

**IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI POLI KLINIK JANTUNG RSU BAHTERAMAS
PROVINSI SULAWESI TENGGARA**



KARYA TULIS ILMIAH

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
program Diploma III Jurusan keperawatan pada politeknik kesehatan
kendari*

OLEH

FATMAWATI
P0032001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEPERAWATAN
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI POLI KLINIK JANTUNG RUMAH SAKIT UMUM BAHTERAMAS
KOTA KENDARI TAHUN 2017**

Disusun dan Diajukan Oleh:

FATMAWATI
P00320014036

Telah Mendapatkan Persetujuan Dari Tim Pembimbing

Menyetujui:

Pembimbing I



Hj. Nuriannah, B. Sc., S.Pd., M.Kes
NIP. 196510201988032002

Pembimbing II



Reni Devianti U., M. Kep., Sp. KMB
NIP. 197810012005012002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan



Muslimin, I., A. Kep., S.Pd., M.Si
NIP. 195603111981061001

HALAMAN PENGESAHAN

**IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI POLI KLINIK JANTUNG RUMAH SAKIT UMUM BAHTERAMAS
KOTA KENDARI TAHUN 2017**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun dan Diajukan Oleh :

FATMAWATI
NIM P00320014036

**Telah Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal 18 Agustus 2017
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat**

Menyetujui :

1. Akhmad, SST. M.Kes (.....)
2. Dali, SKM., M.Kes (.....)
3. Fitri Wijayati, S.Kep.,Ns., M.Kep (.....)
4. Hj. Nurjannah, B.Sc., S.Pd., M.Kes (.....)
5. Reni Devianti Usman, M.Kep.,Sp., KMB (.....)

**Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan**



Muslimin A., A.Kep., S.Pd., M.Si
NIP. 19560311 198106 1 001

MOTTO

Hidup adalah perjuangan dan perjuangan bukanlah hal yang mudah

Tenaga, pikiran dan perasaan harus dikorbankan

Namun, semua perjuangan tidak bermakna bila tanpa

Keyakinan, kejujuran dan keikhlasan

Karena hanya dengan keyakinan, kejujuran dan keikhlasan

Setiap langkah kehidupan selalu dapat ditapakidengan

Jejak kebaikan

Keberhasilan yang sesungguhnya adalah dalam hidup ini adalah

Jika kita mampu membuat orang lain berhasil

Dan orang - orang yang berhasil bukanlah orang - orang yang
tercepat menyelesaikan masalah

Tetapi orang yang dapat bekerja keras

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Fatmawati
Nim : P00320014036
Tempat tanggal lahir : palu , 04 maret 1996
Suku/bangsa : bungku / indonesia
Jenis kelamin : perempuan
Agama : Islam
Alamat : Btn bukit cempaka kelurahan lepo lepo

B. Pendidikan

1. SD Negri 19 baruga, tamat pada Tahun 2008
2. SMP Negri 12 kendari, tamat pada Tahun 2011
3. SMA Negri 5 kendari, tamat pada Tahun 2014
4. Sejak Tahun 2014 melanjutkan pendidikan Diploma III (D.3)
di Poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan sampai sekarang

ABSTRAK

Fatmawati (P00320014036). Identifikasi karakteristik penyakit jantung koroner di poli klinik jantung RSUD Bahteramas provinsi Sulawesi Tenggara. Dibimbing oleh **Hj.Nurjannah, B. Sc., S.pd., M.kes** selaku pembimbing I dan **Reni Devianti U., M.Kep.Ns.Sp.KMB** selaku pembimbing II (1X+ 56 hal+ 4 tabel+6 lampiran). Karakteristik PJK terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, riwayat keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi karakteristik PJK di poli klinik jantung RSUD Bahteramas provinsi Sulawesi Tenggara. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang sedang memeriksakan diri di poli klinik jantung RSUD Bahteramas yang berdiagnosa jantung koroner sampel dalam penelitian ini diambil dengan cara *accidental sampling* 36 responden. Hasil penelitian menggambarkan bahwa seluruh responden yang berumur antara 56-65 tahun merupakan responden penderita PJK terbanyak yaitu 20 orang (55,56%) sedangkan responden yang berumur 36-45 sebanyak 3 orang (8,33%) adalah responden penderita PJK yang paling sedikit sehingga dapat disimpulkan bahwa berdasarkan umur, penelitian jantung koroner cenderung terjadi pada usia muda yang masih produktif menurut jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, menurut status pernikahan penderita PJK sebagian besar pasien masih memiliki pasangan hidup, dan menurut riwayat keluarga yang paling banyak Menderita PJK adalah yang orang tuanya juga mempunyai riwayat PJK.

Kata kunci : Karakteristik Penyakit Jantung Koroner

Daftar Pustaka : 7 Literatur (2000-2014) 3 dari Internet

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Identifikasi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner di Poli Klinik Jantung RSUD Bahteramas provinsi sulawesi tenggara . penelitian ini di susun dalam rangka melengkapi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III (D III) di politeknik kesehatan kendari jurusan keperawatan.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, terdapat berbagai hambatan dan masalah yang di hadapi penulis akan tetapi berkat bimbingan, dorongan serta bantuan dari berbagai pihak sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

Rasa hormat, terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Ayahanda tercinta Jafar fajeku dan ibunda tercinta Asma atas semua bantuan ,motivasi,dukungan dan kasih sayangnya serta doanya yang tulus demi kesuksesan selama menuntut ilmu sampai selesai.

Pada kesempatan ini pula, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang

Terhormat :

1. Bapak Petrus SKM.,M.kes., selaku direktur poltekkes kemenkes kendari

2. Bapak muslimin L. AM.Kep.,S.pd.,M.Si., selaku ketua jurusan keperawatan poltekkes kemenkes kendari yang telah memberi kesempatan serta fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Diploma III keperawatan.
3. Ibu Hj.Nurjannah, B.Sc.,S.pd.,M.kes selaku pembimbing I dan ibu Reni Devianti U.,M.kep.,Ns.,SP.KMB selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Indriono Hadi, S,Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing akademik penulis yang telah memberikan semangat nasehat dan membimbing dalam menempuh pendidikan di jurusan keperawatan poltekkes kendari
5. Tim penguji (pak akhmad SST.,M.kes, ibu Dali SKM.,M.kes, dan ibu fitri wijayati Skep.,Ns.,M.Kep) yang telah memberikan masukan, kritik dan saran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. bapak ibu dosen poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan serta seluruh staf dan karyawan atas segala fasilitas dan pelayanan akademik yang di berikan selama penulis menuntut ilmu di jurusan keperawatan poltekkes kemenkes kendari
7. saudara saudara saya tercinta yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam perjalanan menempuh perkuliahan selama 3 tahun di poltekkes kemenkes kendari.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan kepada penulis sehingga Karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dengan segala keterbatasan yang ada pada penulis sehingga bentuk, isi, dan pembuatan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis dengan segala kerendahan hati adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun dari segala pihak yang bertujuan untuk menyempurnakan karya tulis ini. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya

Kendari Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO	iv
RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Definisi Penyakit Jantung Koroner	8
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. DasarPemikiran	35
B. KerangkaKonsep.....	36

C. Variabel Penelitian	36
D. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	37

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38
D. Metode pengumpulan data	39
E. Instrumen Penelitian.....	40
F. Pengolahan Data.....	40
G. Analisa Data	40
H. Penyajian Data	41
I. Etika Penelitian.....	41

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran umum tempat penelitian.....	43
B. Hasil penelitian.....	47
C. Pembahasan.....	49

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. kesimpulan.....	55
B. Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
5.1	Distribusi frekuensi karakteristik penyakit jantung koroner berdasarkan umur	47
5.2	Distribusi frekuensi karakteristik penyakit jantung koroner berdasarkan jenis kelamin	48
5.3	Distribusi frekuensi karakteristik penyakit jantung koroner berdasarkan status pernikahan	48
5.4	Distribusi frekuensi karakteristik penyakit jantung koroner berdasarkan riwayat keluarga	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Surat Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Tabulasi data dan Master Tabel
- Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data Awal Di Rumah Sakit Bahtramas
Provinsi Sulawesi Tenggara
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Kendari
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan
Provinsi Sulawesi Tenggara
- Lampiran 9 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian Dari Rumah Sakit
Bahtramas Provinsi Sulawesi Tenggara\
- Lampiran 10 Surat Keterangan Bebas Pustaka

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pembuluh darah koroner. Hal ini menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat. Arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak. Terdapat beberapa faktor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, faktor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain. (Norhasimah, 2010 : hal 48).

Penyakit jantung koroner adalah suatu keadaan akibat adanya penyempitan, penyumbatan atau kelainan pembuluh nadi koroner. Penyempitan dan penyumbatan tersebut dikarenakan adanya penimbunan lemak yang lambat dan progresif disebut dengan plak. Plak tersebut akan mengurangi atau memblokir sama sekali aliran darah ke jaringan, sehingga jika otot-otot arteri tertimbun lemak maka elastisitasnya akan menghilang dan kemampuan untuk mengatur tekanan darah akan berkurang. Dalam kondisi yang lebih parah kemampuan jantung memompa darah dapat hilang sehingga akan merusak pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian.

Pada abad ke 20 angka kematian akibat PJK meningkat tajam. Tetapi karena kurangnya data penelitian berskala besar penyebab penyakit ini pada saat itu masih bersifat spekulatif sampai pada pertengahan abad ke 20 National Health Institute di Amerika melakukan sebuah studi yang melibatkan 2.421 wanita dan

1.980 laki laki yang di tindak lanjuti selama 6 tahun. ternyata hasilnya menunjukkan bahwa hipertensi ,merokok,dan kadar kolestrol yang tinggi merupakan faktor utama penyebab PJK (Peter Kabo, 2008).

World Health Organization (WHO), Penyakit jantung koroner merupakan pembunuh nomor satu di negara-negara maju dan dapat juga terjadi di negara-negara berkembang (WHO 2010). American Hearth Association (AHA) (2008), melaporkan bahwa jumlah pasien yang menjalani perawatan medis di Amerika Serikat pada tahun 2005 hampir mencapai 1,5 juta orang. Laporan tersebut menyebutkan, kira-kira 1,1 juta orang (80%) mengalami Non ST Elevation Miocard Infarrct (STEMI) (kolinsky, 2009 dalam Rochmayanti, 2011). Di antara jumlah tersebut, sekitar 7,6 juta kematian disebabkan penyakit jantung koroner. Menurut WHO (2008, dalam panthee & kripracha, 2011) menyatakan bahwa pada tahun 2020 sekitar 23.6 juta orang akan meninggal karena penyakit kardiovaskuler terutama karena penyakit jantung, sehingga menjadi ancaman penyebab kematian utama didunia.

Negara-negara di Asia Tenggara di hadapkan pada dua beban kesehatan (double burden). Yaitu beban terhadap penyakit infeksi besar dan juga meningkatnya beban terhadap PTM. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan penderitaan besar umat manusia, tetapi juga menjadi ancaman bagi perekonomian banyak negara indonesia juga telah mengalami masa transisi epidemiologi (soegondo,2004). Berdasarkan profil world health organization (WHO) terdapat empat PTM dengan tingkat kesakitan dan kematian yang tinggi di Asia tenggara yaitu penyakit kardiovaskular (PKV), diabetes melitus (DM),

kanker dan penyakit pernapasan obstruksi kronik. Penyakit ini berhubungan dengan faktor resiko terkait pola hidup salah antara lain merokok dan kurangnya aktifitas fisik (Anies, 2006).

