

PENGETAHUAN MENGENAI FAKTOR RISIKO DAN PERILAKU PASIEN SINDROM KORONER AKUT

Jeki Refialdinata

Akademi Keperawatan 'Aisyiyah Padang

Email: jekirefialdinata@gmail.com

Abstract

Patients who have been diagnosed with the acute coronary syndrome (ACS) are at high risk for disease recurrence and re-treatment. In order to avoid this, ACS patients should have a good knowledge of risk factors and apply healthy living behavior. The aim of this study is to explore the knowledge of risk factors and behavior of ACS patients. This research used a qualitative research with descriptive phenomenology approach to 12 selected ACS patients by using purposive sampling approach. The data collection was done by an in-depth interview with the semi-structured approach. The data were analyzed by using thematic analysis method. There are two themes obtained in this study: 1) assuming that the disease comes from behavior, emotion, and unhealthy body composed by 3 subthemes such as (a) unhealthy behavior, (b) mind pressure, and (c) complications of other diseases; and 2) changing lifestyles and monitoring health statuses which are formed from 5 subthemes such as (a) fitness maintenance, (b) health status monitoring, (c) change of eating habit, (d) stress management, and (e) avoidance of activities that may cause fatigue. The results show that patients are unable to identify risk factors and apply healthy ACS lifestyle as a whole. This demonstrates the importance of health workers to provide health education to patients regarding risk factors and healthy lifestyle including the risk of recurrence and re-treatment.

Keywords: acute coronary syndrome; knowledge; behavior; risk factors; phenomenology.

Abstrak

Pasien yang telah terdiagnosis sindrom koroner akut (SKA) memiliki resiko tinggi untuk mengalami kekambuhan penyakit dan perawatan ulang. Agar terhindar dari hal tersebut, pasien SKA harus memiliki pengetahuan yang baik mengenai faktor risiko dan menerapkan perilaku hidup sehat SKA. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengetahuan terhadap faktor risiko dan perilaku pasien SKA. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif terhadap 12 pasien SKA yang dipilih menggunakan pendekatan purposive sampling. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pendekatan semistruktur. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan metode analisis tematik. Dua tema yang didapatkan yaitu: 1) menganggap penyakit berasal dari perilaku, emosi, dan fisik yang sakit disusun dari 3 subtema, (a) perilaku yang tidak sehat, (b) tekanan pada pikiran, dan (c) komplikasi penyakit lain; 2) merubah gaya hidup dan memantau status kesehatan dibentuk dari 5 subtema, (a) mempertahankan kebugaran tubuh, (b) memantau status kesehatan, (c) merubah pola makan, (d) manajemen stress, dan (e) menghindari aktifitas yang dapat menimbulkan kelelahan. Hasil penelitian menjelaskan bahwa pasien tidak mampu mengidentifikasi faktor risiko dan menerapkan perilaku hidup sehat SKA secara keseluruhan. Hal ini menunjukkan pentingnya petugas kesehatan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai faktor risiko dan pola hidup sehat SKA termasuk materi tentang resiko mengalami kekambuhan dan perawatan ulang.

Katakunci: sindrom koroner akut; pengetahuan; perilaku; faktor risik; fenomenologi.

PENDAHULUAN

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam kehidupan (Amsterdam *et al.*, 2014; Khoshchehreh *et al.*, 2016). Sindrom koroner akut merupakan penyebab utama terjadinya kematian mendadak pada seseorang, bahkan pada individu dengan penyakit kardiovaskular (Deo & Albert, 2012; Nofal *et al.*, 2011). Menurut Kemenkes RI (2014) angka kematian karena SKA akan terus meningkat pada tahun 2030.

Berdasarkan hasil survei nasional pada tahun 2013 menunjukkan bahwa terdapat 883.447 orang yang menderita sindrom koroner akut, dengan estimasi jumlah penderita terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Barat (160.182 orang) dan Jawa Timur (144.279 orang) (Kemenkes RI, 2014). Kabupaten Malang yang merupakan bagian dari Provinsi Jawa timur memiliki angka kejadian SKA hingga bulan Juli 2017 yaitu sebesar 1.311 kejadian, dan 39 diantaranya merupakan angka kejadian di wilayah kerja Puskesmas Turen dari 39 Puskesmas (Dinas Kesehatan Kab. Malang).

