.

Boyce, C., & Associate, E. (2006). *CONDUCTING IN-DEPTH INTERVIEWS : A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews*, (May).

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using Thematic Analysis in Psychology*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a> Refereed:

Briffa, T., Chow, C. K., Clark, A. M., & Redfern, J. (2013). Improving Outcomes After Acute Coronary Syndrome With Rehabilitation and Secondary Prevention.

Clinical Therapeutics, 35(8), 1076–1081.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.07.426>

Brunner & Sudarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. (A. E. Mardella, Ed.) (12th ed.). Jakarta: EGC.

C, R. V., Adilakshmi, B., T, R. M., M, T. R., & Abbaiah, S. (2015). Factors affecting time to arrival in hospital among patients with acute myocardial infarction (MI), 4(JANUARY), 109–114.

Cameron, P., Jelinek, G., Kelly, A.-M., Brown, A., & Little, M. (2015). *Textbook of adult emergency medicine* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30(3), 557–561. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.012>

Chung, V., Chiang, L., Lai, R., Lee, P., Ho, F. M., Leung, C. K., ... Louie, L. H. (2017). Fulfilling the psychological and information need of the family members of critically ill patients using interactive mobile technology: A randomised controlled trial. *Intensive & Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.006>

Cordero, A., Ló Pez-Palop, R. N., Carrillo, P., Frutos, A., Miralles, S., Gunturiz, C., ... Bertomeu-Martínez, V. (2016). Changes in Acute Coronary Syndrome Treatment and Prognosis After Implementation of the Infarction Code in a Hospital With a Cardiac Catheterization Unit. *Rev Esp Cardiol*, 69(8), 730–1. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2015.12.021>

- Dağ, G. S., Dicle, A., & Firat, M. Z. (2017). Psychometric properties of the critical care family needs inventory-emergency department. *Applied Nursing Research Journal*, 33, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.001>
- Darawad, M. W., Alfasfos, N., Saleh, Z., Saleh, A. M., & Hamdan-Mansour, A. (2016). Predictors of delay in seeking treatment by Jordanian patients with acute coronary syndrome. *International Emergency Nursing*, 26, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.003>
- El-menyar, A., Glasg, F., Amin, H., Rashdan, I., Souliman, K., Glasg, F., ... Suwaidi, J. Al. (2015). Ankle-Brachial Index and Extent of Atherosclerosis in Patients From the Middle East (the AGATHA-ME Study): A Cross-Sectional Multicenter Study. *Angiology*, 60(3), 329–334.
- Farquharson, B., Dombrowski, S., Pollock, A., Johnston, M., Treweek, S., Williams, B., ... Pringle, S. (2014). Reducing patient delay with symptoms of acute coronary syndrome: a research protocol for a systematic review of previous interventions to investigate which behaviour change techniques are associated with effective interventions. *Open Heart*, 1(1), e000079. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2014-000079>
- Fathi, M., Rahiminiya, A., Zare, M. A., & Tavakoli, N. (2015). Risk factors of delayed pre-hospital treatment seeking in patients with acute coronary syndrome: A prospective study. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 163–167. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2015.06.001>
- Firdaus, F. F., & Dewi, A. (2015). EVALUASI KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN PESERTA BPJS DI RSUD

PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 4(2).

Fortunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm*, 32(2), 306–317.

Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2016). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase : A qualitative investigation. *Injury*. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>

Fu, K.-H., Chen, Y.-R., Fan, J.-S., Chen, Y.-C., Huang, H.-H., How, C.-K., ... Huang, M.-S. (2016). Emergency department critical care unit for critically ill cardiovascular patients: An observation study. *Journal of the Chinese Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.09.008>

Ghabeesh, S. H. Al, Abu-snieneh, H., Abu-shahrer, L., & Abu-sneineh, F. (2014). Exploring the Self-Perceived Needs for Family Members Having Adult Critically Ill Loved Person : Descriptive Study, (December), 3005–3012.

Graham, R., & McCoy, M. A. (2015). *Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival: A Time to Act*. (A. M. Schultz, Ed.). Washington Dc: INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMICS.

