

STUDI KUALITATIF TENTANG KESADARAN PEREMPUAN TERHADAP PENYAKIT KARDIOVASKULAR DI KABUPATEN BANTUL, DIY

RINGKASAN

Meskipun penyakit jantung sering diasosiasikan sebagai penyakitnya laki-laki, fakta menunjukkan bahwa penyakit jantung ternyata menjadi penyebab kematian tertinggi pada perempuan. Hasil studi literatur menunjukkan bahwa perempuan mengalami gejala awal penyakit jantung yang berbeda dengan pria. Seperti yang dilaporkan dalam Statistik Penyakit Jantung dan Stroke untuk 2012, hampir dua pertiga (64%) wanita meninggal mendadak karena PKV, tanpa menunjukkan gejala sebelumnya. Walaupun demikian, data terbaru menunjukkan bahwa kesadaran perempuan terhadap penyakit jantung masih rendah. *American Heart Association* (AHA) telah meluncurkan kampanye yang berjudul 'Go Red for Women' pada tahun 2003 sebagai upaya untuk meningkatkan kesadaran perempuan terhadap ancaman penyakit jantung. Kampanye yang diinisiasi oleh AHA ini telah menjadi fenomena global dan diadopsi di berbagai negara serta berhasil meningkatkan kesadaran tentang penyakit jantung sebagai penyebab utama kematian pada perempuan. Namun, upaya pendidikan masih harus dilakukan untuk menjangkau ras dan etnis minoritas yang memiliki tingkat kesadaran yang lebih rendah tetapi memiliki angka kematian dan faktor risiko akibat penyakit kardiovaskuler yang lebih tinggi. Di Indonesia sendiri, data menunjukkan bahwa bahwa penyakit jantung menjadi penyebab kematian sekitar sembilan juta perempuan setiap tahunnya. Saat ini penelitian terkait dengan kesadaran dan pengetahuan perempuan terkait penyakit jantung di Indonesia masih sulit ditemukan. Hal ini karena penelitian tentang penyakit jantung di Indonesia lebih dititikberatkan pada aspek biomedis dari penyakit itu sendiri. Melalui penelitian ini, kami bermaksud untuk mengeksplorasi sejauh mana kesadaran perempuan terhadap ancaman penyakit jantung di Yogyakarta, Indonesia. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan intervensi di masa depan untuk memberikan edukasi kepada perempuan di Indonesia terkait bahaya penyakit jantung.

Desain penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah dengan penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Penelitian akan dilakukan di dua puskesmas (Puskesmas Kasihan 1 dan 2) selama bulan Januari sampai dengan April 2020.

Setelah wawancara, data akan kami transkrip verbatim, dan dianalisa dengan menggunakan analisis tematik. Hasil dari penelitian ini kami kami publikasikan di jurnal minimal Q3 terindeks SCOPUS. Penelitian dasar ini sangat erat kaitannya dengan bidang keperawatan komunitas, yang berfokus tidak hanya pada individu yang sakit tetapi juga pada individu sehat dalam upaya peningkatan kesehatan (*health promotion*) dan pencegahan penyakit (*illness prevention*).

Kata kunci: Penyakit jantung; awareness; perempuan; kualitatif

LATAR BELAKANG

Penyakit kardiovaskuler (PKV) telah diidentifikasi sebagai penyebab utama kematian dan kesakitan di dunia (Gaziano et al., 2010, World Health Organization, 2015). Menurut WHO (2015), PKV adalah penyakit jantung dan pembuluh darah dan termasuk di dalamnya adalah Penyakit Jantung Koroner (PJK), stroke, penyakit arteri perifer dan aorta. Pada tahun 2012, sekitar 17,5 juta orang meninggal karena PKV, yang mewakili 31% atau sekitar sepertiga dari total kematian di dunia (WHO, 2015).

Meskipun penyakit jantung seringkali dikaitkan sebagai ‘penyakitnya kaum laki-laki’, tetapi data menunjukkan bahwa penyakit jantung juga menjadi penyebab kematian tertinggi pada perempuan. Hal ini menunjukkan adanya bias gender dalam pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi penyakit jantung yang terjadi akibat pengaruh budaya atau cara pandang. Laporan dari negara-negara maju seperti Amerika, Eropa, dan Australia menyatakan bahwa penyebab utama kematian pada perempuan usia 65 tahun ke atas adalah penyakit jantung, diikuti oleh kanker dan stroke (Stramba-Badiale et al., 2006)(Go et al., 2013). Hal serupa juga terjadi di Indonesia, dimana penyakit jantung dan pembuluh darah menjadi penyebab kematian sekitar sembilan juta perempuan setiap tahun (PERKI, 2015). Hal ini menjadi ironis, karena sebenarnya penyakit jantung dapat dicegah seperti halnya pencegahan terhadap penyakit stroke.