Pasien yang telah didiagnosis SKA mempunyai risiko tinggi untuk mengalami serangan ulang dan kondisi yang dapat menyebabkan kematian dengan cepat. Hasil penelitian Andrikopoulos *et al.* (2016) menemukan bahwa dari 787 pasien SKA yang telah menyelesaikan perawatan di rumah sakit kemudian di *follow-up* rata-rata selama 189 hari, terdapat 1.1% menderita infark miokard, 1.7% memerlukan revaskularisasi segera, dan 10.2% dirawat dengan *urgent* karena masalah kardiovaskular. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Barrabes *et al.* (2015) menemukan bahwa dari 2381 pasien yang dipulangkan dalam keadaan hidup kemudian di *follow up* selama 6 bulan, terdapat 1.2% mengalami peningkatan infark, 8.7% mendapatkan rawatan

kembali, dan 2.4% memerlukan tindakan revaskularisasi. Agar terhindar dari kekambuhan dan kondisi yang dapat mengancam kehidupan, pasien SKA harus memiliki pengetahuan yang baik mengenai faktor resiko SKA dan menerapkan perilaku hidup sehat atau dikenal dengan istilah pencegahan sekunder (Quiles & Vicedo, 2014). Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bermaksud untuk mengeksplorasi pengetahuan mengenai faktor risiko dan perilaku pasien SKA. Hasil penelitian diharapkan menyediakan informasi bagi petugas kesehatan mengenai pemahaman pasien mengenai penyebab dan perilaku hidup sehat SKA.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan desain fenomenologi deskriptif. Melalui penggunaan desain tersebut akan diperoleh gambaran pemahaman pasien mengenai penyebab SKA dan upaya yang mereka lakukan untuk mencegah kekambuhan penyakit. Penelitian ini dilaksanakan dengan mengesampingkan seluruh pengetahuan dan pengalaman sebelumnya tentang SKA (*bracketing*) (Padilla-Diaz, 2015; Reiners, 2012).

Partisipan dalam penelitian ini dan telah mencapai saturasi data adalah 12 pasien SKA yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Turen, Kab. Malang-Jawa Timur, Indonesia. Partisipan dipilih dengan menggunakan pendekatan *purposive sampling* dengan kriteria meliputi: (1) tercatat sebagai pasien dengan diagnosis SKA di Puskesmas; (2) pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit; (3) berada dalam kondisi sehat; dan (4) bersedia dilibatkan sebagai partisipan penelitian secara sukarela. Ketersediaan untuk menjadi partisipan dalam penelitian dibuktikan dengan penandatanganan *inform consent*.

Penelitian telah mendapatkan persetujuan etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan Nomor 216/EC/KEPK/06/2017. Penelitian dilaksanakan pada bulan September hingga Desember 2017.

Proses pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pendekatan semistruktur. Agar diperoleh hasil wawancara yang terbuka dan jujur, peneliti membina hubungan saling percaya dengan partisipan di rumah mereka sebanyak 1 hingga 2 kali sebelum pengumpulan data dilakukan. Pada tahap ini dijelaskan mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Pengumpulan data dilakukan di rumah partisipan untuk sekali pertemuan tanpa didampingi oleh orang lain. Proses wawancara berkisar antara 27 menit hingga 45 menit. Pernyataan yang disampaikan oleh partisipan selama wawancara direkam kedalam bentuk MP3. Hasil wawancara diterapkan prinsip kerahasiaan (anonymity).

Hasil penelitian berupa pernyataan partisipan yang disampaikan selama proses wawancara dianalisis dengan menggunakan metode analisis tematik. Tahapannya yaitu (Clarke & Braun, 2013): pertama, membaca berulang kali hasil wawancara yang telah ditranskrip secara verbatim; kedua, membuat kategori terhadap pernyataan partisipan yang signifikan pada transkrip wawancara dan menjawab tujuan penelitian; selanjutnya, menyusun kategori menjadi subtema dan tema; kemudian mengidentifikasi kesesuaian antara tema dan kategori serta mendefinisikannya; terakhir, pelaporan hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN

Jumlah partisipan pada penelitian ini adalah 12 pasien SKA yang berada di wilayah kerja Puskesmas Turen Kab. Malang. Perincian karakteristik demografi partisipan adapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan

Characterisrtics	Number of participants (N=12)
ACS Patients	
<i>Sex</i>	
Male	5
Female	7
<i>Age (years)</i>	
41-50	3
51-60	6
>60	3
<i>Highest Level of Education</i>	
Junior High School	6
Senior High School	4
Bachelor Degree	2
<i>ACS Type</i>	
STEMI*	2
NSTEMI**	6
Unstable angina	4

*STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction,

**NSTEMI: Non ST Elevation Myocardial Infarction

Adapun tema yang diperoleh dari analisa data menggunakan metode analisis tematik yaitu, 1) menganggap penyakit berasal dari perilaku, emosi dan fisik yang sakit, dan 2) merubah gaya hidup dan memantau status kesehatan.

1. Tema Menganggap Penyakit Berasal dari Perilaku, Emosi dan Fisik yang Sakit

Tema ini memberikan gambaran tentang persepsi dari setiap partisipan mengenai hal-hal yang dapat menyebabkan SKA. Sebagian besar partisipan beranggapan bahwa SKA berasal dari perilaku yang tidak sehat, sementara partisipan lainnya menganggap tekanan pada pikiran, dan komplikasi penyakit lain (hipertensi dan diabetes) sebagai penyebab SKA.

Perilaku yang tidak sehat merupakan suatu bentuk pola kebiasaan sehari-hari yang jika terus dilaksanakan dapat memicu terjadinya masalah pada jantung. Perilaku tersebut menurut partisipan yaitu: seringnya terpapar asap rokok, kebiasaan makan yang tidak diimbangi dengan olahraga, dan kebiasaan

mengonsumsi makanan berlemak dan berkolesterol.

Makna dari seringnya terpapar asap rokok adalah suatu kondisi dimana seseorang bertindak sebagai perokok aktif maupun perokok pasif. Perokok aktif berarti orang yang merokok secara aktif, sedangkan perokok pasif memiliki arti orang yang menerima asap rokoknya saja, bukan perokoknya sendiri. Berikut adalah pernyataan partisipan yang menunjukkan seringnya terpapar dengan asap rokok sebagai penyebab dari masalah jantung yang dialaminya:

Penyebabnya mungkin dari merokok itu; saya merokoknya itu satu hari satu malam itu 3 pack (artinya: bungkus); ...kalau malam jarang tidur menunggu dibebek itu, menunggu selepan. Baunya bebek sama bebek sebelah itu waduh nggak enak, jadi kalau nggak merokok nggak kuat. Jadi menghilangkan baunya bebek ya saya merokok. mungkin dari rokok mungkin (P2).

...disimpulkan jantung koroner akut saya, kan dilihat kolesterolnya kemudian tensi pertanyaan yang lain merokok, kan nggak mungkin kalau saya merokok tapi kemungkinan perokok pasif ya dari lingkungan kita kan nggak tau mungkin dilingkungan kerja ada yang rokok (P5).

Perilaku tidak sehat menurut partisipan lainnya dapat mempengaruhi kesehatan jantung adalah kebiasaan makan yang tidak diimbangi dengan olahraga. Kebiasaan makan yang tidak diimbangi dengan olahraga mengandung makna bahwa asupan makanan yang berlebihan kemudian tidak diikuti dengan aktifitas fisik yang adekuat akan berdampak pada penumpukan makanan di dalam tubuh, dan merupakan faktor utama penyebab kegemukan (obesitas). Adapun bentuk pernyataan partisipan yang menunjukkan bahwa ketidakseimbangan antara asupan dan

aktifitas fisik sebagai penyebab SKA adalah sebagai berikut:

Kalau saya pengalaman saya pribadi kemungkinan ya pola makan kita satu; ...pola makan kita sekarang itu apa ya kurang sehat, karena kadangkannya kita itu malam lapar ada mie tek beli terus kita tidur kan nggak ada pembakaran, jadi kan nggak ada keluar energi sehingga mungkin menumpuk (P6).

