

**GAYA HIDUP PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT SINDROM
KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT JANTUNG HASNA MEDIKA
KUNINGAN**

SKRIPSI



Oleh:

WILDAN RAMADHAN

200711095

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON
2024**

**GAYA HIDUP PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT SINDROM
KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT JANTUNG HASNA MEDIKA
KUNINGAN**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Cirebon



Oleh:

WILDAN RAMADHAN

200711095

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON
2024**

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

GAYA HIDUP PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT SINDROM KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT JANTUNG HASNA MEDIKA KUNINGAN

Oleh:

WILDAN RAMADHAN

NIM : 200711095

Telah dipertahankan di hadapan penguji skripsi

Program studi ilmu keperawatan

Fakultas ilmu kesehatan

Universitas muhammadiyah Cirebon

Pada tanggal :

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Asep Novi Taufiq F., M.Kep., Ners.

Yuniko Febby H. F., M. Kep., Ners.

Mengesahkan, Dekan fakultas ilmu kesehatan

Uus husni Mahmud, S.Kp,M.Si

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024.

Nama Mahasiswa : WILDAN RAMADHAN
NIM : 200711095

Meyetuji
Pembimbing 1 Pembimbing 2

Asep Novi Taufiq F., M.Kep., Ners. Yuniko Febby H. F., M. Kep., Ners.

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024.

Nama Mahasiswa : WILDAN RAMADHAN
NIM : 200711095

Menyetujui,

Ketua Sidang : Ito Wardin S. Kep., M. Kep., Ners _____

Penguji 1 : Asep Novi Taufiq Firdaus, S. Kep., M. Kep., Ners _____

Penguji 2 : Yuniko Febby Husnul Fauzia, S. Kep., M. Kep., Ners _____

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

Nama : Wildan Ramadhan
NIM : 200711095
Judul Penelitian : Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut Di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan

Menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan yang lain atau di perguruan tinggi lain. Sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar pustaka.

Cirebon, Agustus 2024

(Wildan Ramadhan)

KATA PENGANTAR

Assalamu`alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur atas kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian mengenai "Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan". Sholawat serta salam selalu tercurah limpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah menunjukkan jalan yang lurus berupa ajaran agama islam dan menjadi anugerah bagi seluruh alam semesta.

Alhamdulillah penulis bersyukur telah menyelesaikan penelitian skripsi ini, penulis menyadari bahwa keberhasilan penulisan penelitian skripsi ini tidaklah terselesaikan dengan baik tanpa bantuan orang-orang disekitar penulis. Pada kesempatan kali ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Arif Nurudin, MT selaku rektor Universitas Muhammadiyah Cirebon.
2. Dr. H. Ade Ramayadi selaku direktur utama Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan
3. Uus Husni Mahmud, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon.
4. Ns. Asep Novi Taufiq Firdaus, M.Kep selaku Kaprodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon, serta selaku dosen pembimbing utama skripsi yang telah berkenan meluangkan waktunya, memberikan bimbingan, masukan, arahan dan motivasi kepada

penulis, sehingga penyusunan skripsi bisa berjalan dengan baik dan dapat selesai dengan tepat waktu.

5. Ns. Yuniko Febby H. F, M. Kep selaku dosen pembimbing pendamping skripsi yang telah berkenan meluangkan waktunya, memberikan bimbingan, masukan, arahan dan motivasi kepada penulis, sehingga penyusunan skripsi ini bisa berjalan dengan baik dan dapat seslesai dengan tepat
6. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon yang telah memberikan banyak ilmu dan pengetahuan penulis selama perkuliahan.
7. Seluruh Staf serta perawat rumah sakit Jantung Hasna Medika Kuningan yang telah memberikan bantuan serta arahan sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.
8. Pahlawan serta panutanku, Ayahanda Maman Suryaman, terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, serta memberi dukungan hingga penulis dapat menyelesaikan tugas ini.
9. Pintu surgaku, Ibunda Yayah Ratnasari, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayangnya dengan penuh cinta dan selalu memberikan semangat serta do'a sehingga penulis mampu menyelesaikan tugas ini.
10. Adik perempuan tercintaku, Ananda Habibah Nazwa, yang selalu memberikan semangat kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan tugas ini.

11. Sahabat seperjuangan Fikih Nurfaizal, Andini Marliana, Meilani Naurulmillah, Nurul Apni, Putri Najma, Nurul Apni, Shifany Inayah, terimakasih telah menemani peneliti dalam masa sulit maupun senang, terimakasih untuk menghibur dan menemani peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Terimakasih untuk teman-teman S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2020 terutama kelas KP20E yang telah berperan banyak memberikan pengalaman dan pembelajaran.

ABSTRAK

GAYA HIDUP PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT SINDROM KORONER AKUT DI RUMAH SAKIT JANTUNG HASNA MEDIKA KUNINGAN, KABUPATEN KUNINGAN

Wildan Ramadhan¹, Asep Novi Taufiq Firdaus², Yuniko Febby Husnul Fauzia³

Latar Belakang: Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah kondisi medis yang dapat mengancam jiwa. Sindrom koroner akut merupakan penyebab utama kematian mendadak di antara individu. Faktor risiko sindrom koroner akut dikategorikan menjadi faktor yang dapat dimodifikasi, meliputi 4 riwayat kesehatan seperti hipertensi atau tekanan darah tinggi, dislipidemia, diabetes melitus (DM), dan gaya hidup kurang aktif.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gaya Hidup pada pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024.