Data terbaru menunjukkan bahwa kesadaran akan pentingnya kesehatan jantung pada kaum perempuan masih rendah. Hasil dari sebuah survey yang dilakukan oleh *American Heart Association* (AHA) pada tahun 1997 menunjukkan bahwa hanya satu dari tiga perempuan yang dapat mengidentifikasi dengan benar bahwa penyakit jantung merupakan penyebab kematian utama pada perempuan (Mosca et al., 2000). Walaupun hasil survey pada tahun-tahun sesudahnya menunjukkan adanya peningkatan kesadaran dan pengetahuan perempuan mengenai penyakit jantung, akan tetapi angka tersebut masih di bawah standar. Selain itu, sejak tahun 2006,

kesadaran dan pengetahuan perempuan akan penyakit jantung juga tidak mengalami peningkatan yang berarti terutama pada perempuan yang berusia di bawah 55 tahun atau berasal dari etnis minoritas, terlepas dari masifnya kampanye kesehatan yang ditujukan untuk mengedukasi masyarakat tentang penyakit jantung pada perempuan (Mosca et al., 2013). Kondisi ini diperparah dengan kurangnya kesadaran dari tenaga profesional medis yang beranggapan bahwa PKV adalah penyakit kaum laki-laki, sehingga PKV pada perempuan yang gejala-gejalanya memang tidak khas menjadi semakin sering terabaikan (Mosca et al., 2005).

Saat ini penelitian terkait dengan kesadaran dan pengetahuan perempuan terkait penyakit jantung di Indonesia masih sulit ditemukan. Hal ini karena penelitian tentang penyakit jantung di Indonesia lebih dititikberatkan pada aspek biomedis dari penyakit itu sendiri (Maharani and Tampubolon, 2014, Schröders et al., 2017). Penelitian baik kualitatif maupun kuantitatif yang mengeksplorasi tentang kesadaran terhadap gejala penyakit jantung serta faktor resiko penyakit jantung pada perempuan masih belum dilakukan walaupun penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi pada perempuan di Indonesia. Oleh karena itulah, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi kesadaran perempuan terhadap penyakit jantung pada perempuan di Yogyakarta, Indonesia. Hasil penelitian ini akan bermanfaat untuk mempromosikan kesehatan perempuan di Indonesia secara umum, serta untuk mendesain intervensi yang tepat untuk edukasi kesehatan terkait penyakit jantung pada perempuan yang efektif.

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Lockyer and Bury (2002), kepercayaan tradisional bahwa PKV adalah penyakit kaum pria telah menyebabkan PKV tidak dianggap sebagai masalah kesehatan yang serius bagi perempuan dari segala usia. . LaCharity et al. (1997) mencatat perempuan sendiri berpikir bahwa mereka aman dari penyakit jantung sampai setelah menopause. Karena alasan inilah, hubungan apa pun antara perempuan dan PKV lebih banyak diabaikan oleh para feminis dan tenaga kesehatan profesional selama bertahun-tahun. Perempuan cenderung terlambat mendapatkan rujukan untuk menjalani tes diagnostik, mendapatkan perawatan yang kurang intensif, dan cenderung mengalami keterlambatan rujukan untuk menjalani perawatan terkait penyakit mereka (Bowling et al., 2001, Daly et al., 2005). Namun, selama satu dekade terakhir, telah terjadi peningkatan dalam jumlah penelitian, praktek klinis, dan pengetahuan di kalangan masyarakat umum mengenai PKV pada perempuan. AHA meluncurkan kampanye nasional "*Go Red for Women*" pada tahun 2003 sebagai upaya untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang bahaya PKV pada perempuan. Kampanye nasional ini telah menyebar ke beberapa negara dan menjadi fenomena global. Mosca et al. (2013) melaporkan bahwa kampanye

ini telah berhasil meningkatkan kesadaran tentang penyakit jantung sebagai penyebab utama kematian pada perempuan. Namun, upaya pendidikan masih harus dilakukan untuk menjangkau ras dan etnis minoritas yang memiliki tingkat kesadaran yang lebih rendah tetapi memiliki angka kematian dan faktor risiko akibat PKV yang lebih tinggi.