Kalau saya dulu itu senang makan, jadi kalau saya itu kegemukan gitu; ...nggak ada olahraga saya dulu, setiap hari cuman nyopir; ...saya itu sebelum sakit normal sekitar 90 (berat badan), tapi sekarang 115 semenjak sakit ini meningkat (9).

Perilaku tidak sehat selanjutnya yang diungkapkan oleh partisipan yang berbeda dapat menyebabkan SKA adalah kebiasaan mengonsumsi makanan berlemak dan berkolesterol. Berikut merupakan pernyataan partisipan yang menjelaskan hal tersebut:

Mungkin saya makannya nggak terkontrol ya. Banyak makan gorengan, banyak makan yang berlemak kadang-kadang kita nggak nyadar kita belanja beli gorengan satu, dua nanti siang ada jeroan atau apa dimasak apa gitu ya banyak kolesterolnya, jadi istilahnya akhirnya darah itu nggak lancar kena nyerang jantung nya itu. Mungkin dari segi makanan banyak berlemak (P5).

kalau penyebabnya itu katanya makan-makanan yang berlemak seperti santan, berminyak-minyak itu. Kalau saya dulu itu senang makan di luar makan makanan berlemak itu. Kalau makanan yang berlemak ya seperti sayur-sayur santan gitu seperti minyak-minyak terus seperti goreng-gorengan gitu, gorengan-gorengan, pokoknya yang mengandung lemak lah seperti makan telur, jeroan (P6).

Penyebab SKA lainnya yang juga disampaikan oleh beberapa partisipan adalah tekanan pada pikiran. Tekanan pada pikiran merupakan sesuatu bentuk kegagalan seseorang menghilangkan dan beradaptasi dengan persoalan kehidupan yang dialaminya. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan yang tertuang dalam pernyataan dibawah ini:

...yang kedua mungkin ya mungkin pikiran juga mas, mungkin ada tekanan-tekanan dari luar; ...kalau saya itu mungkin pengendapan itu memang sudah cukup lama karena maaf ya semenjak kecil itu saya kan ikut ibu tiri kan menekan; disuruh mengerjakan ini-ini kalau tidak dikerjakan saya takut kena marah ...tekanan sehingga mengendap boomnya di saat tua; kadang-kadangkannya kita manusiawi kan kalau seperti itu, dan itu kalau saya kan ya itu tadi seperti saya bilang ke mas kadang teringat (P7).

kalau saya baca itu stress juga memicu; sebelum ini juni itu kakak saya yang paling sayang ke keluarganya ditemukan sakit jantung terus meninggal saya yang menunggu setiap hari melihat keluhannya terus tiba-tiba dia meninggal, sangat terpukul, kemungkinan itu (P5).

Penyebab terakhir menurut partisipan yang dapat mencetuskan SKA ialah komplikasi penyakit lain (hipertensi dan diabetes). Komplikasi penyakit lain mengandung makna bahwa SKA timbul sebagai akibat buruk dari status hipertensi yang tidak dikontrol dan belum sembuhnya penyakit diabetes yang diderita oleh partisipan. Pernyataan partisipan yang mendukung hal ini ialah sebagai berikut:

...setelah beberapa minggu saya kontrol lagi itu saya tanyakan lagi saya itu sebenarnya gimana dok penyebab saya? Kemungkinan ibu itu hipertensi tensinya yang pernah tinggi turun tinggi nah ibu

itu semestinya sudah minum obat hipertensi secara teratur gitu kemungkinan itu penyebabnya; ...150 (tensi) pas serangan, menurut dokter ya tinggi tapi saat-saat tertentu ya tinggi tapi ya saat tertentu ya 110, 120 gitu, tinggi itu yang nggak saya perhatikan; ...ketika tekanan darah tinggi itu kan bisa menekan pembuluh darah kalau saya baca-baca gitu ya, ...akhirnya pembuluh darah ke jantung nggak jalan lagi (P4).

Mungkin dari diabetnya; ...udah lama (riwayat penyakit diabetes) sekitar 6 tahun lebih. Rajin kontrol setiap satu bulan di Rumah Sakit Kepanjen; ...setelah terkena diabet makannya kan terjadwal, tapi nggak tahu tiba-tiba kemaren terkena jantung mendadak itu, padahal sudah lama kan saya terkena diabet hampir 7 tahun (P10).