Metode: Jenis Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *Studi Retrospektif*, Teknik sampel menggunakan *Accidental sampling* sebanyak 56 responden, alat ukur menggunakan kuesioner tentang gaya hidup.

Hasil Penelitian: Hasil penelitian nilai gaya hidup pasien SKA berdasarkan kategori baik, cukup, kurang baik, jumlah terbanyak adalah kategori cukup sebanyak 32 responden (57.1%), kurang baik sebanyak 22 responden (39.3%), sedangkan kategori baik sebanyak 2 responden (3.6%).

Kesimpulan: Sebanyak 39.3% pasien sindrom koroner akut termasuk kedalam kategori gaya hidup kurang baik

Saran: Diharapkan kepada pasien sindrom koroner akut dapat meningkatkan gaya hidupnya menjadi gaya hidup yang lebih sehat atau baik.

Kata Kunci: Sindrom Koroner akut, Gaya hidup.

Kepustakaan: 59 (2014-2023)

ABSTRACT

LIFESTYLE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT HASNA MEDIKA KUNINGAN HEART HOSPITAL, KUNINGAN REGENCY

Wildan Ramadhan¹, Asep Novi Taufiq Firdaus², Yuniko Febby Husnul Fauzia³

Background: Acute Coronary Syndrome (SKA) is a medical condition that can be life-threatening. Acute coronary syndrome is the leading cause of sudden death among individuals. It is reported that about 17.5 million people die from the disease, accounting for about 31% of the total global deaths. Risk factors for acute coronary syndrome are categorized into modifiable factors, including 4 medical histories such as hypertension or high blood pressure, dyslipidemia, diabetes mellitus (DM), and an inactive lifestyle.

Objective: This study aims to determine the lifestyle of patients with Acute Coronary Syndrome Disease at Hasna Medika Kuningan Heart Hospital, Kuningan Regency in 2024.

Methods: This type of research is a quantitative research using a retrospective study research design, sample technique using accidental sampling of 56 respondents, measuring tools using a questionnaire about lifestyle. Research Results: The results of the research on the lifestyle value of SKA patients based on the categories of good, adequate, and poor, the largest number was the sufficient category of 32 respondents (57.1%), 22 respondents (39.3%), while the good category was 2 respondents (3.6%).

Conclusion: As many as 39.3% of patients with acute coronary syndrome are included in the category of poor lifestyle

Suggestion: It is hoped that patients with acute coronary syndrome can improve their lifestyle to a healthier or better lifestyle.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Lifestyle.

Libraries: 59 (2014-2023)

DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SKRIPSI.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1. Manfaat Teoritis	6
1.4.2. Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1. Anatomi Fisiologis Jantung	8
2.1.1. Anatomi Jantung	8
2.1.2. Fisiologi Jantung.....	9
2.2. Sindrom Koroner Akut.....	10
2.2.1. Definisi.....	10
2.2.2. Epidemiologi.....	11
2.2.3. Etiologi.....	11
2.2.4. Patofisiologi	12
2.1.5. Klasifikasi	13

2.1.6.	Manifestasi klinis	14
2.1.7.	Faktor Resiko Sindrom Koroner Akut	15
2.1.8.	Faktor Gaya Hidup SKA	21
2.1.9.	Diagnosis	22
2.1.10.	Komplikasi	26
2.1.11.	Penatalaksanaan	26
2.2.	Gaya hidup	29
2.2.1.	Definisi	29
2.2.2.	Dimensi Gaya Hidup	30
2.2.3.	Klasifikasi Gaya Hidup Sehat	30
2.3.	Kerangka Teori	32
2.4.	Kerangka Konsep	33
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		34
3.1.	Desain Penelitian	34
3.2.	Populasi dan Sampel	34
3.2.1.	Populasi	35
3.2.2.	Sampel	35
3.2.3.	Teknik Pengambilan Sampel	35
3.3.	Lokasi Penelitian	38
3.4.	Waktu Penelitian	38
3.5.	Variabel Penelitian	38
3.6.	Definisi Operasional	39
3.7.	Instrument Penelitian	41
3.8.	Uji Validitas dan Reliabilitas	41
3.8.1.	Uji Validitas	42
3.8.2.	Uji Reliabilitas	42
3.9.	Prosedur Pengumpulan Data	43
3.10.	Pengolahan Data	44
3.11.	Analisis Data	46
3.12.	Etika Penelitian	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		49
4.1.	Hasil Penelitian	49
4.1.1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
4.1.2.	Karakteristik responden	49