Selama tiga dekade terakhir, telah terjadi penurunan angka kematian yang disebabkan oleh PKV untuk pria dan wanita secara dramatis, terutama pada kelompok usia > 65 tahun (Garcia et al., 2016). Namun, laporan untuk negara-negara maju seperti Amerika Serikat, Inggris, dan Australia menunjukkan bahwa penyakit jantung tetap menjadi penyebab utama kematian wanita > 65 tahun, diikuti oleh kanker dan stroke (WHO, 2014). Di Indonesia, penyakit jantung iskemik (IHD) dan stroke telah diidentifikasi sebagai penyebab utama kematian dini pada pria dan wanita selama sepuluh tahun terakhir (Mboi et al., 2018). Data dari *Global Burden of Disease Study* (2016) dari tahun 2005 hingga 2016 telah terjadi peningkatan angka kematian karena IHD di Indonesia sebanyak 14,2% (Mboi et al., 2018). Berdasarkan laporan dari PERKI (2015), proporsi wanita yang dirujuk ke Pusat Kardiovaskular Nasional di Indonesia, karena sindrom koroner akut, mencapai 22,4% dari total pasien. Tingkat kematian wanita di rumah sakit nasional adalah 70% lebih tinggi bila dibandingkan dengan pria (10,6% vs 6%).

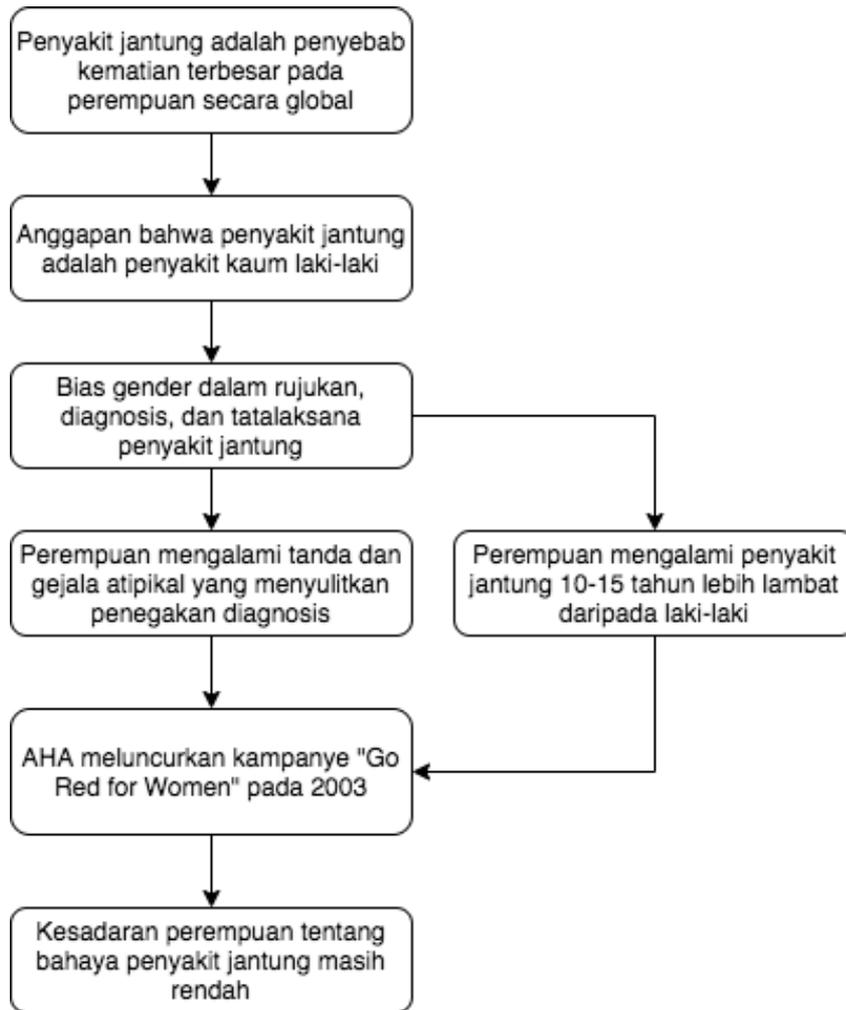
Hasil studi literatur menunjukkan bahwa perempuan mengalami gejala awal penyakit jantung yang berbeda dengan pria. Seperti yang dilaporkan dalam Statistik Penyakit Jantung dan Stroke untuk 2012, hampir dua pertiga (64%) wanita meninggal mendadak karena PKV, tanpa menunjukkan gejala sebelumnya (Roger et al., 2012). Nyeri dada sentral tidak selalu merupakan gejala pertama penyakit jantung koroner (PJK) yang dialami oleh wanita (Beery, 1995). Sebaliknya, penelitian yang lebih baru (Thygesen et al., 2012) melaporkan bahwa gejala PJK yang paling umum untuk pria dan wanita adalah nyeri dada sentral. Secara umum, gejala iskemik pada wanita dan pria dapat meliputi: a) kelelahan yang tidak biasa, b) sesak napas, c) nyeri dada atau ketidaknyamanan, d) nyeri punggung bagian atas, e) ketidaknyamanan tubuh bagian atas, f) gangguan pencernaan, g) mulas, h) mual / muntah, i) jantung berdebar, atau j) kesemutan di tangan atau lengan (Roger et al., 2012, Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Namun, Berg et al. (2009) melaporkan bahwa wanita biasanya menampilkan sejumlah besar gejala daripada pria.