2. Tema Merubah Gaya Hidup dan Memantau Status Kesehatan

Tema merubah gaya hidup dan memantau status kesehatan menjelaskan tentang upaya yang dilakukan oleh partisipan untuk mendapatkan derajat kesehatan yang lebih baik. Upaya pertama yang dilakukan yaitu mempertahankan kebugaran tubuh. Upaya ini menunjukkan pada suatu bentuk perubahan gaya hidup yang partisipan lakukan agar tubuh selalu dalam kondisi sehat dan segar. Sebagian partisipan setelah terdiagnosis SKA merubah pola hidupnya dengan berhenti merokok, dan sebagian lainnya berupaya untuk mendapatkan berat badan ideal, meningkatkan konsumsi air putih, atau rutin melaksanakan olahraga (jalan kaki dan senam). Adapun bentuk pernyataan partisipan yang menjelaskan hal ini diantaranya:

dulu merokok saya, saya kan sopir dulu saya sopir jarak jauh ke Jakarta bawa borongan, dulu kalau nggak merokok ya saya ngantuk makanya merokok.

semenjak jantung ini saya nggak merokok kan disuruh sama dokter itu nggak boleh merokok, sekarang nggak merokok (P8)

Memang saya dulu sebelum terkena penyakit jantung itu aktivitas saya banyak, memang saya kepala sekolah, aktivitasnya sangat tinggi. Aktifitas itu kan tidak bisa juga apa ya, disamakan dengan olahraga; ...setelah saya terkena jantung terus kemudian merubah pola hidup saya dengan saya rutin jalan kaki pagi; ...3 kiloan rutin sehabis subuh terus saya jalan kaki, mutar-mutar ngeliling kampong (P6).

saya kalau di rumah harus banyak minum air putih. Minum air putih kan tidak haya untuk ginjal dan jantung tapi supaya badan kita sehat ya; minum air putih itu setiap habis pipis minimal minum itu, kemudian karena saya banyak minum obat jadi harus banyak minum air putih, air putih hangat (P5).

Mengontrol status kesehatan secara rutin adalah upaya kedua menurut partisipan yang dapat dilakukan untuk memperoleh derajat kesehatan yang lebih baik. Mengontrol status kesehatan menjelaskan tentang aktifitas berupa pemeriksaan kesehatan pada pelayanan kesehatan ataupun mandiri untuk mengevaluasi perkembangan kondisi kesehatan setelah mengikuti program terapi. Pemeriksaan kesehatan dilakukan oleh semua partisipan setiap satu bulan sekali, namun pemeriksaan kesehatan secara mandiri hanya diaplikasikan oleh satu partisipan. Adapun bentuk Pernyataan partisipan yang mendukung upaya tersebut diatas ialah sebagai berikut:

saya kontrol ke Rumah Sakit Husada Panjen, saya kontrol disitu setiap satu bulan sekali langsung disuruh dokternya kontrol rutin gitu terus ya itu sampai sekarang ini; ...walaupun nggak sakit ya tetap kontrol. Kesehatannya dicek

apanya yang kurang, keluhan-keluhan kalau ada penyakit lain dikasih obat (P7).

kalau tensi masih gini-gini aja mas. Perkembangan seminggu terakhir sebelum kontrol saya tulis; saya punya tensi yang otomatis; ...setelah saya terkena jantung terus kemudian mengikuti saran dokter saya itu rutin kontrol setiap bulan, saya biasanya jadwal saya itu biasanya minggu pertama atau minggu ketiga (P6).

Upaya lainnya untuk mendapatkan derajat kesehatan yang lebih baik menurut partisipan dapat dilakukan ialah merubah pola makan. Merubah pola makan merupakan bentuk perubahan dalam mengonsumsi makanan, baik dengan meningkatkan ataupun membatasi konsumsi zat makanan tertentu. Hampir seluruh partisipan setelah mengalami SKA merubah pola makannya dengan membatasi konsumsi lemak/kolesterol, dan sebagian lainnya mencoba untuk meningkatkan konsumsi makanan berseerat atau mengurangi konsumsi gula. Pernyataan partisipan yang menunjukkan hal ini yaitu:

setelah saya terserang ini saya langsung mengurangi minyak lahminyak saya kurangi pada masakan yang saya makan itu makanan yang saya makan itu ya hanya air sayur direbus dikasih air dikasih bawang putih nggak di goreng (ketawa) ya dikukus (P5).