Green, P., Newman, J. D., Shaffer, J. A., Davidson, K. W., Maurer, M. S., & Schwartz, J. E. (2013). Relation of patients living without a partner or spouse to being physically active after acute coronary syndromes (from the PULSE Accelerometry Substudy). *American Journal of Cardiology*, 111(9), 1264–1269. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.01.272>

- Harjola, P., Boyd, J., Tarvasmäki, T., Mattila, J., Koski, R., Kuisma, M., & Harjola, V.-P. (2017). The impact of emergency medical services in acute heart failure. *International Journal of Cardiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.01.017>
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Harsanti, S. E. (2015). *Pengalaman Keluarga Dalam Menghadapi Kejadian Serangan Akut Miokard Infark (AMI) Pada Anggota Keluarga Di RSUD Sragen*. STIKES KUSUMA HUSADA.
- Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2017). Examination of associations between informal help-seeking behavior , social support , and adolescent psychosocial outcomes : A. *Developmental Review*, (September), 1–19.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.10.001>
- Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M. (2007). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 280–286.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.02.001>
- Hsiao, P.-R., Redley, B., Hsiao, Y.-C., Lin, C.-C., Han, C.-Y., & Lin, H.-R. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Intas, G., Tsolakoglou, J., Chalari, E., & Fildissis, G. (2015). Do Greek Citizens have Minimum Knowledge about Heart Attack ? A Survey Abstract. *iMedPub Journals*, 9(5), 1–6.

- Joob, B., & Wiwanitkit, V. (2013). Acute chest pain: what about the time before visiting to the physician? *Journal of Acute Disease*, 2(4), 330–331.
[https://doi.org/10.1016/S2221-6189\(13\)60154-7](https://doi.org/10.1016/S2221-6189(13)60154-7)
- Karlsson, C., Tisell, A., Asa Engstrom, & Andershed, B. (2011). Family members ' satisfaction with critical care : a pilot study. *British Association of Critical Care Nurses*, 16(1).
- Khaled, S., & Matahen, R. (2017). Cardiovascular risk factors profile in patients with acute coronary syndrome with particular reference to left ventricular ejection fraction. *Indian Heart Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.05.019>
- Khoshchehreh, M., Groves, E. M., Tehrani, D., Amin, A., Patel, P. M., & Malik, S. (2016). Changes in mortality on weekend versus weekday admissions for Acute Coronary Syndrome in the United States over the past decade. *International Journal of Cardiology*, 210, 164–172.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.02.087>
- Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, Sumartini, M., Dalami, E., ... Setiawati. (2014). *Asuhan keperawatan gawat darurat (3rd ed)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Latour, J. M., Goudoever, J. B. van, Schuurman, B. E., Albers, M. J. I. J., Dam, N. A. M. van, Dullaart, E., ... Hazelzet, J. A. (2011). A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 37, 319–325.
<https://doi.org/10.1007/s00134-010-2074-3>

- Lee, S., Eun, S., Rhee, T., Joo, J., Cho, H., Lee, H., ... Oh, B. (2017). Discrimination of stress (Takotsubo) cardiomyopathy from acute coronary syndrome with clinical risk factors and coronary evaluation in real-world clinical practice. *International Journal of Cardiology*, 235, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.071>
- Mann, D. L., Zipes, D. P., Libby, P., & Bonow, R. O. (2012). *Braunwald's heart disease : A textbook of cardiovascular medicine* (10th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Mclaughlin, K. (2016). Family - centred care : review of opinions among staff. *Emergency Nurse*, 20(9), 20–25.
- Moholdt, T., Lavie, C. J., & Nauman, J. (2017). Interaction of Physical Activity and Body Mass Index on Mortality in Coronary Heart Disease: Data from The Nord-Trøndelag Health Study. *The American Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.01.043>
- Mol, K. A., Rahel, B. M., Meeder, J. G., van Casteren, B. C. A. M., Doevendans, P. A., & Cramer, M. J. M. (2016). Delays in the treatment of patients with acute coronary syndrome: Focus on pre-hospital delays and non-ST-elevated myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 221, 1061–1066. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.082>
- Morgans, A., & Burgess, S. J. (2011). What is a health emergency? the difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Australian Health Review*, 35(3), 284–289. <https://doi.org/10.1071/AH10922>