Gejala atipikal dari serangan jantung pada perempuan menghadirkan tantangan dalam penegakan diagnosis, sehingga wanita lebih rentan terhadap kesalahan diagnosis daripada pria (Ryan et al., 2005). Sehubungan dengan diagnosis, literatur menunjukkan bahwa perempuan lebih mungkin mengalami keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan dibandingkan laki-laki (Maas and Appelman, 2010, Roger et al., 2012). Secara umum, wanita menderita PKV sekitar

sepuluh tahun lebih lambat daripada pria (Anand et al., 2008). Pada titik ini, wanita memiliki risiko lebih tinggi menderita berbagai komorbiditas, seperti diabetes atau hipertensi, yang menempatkan wanita pada penyakit jantung risiko tinggi (Sharp, 1994, Jensen and King, 1997, Worrall-Carter et al., 2011). Oleh karena itu, ketika wanita memang menderita PKV, mereka memiliki probabilitas yang lebih tinggi untuk mengalami prognosis yang buruk, termasuk kematian (Pepine, 2004, Audelin et al., 2008, Reeves et al., 2008). Hasil sistematik review yang mengeksplorasi faktor resiko PKV pada perempuan menemukan bahwa aktivitas fisik, depresi, serta stres berhubungan dengan terjadinya peningkatan resiko pada wanita untuk mengalami PKV (Worrall-Carter et al., 2011).

Eysmann and Douglas (1993) menyatakan bahwa terdapat bias gender antara pria dan wanita terkait dengan akses ke modalitas diagnostik dan terapeutik untuk penyakit jantung koroner. Pada tahun 1990-an, menurut Eysmann dan Douglas (1993), wanita dirujuk untuk menjalani intervensi revaskularisasi koroner di tahap akhir dalam perjalanan penyakit mereka. Jeda waktu ini diidentifikasi sebagai salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya peningkatan angka kematian perempuan di rumah sakit setelah angioplasti koroner dan CABG. Lundberg and King (2012) mengemukakan bahwa pria dan wanita seharusnya mendapatkan terapi intervensi dan evaluasi yang sama karena wanita dapat memperoleh manfaat yang sama dengan pria dari strategi invasif. Baru-baru ini, terdapat banyak perbaikan dalam diagnosis wanita yang mengalami serangan jantung; peningkatan yang memiliki implikasi positif yang signifikan mengarah pada hasil pasien yang lebih baik, karena mereka telah diberikan perawatan yang tepat waktu (Dalal et al., 2015).

Dalam membuat keputusan klinis terkait dengan prosedur diagnostik dan pengobatan penyakit kardiovaskular, dokter cenderung melihat PJK sebagai "penyakit pria", sehingga mereka merujuk pada pengalaman pria dengan PKV sebagai standar acuan (AACVPR, 2013). Secara historis, wanita yang menerima prosedur PCI atau CABG mengalami angka kematian yang lebih tinggi daripada pria (Weintraub et al., 1994, Kim et al., 2014). Angka kematian yang lebih tinggi ini mungkin disebabkan oleh komorbiditas wanita, seperti: i) hipertensi, ii) diabetes mellitus, dan iii) disfungsi ventrikel kiri (Lundberg dan King, 2012). Tingkat kematian yang lebih tinggi mungkin juga karena, dalam banyak kasus, wanita menderita PJK dan menerima pengobatan pada usia lebih tua dibandingkan dengan pria (Lundberg dan King, 2012). Namun demikian, penelitian terbaru menunjukkan bahwa angka kematian untuk pria dan wanita yang menerima CABG tidak terdapat perbedaan yang signifikan, setelah mengoreksi usia dan komorbiditas (Duvernoy et al., 2010, Lundberg and King, 2012).