...kemudian banyak makan sayur, makan buah-buahan, kalau kemaren ya seminggu satu kali ya sekarang ditingkatkan, kalau yang saya baca dan saya ikuti minimalnya di referensi yang saya baca minimal seminggu itu empat kali harus minum sari buah, sudah saya terapkan. Kalau dalam kulkas saya selalu ada buah-buahan. mungkin dulu kurang memperhatikan sekarang lebih meskipun saya nggak tahu itu kandungannya apa.

...seperti saya minum gula itu nggak terlalu banyak sekarang kadang-kadang satu hari nggak minum gula, saya kadang minum satu gelas sehari (P12).

Upaya keempat menurut partisipan bisa dilakukan untuk memperoleh derajat kesehatan yang lebih baik adalah manajemen stress. Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa setelah terkena SKA, mereka senantiasa untuk menenangkan pikiran, tidak berlebihan dalam memikirkan sesuatu persoalan, dan lebih sabar dalam menghadapi masalah. Bentuk pernyataan partisipan yang menunjukkan hal ini diantaranya:

...pikiran saya itu harus tenang, bilang dokter ibu harus ceria biar semakin sembuh, dokter melihat saya mungkin ada yang saya pikir itu buktinya penyempitan bukan penyumbatan saya itu; ...kalau yang saya baca itu kalau orang stress itu nggak memperhatikan nutrisi, pikiran kita itu mikir stress makan ya onok e (artinya: sembarang), kalau pikiran kita jernih akhirnya bisa jernih berfikir ini makanan sehat ini yang kurang. (P6)

kalau secara duniawi saya lebih menjaga emosi lebih sabar kalau ada hal-hal tertentu yang kurang pas ya saya lebih sabar lagi;setiap ada permasalahan saya harus sabar pokoknya setiap ada permasalahan harus dihadapi dengan sabar harus anggap enteng, itu yang merubah saya (P2).

Upaya terakhir menurut partisipan dapat dilakukan untuk mendapatkan derajat kesehatan yang lebih baik ialah menghindari aktifitas yang dapat menimbulkan kelelahan. Beberapa partisipan menjelaskan bahwa setelah mengalami SKA, mereka mencoba untuk tidak menaiki tangga, berhenti dari pekerjaan seelumnya seperti bertani, atau tidak melakukan aktifitas secara terburu-buru. Upaya ini dilakukan agar kerja jantung tidak berat. Pernyataan partisipan

yang menjelaskan hal ini diantaranya yaitu:

sayakan biasanya ngajar, kelas saya kan di lantai atas, agar badan saya tidak terlalu lelah kan masih dalam pengobatan; ...saya itu mengajar, kelas saya itu saya minta untuk pindah ke bawah... minsalnya kelas A hari ini saya ganti di bawah di kelas dekat ruangan guru jadi anak-anak saya beri tahu, karena ibu menghindari tangga; saya tetap menghindari tangga ya, jam satu naik terus turun lagi, jam 2 terus naik lagi, jadi saya harus menghindari itu dulu nggak boleh kecapek-an (P6).

sebelum sakit tu ya, saya tani, nyopir. Sekarang saya nggak bekerja sayakan jualan pasir di pertigaan sering duduk gitu aja; yang berat itu nggak boleh (P7).

kalau saya dulu itu sering ke buru-buru ya, buru itu membuat denyut jantungkan tinggi jadi sekarang harus tenang plannngnya, jangan sampai begitu mengerjakan sesuatu itu mendadak ...makanya sekarang siapkan plannng dulu siap-siapkan berangkat enteng pikiran (P3).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko yang diketahui oleh partisipan dapat menyebabkan SKA yaitu: seringnya terpapar dengan asap rokok, kebiasaan makan yang tidak diimbangi dengan olahraga, kebiasaan mengkonsumsi makanan berlemak/berkolesterol, tekanan pada pikiran, ataupun komplikasi dari penyakit diabetes mellitus dan hipertensi. Di samping faktor risiko yang disebutkan oleh partisipan, terdapat faktor risiko SKA lainnya yang tidak dapat dimodifikasi meliputi: laki-laki berusia >45 tahun, perempuan >55 tahun, keturunan, ras, dan alkohol (Gelfrand & Cannon, 2009; Jackson, 2008; Overbaugh, 2009; Stahle & Cider, 2010).