4.1.3. Gaya hidup yang berkaitan dengan SKA pada responden.....	51
4.1.4. Hasil Interpretasi Nilai Gaya Hidup	53
4.2. Pembahasan	53
4.2.1 Gaya Hidup pada Pasien Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan.....	53
4.3. Keterbatasan Penelitian	57
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	58
5.1. Kesimpulan.....	58
5.2. Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Lokalisasi Area Iskemik Pada ST-Elevasi	25
Tabel 3. 1 Definisi operasional	39
Tabel 4. 1 Karakteristik responden berdasarkan usia.....	49
Tabel 4. 2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	50
Tabel 4. 3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan	50
Tabel 4. 4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan	51
Tabel 4. 5 Aktivitas fisik	51
Tabel 4. 6 Pola makan	51
Tabel 4. 7 Merokok	52
Tabel 4. 8 Konsumsi Alkohol	52
Tabel 4. 9 Interpretasi nilai gaya hidup.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung	9
Gambar 2. 2 Fisiologi jantung.....	10
Gambar 2. 3 Depresi segmen ST dan elevasi Segmen ST	24
Gambar 2. 4 EKG normal	24
Gambar 2. 5 waktu timbulnya berbagai jenis marka jantung.....	26
Gambar 2. 6 Kerangka teori	32
Gambar 2. 7 Kerangka konsep	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran. 1 Informed Consent	67
Lampiran. 2 kuesioner.....	68
Lampiran. 3 Surat Izin Studi Pendahuluan	73
Lampiran. 4 Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi	74
Lampiran. 5 Surat Izin Penelitian Skripsi	76
Lampiran. 6 Surat Balasan Izin Penelitian dari Pihak Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan.....	77
Lampiran. 7 Permohonan Surat Rekomendasi Izin Penelitian.....	78
Lampiran. 8 Surat Balasan Rekomendasi Izin Penelitian	79
Lampiran. 9 Dokumentasi.....	80
Lampiran. 10 Tabulasi	81
Lampiran. 11 Output SPSS	83
Lampiran. 12 Biodata diri	86

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah kondisi medis yang dapat mengancam jiwa. Sindrom koroner akut merupakan penyebab utama kematian mendadak di antara individu, termasuk mereka yang menderita penyakit kardiovaskular (Refialdinata, 2019). Menurut World Health Organization (WHO), pada tahun 2015, penyakit kardiovaskular diketahui sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia. Dilaporkan bahwa sekitar 17,5 juta orang meninggal karena penyakit ini, menyumbang sekitar 31% dari total kematian global. Dari jumlah tersebut, sekitar 7,4 juta kematian disebabkan oleh Sindrom Koroner Akut (SKA). Proyeksi menunjukkan bahwa pada tahun 2030, jumlah kematian akibat SKA diperkirakan mencapai 23,3 juta.(Maulidah *et al.*, 2022).

Sedangkan prevalensi penyakit jantung pada penduduk Indonesia adalah 7,2%, menurut data Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dan tahun 2018 terjadi tren peningkatan penyakit jantung yakni 0,5% ditahun 2013 dan menyumbang 1,5% di tahun 2018. Menurut *data Global Burden of Disease and Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) pada 2014 hingga 2019 penyakit jantung menjadi salah satu diantara pemicu kematian tertinggi di Indonesia (Kemenkes RI, 2022).

Pravelensi penyakit jantung berdasarkan data lembaga survei kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 sebanyak 877.531 penduduk. Berdasarkan hasil studi pendahuluan mengenai data di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, untuk angka kasus penyakit sindrom koroner akut pada bulan Januari 2024 sebanyak 124 kasus dan pada bulan Februari 2024 sebanyak 136 kasus. Sindrom

koroner akut (SKA) seperti angina pektoris tidak stabil (UAP, *Unstable angina pectoris*), infark miokard dengan *non elevasi segmen ST* (NSTEMI, *non ST segment elevation myocardial infarction*), infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI, *ST segment elevation myocardial infarction*). Adalah bagian dari penyakit jantung koroner (Tumade *et al.*, 2016).

Sindrom koroner akut merupakan masalah pada suplai darah ke jantung tiba-tiba menjadi berkurang bahkan terhenti karena penumpukan kolesterol dan pembentukan bekuan darah di arteri jantung. Hal ini menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen ke jantung, sehingga menyebabkan angina pektoris dan infark miokard, yang merusak jantung.(Tumade *et al.*, 2016). Gejala paling umum pada orang yang terkena sindrom koroner akut adalah nyeri dada. Hal ini disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah koroner. Orang yang terkena dampak merasakan nyeri di bagian tengah dada, seperti ditindih benda berat. Anda harus berhati-hati jika tiba-tiba merasakan rasa tidak nyaman yang berlangsung lebih dari 20 menit, disertai keringat dingin, dan tidak mereda bahkan setelah istirahat. Serangan jantung ini mulai terasa hingga anda merasakan sesak napas, mulus, lemas, bahkan pingsan (Devon *et al.*, 2020). Patofisiologi sindrom koroner akut meliputi aterosklerosis, yaitu suatu proses pembentukan plak yang mempengaruhi intima arteri. Proses aterosklerosis ini terjadi sepanjang hidup dan akhirnya menimbulkan gejala klinis (Hakim & Muhani, 2020).