Salah satu PTM yang di takuti adalah penyakit jantung koroner (PJK). Hal ini di sebabkan oleh karena PJK merupakan penyebab utama kematian dini pada sekitar 40% dari sebab kematian laki-laki. Meskipun pada wanita relatif jarang sebelum usia tua, namun PJK juga merupakan penyebab kedua paling sering dari kematian dini sesudah penyakit kanker. PJK 10 kali lebih sering di bandingkan dengan kanker leher rahim, tetapi pada kebanyakan negara di dunia justru pap smear (upaya deteksi dini kanker leher rahim) yang lebih sering di laksanakan dari pada upaya pencegahan PJK (Anies,2006).

Di Indonesia, berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 diperoleh hasil bahwa penyakit sirkulasi (jantung dan pembuluh darah) sebagai penyebab utama kematian yang semakin meningkat jumlahnya dengan peningkatan usia yang dimulai sejak usia 35 tahun ke atas. Sementara itu data di Rumah Sakit Jantung Harapan Kita menunjuk- kan bahwa penyakit jantung koroner semakin banyak mengenai golongan usia muda. Dr. Suhardi MPH menyatakan bahwa dari semua jenis penyakit jantung dan pembuluh darah yang terbanyak di Indonesia adalah penyakit jantung koroner Data-data diatas menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan mematikan.

Di Indonesia berdasarkan data Depkes 2005 penyakit jantung koroner menempati urutan ke 5 sebagai penyebab kematian terbanyak dari seluruh rumah sakit di Indonesia dengan jumlah kematian 2.557 orang (proportional mortality rate = 2,67%)

Hasil Survei Konsumsi Rumah Tangga (SKRT) (Karim, 2007) departemen Republik Indonesia menunjukkan bahwa proporsi penyakit kardiovaskuler meningkat dari tahun ke tahun sebagai akibat kematian; 5,9% tahun 1975, 9,1% tahun 1986, dan pada tahun 1995 menjadi 19%, tahun 1995 menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskuler telah menduduki urutan pertama pada masyarakat sebagai penyebab kematian terbanyak saat ini. Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia terus meningkat tiap tahunnya (tahun 1992 16,6%; 1995 19,0%; 2001 26,0%). Tingginya prevalensi penyakit jantung (khususnya penyakit jantung koroner) diakibatkan oleh sejumlah faktor yang berhubungan dengan pola hidup dan perilaku masyarakat yang cenderung mengalami pergeseran misalnya merokok, minum alkohol, makan makanan berlemak, stres dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor-faktor tersebut dapat berisiko terhadap penyakit jantung koroner. Diketahui, bahwa umur responden yang paling banyak menderita PJK adalah 50-59 tahun dan 70 tahun (46,7%). Umur merupakan salah satu faktor risiko terjadinya PJK karena semakin bertambah umur maka semakin besar peluang untuk terkena PJK.

Hasil SKRT (Survey Kesehatan Rumah Tangga) menunjukkan penyakit sistem sirkulasi merupakan penyebab kematian umum nomor satu di Indonesia

pada SKRT 1992 yaitu 16% dari seluruh penyebab kematian, dan pada SKRT 1995 meningkat menjadi 18,9% , dan dalam surkenas 2001, memperlihatkan PMR PJK sebagai penyebab kematian adalah 26,4% berdasarkan SKRT tahun 2004 di peroleh data incidence rate penyakit jantung pada kelompok umur 15 tahun atau lebih sebesar 2,2% hasil susenas 2004 di peroleh incidence rate penduduk indonesia berumur 15 tahun atau lebih pernah di diagnosa sakit jantung angina pectoris sebesar 1,3% .

Berdasarkan hasil pelaporan di dinas kesehatan provinsi sulawesi tenggara pada tahun 2009 kasus terbanyak yang di laporkan sebagai 10 besar penyakit tidak menular baik dari puskesmas maupun rumah sakit adalah penyakit jantung dan pembuluh darah sebanyak 23.505 kasus (profil kesehatan kab/kota 2015 & laporan program).

Berdasarkan data awal yang telah di peroleh dari RS bahteramas tentang data keadaan morbiditas pasien rawat jalan di RS bahteramas tahun 2015. Menunjukkan bahwa penderita penyakit jantung koroner pada bulan januari s/d desember yaitu jenis kelamin laki laki berjumlah 90 penderita dan jenis kelamin perempuan berjumlah 92 penderita , jadi jumlah kasus keseluruhan adalah 182 penderita. Adapun jumlah kunjungan yaitu 1924 (medical record RS bahteramas 2015). Kemudian pada bulan januari s/d desember tahun 2016 menunjukkan bahwa jumlah penderita jantung koroner yaitu jenis kelamin laki laki berjumlah 169 penderita dan jenis kelamin perempuan berjumlah 192 penderita, jadi jumlah kasus keseluruhan adalah 361 penderita. Adapun jumlah kunjungan yaitu 3682.

Hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan jumlah penderita penyakit jantung koroner dalam kurun waktu 2 tahun terakhir (Medical Record RS Bahteramas 2016).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “identifikasi karakteristik penyakit Jantung Koroner di RSUD Bahteramas kota kendari 2017.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “ bagaimana karakteristik penyakit jantung koroner di ruang poli jantung di RSUD Bahteramas?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui karakteristik pasien penyakit jantung koroner yang terjadi di poli jantung RSUD Bahteramas provinsi Sulawesi Tenggara

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik pasien penyakit jantung koroner yang ditinjau dari Umur
- b. Untuk mengetahui karakteristik pasien penyakit jantung koroner yang ditinjau dari jenis kelamin
- c. Untuk mengetahui karakteristik pasien penyakit jantung koroner yang ditinjau dari riwayat keluarga

- d. Untuk mengetahui karakteristik pasien penyakit jantung koroner yang di tinjau dari status perkawinan

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk rumah sakit (tenaga kesehatan)

Hasil penelitian di harapkan sebagai sumber informasi tentang pelayanan penyakit jantung koroner di RSUD bahteramas kota kendari

2. Akademik

Penelitian ini dapat di jadikan sebagai bahan masukan bagi institusi poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan dalam mengembangkan penelitian selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan penelitian ini

3. Peneliti

Sebagai saran untuk meningkatkan wawasan atau pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu dan keterampilan yang di peroleh selama duduk di bangku perkuliahan serta menambah pengalaman dalam bidang penelitian khususnya mengenai penyakit jantung koroner

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka Tentang Penyakit Jantung Koroner

1. Definisi Penyakit Jantung Koroner

American heart association (AHA), mendefinisikan penyakit jantung koroner adalah istilah umum untuk penumpukan plak di arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung. penumpukan plak pada arteri koroner ini disebut dengan aterosklerosis. (AHA, 2012 hal:14)

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pembuluh darah koroner. Hal ini menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat. arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak. terdapat beberapa factor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, factor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain. (Norhasimah, 2010: hal 48).

PJK juga di sebut penyakit arteri koroner (CAD). Penyakit jantung iskemik (IHD). Atau penyakit jantung aterosklerotik, adalah hasil akhir dari akumulasi plak ateromatosa dalam dinding-dinding arteri yang memasok darah ke miokardium (otot jantung) (Manitoba Centre for Health policy, 2013).

PJK terjadi ketika zat yang di sebut plak menumpuk di arteri yang memasok darah ke jantung (disebut arteri koroner). Penumpukan plak dapat

menyebabkan angina, kondisi ini menyebabkan nyeri dada dan tidak nyaman karena otot jantung tidak mendapatkan darah yang cukup, seiring waktu, PJK dapat melemahkan otot jantung. Hal ini dapat menyebabkan gagal jantung dan aritmia (Centers for Disease Control and prevention, 2009).

2. Etiologi Penyakit Jantung Koroner

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian. (Risa Hermawati, 2014 : hal 2)

Penyempitan dan penyumbatan arteri koroner disebabkan zat lemak kolesterol dan trigliserida yang semakin lama semakin banyak dan menumpuk di bawah lapisan terdalam endothelium dari dinding pembuluh arteri. Hal ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah. Efek dominan dari jantung koroner adalah kehilangan oksigen dan nutrient ke jantung karena aliran darah ke jantung berkurang. Pembentukan plak lemak dalam arteri memengaruhi pembentukan bekuan aliran darah yang akan mendorong terjadinya serangan jantung. Proses

pembentukan plak yang menyebabkan pergeseran arteri tersebut dinamakan arteriosklerosis.(Risa Hermawati, 2014:hal 2)

Awalnya penyakit jantung di monopoli oleh orang tua. Namun, saat ini ada kecenderungan penyakit ini juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun. Hal ini biasaterjadi karena adanya pergeseran gaya hidup, kondisi lingkungan dan profesi masyarakat yang memunculkan “tren penyakit”baru yang bersifat degnaratif. Sejumlah prilaku dan gaya hidup yang ditemui pada masyarakat perkotaan antara lain mengonsumsi makanan siap saji yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga, dan stress. (Risa Hermawati, 2014 : hal 2)

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pembuluh darah koroner. Hal ini menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat.arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak.terdapat beberapa factor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, factor genetik, usia dan penyakit pentyerta yang lain. (Norhasimah,2010: hal 48)

3. Anatomi jantung

Faktor risiko terjadinya penyakit jantung antara lain ; Hiperlipidemi, Hipertensi, Merokok, Diabetes mellitus, kurang aktifitas fisik, Stress, Jenis Kelamin, Obesitas dan Genetik. Menurut Putra S, dkk. (2013: hal 4)

Klasifikasi PJK :

a. Angina Pektoris Stabil/Stable Angina

Pectoris Penyakit Iskemik disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokard. Di tandai oleh rasa nyeri yang terjadi jika kebutuhan oksigen miokardium melebihi suplainya. Iskemia Miokard dapat bersifat asimtomatis (Iskemia Sunyi/Silent Ischemia), terutama pada pasien diabetes.⁸ Penyakit ini sindrom klinis episodik karena Iskemia Miokard transien. Laki-laki merupakan 70% dari pasien dengan Angina Pektoris dan bahkan sebagian besar menyerang pada laki-laki \pm 50 tahun dan wanita 60 tahun.

b. Angina Pektoris Tidak Stabil/Unstable Angina

Pectoris Sindroma klinis nyeri dada yang sebagian besar disebabkan oleh disrupsi plak aterosklerotik dan diikuti kaskade proses patologis yang menurunkan aliran darah koroner, ditandai dengan peningkatan frekuensi, intensitas atau lama nyeri, Angina timbul pada saat melakukan aktivitas ringan atau istirahat, tanpa terbukti adanya nekrosis Miokard.