Hasil penelitian menggambarkan bahwa setiap partisipan telah mampu mengidentifikasi perilaku berisiko untuk terkena SKA. Namun, tidak ada partisipan yang mampu mengidentifikasi faktor risiko SKA secara keseluruhan. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan pendidikan kesehatan yang diterimanya. Penelitian yang dilakukan oleh Shah *et al.* (2017) menjelaskan bahwa tingkat kesadaran pasien terhadap faktor risiko yang dapat menyebabkan SKA masih sangat rendah. Menurut mereka, hal tersebut karena mayoritas pasien tidak mendapatkan pendidikan kesehatan (Shah *et al.*, 2017).

Hasil penelitian juga menjelaskan bahwa setelah didiagnosis SKA, partisipan melakukan berbagai upaya agar mendapatkan kesehatan yang optimal. Pernyataan partisipan menunjukkan pada beberapa program rehabilitatif yang mereka lakukan, dimulai dari mempertahankan kebugaran tubuh (seperti: rajin berolahraga dan meningkatkan konsumsi air putih), memantau status kesehatan secara mandiri, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin di pelayanan kesehatan, merubah pola makan, manajemen stress, hingga menghindari aktifitas yang dapat menimbulkan kelelahan.

Perubahan yang dilakukan oleh partisipan telah sesuai dengan yang dianjurkan oleh AHA (American Heart Association). Menurut AHA upaya pencegahan yang harus dilakukan oleh pasien SKA meliputi: menghindari keterpaparan dengan asap rokok, mengontrol tekanan darah dan kolesterol/lemak darah dengan mengonsumsi obat-obatan dan diet sehat, melakukan aktifitas fisik sedang, mempertahankan berat badan ideal, manajemen diabetes, serta menghindari stres berat dan mengikuti program rehabilitasi (termasuk kontrol kesehatan

dan konsumsi obat-obatan) (Smith *et al.*, 2011).

Seluruh partisipan telah mampu mengontrol status kesehatan secara rutin di fasilitas pelayanan kesehatan dan sebagian besarnya telah mampu merubah pola makan (seperti: membatasi konsumsi makanan yang mengandung lemak/kolesterol) setelah terkena SKA. Namun, hanya sedikit partisipan yang mengungkapkan bahwa melakukan aktifitas fisik, mengontrol berat badan, menghindari asap rokok, dan manajemen stress, serta menghindari aktifitas yang berat merupakan upaya lain yang harus dilakukan untuk mencegah kekambuhan penyakit dan serangan ulang. Faktor yang mungkin berpengaruh terhadap kurang optimalnya manajemen pengobatan yang diaplikasikan oleh partisipan ialah rendahnya persepsi partisipan untuk mengalami serangan ulang. Alfafos *et al.* (2016) menemukan bahwa dari 160 pasien SKA, hanya 43% yang mempunyai persepsi untuk mengalami SKA di masa yang akan datang. Rendahnya keyakinan akan risiko tinggi untuk mendapatkan perawatan ulang akan berdampak pada menurunnya motivasi pasien SKA dalam mematuhi seluruh program pengobatan.