Faktor risiko sindrom koroner akut dikategorikan menjadi faktor yang dapat dimodifikasi, meliputi 4 riwayat kesehatan seperti hipertensi atau tekanan darah tinggi, dislipidemia, diabetes melitus (DM), dan gaya hidup kurang aktif (Santoso *et al.*, 2023). Resiko mengalami Sindrom Koroner Akut (SKA) dalam kehidupan

terkait dengan paparan faktor risiko penyakit kardiovaskular. Secara umum, faktor risiko sindrom koroner akut dapat dikelompokkan menjadi dua, yang pertama adalah faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit keluarga. Sementara faktor resiko yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, kolesterol tinggi, merokok, obesitas, diabetes melitus, hiperurisemia, kurangnya aktivitas fisik, stres, dan gaya hidup. (Ngakan *et al*, 2024)

Menurut Philip Kotler dan Kevin Lane Keller (2016). Gaya hidup adalah pola kehidupan seseorang yang tercermin dalam aktivitas, minat, dan pandangan. Hal ini mencerminkan bagaimana seseorang berinteraksi secara menyeluruh dengan lingkungannya. Gaya hidup masyarakat Indonesia saat ini cenderung menunjukkan kecenderungan yang tidak menguntungkan bagi kondisi kesehatan masyarakatnya, terutama dalam hal tingkat aktivitas fisik masyarakat Indonesia yang semakin menurun, pola makan yang tidak sehat, konsumsi alkohol serta kebiasaan merokok yang semakin meningkat. Urbanisasi dan perubahan gaya hidup telah menyebabkan penurunan tingkat aktivitas fisik di kalangan masyarakat, Sementara kebiasaan mengonsumsi makanan cepat saji dan makanan olahan yang kaya lemak, gula, dan garam semakin umum. Selain itu, konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok juga mengalami peningkatan yang cukup drastis. Gaya hidup sehat dapat dicapai dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, melakukan aktivitas fisik dan olahraga yang cukup dan teratur, serta tidak merokok. (Pardosi & Biston, 2022).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018, sekitar 7,1% penduduk dewasa Indonesia dilaporkan mengonsumsi minuman beralkohol. Serta meningkatnya jumlah perokok di Indonesia sungguh memprihatinkan, selama 20

tahun terakhir, prevalensi merokok meningkat dari 53,4% pada tahun 1995 menjadi 66% pada tahun 2013. Pada tahun 2018, satu dari setiap dua pria dewasa di Indonesia adalah perokok (55,8%), dan hal yang sama juga terjadi pada masyarakat Indonesia. 1,9% wanita adalah perokok. (Ihyauddin et al., 2023).

Angka merokok di kalangan generasi muda juga meningkat. Dimulai dengan prevalensi merokok sebesar 7,1% pada tahun 1995, prevalensi merokok di kalangan remaja (15-19 tahun) meningkat tiga kali lipat menjadi 20,5% pada tahun 2013. Sekitar 52,8% dari perokok di Indonesia memulai kebiasaan merokok saat masih remaja, dan rasa keingintahuan ternyata menjadi faktor utama yang mendorong mereka untuk memulai perilaku tersebut. Data ini sangat mengkhawatirkan karena kebiasaan merokok telah terbukti dapat meningkatkan risiko terkena berbagai penyakit serius, termasuk kanker, penyakit kardiovaskular, dan gangguan pernapasan kronis lainnya. (Ihyauddin et al., 2023).

Berdasarkan latar belakang di atas serta hasil studi pendahuluan pada tanggal 25 Maret 2024 terkait data dari Rumah Sakit Hasna Medika Kuningan mengenai jumlah pasien sindrom koroner aku (SKA) pada bulan Januari dan Februari 2024 yaitu berjumlah 260 kasus. Serta hasil survey kepada 10 pasien sindrom koroner akut pada tanggal 07 Mei 2024 didapatkan hasil untuk Aktivitas fisik pasien SKA, 50% pasien SKA tidak pernah melakukan aktifitas fisik seperti berolahraga (berjalan, berlari, bersepeda, senam, dan lain lain). Dan 40% lainnya mengatakan kadang-kadang melakukan aktifitas fisik, serta 10% mengatakan bahwa mereka sering melakukan aktivitas fisik. Untuk pola makan pasien SKA, didapatkan hasil 80% pasien SKA sering mengkonsumsi makanan asin atau tinggi garam dan makanan gorengan, serta 50 % pasien SKA sering mengkonsumsi makanan

berlemak tinggi dan bersantan. Untuk kebiasaan merokok 80% pasien SKA adalah perokok dan 20 % mengatakan tidak pernah merokok namun sering terpapar oleh asap rokok. Dan untuk konsumsi alkohol 100% pasien SKA tidak pernah mengkonsumsi minuman beralkohol. Oleh karena itu, pentingnya langkah-langkah pengendalian untuk mengurangi jumlah kasus sindrom koroner akut melalui proses identifikasi mengenai gaya hidup dan penyakit sindrom koroner akut. Maka berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang terdapat pada latar belakang, maka peneliti merumuskan masalah yaitu “Analisis gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024 ?”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Gaya Hidup pada pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi faktor gaya hidup yang berkaitan dengan penyakit sindrom koroner akut
- 2) Menganalisis gaya hidup dengan penyakit sindrom koroner akut.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

- 1) Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan masukan bagi institusi untuk memberikan perhatian serta edukasi terkait gaya hidup dan penyakit sindrom koroner akut.