METODE

1. Desain Penelitian

Crotty (1998) menyatakan bahwa metodologi yang dipilih harus sesuai dan relevan dengan tujuan penelitian. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menggali kesadaran perempuan di Yogyakarta tentang penyakit jantung, oleh karena itu desain penelitian yang akan digunakan adalah penelitian kualitatif. Creswell (2013) mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai upaya mengeksplorasi dan memahami makna pengalaman individu atau kelompok yang dikaitkan dengan masalah sosial. Lebih lanjut, tujuan utama eksplorasi tersebut adalah untuk menyajikan cerita dan pengalaman yang diperoleh dari partisipan secara komprehensif. Penelitian kualitatif juga membantu peneliti untuk menemukan makna, pengalaman, dan pandangan partisipan penelitian (Pope and Mays, 2006).

2. Lokasi dan sampel penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di dua Puskesmas di kabupaten Bantul, yaitu Puskesmas Kasihan 1 dan Puskesmas Kasihan 2. Berbeda dengan model penelitian kuantitatif, tidak ada perhitungan statistik untuk penelitian kualitatif (Bryman, 2016). Kvale (1996) menyatakan bahwa ketika melakukan wawancara, 15 ± 10 partisipan sudah cukup untuk mencapai pemahaman yang baik. Metode *purposive sampling* akan digunakan dalam penelitian ini. Oleh karena itu, peneliti merencanakan untuk mewawancarai 20-30 pasien perempuan yang berusia di atas 18 tahun, menderita penyakit hipertensi, dan bersedia untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini.

3. Metode Pengumpulan Data dan Analisis

Pengumpulan data akan berlangsung selama delapan bulan antara bulan Januari sampai dengan April 2020 dengan wawancara mendalam.

3.1 Alur rekrutmen partisipan

Partisipan akan direkrut di ruang tunggu Puskesmas Kasihan 1 dan Kasihan 2 selama bulan Januari sampai April 2020. Perempuan yang berobat ke Puskesmas akan didekati oleh peneliti untuk menjelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian ini, dan menanyakan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian. Jika perempuan tersebut setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti dan calon partisipan akan menyepakati waktu untuk pelaksanaan wawancara mendalam.

3.2 Wawancara dengan partisipan

Wawancara akan dilakukan di puskesmas, rumah atau lokasi lain tergantung dari permintaan dari partisipan pada tanggal dan waktu yang mereka tentukan. Peneliti akan melakukan wawancara mendalam, yang berlangsung selama kurang lebih satu jam untuk setiap peserta. Dalam wawancara ini, peneliti akan mengeksplorasi tentang pengetahuan mereka mengenai penyakit jantung, faktor resiko, tanda dan gejala, penyebab, pengobatan, serta faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Rekaman dengan audio recorder digital dan *field notes* akan digunakan untuk merekam informasi saat wawancara.

Panduan wawancara, yang berisi tentang topik yang akan dibahas, akan disiapkan oleh peneliti. Panduan wawancara ini akan memberi struktur pada wawancara dan memastikan bahwa topik umum yang dibahas sama antar masing-masing peserta. Wawancara akan menggunakan

pertanyaan-pertanyaan terbuka sehingga memungkinkan peserta untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam kata-kata mereka sendiri dan mengungkapkan pendapat pribadi, pandangan, dan pengalaman mereka. Jika peserta setuju, wawancara akan direkam dengan *recorder*. Namun, jika para peserta menolak untuk direkam, peneliti akan mencatat selama wawancara.

4. Analisis data

Analisis data akan mengikuti prosedur analisis kualitatif tematik seperti yang disarankan oleh Braun and Clarke (2006). Awalnya, peneliti akan melakukan transkripsi data verbatim. Setelah data seluruh wawancara ditranskrip, peneliti akan membaca kembali transkrip secara berulang kali untuk memastikan *familiarity* dengan data. Peneliti juga akan mencatat ide awal, beberapa tanggapan, dan pola untuk menyaring tema utama. Selama analisis data, peneliti akan menggunakan NVivo 11.

5. Rigor

Konsep yang paling sering digunakan untuk memastikan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif adalah gagasan tentang '*trustworthiness*' yang dikembangkan oleh Lincoln and Guba (1985). *Trustworthiness* atau kepercayaan adalah sejauh mana hasil penelitian yang dianggap layak dan sesuai atau benar-benar mewakili sudut pandang peserta. Untuk meningkatkan kepercayaan dalam penelitian ini, peneliti akan mencakup kriteria berikut: kredibilitas, konfirmabilitas, dan transferabilitas (Lincoln dan Guba, 1985).