KESIMPULAN

Pengetahuan yang baik mengenai faktor risiko kemudian diikuti dengan mengaplikasikan perilaku hidup sesuai dengan yang dianjurkan maka akan mampu mencegah kekambuhan dan perawatan ulang bagi mereka yang telah terdiagnosis SKA. Hasil penelitian menjelaskan bahwa pasien tidak mampu mengidentifikasi faktor risiko dan menerapkan perilaku hidup sehat SKA secara keseluruhan. Hal ini menunjukkan pentingnya petugas kesehatan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai faktor risiko dan pola hidup sehat SKA termasuk materi tentang risiko mengalami kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfasfos, N., Darawad, M.W., Nofal, B., Samarkandi, O.A., & Abdulqader, B. (2016). Knowledge, attitudes, beliefs and perceived risk of acute coronary syndrome among Jordanian patients. *Health*, 8(15): 1830-1844. doi: 10.4236/health.2016.815175.
- Amsterdam, E.A., Wenger, N.K., Brindis, R.G., Casey, D.E., Ganiats, T.G., Holmes, D.R., *et al.* (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*, 130(25): e344-e426 doi: 10.1161/CIR.0000000000000134.
- Andrikopoulos, G., Terentes-Printzios, D., Tzeis, S., Vlachopoulos, C., Varounis, C., Nikas, N., *et al.* (2016). Epidemiological characteristics, management and early outcomes of acute coronary syndromes in Greece: The PHAETHON study. *Hellenic Journal of Cardiology*, 57: 157-166. doi: 10.1016/j.hjc.2016.06.003.
- Barrabes, J.A., Bardaji, A., Jimenez-Candil, J., Del Nogal, S.F., Bodi, V., Basterra, N., *et al.* (2015). Prognosis and management of acute coronary syndrome in Spain in 2012: The DIOCLES Study. *Rev Esp Cardiol*, 68(2): 98-106. doi: 10.1016/j.recesp.2014.03.01s.
- Clarke, V. & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2): 120-123.
- Deo, R. & Albert, C.M. (2012). Sudden cardiac death: Epidemiology and genetics of sudden cardiac death. *Circulation*, 125: 620-637. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.023838.
- 164-172. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.02.087.
- Kumboyono, K. Sukotjo, C.T., Lestari, Y.C., & Wijiyanti, D.P. (2018). Resilience of people with HIV/AIDS in Indonesia: A phenomenological study. *HIV Nursing*, 18(1): 4-7.
- Ministry of Health of Indonesia. (2014). *Infodatin: Situasi kesehatan jantung*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. p. 2-8.
- Nofal, H. K., Abdulmohsen, M. F. & Khamis, A. H. (2011). Incidence and cause of sudden death in a university hospital in eastern Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(9): 665-670.
- Overbaugh, K.J. (2009). Acute coronary syndrome. *The American Journal of Nursing*, 109(5), 42-52. doi:10.1097/01.NAJ.0000351508.39509.e2.
- Padilla-Diaz, M. (2015). Phenomenology in educational qualitative research: Philosophy as science or philosophical science?. *International Journal of Educational Excellence*, 1(2): 101-110.
- Quiles, J. & Vicedo, B.M. (2014). Secondary prevention strategies for acute coronary syndrome. *Rev Esp Cardiol*, 67(10): 844-848. doi: 10.1016/j.rec.2014.04.013.
- Reiners, G.M. (2012). Understanding the differences between Husserl's (descriptive) and Heidegger's (interpretive) phenomenological research. *J Nurs Care*, 1(5): 1-3. doi: 10.4172/2167-1168.1000119.
- Shah, M.M., Jameel, U., Khan, N., Frdos, F., Jan, M.Y., Waheed, M.A., *et al.* (2017). Knowledge of modifiable risk factors of ischemic heart disease among patients presenting with acute myocardial infarction in Peshawar. *MOJ Bology and Medicine*, 2(2): 1-5. doi: 10.15406/mojbm.2017.02.00049.

- Gelfand, E.V. & Cannon, C.P. (2009). *Management of acute coronary syndromes*. Wiley-Blackwell. United States. P. 37-78.
- Jackson, G. (2008). *Acute coronary syndrome*. Oxford Cardiology Press. United States. p. 1-9.
- 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: 283-293. doi: 10.3122/jabfm.2015.02.140189.
- Smith, J.N., Negrelli, J.M., Manek, M.B., Hawes, E.M. & Viera, A.J. 2015. Diagnosis and management of acute coronary syndrome: An evidence-based update. *J Am Board Fam Med*, 28: 283-293. doi: 10.3122/jabfm.2015.02.140189.
- Stahle, A. & Cider, A. (2010). *Coronary artery disease*. Sweden: Karolinka Institute. Retrieved from <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/06/21.-Coronary-artery-disease.pdf>.