- 2) Bagi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan sebagai evaluasi lebih lanjut apabila terdapat gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Selain itu juga sebagai tambahan referensi serta untuk pengembangan penelitian selanjutnya.

- 3) Bagi Mahasiswa/i Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi yang dapat menambah pengetahuan mahasiswa/i mengenai gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

1) Bagi Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi dan bahan acuan untuk mengkaji bagaimana gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut. Serta persentase antara antara gaya hidup dengan penyakit sindrom koroner akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan.

2) Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi terkait gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi pelengkap dan pembanding penelitian serta menambah wawasan mengenai gaya hidup pada pasien dengan penyakit sindrom koroner akut

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Anatomi Fisiologis Jantung

2.1.1. Anatomi Jantung

Jantung adalah organ berotot yang berongga, seukuran kepalan tangan. Fungsi utamanya adalah memompa darah melalui pembuluh darah dengan kontraksi berirama dan berulang. Jantung normal memiliki empat ruang: dua ruang atas yang disebut atrium dan dua ruang bawah yang disebut ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri disebut septum (Alifariki, 2019).

Ukuran jantung relatif kecil, umumnya memiliki ukuran yang serupa namun bentuknya berbeda, mirip dengan kepalan tangan setiap individu. Panjangnya sekitar 12 cm, lebarnya 9 cm, ketebalannya 6 cm, dengan berat sekitar 250 gram pada wanita dewasa dan 300 gram pada pria dewasa. Jantung terletak di dalam rongga dada (thorak), tepatnya di area mediastinum, di antara kedua paru-paru (Majid, 2017). Batas – batas jantung:

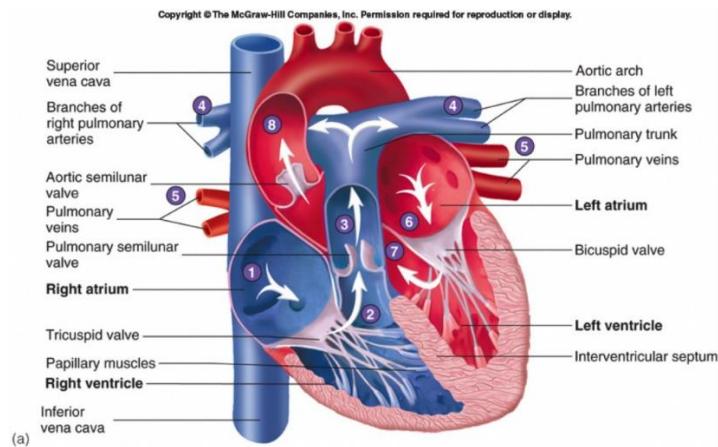
Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI).

Kiri : ujung ventrikel kiri

Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri

Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis

Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung



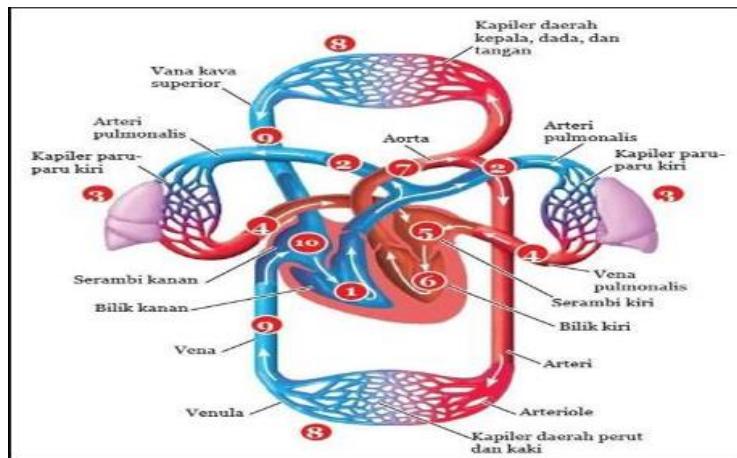
Gambar 2. 1 Anatomi Jantung (medicastore, 2019).

2.1.2. Fisiologi Jantung

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah suatu proses yang berkesinambungan dan berkaitan sangat erat untuk asupan oksigen manusia demi kelangsungan hidupnya (Sherwood, 2018).

Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena (disebut darah biru) dan mengalirkan darah biru tersebut ke jantung sebelah kanan. Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmonal. Darah yang biru tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru, selanjutnya darah ini menjadi berwarna merah. Darah merah ini kemudian menuju atrium kiri melalui

keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta dan keseluruh tubuh (Sherwood, 2018).



Gambar 2. 2 Fisiologi jantung (Hartana, 2021).