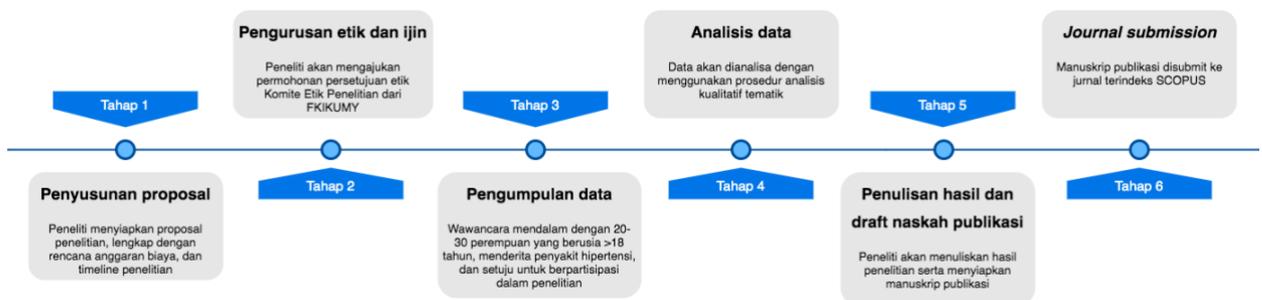
Penelitian ini akan menggunakan dua strategi untuk meningkatkan kredibilitasnya. Pertama, wawancara akan direkam secara digital dan secara bersamaan ditranskrip untuk menjamin kualitas dan akurasi data (Erlandson, 1993). Kedua, peserta akan memverifikasi data melalui proses yang disebut *member-checking* (Polit and Beck, 2013). Oleh karena itu, peneliti akan menghubungi peserta untuk meninjau dan memberikan umpan balik pada temuan penelitian dan untuk memperjelas deskripsi mereka. Selain itu, peneliti akan memberikan rincian lengkap tentang konteks penelitian, peserta, dan asumsi-asumsi penting yang digunakan untuk penelitian ini dalam rangka meningkatkan *transferability*. Untuk meningkatkan konfirmabilitas, peneliti akan melakukan *audit trail*. *Audit trail* melibatkan dokumentasi dari semua aspek penelitian secara hati-hati, dan auditor (pemeriksa eksternal) akan mengaudit "keputusan, proses analitis, dan pemilihan metodologi penelitian oleh peneliti utama" (Parahoo 2006, p.410). Oleh karena itu, prosedur untuk memeriksa dan mengecek kembali data selama penelitian akan didokumentasikan.

6. Etika Penelitian

Pada tahap pertama, peneliti akan mengajukan permohonan persetujuan etik Komite Etik Penelitian dari FKIK UMY. Setelah mendapat persetujuan etik, peneliti akan menghubungi pasien untuk mengatur pertemuan dan menjadwalkan wawancara. Sebelum wawancara, peneliti akan memberitahu semua peserta tentang tujuan keseluruhan dan sifat dari penelitian, teknik pengumpulan data, tanggung jawab peneliti dan kemungkinan risiko yang dialami dan manfaat yang bisa timbul. Pada saat ini, dua salinan persetujuan (*informed consent*) akan diberikan dan ditandatangani oleh partisipan.

Sebelum merekam proses wawancara, peneliti akan meminta izin partisipan. Semua partisipan akan diyakinkan bahwa keputusan mereka untuk berpartisipasi bersifat sukarela dan bahwa jika mereka setuju untuk berpartisipasi, mereka berhak untuk menarik diri dari penelitian setiap saat. Mereka juga akan diinformasikan bahwa tidak ada risiko kesehatan apapun yang mungkin muncul. Terkait dengan kerahasiaan, pasien yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan diyakinkan bahwa tidak ada informasi yang diperoleh selama penelitian akan dibahas atau disebar dengan siapa pun di luar tim penelitian tanpa izin tertulis. Semua data tertulis akan disimpan dalam lemari terkunci sedangkan data elektronik akan disimpan dalam file yang dilindungi dengan password dengan hanya tim peneliti memiliki akses untuk itu. Selain itu, untuk melindungi anonimitas peserta, nama samaran akan digunakan sebagai pengganti nama pada data wawancara.

DIAGRAM ALIR PENELITIAN



TIM PENELITIAN

No.	Nama	Asal	Tugas
1	Sutantri, Ns., M.Sc., Ph.D.	PSIK UMY	<ul style="list-style-type: none"> - Ketua penelitian - Menyusun proposal - Menyusun panduan wawancara - Melakukan pengumpulan dan analisis data - Menyusun laporan hasil - Menyusun naskah publikasi
2	Resti Yulianti Sutrisno, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB	PSIK UMY	<ul style="list-style-type: none"> - Anggota pengusul - Melakukan analisis data - Menyusun naskah publikasi
3	Nina Dwi Lestari, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom	PSIK UMY	<ul style="list-style-type: none"> - Anggota pengusul - Pengumpulan data (wawancara) - Analisis data - Menyusun naskah publikasi
4	1 orang mahasiswa	PSIK UMY	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan transkrip data - Input data ke NVIVO