- Muttaqin, A. (2014). *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular dan hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nikolaou, N. I., Welsford, M., Beygui, F., Bossaert, L., Ghaemmaghami, C., Nonogi, H., ... Seto, A. V. (2015). Part 5: Acute coronary syndromes. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95, e121–e146. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.043>
- O'Brien, F., O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., & Moser, D. (2013). Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 201–8. <https://doi.org/10.1177/1474515112446544>
- O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., O'Brien, F., & Moser, D. K. (2014). Slow-onset and fast-onset symptom presentations in acute coronary syndrome (ACS): New perspectives on prehospital delay in patients with ACS. *Journal of Emergency Medicine*, 46(4), 507–515. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.08.038>
- Patel, A., Mohanan, P. P., Prabhakaran, D., & Huffman, M. D. (2017). Pre-hospital acute coronary syndrome care in Kerala , India : A qualitative analysis. *Indian Heart Journal*, 69(1), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2016.07.011>
- PERKI. (2015). *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Pedoman Tatalaksan Sindrome Koroner Akut*. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn416>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research, Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Prawira, M. A., Noor, I., Nurani, F., Publik, J. A., Administrasi, F. I., & Brawijaya, U. (2008). (Studi Kasus Call Center SPGDT 119 sebagai Layanan Gawat Darurat pada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta). *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, 2(4), 715–721.
- Reddigan, J. I., Ardern, C. I., Riddell, M. C., & Kuk, J. L. (2011). Relation of Physical Activity to Cardiovascular Disease Mortality and the Influence of Cardiometabolic Risk Factors. *AJC*, 108(10), 1426–1431. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.07.005>
- Ribeiro, V., Melão, F., Rodrigues, J. D., Leite, S. M., Garcia, R. M., Dias, P., & Maciel, M. J. (2014). Perception of illness symptoms in patients with acute coronary syndrome : A need to improve. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 33(9), 519–523. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2013.09.020>
- Roffi, M., Valgimigli, M., Bax, J. J., Borger, M. A., Gencer, B., Germany, U. L., ... Vrints, C. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, (32), 2999–3054. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>
- Rolindrawan, D. (2015). The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility, 211(September), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.073>

Setyowati, S., & Munarwi, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Konsep dan Aplikasi KLinis*. Yogyakarta: Mltra Cendikia Press.

Staněk, V., Gebauerová, M., Piřha, J., Poledne, R., Lánská, V., Cířková, R., ... Kettner, J. (2017). The risk profile of patients with acute coronary syndrome treated at IKEM between 2006 and 2013. *Cor et Vasa*, 59(2), e119–e127. <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2016.11.013>

Suhartati. (2011). *Standar Pelayanan keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Jakarta: KEMENKES RI.

Suprayitno. (2003). *Asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

The Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2014). Hearth Health Situation. In *Data and Information Center Ministry of Health RI* (pp. 1–8). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ulya, I., Anggraeni, M., & Ningsih, D. K. (2014). HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN GAWAT DARURAT DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN PENGGUNA BPJS KESEHATAN DI IGD RSI UNISMA MALANG. *Viva Medika*, 10(1).

Wetzig, K., Rn, M. N., & Mitchell, M. (2017). The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive & Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.006>

Whitaker, S., Baldwin, T., Tahir, M., Choudhry, O., Senior, A., & Greenfield, S. (2012).

Public knowledge of the symptoms of myocardial infarction : a street survey
in Birmingham , England, (October 2011), 168–173.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmr079>

Zaidin Ali. (2009). *Pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku
Kedokteran EGC.

Zhang, M., Shi, Y., Yang, Y., Liu, L., Xiao, J., Guo, T., & Li, J. (2016). Burnout is
associated with poor recovery of physical performance and low quality of life
in patients after their first episode of acute coronary syndrome: A hospital-
based prospective cohort study. *International Journal of Cardiology*,
227(81360040), 503–507. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.10.114>