- 1) Terjadi saat istirahat (dengan tenaga minimal) biasanya berlangsung >10 menit.
- 2) Sudah parah dan onset baru (dalam 4-6 minggu sebelumnya), dan
- 3) Terjadi dengan pola crescendo (jelas lebih berat, berkepanjangan, atau sering dari sebelumnya).

c. Angina Varian Prinzmetal

Arteri koroner bisa menjadi kejang, yang mengganggu aliran darah ke otot jantung (Iskemia). Ini terjadi pada orang tanpa penyakit arteri koroner yang signifikan, Namun dua pertiga dari orang dengan Angina Varian mempunyai penyakit parah dalam paling sedikit satu pembuluh, dan kekejangan terjadi pada tempat penyumbatan. Tipe Angina ini tidak umum dan hampir selalu terjadi bila seorang beristirahat -sewaktu tidur. Anda mempunyai risiko meningkat untuk kejang koroner jika anda mempunyai: penyakit arteri koroner yang mendasari, merokok, atau menggunakan obat perangsang atau obat terlarang (seperti kokain). Jika kejang arteri menjadi parah dan terjadi untuk jangka waktu panjang, serangan jantung bisa terjadi.

d. Infark Miokard Akut/Acute Myocardial Infarction

Nekrosis Miokard Akut akibat gangguan aliran darah arteri koronaria yang bermakna, sebagai akibat oklusi arteri koronaria karena trombus atau spasme hebat yang berlangsung lama. Infark Miokard terbagi 2 :

- 1) Non ST Elevasi Miokardial Infark (NSTEMI)
- 2) ST Elevasi Miokardial Infark (STEMI)

4. Fisiologi jantung

a. Proses memompa darah

Proses pemompaan darah sehingga darah dapat bersirkulasi ke tubuh dan paru-paru mengikuti urutan sebagai berikut :

- 1) Pada saat jantung sedang relaks (diastol), darah kurang oksigen dari vena tubuh mengalir ke serambi kanan. Pada saat yang sama, serambi kiri terisi dengan darah yang kaya oksigen dari paru-paru.
- 2) Pusat listrik (SA node) yang ada di serambi kanan menembakkan impuls listrik yang menyebabkan kedua serambi mengkerut secara serempak. Pada saat yang sama, katup-katup di antara serambi dan bilik terbuka, memungkinkan darah mengalir ke dalam bilik.
- 3) Tahap berikutnya adalah pemompaan dari bilik. Pada tahap ini sinyal listrik dari node yang lain menyebabkan kedua bilik berkerut secara serempak. Ini mendorong darah yang kurang oksigen dari bilik kanan ke dalam paru-paru. Darah yang kaya oksigen dari bilik kiri di desak ke dalam arteri utama yang disebut " aorta " dan dari sini darah di sebarkan ke seluruh bagian tubuh. Klep klep tertutup untuk menjamin agar tidak ada aliran balik ke dalam serambi.
- 4) Setelah pengerutan bilik, jantung mengendur, dan memungkinkan serambi terisi darah, sehingga proses sirkulasi di mulai kembali. Urutan kejadian ini berlangsung kira-kira 60-70 kali per menit bila tubuh sedang istirahat.

b. Sistem peredaran darah tubuh manusia

Sistem pembuluh dan peredaran darah tubuh manusia merupakan suatu jaringan pembuluh nadi (arteri) serta pembuluh balik (vena) yang secara garis besar terdiri dari tiga sistem aliran darah yaitu :

1) Sistem peredaran darah kecil

Dari bilik jantung (ventrikel) darah mengalir ke paru paru melalui klep pulmonik untuk mengambil oksigen dan melepaskan CO₂ yang tinggi antara 40-45%. Setelah beredar melalui kedua paru-paru, kadar zat oksigen meningkat menjadi kira-kira 96% serta CO₂ menurun. Proses pembersihan gas dalam jaringan paru-paru berlangsung khususnya dalam gelembung-gelembung paru-paru yang halus dan berdinding sangat tipis dimana gas oksigen dari udara di sadap oleh komponen sel darah merah. Adapun gas CO₂ di keluarkan sebagian melalui udara pernafasan Dengan demikian darah yang memasuki serambi kanan di katakan “darah kotor“, karena kurang oksigen, sedangkan darah yang memasuki serambi kiri di sebut sebagai “darah bersih“ yang kaya oksigen.

2) Sistem peredaran darah besar

Darah kaya oksigen dari serambi kiri memasuki bilik kiri melalui klep mitral, untuk kemudian di pompakan ke seluruh tubuh dan membawa zat oksigen serta bahan makanan yang di perlukan oleh segenap sel-sel dari alat-alat tubuh kita. Darah ini di pompakan

keluar dari bilik kiri melewati klep aorta serta memasuki pembuluh nadi utama, dan selanjutnya melalui cabang-cabang pembuluh ini di salurkan ke segenap bagian tubuh.

3) Sistem peredaran darah koroner

Pembuluh koroner utama di bagi menjadi right coronary artery (RCA), left coronary artery (LCA) left anterior descending artery dan circum flex artery. Sistem sirkulasi darah koroner terpisah dari sistem aliran darah kecil maupun sistem aliran darah besar. Artinya khusus untuk menyuplai darah ke otot jantung, yaitu melalui pembuluh koroner dan kembali melalui pembuluh balik yang kemudian menyatu serta bermuara langsung kedalam bilik kanan. Melalui sistem peredaran darah koroner ini, jantung mendapatkan oksigen, zat makanan, serta zat-zat lain agar dapat menggerakkan jantung sesuai dengan fungsinya.

5. Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner

Aterosklerosis atau pengerasan arteri adalah kondisi pada arteri besar dan kecil yang ditandai penimbunan endapan lemak, trombosit, neutrofil, monosit dan makrofag di seluruh kedalaman tunika intima (lapisan sel endotel), dan akhirnya ke tunika media (lapisan otot polos). Arteri yang paling sering terkena adalah arteri koroner, aorta dan arteri-arteri sereberal (Ariesty, 2011:hal 6).

Langkah pertama dalam pembentukan aterosklerosis dimulai dengan disfungsi lapisan endotel lumen arteri, kondisi ini dapat terjadi setelah cedera pada sel endotel atau dari stimulus lain, cedera pada sel endotel meningkatkan permeabilitas terhadap berbagai komponen plasma, termasuk asam lemak dan triglesirida, sehingga zat ini dapat masuk ke dalam arteri, oksidasi asam lemak menghasilkan oksigen radikal bebas yang selanjutnya dapat merusak pembuluh darah. (Ariesty, 2011:hal 6).

Cedera pada sel endotel dapat mencetuskan reaksi inflamasi dan imun, termasuk menarik sel darah putih, terutama neutrofil dan monosit, serta trombosit ke area cedera, sel darah putih melepaskan sitokin proinflamatori poten yang kemudian memperburuk situasi, menarik lebih banyak sel darah putih dan trombosit ke area lesi, menstimulasi proses pembekuan, mengaktifkan sel T dan B, dan melepaskan senyawa kimia yang berperan sebagai chemoattractant (penarik kimia) yang mengaktifkan siklus inflamasi, pembekuan dan fibrosis. Pada saat ditarik ke area cedera, sel darah putih akan menempel disana oleh aktivasi faktor adhesif endotelial yang bekerja seperti velcro sehingga endotel lengket terutama terhadap sel darah putih, pada saat menempel di lapisan endotelial, monosit dan neutrofil mulai bermigrasi di antara sel-sel endotel ke ruang interstisial. Di ruang interstisial, monosit yang matang menjadi makrofag dan bersama neutrofil tetap melepaskan sitokin, yang meneruskan siklus inflamasi. Sitokin

proinflamatori juga merangsang proliferasi sel otot polos yang mengakibatkan sel otot polos tumbuh di tunika intima. (Ariesty, 2011: hal 6).

Selain itu kolesterol dan lemak plasma mendapat akses ke tunika intima karena permeabilitas lapisan endotel meningkat, pada tahap indikasi dini kerusakan terdapat lapisan lemak diarteri. Apabila cedera dan inflamasi terus berlanjut, agregasi trombosit meningkat dan mulai terbentuk bekuan darah (trombus), sebagian dinding pembuluh diganti dengan jaringan parut sehingga mengubah struktur dinding pembuluh darah, hasil akhir adalah penimbunan kolesterol dan lemak, pembentukan deposit jaringan parut, pembentukan bekuan yang berasal dari trombosit dan proliferasi sel otot polos sehingga pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit. Apabila kekakuan ini dialami oleh arteri-arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen, dan kemudian terjadi iskemia (kekurangan suplai darah) miokardium dan sel-sel miokardium sehingga menggunakan glikolisis anerob untuk memenuhi kebutuhannya. Proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehingga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri yang berkaitan dengan angina pectoris. Ketika kekurangan oksigen pada jantung dan sel-sel otot jantung berkepanjangan dan iskemia miokard yang tidak tertasi maka terjadilah kematian otot jantung yang di kenal sebagai miokard infark.

Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner zat masuk arteri Arteri Proinflamatori Permeabelitas Reaksi inflamasi Cedera sel endotel Sel darah putih menempel di arteri imigrasi keruang interstisial pembuluh kaku & sempit Aliran darah Pembentukan Trombus monosit makrofag Lapisan lemak sel otot polos tumbuh Nyeri Asam laktat terbentuk MCI Kematian. (Ariesty, 2011: hal6).

6. Pencegahan Penyakit Jantung Koroner

Upaya pencegahan terhadap penyakit jantung koroner dapat meliputi 4 tingkat upaya :

a. Pencegahan primordial

Yaitu upaya untuk mencegah munculnya faktor predisposisi terhadap PJK dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi resiko PJK tujuannya adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup sosial ekonomi dan kultural yang mendorong peningkatan resiko penyakit.

Upaya primordial penyakit jantung koroner dapat berupa kebijaksanaan nasional nutrisi dalam sektor agrokultur , industri makanan impor dan ekspor makanan, penanganan komprehensif rokok, pencegahan hipertensi dan promosi aktifitas fisik/olahraga.

b. Pencegahan primer

Yaitu upaya awal untuk mencegah PJK sebelum seseorang menderita PJK di lakukan dengan pendekatan komunity berupa

penyuluhan faktor-faktor resiko PJK terutama pada kelompok resiko tinggi. Pencegahan di tujukan kepada pencegahan terhadap berkembang proses aterosklerosis.

Upaya-upaya pencegahan yang dapat di lakukan pada pencegahan primer ini antara lain :

1) Mengontrol kolestrol darah

yaitu dengan cara mengidentifikasi jenis makanan yang kaya akan kolestrol kemudian mengurangi konsumsinya serta mengkonsumsi serat yang larut.

2) Mengontrol tekanan darah

banyak kasus tekanan darah tinggi tidak dapat di sembuhkan. Keberadaan ini berasal dari suatu kecenderungan genetik yang bercampur dengan faktor resiko seperti stres, kegemukan, terlalu banyak konsumsi garam dan kurang gerak badan. Menurunkan stress dan melakukan olahraga.

3) Berhenti merokok

program-program pendidikan umum dan kampanye anti merokok perlu di laksanakan secara intensif seperti di pesawat terbang, di rumah sakit, dan di tempat umum lainnya.

4) Aktifitas Fisik

Manfaat dari melakukan aktifitas fisik dan olahraga bagi penyakit jantung koroner antara lain adalah perbaikan fungsi dan

efisiensi kardiovaskuler, pengurangan faktor resiko lain yang mengganggu pembuluh darah koroner, perbaikan terhadap toleransi stres.

c. Pencegahan skunder

Yaitu upaya untuk mencegah keadaan PJK yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Disini di perlukan perubahan pola hidup dan kepatuhan berobat bagi mereka yang sudah pernah menderita PJK. Pencegahan skunder ini di tunjukan untuk mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas.

Pedoman untuk mencegah serangan jantung dan kematian pada penderita PJK hampir sama dengan pencegahan primer. Selain itu juga di lakukan intervensi dengan obat-obatan seperti aspirin golongan beta blocker antagonis kalsium lain jika di perlukan.

d. Pencegahan tersier

Yaitu upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian serta usaha rehabilitasi. Pencegahan ini berupaya agar tidak terjadi kambuh pada penderita dan agar penderita dapat melaksanakan aktifitasnya kembali.