I. JADWAL

No	Nama Kegiatan	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Pengajuan proposal penelitian												
2	Pengurusan etik												
3	Uji coba panduan wawancara												
4	Rekrutmen partisipan												
5	Pengumpulan data dengan wawancara mendalam												
6	Transkripsi wawancara												
7	Analisis data												
8	Menulis hasil												
9	Manuscript preparation dan journal submission												

DAFTAR PUSTAKA

1. ANAND, S. S., ISLAM, S., ROSENGREN, A., FRANZOSI, M. G., STEYN, K., YUSUFALI, A., KELTAL, M., DIAZ, R., RANGARAJAN, S. & YUSUF, S. 2008. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29, 932-940.
2. AUDELIN, M. C., SAVAGE, P. D. & ADES, P. A. 2008. Changing clinical profile of patients entering cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 1996 to 2006. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 28, 299-306.
3. BEERY, T. A. 1995. Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24, 427-435.
4. BOWLING, A., BOND, M., MCKEE, D., MCCLAY, M., BANNING, A., DUDLEY, N., ELDER, A., MARTIN, A. & BLACKMAN, I. 2001. Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications. *Heart*, 85, 680-686.
5. BRAUN, V. & CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101.
6. BRYMAN, A. 2016. *Social Research Methods*, Oxford, Oxford University Press.
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION 2013. Women and Heart Disease Fact Sheet. In: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, D. O. H. A. H. S. U. (ed.).
8. CRESWELL, J. W. 2013. *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches*, Los Angeles, Calif., Los Angeles, Calif. : SAGE Publications.
9. CROTTY, M. 1998. *The foundations of social research : meaning and perspective in the research process*, London, London : SAGE.
10. DALAL, H. M., DOHERTY, P. & TAYLOR, R. S. 2015. Cardiac rehabilitation. *British medical journal*, 351, h5000.
11. DALY, C. A., CLEMENS, F., SENDON, J. L. L., TAVAZZI, L., BOERSMA, E., DANCHIN, N., DELAHAYE, F., GITT, A., JULIAN, D. & MULCAHY, D. 2005. The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologists in Europe: from the Euro Heart Survey of Stable Angina. *European heart journal*, 26, 996-1010.
12. DUVERNOY, C. S., SMITH, D. E., MANOHAR, P., SCHAEFER, A., KLINE-ROGERS, E., SHARE, D., MCNAMARA, R., GURM, H. S. & MOSCUCCI, M. 2010. Gender differences in adverse outcomes after contemporary percutaneous coronary intervention: an analysis from the Blue Cross Blue Shield of Michigan Cardiovascular Consortium (BMC2) percutaneous coronary intervention registry. *American heart journal*, 159, 677-683. e1.
13. ERLANDSON, D. A. 1993. *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*, Sage.
14. EYSMANN, S. & DOUGLAS, P. 1993. Coronary heart disease: therapeutic principles. In: DOUGLAS, P. (ed.) *Cardiovascular Health and Disease in Women*. Philadelphia, PA: WB Saunders Company.
15. GARCIA, L. M., MULVAGH, N. S., BAIREY MERZ, E. C., BURING, E. J. & MANSON, E. J. 2016. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circulation Research*, 118, 1273-1293.