2.2. Sindrom Koroner Akut

2.2.1. Definisi

Sindrom koroner akut (SKA) adalah istilah medis yang mencakup sekelompok kondisi yang berpotensi fatal yang disebabkan oleh aliran darah yang tidak mencukupi ke otot jantung (iskemia). SKA terdiri dari tiga kondisi utama yaitu angina tidak stabil (*unstable angina*), infark miokard akut (*acute myocardial infarction*), dan infark miokard yang tidak dapat diklasifikasikan secara spesifik. Angina tidak stabil adalah suatu sindrom koroner akut yang disebabkan oleh penyempitan arteri koroner yang tidak stabil atau pembentukan bekuan darah, yang berpotensi menyebabkan infark miokard. Infark miokard akut adalah kondisi di mana terjadi kematian sel-sel otot jantung akibat aliran darah yang terganggu secara tiba-tiba ke bagian jantung. Sedangkan infark miokard yang tidak dapat

diklasifikasikan secara spesifik dapat terjadi tanpa adanya gejala angina sebelumnya (Collet *et al.*, 2021).

2.2.2. Epidemiologi

Menurut World Health Organization (WHO), pada tahun 2019, penyakit kardiovaskular diketahui sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia. Dilaporkan bahwa sekitar 17,5 juta orang meninggal karena penyakit ini, menyumbang sekitar 31% dari total kematian global. Dan diperkirakan terus meningkat hingga 23,6 juta kematian pada tahun 2030 (Qothi *et al.*, 2021). Diperkirakan mencapai 550 000 kasus baru dan 200 000 kasus berulang, dan diperkirakan 300 orang di Amerika meninggal akibat infark miokard akut sebelum mencapai rumah sakit infark miokard yang fatal. Sekitar 38% pasien yang dirawat dengan sindrom koroner akut mengalami infark miokard elevasi segmen ST (Szummer *et al.*, 2017). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia saat ini diperkirakan sebesar 1,5% atau sekitar 2. 650. 340 orang. (Bahrudin & Sodiqur, 2022).

2.2.3. Etiologi

Pada sindrom koroner akut, satu atau lebih arteri koroner yang memasok darah ke jantung tersumbat. Penyebab gangguan aliran darah secara tiba-tiba ini biasanya adalah pecahnya plak, erosi, retakan, atau diseksi arteri koroner, yang menyebabkan penyumbatan bekuan darah. Faktor risiko utama adalah dislipidemia, diabetes, hipertensi, merokok, dan riwayat penyakit arteri koroner dalam keluarga. (Rachmawati *et al.*, 2021).

Infark miokard secara umum dapat diklasifikasikan menjadi tipe 1 sampai 5 berdasarkan etiologi dan patogenesisnya. MI tipe 1 disebabkan oleh cedera *miokard aterotrombotik* koroner akut dengan ruptur plak. Sebagian besar pasien dengan MI elevasi segmen ST (STEMI) dan MI elevasi non-ST (NSTEMI) termasuk dalam kategori ini. MI tipe 2 adalah tipe MI yang paling umum dan mengakibatkan ketidakseimbangan distribusi suplai darah, yang menyebabkan iskemia miokard. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh berbagai alasan, termasuk adanya oklusi arteri koroner stabil yang berkelanjutan, takikardia, hipoksia, atau stres. Kemungkinan penyebab lainnya termasuk kejang arteri koroner, emboli arteri koroner , dan *spontaneous coronary artery dissection* (SCAD). Pasien dengan kematian jantung mendadak yang meninggal sebelum peningkatan troponin diklasifikasikan sebagai MI tipe 3. Infark miokard tipe 4 dan tipe 5 terkait dengan prosedur revaskularisasi koroner, termasuk *percutaneous coronary intervention* (PCI) dan pencangkokan bypass arteri (Ibanez *et al.*, 2018).

2.2.4. Patofisiologi

Kebanyakan sindrom koroner akut diakibatkan oleh plak *eteroma* akibat robek atau pecahnya darah koroner akibat perubahan komposisi plak dan penipisan jaringan *fibrosa* pembentuk plak. Peristiwa ini diikuti dengan proses *agregasi trombosit* dan aktivasi jalur *koagulasi*, sehingga terjadi pembentukan *trombus* kaya *trombosit* (*white thrombus*). *Trombus* ini dapat menyebabkan *trombosis* total atau sebagian pada arteri koroner atau menjadi *mikrosimbol* yang dapat menyebabkan *trombus* koroner lebih jauh distal. Selain itu, zat vasoaktif dilepaskan sehingga

menyebabkan *vasokonstriksi* dan penyumbatan aliran darah koroner. (PERKI, 2015).

Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokard. Oksigenasi yang berlangsung sekitar 20 hingga menit menyebabkan *nekrosis miokardium* (infark miokard atau IM). Infark miokard belum tentu disebabkan oleh penyumbatan atau penimbunan darah koroner secara menyeluruh. *Oklusi subtotal* dengan *vasokonstriksi* dinamis juga dapat menyebabkan *iskemia* dan *nekrosis* jaringan otot jantung (miokardium). Akibat dari iskemia adalah, selain nekrosis, gangguan kontraktilitas miokard, gangguan ritme dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel) akibat proses hibernasi dan anestesi (setelah iskemia hilang). Beberapa penderita SKA tidak mengalami pecahnya plak seperti dijelaskan di atas. Mereka menderita SKA akibat oklusi dinamis akibat spasme arteri koroner epikardial fokal (*angina Prinzmetal*). Penyempitan arteri koroner tanpa spasme atau pembekuan darah dapat disebabkan oleh perkembangan plak atau *restenosis* setelah *percutaneous coronary intervention* (PCI). Beberapa faktor eksternal dapat menyebabkan berkembangnya SKA, seperti demam, *anemia*, *tirotoksikosis*, *hipotensi*, dan *takikardia*. Pasien dengan plak aterosklerotik. (PERKI, 2015)

2.1.5. Klasifikasi

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2019) Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *elektrokardiogram* (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, SKA dibagi menjadi :

- 1) Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: ST segment elevation myocardial infarction). Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) adalah indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner.
- 2) Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: non ST segment elevation myocardial infarction). Gejala angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudonormalization*, atau bahkan tanpa perubahan.
- 3) Angina pektoris tidak stabil (APTS/UAP: *unstable angina pectoris*). UAP dan NSTEMI dibedakan berdasarkan kejadian infark miokard yang ditandai adanya peningkatan marka jantung. Pada UAP marka jantung tidak meningkat secara bermakna diagnosis.

2.1.6. Manifestasi klinis

Tingkat penyumbatan arteri koroner umumnya berkaitan dengan gejala yang muncul serta variasi dalam penanda jantung dan temuan elektrokardiografi. Angina, atau nyeri dada, masih dianggap sebagai gejala utama Sindrom Koroner Akut (SKA). Pada angina tidak stabil, nyeri dada sering muncul baik saat istirahat maupun aktivitas, dan sering kali membatasi aktivitas. Nyeri dada yang terkait dengan NSTEMI umumnya berlangsung lebih lama dan lebih parah dibandingkan dengan angina tidak stabil. Dalam kedua kondisi tersebut, intensitas dan frekuensi nyeri dapat meningkat jika tidak diatasi dengan istirahat atau nitroglycerin, dan mungkin berlangsung lebih dari 15 menit. Nyeri dapat terjadi dengan atau tanpa sensasi menjalar ke leher, lengan, punggung, atau bagian atas perut. Selain nyeri

dada, pasien dengan SKA juga mungkin mengalami sesak napas, keringat dingin, mual, dan pusing ringan. Perubahan dalam tanda-tanda vital, seperti detak jantung cepat, pernapasan cepat, tekanan darah tinggi atau rendah, serta penurunan kadar oksigen dalam darah atau gangguan irama jantung, juga dapat terjadi (Zaman *et al.*, 2019).

2.1.7. Faktor Resiko Sindrom Koroner Akut

Sindrom koroner akut adalah bagian dari rentang perkembangan aterosklerosis dalam Penyakit Jantung Koroner (PJK). Patofisiologi dan faktor risiko SKA adalah serupa dengan yang terjadi dalam PJK, sehingga pembahasan mengenai faktor risiko lebih condong pada faktor risiko PJK. (*Tiara Pramadiaz et al.*, 2016). Menurut (AHA. 2015), faktor resiko SKA antara lain: faktor risiko yang tidak dapat dikontrol, faktor risiko yang dapat dikontrol, dan faktor lain yang berkontribusi dapat meningkatkan faktor risiko

2.1.7.1 Faktor Resiko Yang Tidak Dapat Dikontrol

1) Usia

Usia memengaruhi risiko SKA, dengan peningkatan risiko hampir dua kali lipat pada pasien yang lebih tua. Ini disebabkan oleh perubahan pada endotel vaskular dan proses pembentukan gumpalan darah. Setelah usia 40 tahun, prevalensi PJK meningkat sejalan dengan bertambahnya usia, di mana kejadian penyakit jantung koroner paling sering terjadi pada usia di atas 40 tahun, dan risikonya terus meningkat setelah usia 60 tahun (Ferencik *et al.*, 2018)

2) Genetik

Genetik adalah faktor lain yang tidak dapat diubah. SKA, sebagai salah satu bentuk *Coronary artery disease* (CAD), sangat dipengaruhi oleh faktor genetik yang berinteraksi dengan metabolisme lipid, proliferasi sel, dan proses peradangan (Franchini, 2016).

3) Jenis kelamin

Pria memiliki risiko yang lebih tinggi terkena arteriosklerosis dibandingkan wanita karena kebiasaan merokok yang lebih umum di kalangan pria. Selain itu, hormon estrogen pada wanita dapat mengurangi faktor risiko, karena estrogen mendukung *vasodilatasi* pembuluh darah, wanita cenderung memiliki kadar *high density lipoprotein* (HDL) yang lebih tinggi melalui diet yang kaya lemak jenis tertentu, sedangkan pria tidak. Ini menyebabkan wanita memiliki risiko lebih rendah terkena penyakit jantung dibandingkan pria. tetapi setelah menopause, wanita cenderung memiliki risiko yang sebanding dengan pria. (Waani *et al.*, 2016).