Penyembuhan penyakit jantung seperti serangan jantung atau operasi pintas koroner adalah sebuah proses panjang dan di laksanakan tahap demi tahap. Program rehabilitasi bertujuan menolong para pasien

jantung untuk kembali pada kondisi kesehatan seperti sebelum menderita penyakit sebaik dan secepat mungkin. Secara garis besar program rehabilitasi terdiri atas dua komponen utama yaitu pendidikan dan penyuluhan pada pasien dan keluarga serta olahraga teratur dengan pola dan intensitas tertentu.

7. Epidemiologi Penyakit Jantung Koroner

a. Distribusi Dan Frekuensi Penyakit Jantung Koroner

PJK merupakan penyakit tidak menular (*noncommunicable disease*) yang tidak hanya menyerang laki-laki saja, namun wanita juga berisiko, meskipun kasusnya tidak sebesar pada laki-laki. Pada orang yang berumur > 65 tahun ditemukan 20 % PJK pada laki-laki dan 12 % pada wanita (Supriyono, 2008). Penyakit jantung adalah penyakit negara maju atau negara industri, lebih tepatnya, penyakit ini disebut sebagai penyakit masyarakat modern, dengan pola hidup modern. Karena itu penyakit jantung tidak saja monopoli negara maju, tetapi juga di negara yang sedang berkembang yang menunjukkan kecenderungan peningkatannya sesuai dengan kecenderungan modernisasi masyarakatnya. Hal ini disebabkan karena penyebab penyakit jantung berkaitan dengan keadaan dan perilaku masyarakat maju misalnya tingginya stres, salah makan dan gaya hidup modern seperti rokok dan minum alkohol yang berlebihan (Bustam, 2007).

Sementara itu PJPD di negara-negara sedang berkembang termasuk Indonesia cenderung meningkat sebagai modernisasi yang meniru gaya hidup negara sudah berkembang. PJPD pada dasarnya bukanlah penyakit menular yang disebabkan oleh suatu organisme tertentu, namun penularan penyakit ini melalui peniruan gaya hidup sehingga penyakit ini ada yang menyebut sebagai '*new communicable disease*'. Kematian karena PJPD adalah sebesar 12 juta jiwa pertahun, sehingga dianggap sebagai pembunuh nomor satu umat manusia jika dibandingkan dengan kematian yang disebabkan oleh penyakit lain seperti diare 5 juta jiwa, kanker 4,8 juta jiwa, dan TBC 3 juta jiwa/tahun. Padahal dikatakan bahwa PJPD ini adalah suatu *prevantable disease* (penyakit yang dapat dicegah), di mana 50% kematian ini dapat dicegah dengan upaya-upaya memodifikasi gaya hidup (Bustam, 2007).

b. Determinan penyakit jantung koroner

PJK merupakan penyakit multi faktor, karena banyak faktor resiko yang dapat menjadi sebab timbulnya PJK antara lain :

1) Obesitas

Obesitas sudah menjadi sebuah epidemi di negara maju, ukuran objektif obesitas biasanya dinilai dari nilai IMT, dimana ukuran international untuk obesitas adalah IMT ≥ 30 kg/m², sedangkan

untuk ukuran orang Asia obesitas didefinisikan dengan nilai IMT 25 kg/m² (WHO/IOTF/IASO, 2011).

Obesitas memiliki hubungan yang erat dengan tingginya kejadian PJP. Obesitas dapat meningkatkan kadar trigliserida yang buruk untuk kesehatan jantung dan menurunkan kadar HDL yang bersifat kardioprotektif (Nursalim, 2011). Selain itu, seiring meningkatnya obesitas, maka hipertensi juga meningkat. Obesitas juga dapat menyebabkan disfungsi diastolik dan berhubungan dengan memburuknya fungsi sistolik (Artham, 2009).

Berdasarkan data WHO (2008), prevalensi obesitas pada usia dewasa di Indonesia sebesar 9,4% dengan pembagian pada laki-laki mencapai 2,5% dan pada perempuan 6,9%. Survey sebelumnya pada tahun 2000, persentase penduduk Indonesia yang obesitas hanya 4,7% ($\pm 9,8$ juta jiwa). Ternyata hanya dalam 8 tahun, prevalensi obesitas di Indonesia telah meningkat dua kali lipat, Sehingga kita perlu mewaspadaikan peningkatan yang lebih pesat dikarenakan gaya hidup sekarang yang semakin *sedentary* (santai dan bermalas-malasan) sebagai akibat dari kemudahan teknologi. Obesitas merupakan faktor risiko terhadap kejadian PJP. Kelebihan berat badan mempengaruhi faktor risiko penyakit kardiovaskular seperti peningkatan level LDL, trigliserida, tekanan darah, kadar gula darah dan menurunkan kadar HDL serta

meningkatkan resiko perkembangan PJK, gagal jantung, stroke dan aritmia. Mencapai dan menjaga berat badan yang sehat selama hidup merupakan salah satu faktor utama untuk menurunkan resiko PJPD (Dinkes Prov Yogyakarta, 2014).

Data dari Framingham (2008), menunjukkan bahwa apabila setiap individu mempunyai berat badan optimal, maka akan terjadi penurunan kejadian PJK sebanyak 25% dan stroke/*cerebro vascular accident* (CVA) sebanyak 3,5%. Penurunan berat badan diharapkan dapat menurunkan tekanan darah, memperbaiki sensitivitas insulin, pembakaran glukosa dan menurunkan dislipidemia (Malau, 2011).

Laporan FAO/WHO/UNU (1985), menyatakan bahwa batasan berat badan normal orang dewasa ditentukan berdasarkan nilai *Body Mass Index* (BMI). Di Indonesia istilah *Body Mass Indeks* diterjemahkan menjadi Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup lebih panjang penggunaan IMT berlaku untuk orang yang berumur > 18 tahun (Lutfah, 2013).

Menurut Waspadji (2003), obesitas merupakan faktor independen terhadap PJK, berhubungan erat dengan kadar

kolesterol serum, tekanan darah, dan toleransi glukosa. Pada penelitiannya menunjukkan bahwa penderita yang memiliki IMT >25 lebih banyak yang menderita PJK dari pada kontrol (Arief, 2011).

Penemuan ini tidaklah mengherankan karena tekanan darah, lemak darah, dan nilai glukosa akan naik ketika seseorang bertambah berat badannya (wirakusumah, 2001).

Kaitan antara obesitas dengan kejadian PJK adalah melalui resistensi insulin terlebih dahulu, kemudian resistensi insulin ini mengakibatkan hipersekresi dari sel beta pancreas maka timbullah hiperinsulinemi. Akibat dari hiperinsulinemi ini dapat berpengaruh pada gen L yang menyebabkan gangguan metabolisme lemah (dislipidemia) yaitu terjadi peningkatan trigliserida yang meningkat menyebabkan gangguan transport oksigen juga dapat menambah terjadinya agregasi trombosit dan profilerasi otot polos. Kenaikan LDL-kolestrol akan merusak endotel, memacu proses agregasi trombosit, terbentuknya mikrotrombus dan merupakan kontributor utama timbunan kolestrol di dinding pembuluh darah dan memicu proliferasi sel otot polos (hendramartono, 2002).

2) Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu kondisi peningkatan tekanan darah arterial yang menetap (Dorlan, 2002). Pada tahun 2003, JNC VII

mengklasifikasikan tekanan darah sistolik normal < 120 mmHg dan tekanan darah diastolik < 80 mmHg (Fuster dkk, 2010). Menurut *Eighth Joint National Committee* (JNC VIII), tekanan darah dikatakan tinggi apabila tekanan sistolik ≥ 140 dan diastolik ≥ 90 mmHg (Culpeper, 2013).

Menurut penelitian Hata dan Kiyohara (2013), menyebutkan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko yang kuat terhadap kejadian stroke dan PJK. Prevalensi hipertensi pada usia dewasa berjumlah 38,3% di Jepang, 27,7% di Cina, 23,7% di Taiwan, 21,7% di Thailand, 23,8 % di India Utara (urban) dan 30,7% di India Barat (daerah perkotaan). Prevalensi hipertensi di Jepang tampaknya lebih tinggi dari pada di negara-negara Asia lainnya, tetapi sulit untuk membuat akurat perbandingan karena metode untuk pengumpulan data dan pengukuran tekanan darah yang tidak standar antara studi memeriksa masalah ini.

Dalam hal apapun kita dapat menyimpulkan secara kasar bahwa seperempat atau sepertiga dari populasi orang dewasa di Asia memiliki hipertensi. Prehipertensi terbukti menjadi faktor predisposisi untuk hipertensi di masa depan, dan lebih jauh lagi, sudah ada beberapa studi yang telah menjelaskan hubungan langsung antara prehipertensi dan risiko PJK. Penelitian APCSC lebih dari 7 tahun dengan jumlah responden yang cukup besar,

menggunakan studi meta-analisis dari design 44 studi kohort dengan 600.000 responden dari Asia (Cina, Hong Kong, Taiwan, Jepang, Korea Selatan, Singapura dan Thailand) dan Oceania (Australia dan Selandia Baru) untuk mencari pengaruh tekan darah tinggi terhadap kejadian stroke dan PJK. Penelitian ini menggunakan kategori tekan darah normal (TDS (tekanan darah sistolik) < 120 mmHg dan TDD (tekanan darah diastolik) < 80 mmHg) , prehipertensi (TDS 120-139 mmHg dan TDD 80-89 mmHg), hipertensi diastolik terisolasi (TDS < 140 mmHg dan DBP 90 mmHg), hipertensi sistolik terisolasi (TDS 140 mmHg dan DBP < 90 mmHg) dan hipertensi sistolik-diastolik (TDS 140 mmHg dan TDD 90 mmHg).

3) Aktifitas fisik/olahraga

Aktifitas fisik dianjurkan terhadap setiap orang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesegaran tubuh. Aktifitas fisik berguna untuk melancarkan peredaran darah dan membakar kalori dalam tubuh (Hermansyah, 2012). Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan cukup apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Namun hampir separuh

penduduk (47,6%) kurang melakukan aktivitas fisik (Riskesdas Sumsel, 2007).

Latihan/olahraga merupakan suatu aktivitas aerobik, yang bermanfaat untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dan daya tahan jantung, paru, peredaran darah, otot-otot dan sendi-sendi. Suatu latihan olahraga yang dilakukan secara teratur akan memberikan pengaruh yang besar terhadap tubuh kita. Latihan fisik dengan beban tertentu akan mengubah faal tubuh yang selanjutnya akan mengubah tingkat kesegaran jasmani. Aktivitas aerobik teratur menurunkan risiko PJK meskipun hanya 11% laki-laki dan 4% perempuan (Salim dan Nurrohmah, 2013).

4) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor resiko PJK beberapa laporan secara konsisten menunjukkan bahwa resiko PJK 2-4 kali lebih tinggi pada laki-laki dan perempuan perokok berat (>20 batang perhari) dibandingkan yang tidak merokok. mekanisme bagaimana rokok mempengaruhi PJK masih belum jelas. Perokok cenderung mempunyai kadar HDL kolestrol yang lebih rendah (Kromhout et al 2000).

Merokok dalam jangka waktu yang lama akan meningkatkan risiko PJK dan serangan jantung, merokok memicu pembentukan plak pada arteri, beberapa penelitian menunjukkan bahwa merokok

dapat meningkatkan risiko PJK dengan cara menurunkan level kolesterol HDL (*Hight density lifid*). Semakin banyak merokok semakin besar risiko terkena serangan jantung. Studi menunjukkan jika berhenti merokok selama setahun maka akan menurunkan setengah dari risiko serangan jantung (Ramandika, 2012).