16. GAZIANO, T. A., BITTON, A., ANAND, S., ABRAHAMS-GESSEL, S. & MURPHY, A. 2010. Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle-Income Countries. *Current problems in cardiology*, 35, 72-115.
17. JENSEN, L. & KING, K. 1997. Women and heart disease: the issues. *Critical care nurse*, 17, 45.
18. KIM, S. S., LEE, S., KIM, G., KANG, S. M. & AHN, J. A. 2014. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nursing & health sciences*, 16, 476-482.
19. LACHARITY, L. A., KING, K. M. & KING, K. B. 1997. The experiences of postmenopausal women with coronary artery disease. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 583-607.
20. LINCOLN, Y. S. & GUBA, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
21. LOCKYER, L. & BURY, M. 2002. The construction of a modern epidemic: the implications for women of the gendering of coronary heart disease. *Journal of advanced nursing*, 39, 432-440.
22. LUNDBERG, G. & KING, S. 2012. Coronary revascularization in women. *Clinical cardiology*, 35, 156-159.
23. MAAS, A. & APPELMAN, Y. E. A. 2010. Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18, 598-602.
24. MAHARANI, A. & TAMPUBOLON, G. 2014. Unmet Needs for Cardiovascular Care in Indonesia.(Research Article). *PLoS ONE*, 9.
25. MBOI, N., MURTY SURBAKTI, I., TRIHANDINI, I., ELYAZAR, I., HOUSTON SMITH, K., BAHJURI ALI, P., KOSEN, S., FLEMONS, K., RAY, S. E., CAO, J., GLENN, S. D., MILLER-PETRIE, M. K., MOONEY, M. D., RIED, J. L., NUR ANGGRAINI NINGRUM, D., IDRIS, F., SIREGAR, K. N., HARIMURTI, P., BERNSTEIN, R. S., PANGESTU, T., SIDHARTA, Y., NAGHAVI, M., MURRAY, C. J. L. & HAY, S. I. 2018. On the road to universal health care in Indonesia, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392, 581-591.
26. MOSCA, L., HAMMOND, G., MOCHARI-GREENBERGER, H., TOWFIGHI, A. & ALBERT, M. A. 2013. Fifteen-Year Trends in Awareness of Heart Disease in Women: Results of a 2012 American Heart Association National Survey. *Circulation*, 127, 1254-1263.
27. MOSCA, L., JONES, W. K., KING, K. B., OUYANG, P., REDBERG, R. F. & HILL, M. N. 2000. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. *Archives of Family Medicine*, 9, 506.
28. MOSCA, L., LINFANTE, A. H., BENJAMIN, E. J., BERRA, K., HAYES, S. N., WALSH, B. W., FABUNMI, R. P., KWAN, J., MILLS, T. & SIMPSON, S. L. 2005. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *circulation*, 111, 499-510.
29. PEPINE, C. J. 2004. Ischemic heart disease in women: facts and wishful thinking. *Journal of the American College of Cardiology*, 43, 1727-1730.
30. PERKI 2015. Pedoman Tatalaksana Pencegahan Penyakit Kardiovaskular pada Perempuan. In: EDITION, S. (ed.). Jakarta: National Cardiovascular Center Harapan Kita Hospital.

31. POLIT, O. H. D. & BECK, C. T. 2013. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*, London, London : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
32. POPE, C. & MAYS, N. 2006. *Qualitative research in health care*, Malden, Mass., Malden, Mass. : Blackwell Pub./BMJ Books.
33. REEVES, M. J., BUSHNELL, C. D., HOWARD, G., GARGANO, J. W., DUNCAN, P. W., LYNCH, G., KHATIWODA, A. & LISABETH, L. 2008. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *The Lancet Neurology*, 7, 915-926.
34. ROGER, V. L., GO, A. S., LLOYD-JONES, D. M., BENJAMIN, E. J., BERRY, J. D., BORDEN, W. B., BRAVATA, D. M., DAI, S., FORD, E. S. & FOX, C. S. 2012. Heart disease and stroke statistics—2012 update a report from the American heart association. *Circulation*, 125, e2-e220.
35. RYAN, C., DEVON, H. A. & ZERWIC, J. J. 2005. Typical and atypical symptoms diagnosing acute coronary syndromes accurately. *American Journal of Nursing*, 105, 34-36.
36. SCHRÖDERS, J., WALL, S., HAKIMI, M., DEWI, F. S. T., WEINEHALL, L., NICHTER, M., NILSSON, M., KUSNANTO, H., RAHAJENG, E. & NG, N. 2017. How is Indonesia coping with its epidemic of chronic noncommunicable diseases? A systematic review with meta-analysis. *PLOS ONE*, 12, e0179186.
37. SHARP, I. 1994. *Coronary heart disease: are women special?*, London, National Forum for Coronary Heart Disease Prevention.
38. STRAMBA-BADIALE, M., FOX, K. M., PRIORI, S. G., COLLINS, P., DALY, C., GRAHAM, I., JONSSON, B., SCHENCK-GUSTAFSSON, K. & TENDERA, M. 2006. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 27, 994-1005.
39. THYGESEN, K., ALPERT, J. S., JAFFE, A. S., SIMOONS, M. L., CHAITMAN, B. R. & WHITE, H. D. 2012. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*, 126, 2020-2035.
40. WEINTRAUB, W. S., WENGER, N. K., KOSINSKI, A. S., DOUGLAS, J. S., LIBERMAN, H. A., MORRIS, D. C. & KING, S. B. 1994. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in women compared with men. *Journal of the American College of Cardiology*, 24, 81-90.
41. WHO 2014. Non Communicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. Cardiovascular diseases (CVDs). *Fact Sheet No 317* [Online]. [Accessed December 14, 2015].
43. WORRALL-CARTER, L., SKI, C., SCRUTH, E., CAMPBELL, M. & PAGE, K. 2011. Systematic review of cardiovascular disease in women: Assessing the risk. *Nursing & Health Sciences*, 13, 529-535.