5) Pola perilaku

Walaupun rumit, penelitian-penelitian ilmiah terhadap orang yang cenderung mengalami gangguan koroner telah mengidentifikasi sejenis perilaku yang di sebut perilaku tipe A dan ini telah di akui di Amerika Serikat sebagai salah satu faktor resiko koroner yang penting. Orang yang tergolong tipe A di gambarkan sebagai orang yang selalu tergesa-gesa, selalu di kejar batas waktu, dan sangat di rasuk oleh nafsu persaingan, sedangkan lawannya adalah perilaku tipe B yang bercirikan kesantiaian dan kepraktisan.

6) Diabetes melitus

DM adalah suatu keadaan dimana terjadi kadar gula darah melebihi kadar normal, yaitu kadar gula darah melebihi kadar normal, yaitu >200mg/DL hal ini dapat di akibatkan oleh gangguan produksi insulin dari pancreas ataupun ketidakmampuan insulin untuk bekerja secara maksimal. Gejala penting DM adalah banyak kencing (*polyura*), banyak minum (*polydipsia*), banyak makan (*polyphagia*), namun berat badan menurun (Kabo, 2008).

DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemi yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Diagnosa DM harus didasarkan atas pemeriksaan kadar glukosa darah, pemeriksaan penyaring berguna untuk menjarang pasien DM, toleransi glukosa terganggu (TGT) dan glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sehingga dapat ditentukan langkah yang tepat untuk mereka.

Pasien dengan TGT dan GDPT merupakan tahapan sementara menuju DM, Setelah 5-10 tahun kemudian 1/3 kelompok TGT akan berkembang menjadi DM, 1/3 tetap dan 1/3 lainnya kembali normal. Adanya TGT seringkali berhubungan dengan resistensi insulin, pada kelompok TGT ini resiko terjadinya aterosklerosis lebih tinggi dibandingkan kelompok normal. TGT seringkali berkaitan dengan penyakit kardiovaskuler, hipertensi dan dislipidemia. Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS) atau kadar glukosa darah puasa (GDP) dengan puasa paling sedikit 8 jam, kemudian dapat diikuti dengan tes toleransi glukosa oral (TTGO) standar setelah pemberian glukosa 75 gr pada orang dewasa atau 1,75 gr/kgBB untuk anak-anak, kemudian diperiksa kadar glukosa darahnya setelah 2 jam pemberian glukosa (Gustaviani, 2006).

7) Kolesterol

Kolesterol merupakan salah satu kata yang sering diucapkan oleh masyarakat umum kolesterol yang ada di dalam zat makanan akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah. Sejahtera pemasukan itu masih sesuai dengan kebutuhan tubuh maka akan tetap sehat, tetapi jika lebih maka akan mengendap di dalam pembuluh darah yang menyebabkan penyempitan dan pengerasan yang di kenal sebagai atherosclerosis (Povey, 2002).

Pada buku Hurst's dijelaskan bahwa kolesterol merupakan prasyarat terjadi PJK, kolesterol akan berakumulasi di lapisan intima dan media pembuluh arteri koroner. Jika hal tersebut terus berlangsung maka akan membentuk plak sehingga pembuluh arteri koroner yang mengalami inflamasi atau terjadi penumpukan lemak kemudian mengalami aterosklerosis (Fuster dkk, 2010).

Hiperlipidemia juga disebabkan karena abnormal lipoprotein dalam darah, hal ini disebabkan karena meningkatnya LDL dan menurunnya HDL (Kumar dkk, 2010).

8) Alkohol

Alkohol merupakan zat yang bersifat psikoaktif yang dapat mempengaruhi kesehatan khususnya susunan saraf pusat. Alkohol dapat menimbulkan penumpukan lemak di hati, kerusakan otak,

sirosis hati. Pada orang tertentu alkohol dapat mengakibatkan kematian.

Selain faktor resiko yang telah di uraikan di atas, terdapat beberapa karakteristik penderita yang di pandang berhubungan dengan PJK antara lain :

1) Umur

Telah di buktikan adanya hubungan antar umur dengan kematian akibat PJK. Penderita PJK sering di temui pada usia 60 tahun keatas, tetapi juga pada usia di bawah 40 tahun sudah di temukan. Pada laki-laki, kasus kematian PJK mulai di jumpai pada usia 35 tahun, dan terus meningkat dengan bertambahnya usia. Di AS kadar kolesterol pada laki-laki maupun perempuan mulai meningka pada usia 20 tahun. Pada laki-laki kadar kolesterol akan meningkat sampai usia 50 tahun dan akhirnya akan turun sedikit setelah 50 tahun. Kadar kolesterol perempuan biasanya akan meningkat menjadi lebih tinggi dari pada laki-laki.

Dari penelitian cooper pada 2000 laki-laki yang sehat di dapatkan peningkatan kadar kolesterol total dengan bertambahnya usia. Akan tetapi kadar HDL kolesterol akan tetap konstan, sedangkan kadar kolesterol LDL cenderung meningkat (Soeharto, 2004).

Merokok dalam jangka waktu yang lama akan meningkatkan risiko PJK dan serangan jantung, merokok memicu pembentukan plak pada arteri, beberapa penelitian menunjukkan bahwa merokok dapat meningkatkan risiko PJK dengan cara menurunkan level kolesterol HDL (*Hight density lifid*). Semakin banyak merokok semakin besar risiko terkena serangan jantung. Studi menunjukkan jika berhenti merokok selama setahun maka akan menurunkan setengah dari risiko serangan jantung (Ramandika, 2012).

2) Jenis kelamin

American Heart Association (AHA) (2004), melaporkan bahwa 1 dari 3 wanita dewasa menderita PJP, sejak tahun 1984 jumlah kematian akibat PJP pada perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. sekitar tiga juta wanita memiliki riwayat serangan jantung akibat PJK. 38% wanita yang menderita serangan jantung akan meninggal lebih awal dalam waktu satu tahun dibandingkan dengan laki-laki hanya 25%, meskipun wanita memiliki serangan jantung pada usia yang lebih tua daripada laki-laki, perempuan mungkin meninggal dalam beberapa minggu setelah menderita PJK. Namun 64% dari wanita yang meninggal mendadak akibat PJK tidak mengalami gejala sebelumnya. Peningkatan kejadian PJK pada wanita itu terjadi setelah

menopause dan kematian 2-3 kali lebih besar daripada wanita sebelum menopause.

Oleh karena itu, wanita pasca-menopause harus ekstra waspada terhadap PJK. Usia rata-rata untuk laki-laki yang memiliki serangan jantung pertama akibat PJK adalah usia 65,8 tahun sedangkan usia rata-rata untuk perempuan adalah 70,4 tahun. Risiko PJK meningkat setelah umur > 40 tahun pada laki-laki yaitu 49% dan perempuan 32%, meskipun kejadian PJK bagi perempuan lebih lambat 10-20 tahun dari pada laki-laki, namun pada wanita yang lebih serius mengalami serangan jantung dan kematian mendadak (Garko dan Michael, 2012).

3) riwayat keluarga

PJK cenderung lebih banyak pada subjek yang orang tuanya telah menderita PJK dini. Bila kedua orang tua penderita PJK menderita PJK pada usia muda, maka anaknya akan mempunyai resiko yang lebih tinggi bagi perkembangannya PJK daripada hanya seseorang atau tidak ada orang tuanya yang menderita PJK.

WHO (2001) menyatakan bahwa sejarah klinik PJK merupakan prediktor penting terhadap resiko utama kejadian penyakit jantung lainnya. Penderita yang pernah mengalami PJK cenderung mengalami insidens kambuh atau kematian mendadak PJK yaitu sebesar 40% atau lebih

Fakta menyebutkan bahwa faktor keturunan telah lama dikenal memainkan peran terhadap kejadian PJK, Sebuah studi yang dipimpin oleh Profesor Kristina Sundquist dari Pusat Penelitian Perawatan Kesehatan Primer di Malmö (Swedia) yang diterbitkan dalam *American Heart Journal*. Penelitian ini dimulai pada tahun 1973 sampai 2008, terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan jumlah 80.214 responden yang diadopsi pada tahun 1932. Penelitian ini mengungkapkan bahwa individu yang memiliki setidaknya satu orang tua biologis yang menderita PJK memiliki risiko 40-60% terkena PJK jika dibandingkan dengan anak yang orang tuanya tidak memiliki riwayat PJK, meskipun kedua orang tua angkatnya menderita PJK. Kemudian Profesor Sundquist menyimpulkan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko PJK tidak ditransfer melalui gaya hidup yang tidak sehat dalam keluarga, melainkan melalui gen. Akan tetapi bukan berarti gaya hidup seseorang bukanlah faktor risiko terhadap peningkatan kejadian PJK (Medical New Today, 2011).

4) Status perkawinan

Penduduk yang sudah bercerai dengan tingkat kualitas hidup yang rendah ternyata banyak dibandingkan dengan yang sudah menikah (survelen amerika, 2003). Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36

terhadap 145 laki-laki dan wanita, di laporkan bahwa Laki laki dan wanita yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik di bandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya.
(Chan et al, 2005)

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran

Penyakit jantung koroner merupakan salah satu penyakit yang paling berbahaya yang menimbulkan kematian paling banyak bagi manusia di seluruh dunia. Penyakit ini di sebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang di sebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang di sebabkan karena adanya penumpukan lemak pada pembuluh darah jantung sehingga otot jantung juga mengalami kekurangan pasokan darah dan akan menimbulkan masalah yang serius pada tubuh yang bisa menyebabkan kematian. karakteristik penyakit jantung koroner di antaranya adalah :

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Status perkawinan
- d. Riwayat keluarga

Untuk mengobati penyakit jantung koroner ini ada cara yang bisa di lakukan salah satu caranya adalah dengan cara balonisasi cara ini bertujuan untuk melebarkan pembuluh koroner dengan kateter khusus yang memiliki balon pada ujungnya. Balon tersebut kemudian di masukan ke pembuluh darah yang mengalami penyempitan dan kemudian di kembangkan sehingga pembuluh darah tersebut kembali melebar.

B. Kerangka konsep

Untuk membantu penulis dalam penelitian, maka di buat kerangka konsep penelitian yang mencakup semua variabel penelitian. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar di bawah ini:

Karakteristik penderita penyakit jantung koroner :

1. umur
2. jenis kelamin
3. status perkawinan
4. riwayat keluarga

C. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003:102) variabel bebas biasa juga di sebut variabel yang mempengaruhi atau variabel independent. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah pengetahuan tentang karakteristik penyakit jantung koroner yang meliputi pengertian, cara pencegahan, dan dampak.

2. Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang nilainya di tentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003:102). Variabel terikat biasa juga di sebut variabel

dependent. Dalam penelitian ini, yang menjadi variabel terikat adalah karakteristik penyakit jantung koroner.

D. Definisi operasional dan kriteria objektif

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang di amati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi

Penderita penyakit jantung koroner (PJK) adalah penderita yang di nyatakan menderita PJK berdasarkan diagnosa dokter di RSUD bahteramas kota kendari yang di catat di kartu status.

Faktor sosiodemografi PJK yang di bedakan atas :

No	Defenisi Operasional	Kriteria Objektif
1.	Umur adalah lamanya hidup penderita PJK yang di hitung berdasarkan tahun sejak di lahirkan hingga saat penderita menjadi pasien di rumah sakit seperti yang tertera di dalam status di kategorikan menjadi	a. 36 – 45 tahun b. 46 – 55 tahun c. 56 – 65 tahun d. >65 tahun
2.	Jenis kelamin adalah ciri organ reproduksi yang di miliki penderita di kategorikan menjadi	a. laki-laki b. perempuan
3.	Status perkawinan adalah keterangan yang menunjukkan riwayat pernikahan dikategorikan menjadi	a. menikah b. belum menikah c. duda/janda

4.	Riwayat keluarga adalah keterangan yang menunjukkan resiko menderita penyakit jantung koroner di kategorikan menjadi	a. ayah b. ibu c. saudara d. tidak ada
----	--	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang di lakukan adalah penelitian deskriptif

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di poli klinik jantung Rumah Sakit Umum Bahteramas.

2. Waktu penelitian

Penelitian di laksanakan setelah proposal di setuju dan setelah selesai ujian proposal sekitar bulan juni

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan di teliti (Notoatmojo, 2010. Hal 115). Adapun populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang menderita penyakit jantung koroner yang berkunjung di poli klinik jantung RSU bahteramas pada tahun 2015 dan 2016 yang berjumlah 361 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat di pergunakan sebagai objek yang di teliti dan di anggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010, 115). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa PJK

yang datang berkunjung di poli klinik jantung RSUD Bahteramas selama penelitian berlangsung.

a. Perhitungan Besar Sampel

Menurut Nursalam, jika populasi 1.000, maka sampel bisa di ambil 10-20%. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil sampel sebesar 10% dari populasi, sehingga jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 36 orang.

b. Teknik Penarikan Sampel

Teknik penarikan sampel yang di gunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik accidental sampling dimana pengambilan sampel di lakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada pada saat penelitian selama 1 minggu.

Kriteria inklusi ;

- 1) Pasien dengan diagnosa PJK
- 2) Pasien rawat jalan yang berkunjung di poli klinik jantung RSUD Bahteramas
- 3) Pasien yang bersedia menjadi responden

D. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer yaitu data yang di peroleh langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner yang telah di buat oleh peneliti.

2. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data demografi dan data pasien yang mengalami penyakit jantung koroner yang di peroleh dari RSUD Bahteramas Kota Kendari.

E. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan lembar kuesioner yang di buat dengan mengacu pada kerangka konsep, berisi tentang pertanyaan-pertanyaan tentang umur, jenis kelamin, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan tempat tinggal.

F. Cara Pengelolaan Data

Pengelolaan data yang di peroleh dari hasil penelitian di kerjakan melalui beberapa proses dengan tahapan sebagai berikut :

1. Editing adalah memeriksa kelengkapan jawaban responden dan menghitung jumlah kuesioner yang kembali
2. Coding adalah mengklasifikasi jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori-kategori. Biasanya klasifikasi di lakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban
3. Scoring adalah menilai masing-masing item dengan menggunakan perhitungan kalkulator.
4. Tabulating merupakan lanjutan dari pengkodean pada proses pengolahan dalam hal ini setelah data tersebut di koding kemudian di tabulasi agar lebih

muda penyajian data dalam bentuk distribusi frekuensi (Notoadmodjo, 2010).

G. Analisa Data

Setelah melakukan observasi pengisian kuesioner kemudian di lakukan analisis univariat dengan cara menampilkan distribusi dan presentase frekuensi variable yang di teliti dari suatu populasi dan hasil observasi tersebut di presentasikan dalam bentuk distribusi tabel dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

Rumus yang di gunakan adalah :

$$X = \frac{f}{n} \times K$$

Keterangan :

X : presentase Hasil Yang di Capai

f : frekuensi variabel yang diamati

n : jumlah sampel penelitian

K : konstanta 100%

H. Penyajian Data

Data dalam penelitian ini di sajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang di presentasikan dan di uraikan secara narasi

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi institusi atas pihak lain dengan menyajikan permohonan izin kepada instansi

tempat penelitian di lakukan dalam hal ini pihak RSUD Bahteramas. Setelah mendapat persetujuan barulah di lakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian meliputi :

1. Informed Consent

Lembar persetujuan di berikan kepada responden yang akan di teliti di sertai judul penelitian dan manfaat penelitian, bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.

2. Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut di berikan kode.

3. Confidentialy

Kerahasiaan informasi responden di jamin peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan di laporkan sebagai hasil penelitian.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. Letak Geografis

Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara, sejak tanggal 21 November 2012 pindah lokasi dari di Jalan Dr.Ratulangi No. 151 Kelurahan Kemaraya Kecamatan Mandonga ke Jalan Kapt. Piere Tendea No. 40 Baruga. Lokasi ini sangat strategis karena mudah dijangkau dengan kendaraan umum dengan batas sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara : Jalan Kapt. Piere Tendea
- b. Sebelah Timur : Perumahan Penduduk
- c. Sebelah Selatan : Perumahan Penduduk
- d. Sebelah Barat : Balai Pertanian Provinsi

2. Lingkungan Fisik

RSU Bahteramas berdiri di atas tanah seluas 17,5 Ha. Luas seluruh bangunan adalah 53,269 m², Luas bangunan yang terealisasi sampai dengan akhir tahun 2012 adalah 35,410 m². Bangunan yang ada mempunyai tingkat aktivitas yang sangat tinggi. Pengelompokan ruangan berdasarkan fungsinya sehingga menjadi empat kelompok, yaitu kelompok kegiatan pelayanan rumah sakit, kelompok kegiatan penunjang medis, kelompok kegiatan penunjang non medis, dan kelompok kegiatan administrasi.

3. Status Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara yang dibangun secara bertahap pada tahun anggaran 1969/1970 dengan sebutan “Perluasan Rumah Sakit Kendari” adalah milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara dengan klasifikasi type C berdasarkan SK Menkes No.51/Menkes/II/1979 tanggal 22 Pebruari 1979. Susunan Struktur Organisasi adalah berdasarkan SK Gubernur Provinsi Sulawesi Tenggara No. 77 tahun 1983 tanggal 28 Maret 1983.

Pada tanggal 21 Desember 1998, RSU Provinsi Sulawesi Tenggara meningkat menjadi Type B (Non Pendidikan) sesuai dengan SK Menkes No. 1482/Menkes/SK/XII/1998, dan ditetapkan dengan Perda No. 3 tahun 1999 tanggal 8 Mei 1999. Kedudukan Rumah Sakit secara teknis berada dibawah Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, dan secara taktis operasional berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur.

Sejak tanggal 18 Januari 2005, RSU Provinsi Sulawesi Tenggara telah terakreditasi untuk 5 pelayanan yaitu Administrasi Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam Medis sesuai dengan SK Dirjen Yanmed No. HK.00.06.3.5.139. Akreditasi 12 Pelayanan, yaitu Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Rekam Medis, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Peristi, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Pencegahan Infeksi, Pelayanan

Keselamatan dan Kesehatan Kerja sesuai dengan SK Dirjen Yanmed No. HK.00.06.3.5.139.tanggal 31 Desember 2010.

Sesuai dengan Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 dan untuk meningkatkan mutu pelayanan, maka RSUD Prov Sultra telah menjadi Badan Layanan Umum Daerah yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 653 Tahun 2010 tanggal 15 Oktober 2010.

Di akhir tahun 2012, tepatnya tanggal 21 November 2012 RSUD Prov. Sultra pindah lokasi dan berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Bahteramas Propinsi Sulawesi Tenggara (RSU Bahteramas Prov.Sultra), yang diresmikan penggunaannya oleh Menteri Koordinator Bidang Ekonomi dan Keuangan RI, Ir. H. Hata Rajasa dan Gubernur Sulawesi Tenggara, H.Nur Alam SE.

4. Sarana Dan Prasarana

a. Bangunan fisik

RSU Bahteramas memiliki sarana dan prasarana yang terdiri dari bangunan fisik seluas 35.410 m².

b. Prasarana

- 1) Listrik dari PLN tersedia 1 400 KVA dibantu dengan 2 unit genset (2 x 250 KVA).
- 2) Air yang digunakan di RSUD Bahteramas berasal sumur dalam, sumur bor dan PDAM.

- 3) Sarana komunikasi berupa jaringan PABX dan jaringan internet.
- 4) Sentral Instalasi Oksigen Cair untuk ruangan yang membutuhkan.
- 5) Sytem Alarm Kebakaran, Hidrant, dan Tabung Pemadam Kebakaran di semua gedung.
- 6) Pembuangan limbah

c. LuasLahan dan Bangunan

RSU Bahteramas berdiri di atas tanah seluas 69,000 m². Luas seluruh bangunan adalah 22.577,38 m². Halaman parkir seluas ± 1.500 m². Semua bangunan mempunyai tingkat aktivitas yang sangat tinggi. Disamping kegiatan pelayanan kesehatan kepada pasien, kegiatan yang tidak kalah pentingnya adalah kegiatan administrasi, pengelolaan makanan, pemeliharaan atau perbaikan instalasi listrik dan air, kebersihan dan lain-lain.

5. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) di RSUD Provinsi Sultra hingga 31 Desember 2012 berjumlah 703 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS) terdiri atas tenaga medis, paramedis dan non medis. Tenaga kontrak berjumlah 80 orang.

Jumlah tenaga medis atau dokter adalah 68 orang, dimana dokter spesialis berjumlah 28 orang, dokter umum berjumlah 37 orang, dokter gigi berjumlah 3 orang. Dan jumlah para medis perawatan berjumlah 330 orang, dimana sarjana (S1 dan D IV) berjumlah 26 orang, Akademi (DIII) berjumlah 276 orang, diploma (D1) berjumlah 3 orang dan SLTA (SPK) berjumlah 71

orang. Dan paramedis non perawatan berjumlah 207 orang, dimana pasca sarjana (S2) berjumlah 22 orang, sarjana (S1 dan DIV) berjumlah 78 orang, Akademi (DIII) berjumlah 81 orang, Diploma (D1) 10 orang dan SLTA berjumlah 16 orang. Sedangkan non medis berjumlah 98 orang, dimana sarjana (S1) berjumlah 27 orang, akademi (DIII) berjumlah 4 orang, SLTA berjumlah 67 orang, SLTP berjumlah 1 orang.

Jumlah keseluruhan tenaga masih belum memenuhi standar jumlah tenaga minimal untuk Rumah Sakit Umum Kelas B. Beberapa tenaga dengan keterampilan tertentu masih sangat diperlukan pada saat ini, sehingga disamping permintaan tambahan tenaga, perlu juga pelatihan dan pendidikan formal lanjutan untuk staf RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara.

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 28 Juli sampai dengan 31 Juli 2017, dengan jumlah sampel 36 responden penyakit jantung koroner dengan hasil penelitian lebih jelasnya dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Variabel Yang Diteliti

a. Umur

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner Berdasarkan Umur di Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	36 – 45	3	8,33
2	46 – 55	8	22,22
3	56 – 65	20	55,56
4	>65	5	13,89
Jumlah		36	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa seluruh responden yang umurnya antara 56-65 tahun yaitu 20 orang (55, 56%), umur 46-55 tahun sebanyak 8 orang (22,22%), umur 65 ke atas sebanyak 5 orang (13,89) dan yang umur 36-45 sebanyak 3 orang (8,33%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner Berdasarkan Jenis Kelamin di Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Laki-laki	26	72,22
2.	Perempuan	10	27,78
Jumlah		36	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari seluruh responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 26 orang (72,22%), dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (27,78).

c. Status Pernikahan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner Berdasarkan Status Pernikahan di Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Status pernikahan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Menikah	36	100
2.	Belum menikah	0	0
3.	Duda/janda	0	0
	Jumlah	36	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari seluruh responden yang sudah menikah sebanyak 36 orang (100%), belum menikah tidak ada dan yang bercerai tidak ada.

d. Riwayat Keluarga

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner Berdasarkan Riwayat Keluarga di Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Riwayat keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Ayah	10	27,8
2.	Ibu	7	19,4
3.	Saudara	2	5,6
4.	Tidak ada	17	47,2
	Jumlah	36	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari seluruh responden yang mempunyai keturunan penyakit jantung koroner dari ayah sebanyak 10 orang (27,8%), dari ibu sebanyak 7 orang (19,4%), saudara sebanyak 2 orang (5,6%), dan 17 orang lainnya tidak mempunyai riwayat keturunan.

C. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang identifikasi karakteristik penyakit jantung koroner di poli klinik jantung RSUD Bahteramas provinsi Sulawesi Tenggara maka dapatlah dibahas sebagai berikut :

1. Umur

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik penyakit jantung koroner yang dilihat dari umur antara 56-65 tahun sebanyak 20 orang (55,6%), umur 45-55 tahun sebanyak 8 orang (22,2%), umur 65 ke atas sebanyak 5 orang (13,9) dan yang umur 36-45 sebanyak 3 orang (8,3%).

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung koroner banyak ditemukan pada pasien usia yang lebih tua karena kandungan nikotin di dalam rokok dapat merusak dinding (endotel) pembuluh darah sehingga dapat terbentuk timbunan lemak yang akhirnya terjadi penyumbatan pembuluh darah, namun penyakit jantung koroner cenderung terjadi pada usia muda dengan kadar profil lipid yang tinggi (kolestrol total : >240 mg/dl, trigliserida : >200 mg/dl, kolestrol HDL : < 40 mg/dl, kolestrol LDL : > 160 mg/dl) resiko terjadinya PJK akan meningkat (Bahri,2004 ; Supriyono,2008). Tekanan darah tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria, sehingga memudahkan terjadinya aterosklerosis koroner yang merupakan penyebab PJK (Bahri,2004;Supriyono,2008).

Hal ini sejalan dengan penelitian siregar, A tahun 2005 , umur merupakan faktor resiko PJK dimana penambahan usia akan meningkatkan resiko 2 kali lebih besar untuk terjadi PJK. Hal ini berkaitan dengan prevalensi aterosklerosis yang meningkat dengan bertambahnya usia dan penyakit yang merupakan faktor resiko PJK yang lebih banyak terdapat pada usia lanjut.

Hasil penelitian fazidah dkk di rumah sakit pirngadi Medan menunjukkan bahwa sebagian besar penderita PJK (78,6%) Berusia > 55 tahun , sedangkan usia < 55 tahun hanya 21,4%. Hal ini sesuai pendapat Askandar Tjokroprawiro (2008) bahwa usia antara 40-60 tahun merupakan periode yang paling sering mengalami PJK.

Umur merupakan faktor resiko PJK dimana penambahan usia akan meningkatkan resiko terjadinya PJK. Semakin tua umur maka semakin besar kemungkinan timbulnya karat yang menempel di dinding dan menyebabkan mengganggu aliran air yang melewatinya. PJK di dapatkan lebih banyak pada kelompok usia ≥ 40 tahun. Hasil uji statistik penelitian ini sesuai dengan penelitian yang di lakukan wulandari Dyah (2009) yang menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan kejadian PJK ($p=0,003$) di poli jantung RS muhammadiyah palembang (Diana Zahrawardani, 2013).

PJK berkembang semakin bertambahnya umur seseorang, Semakin bertambah usia semakin besar kemungkinan untuk menderita PJK dan

menderita serangan jantung fatal. Setelah umur 40 tahun risiko terkena PJK adalah 49% untuk laki-laki dan 32% untuk perempuan. Lebih dari 4/5 atau 81% orang-orang yang meninggal akibat PJK adalah 65 tahun. Data statistik ini melaporkan bahwa bertambahnya usia merupakan faktor risiko yang membuat orang-orang merasa agak tidak berdaya dalam memerangi PJK (Garko, 2012).

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik penyakit jantung koroner yang di lihat dari jenis kelamin laki-laki sebanyak 26 orang (72,22%), dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (27,78).

Menurut soeharto, I (2004) pada perempuan sebelum fase menopause memiliki resiko serangan jantung lebih rendah dari pada laki-laki. Hal ini di sebabkan adanya hormon estrogen yang bersifat melindungi terhadap kejadian PJK, oleh karena itu resiko PJK pada wanita lebih rendah dari pada laki-laki tetapi wanita yang telah menopause memiliki resiko yang sama besarnya dengan laki-laki.

Hal ini juga menunjukkan bahwa penderita PJK laki-laki lebih banyak dari pada perempuan sesuai dengan penelitian Novita (2004) di RSU dr.pirngadi medan yang mendapat bahwa penderita PJK Lki-laki 55,9% dan perempuan 44,1%.

Studi observasi di frangmingham di lihat dari segi jenis kelamin kebanyakan PJK terjadi pada laki-laki (60%) di bandingkan wanita (40%).

Penyakit jantung koroner merupakan penyebab 40% kematian laki-laki pada usia 55-65 tahun.

Angka kesakitan akibat penyakit jantung koroner pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan pada perempuan. Hormon estrogen endogen pada perempuan bersifat protektif, namun setelah menopause, insidensi penyakit jantung koroner meningkat dengan cepat, dan sebanding dengan insidensi pada laki-laki. Gejala penyakit jantung koroner sebelum usia 60 tahun, ditemukan pada 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 17 perempuan, hal ini mendukung teori di atas yang menyebutkan bahwa laki-laki lebih berisiko untuk terkena jantung koroner, risikonya yaitu 2-3 kali lebih besar dibandingkan perempuan (Kasron, 2012)

3. Status Pernikahan

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik penyakit jantung koroner yang dilihat dari status perkawinan yaitu menikah sebanyak 36 orang (100%), belum menikah tidak ada dan yg bercerai tidak ada.

Dilihat dari status perkawinan sebagian besar pasien masih memiliki pasangan hidup Hal ini disebabkan karena pasangan merupakan support system yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilaporkan oleh Chan, Chau & Chang (2005) melaporkan sebanyak 115 responden 80% peserta menikah sedangkan 13% janda. Penelitian lain Panthee & Kripracha (2011) para pasien yang tidak

mempunyai pasangan ditemukan lebih depresi dibandingkan dengan pasien yang mempunyai pasangan.

Merujuk hasil penelitian diatas, bahwa Penduduk yang sudah bercerai dengan tingkat kualitas hidup yang rendah, ternyata banyak dibandingkan dengan yang sudah menikah (Survelen Amerika dalam Rochmayanti 2011). Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36 terhadap 145 laki-laki dan wanita, dilaporkan bahwa laki-laki dan wanita yang sudah menikah memiliki kualitas yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya. namun status perkawinan merupakan salah satu dukungan sosial terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif. (Chan et al dalam Rochmayanti 2011).

4. Riwayat Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik penyakit jantung koroner yang di lihat dari riwayat keluarga adalah ayah sebanyak 10 orang (27,8%), dari ibu sebanyak 7 orang (19,4%), saudara sebanyak 2 orang (5,6%), dan 17 orang lainnya tidak mempunyai riwayat keturunan.

Penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa PJK cenderung terjadi pada subjek yang orang tuanya telah menderita PJK dini.

Bila kedua orang tuanya menderita PJK maka anaknya mempunyai resiko lebih tinggi bagi berkembangnya PJK (Manning, 2006).

Penelitian kasus kelola mengenai perbandingan frekwensi kejadian PJK pada keluarga tingkat pertama kasus PJK dan di antara keluarga kontrol yang di lakukan oleh forde dan thelle (2005) di dapatkan hasil bahwa orang tua dengan PJK anaknya dan saudara kandung lainnya mempunyai resiko lebih dari dua kali terkena PJK dari pada orang tua pada kontrol. Pada umumnya angka kejadian PJK cenderung lebih tinggi pada subyek yang orang tuanya meninggal meninggal karena PJK dan PJK cenderung terjadi relatif dini pada subyek yang orang tuanya telah menderita PJK dini. Bila kedua orang tua menderita PJK pada usia muda maka anaknya mempunyai resiko lebih tinggi terkena PJK di bandingkan dengan orang tua yang tidak menderita PJK.

Fakta menyebutkan bahwa faktor keturunan telah lama dikenal memainkan peran terhadap kejadian PJK, Sebuah studi yang dipimpin oleh Profesor Kristina Sundquist dari Pusat Penelitian Perawatan Kesehatan Primer di Malmo (Swedia) yang diterbitkan dalam *American Heart Journal*. Penelitian ini dimulai pada tahun 1973 sampai 2008, terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan jumlah 80.214 responden yang diadopsi pada tahun 1932. Penelitian ini mengungkapkan bahwa individu yang memiliki setidaknya satu orang tua biologis yang menderita PJK memiliki risiko 40-60% terkena PJK jika dibandingkan dengan anak yang orang tuanya tidak

memiliki riwayat PJK, meskipun kedua orang tua angkatnya menderita PJK. Kemudian Profesor Sundquist menyimpulkan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko PJK tidak ditransfer melalui gaya hidup yang tidak sehat dalam keluarga, melainkan melalui gen. Akan tetapi bukan berarti gaya hidup seseorang bukanlah faktor risiko terhadap peningkatan kejadian PJK (Medical New Today, 2011).

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang penulis lakukan mengenai identifikasi karakteristik penyakit jantung koroner di poli klinik jantung RSUD Bahteramas provinsi Sulawesi Tenggara yang dilaksanakan pada tanggal 28-31 Juli 2017, dapat disimpulkan bahwa :

1. berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita penyakit jantung koroner yang di kategorikan berdasarkan umur adalah lansia akhir 56-65 sebanyak 20 responden (55,65%) ,lansia awal 46-55 sebanyak 8 responden (22,2%) masa manula atas sebanyak 5 responden (13,9%) dan dewasa akhir 36-45 sebanyak 3 responden (8,3%).
2. berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita penyakit jantung koroner yang di kategorikan berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki sebanyak 26 responden (72,22%) dan perempuan sebanyak 10 responden (27,78)
3. berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita penyakit jantung koroner yang di kategorikan berdasarkan status pernikahan adalah menikah 36 responden (100%)
4. berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita penyakit jantung koroner yang di kategorikan berdasarkan riwayat keluarga adalah ayah sebanyak 10 responden (27,8%), ibu sebanyak 7 responden (19,4%), saudara

sebanyak 2 responden (5,6%), dan yang tidak mempunyai riwayat keturunan sebanyak 17 responden (47,2%).

B. Saran

Dari kesimpulan tersebut peneliti menyarankan :

1. bagi tenaga kesehatan khususnya RSUD Bahteramas kota kendari agar terus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dan menanggulangi penyakit jantung koroner, tidak hanya memberikan penanganan dalam bentuk pengobatan tetapi dengan sering melakukan penyuluhan mengenai pentingnya pencegahan penyakit jantung koroner sehingga menambah pengetahuan khususnya di kalangan para lansia
2. bagi akademik institusi pendidikan poltekkes kemenkes kendari agar hasil penelitian ini dapat di jadikan suatu referensi mengenai penyakit jantung koroner
3. bagi peneliti selanjutnya agar dapat mengembangkan variabel yang terkait dengan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariesty, 2011. *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta : Kandas Media
- Bustan, MN, 2000 . Epidemiologi penyakit tidak menular. Rineka cipta , jakarta
- Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara. Profil Kesehatan Kab/Kota 2015 & laporan program).
- Notoatmodjo, S, 2002. Metodologi Penelitian Kesehatan. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, 2003. *Metode Penelitian Kesehatan*. PT. Salemba Medika : Yogyakarta
- Peter Kabo, 2008. *Pengobatan penyakit jantung koroner*
- Putra S, 2013. *Profil Penyakit Jantung Koroner*. Manado : Fakultas Kedokteran
- Risa Hermawati, 2014. *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta : Kandas Media
- Soeharto, I, 2004. Serangan jantung dan stroke. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, jakarta.
- WHO, 2002. The world health report 2001. Reducing Risks, promoting Healthy life. <http://www.who.int/whr/2002>
- WHO, 2007. The Top Ten Causes Of Death **2002**. <http://www.who/whr.int>

Lampiran I

SURAT PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Responden

Di-

Tempat

Dalam rangka meningkatkan kesehatan, maka saya :

Nama : **Fatmawati**

Nim : **P00320014036**

Sebagai Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Keperawatan, bermaksud akan melaksanakan penelitian dengan judul “**Identifikasi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner Di Poli Klinik Jantung Rumah Sakit Umum Bahteramas**”.

Sehubungan dengan hal ini, saya mohon pada bapak / ibu berhak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden. Namun apabila bapak / ibu setuju, bapak / ibu diminta kesediannya untuk menandatangani surat persetujuan responden ini. Atas partisipasi dan kesediannya menjadi responden, saya mengucapkan terimakasih.

Kendari, Juni 2017

Peneliti

Fatmawati

Lampiran 2

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, tidak keberatan untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswi politehnik kesehatan kemenkes kendari jurusan keperawatan dengan judul **“Identifikasi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner di Poli Klinik Jantung Rumah Sakit Umum Bahteramas”**.

Saya memahami bahwa data ini bersifat rahasia. Demikian pernyataan ini dengan suka rela tanpa paksaan dari pihak manapun, semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 2017

Responden

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN

IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSU BAHTERAMAS KOTA KENDARI TAHUN 2017

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Nomor urut :
3. Pendidikan :
4. Umur :
5. Jenis kelamin :
6. Status perkawinan : (belum menikah / menikah / cerai)

B. Berilah tanda ceklis () pada pilihan jawaban yang dianggap benar!

Pertanyaan		Ya	Tidak
Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit jantung koroner	a. Ayah b. Ibu c. Saudara		

Tabulasi Data Hasil Penelitian
Identifikasi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner di Poli Jantung RSUD Bahteramas
Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Tgl Penelitian	Inisial	Umur	JK		Pendidikan	Status Perkawinan	Pertanyaan		
				L	P			a	b	c
1	28-Jul-17	Tn. A	64	√		D 11	Menikah		√	
2	28-Jul-17	Tn. A	63	√		SMA	Menikah			
3	28-Jul-17	Tn.L	58	√		SMP	Menikah			
4	28-Jul-17	Tn.D	67	√		SD	Menikah			
5	28-Jul-17	Ny.N	56		√	SD	Menikah			
6	28-Jul-17	Tn.L	73	√		SD	Menikah			
7	28-Jul-17	Tn.H	62	√		SMP	Menikah			
8	28-Jul-17	Tn.S	60	√		SMP	Menikah			
9	28-Jul-17	Tn.A	65	√		SMA	Menikah			
10	28-Jul-17	Ny.N	56		√	SD	Menikah			
11	28-Jul-17	Tn.A	64	√		S1	Menikah			
12	28-Jul-17	Tn.A	72	√		SMP	Menikah			
13	28-Jul-17	Tn.L	47	√		S1	Menikah			
14	28-Jul-17	Tn.D	60	√		SD	Menikah			
15	28-Jul-17	Tn.A	43	√		S2	Menikah	√		
16	28-Jul-17	Tn.L	64	√		S1	Menikah	√		
17	28-Jul-17	Tn.A	62	√		SMP	Menikah			√
18	29-Jul-17	Tn.M	73	√		S1	Menikah		√	
19	29-Jul-17	Ny.T	45		√	SMP	Menikah	√		
20	29-Jul-17	Ny.S	78		√	SMP	Menikah		√	
21	29-Jul-17	Tn.S	63	√		SMA	Menikah	√		
22	29-Jul-17	Tn.W	63		√	SMP	Menikah		√	
23	29-Jul-17	Ny.Y	58		√	SMA	Menikah		√	
24	29-Jul-17	Tn.H	52	√		SMP	Menikah			√
25	29-Jul-17	Tn.i	60	√		SMP	Menikah		√	
26	29-Jul-17	Ny.M	51		√	SD	Menikah	√		
27	29-Jul-17	Tn.D	55	√		SD	Menikah			
28	29-Jul-17	Tn.L	58	√		SD	Menikah			
29	29-Jul-17	Ny.i	43		√	SMA	Menikah	√		
30	31-Jul-17	Tn.A	47	√		S1	Menikah	√		
31	31-Jul-17	Tn.L	61	√		SMP	Menikah			
32	31-Jul-17	Ny.H	47		√	SMA	Menikah		√	
33	31-Jul-17	Ny.H	57		√	SD	Menikah	√		
34	31-Jul-17	Tn.B	50	√		SMP	Menikah	√		
35	31-Jul-17	Tn.R	59	√		S1	Menikah	√		
36	31-Jul-17	Tn.H	55	√		SD	Menikah			

Mengetahui,
Kepala Ruangan Poli Klinik
Jantung RSUD Bahteramas



Hj. Nazima, S. Kep.

Kendari, Juli 2017
Peneliti

Fatmawati

Master Tabel Hasil Penelitian
Identifikasi Karakteristik Penyakit Jantung Koroner di Poli Jantung RSU Bahteramas
Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

No	Tgl Penelitian	Inisial	Umur (Tahun)	Kategori Umur				JK		Status Pernikahan			Riwayat Keluarga					
				36 - 45	46 - 55	56 - 65	> 65	L	P	Menikah	Belum Menikah	Janda/ Duda	Ayah	Ibu	Saudara	Tidak Ada		
1	28-Jul-17	Tn. A	64			√					√							
2	28-Jul-17	Tn. A	63			√		√			√							√
3	28-Jul-17	Tn.L	58			√		√			√							√
4	28-Jul-17	Tn.D	67			√	√	√			√							√
5	28-Jul-17	Ny.N	56			√		√	√		√							√
6	28-Jul-17	Tn.L	73			√	√	√			√							√
7	28-Jul-17	Tn.H	62			√		√			√							√
8	28-Jul-17	Tn.S	60			√		√			√							√
9	28-Jul-17	Tn.A	65			√		√			√							√
10	28-Jul-17	Ny.N	56			√		√	√		√							√
11	28-Jul-17	Tn.A	64			√		√			√							√
12	28-Jul-17	Tn.A	72			√	√	√			√							√
13	28-Jul-17	Tn.L	47		√			√			√							√
14	28-Jul-17	Tn.D	60			√		√			√							√
15	28-Jul-17	Tn.A	43	√				√			√		√					√
16	28-Jul-17	Tn.L	64			√		√			√		√					√
17	28-Jul-17	Tn.A	62			√		√			√						√	√
18	29-Jul-17	Tn.M	73				√	√			√						√	√

19	29-Jul-17	Ny.T	45	√					√	√			√					
20	29-Jul-17	Ny.S	78				√		√	√				√				
21	29-Jul-17	Tn.S	63			√		√			√		√					
22	29-Jul-17	Tn.W	63			√			√	√				√				
23	29-Jul-17	Ny.Y	58			√			√	√				√				
24	29-Jul-17	Tn.H	52		√			√			√					√		
25	29-Jul-17	Tn.i	60			√		√			√			√				
26	29-Jul-17	Ny.M	51		√				√	√			√					
27	29-Jul-17	Tn.D	55		√			√			√							√
28	29-Jul-17	Tn.L	58			√		√			√							√
29	29-Jul-17	Ny.i	43	√					√	√			√					
30	31-Jul-17	Tn.A	47		√			√			√		√					
31	31-Jul-17	Tn.L	61			√		√			√							√
32	31-Jul-17	Ny.H	47		√				√	√				√				
33	31-Jul-17	Ny.H	57			√			√	√			√					
34	31-Jul-17	Tn.B	50		√			√			√		√					
35	31-Jul-17	Tn.R	59			√			√		√		√					
36	31-Jul-17	Tn.H	55		√			√			√							√
Total				3	8	20	5	26	10	36	0	0	10	7	2	17		
Persentase				8,33%	22,22%	55,56%	13,89%	72,22%	27,78%	100%	0%	0%	27,78%	19,44%	5,56%	47,22%		

Keterangan L Laki - laki
P Perempuan

Mengetahui,
Kepala Ruangan Poli Klinik Jantung
RSU Bahteramas

POLI JANTUNG

Hji. Nazima, S. Kep.

Kendari, Juli 2017
Peneliti


Fatmawati

HASIL DOKUMENTASI PENELITIAN



PENELITI SEDANG MENJELASKAN CARA PENGISIAN KUESIONER



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



*Jl. Jend. A.H. Nasution, No. 61-1 Ansonrejo, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com*

Nomor : DL.11.02/1/ 711 /2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur RSU Dewi Sartika
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari :

Nama : Marwiyah
NIM : P00320014027
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Pengetahuan Ibu Nifas tentang Cara Menyusui yang Baik dan Benar di RSU Dewi Sartika

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di RSU Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

29 Maret 2017

A.n. Direktur
Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat

Rosnah, STP., MPH.
NIP. 10710622 200112 2 001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anakumahu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: [poltekkes_kendari@yahoo.com](mailto:poltekkes_kendari@kemkes.go.id)*

Nomor : DL.11.02/11/7791/2017
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Marwiyah
NIM : P00320014027
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Pengetahuan Ibu Nifas tentang Menyusui di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

19 Juli 2017
A.n. Direktur
Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat

Rosnah, STP., MPH.
NIP. 19710522 200112 2 001



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 20 Juli 2017

Nomor : 070/3172/Balitbang/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur RSUD Dewi Sartika Kota Kendari
di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/1791/2017 tanggal 19 Juli 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : MARWIYAH
NIM : P00320014027
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari;

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara, dalam rangka penyusunan KTI, Skripsi, Tesis, Disertasi dengan judul :

"PENGETAHUAN IBU NIPAS TENTANG MENYUSUI DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI".

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 19 Juli 2017 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undang yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI,



SUKANTO DODING, MSP, MA
Kepala Muda, Gol. IV/c
Nip. 19600720 199301 1 003

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari;
6. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari
7. Mahasiswa yang bersangkutan



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000 Baruga
Email : admin@rsud-rsudbahteramas.go.id / Website: www.rsud-bahteramas.go.id

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : 111 /Litbang/RSUD/VIII/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. M. Yusuf Hamra, M. Sc, Sp.PD
NIP : 19751116 200212 1 003
Jabatan : Plt. Direktur

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Fatmawati
NIM : P00320014036
Jurusan : D-III Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Benar-benar telah melakukan penelitian di Ruang Poliklinik Jantung RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara tanggal 28 juli s/d 31 juli 2017 dengan judul :

“Identifikasi Penyakit Jantung Koroner di Poli Klinik Jantung RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Kendari, 16 Agustus 2017

Plt. Direktur



Dr. M. Yusuf Hamra, M. Sc, Sp.PD
NIP. 19751116 200212 1 003



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: 115/PP/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : fatmawati
NIM : P00320014036
Tempat Tgl. Lahir : Palu, 04 Maret 1996
Jurusan : Keperawatan
Alamat : Lrg. Kelurahan Lepo-Lepo

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan Keperawatan Tahun 2017

Kendari, 10 Agustus 2017

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Amaluddin, S. Sos
Amaluddin, S. Sos
NIP. 196112311982031038