4) Penyakit bawaan

a. Dislipidemia

Dislipidemia adalah kondisi di mana terjadi peningkatan atau penurunan fraksi lipid dalam darah karena gangguan metabolisme lipid. Fraksi lipid yang umumnya terpengaruh meliputi peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol *low density lipoprotein* (LDL), dan penurunan kadar kolesterol HDL (Heriwijaya *et al.*, 2020). LDL kolesterol dan trigliserida adalah jenis lipid yang dapat memiliki dampak negatif pada sirkulasi darah jika presentasinya

melebihi kadar HDL. Pada proses oksidasi, LDL akan menarik radikal oksigen bebas yang dianggap sebagai benda asing oleh sel darah putih, sehingga mengendap di dinding pembuluh darah. Inilah yang memicu perkembangan arterosklerosis, kondisi yang menjadi penyebab dari serangan jantung (PERKI, 2018).

b. Hipertensi

Hipertensi adalah saat tekanan darah mencapai antara 130 hingga 139 mmHg untuk tekanan sistolik dan antara 85 hingga 89 mmHg untuk tekanan diastolik. Orang dengan hipertensi memiliki risiko dua kali lebih tinggi untuk mengalami penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan individu yang sehat (Alzo *et al.*, 2017).

c. Diabetes

Diabetes adalah kondisi yang umumnya ditandai oleh kadar glukosa darah yang tinggi. Kadar glukosa darah yang tinggi dapat meningkatkan penggumpalan trombosit, yang pada akhirnya dapat menyebabkan pembentukan bekuan darah. Diabetes melitus terkait dengan perubahan fisik dan patologi pada sistem kardiovaskular, termasuk disfungsi endotel dan gangguan pembuluh darah, yang pada akhirnya meningkatkan risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK). (Putra *et al.*, 2022)

2.1.7.2 Faktor Resiko Yang Dapat Dikontrol

1) Kebiasaan merokok

Merokok adalah praktik mengisap asap dari produk tembakau yang telah dibakar, yang berasal dari berbagai jenis tanaman tembakau seperti *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan jenis lainnya, atau sintetisnya. Asap yang dihasilkan mengandung zat-zat seperti nikotin dan tar (Riauan *et al.*, 2020). Merokok dapat memperburuk arteriosklerosis melalui tiga mekanisme: (1) Peningkatan kadar karbon monoksida (CO) dalam darah, yang menyebabkan pengikatan oksigen dalam darah oleh CO, mengurangi suplai oksigen ke jantung dan memaksa jantung untuk bekerja lebih keras untuk menjaga keseimbangan oksigen dalam tubuh; (2) Asam nikotinat dalam tembakau merangsang pelepasan katekolamin yang menyebabkan penyempitan arteri; dan (3) Merokok meningkatkan adhesi trombosit, mempercepat pembentukan gumpalan darah. (Mutaqqin, 2014).

2) Aktivitas fisik

Menurut *world health organization* (WHO) tahun 2022 mendefinisikan aktivitas fisik sebagai setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK) dapat meningkat karena rendahnya tingkat kebugaran. Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan kadar HDL, resistensi insulin, dan obesitas. Aktivitas fisik berupa olahraga dapat meningkatkan kadar HDL dan membantu mencegah penumpukan lemak di dinding pembuluh darah. Aktivitas ringan, di sisi lain, dapat menyebabkan akumulasi lemak di arteri, yang meningkatkan risiko

aterosklerosis, yang merupakan faktor risiko untuk Penyakit Jantung Koroner (PJK). (Waani *et al.*, 2016)

3) Obesitas

Seseorang dianggap mengalami obesitas jika memiliki Indeks Masa Tubuh (IMT) lebih dari 30 kg/m^2 atau lingkar pinggang lebih dari 90 cm. Kondisi obesitas sering kali terkait dengan pola makan berkalori tinggi dan gaya hidup yang kurang aktif. Akumulasi lemak tambahan dapat meningkatkan beban kerja dan kebutuhan oksigen jantung. Obesitas adalah salah satu faktor risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK), dan dapat dikenali dari ukuran lingkar pinggang (LP). Wanita dianggap mengalami obesitas jika lingkar pinggangnya lebih dari 80 cm, sementara pria dianggap obesitas jika lingkar pinggangnya lebih dari 90 cm (Ferencik *et al.*, 2018).

4) Pola makan

Pola makan yang tidak tepat dapat berperan dalam meningkatkan risiko Sindrom Koroner Akut (SKA). Salah satu contoh pola makan yang tidak tepat adalah konsumsi makanan tinggi kolesterol, yang dapat menyebabkan hiperkolesterolemia. Hiperkolesterolemia dipengaruhi oleh kandungan asam lemak jenuh dalam makanan seperti daging, susu, mentega, keju, es krim, dan makanan panggang (Yadi *et al.*, 2016).

2.1.7.3 Faktor Lain Yang Berkontribusi Meningkatkan Faktor Resiko

1) Stress

Stres tidak secara langsung dianggap sebagai faktor risiko untuk PJK karena belum ada bukti ilmiah yang menunjukkan dampaknya langsung

pada perkembangan penyakit tersebut. Namun, cara individu mengelola stres dapat mempengaruhi perilaku mereka, seperti merokok, mengonsumsi alkohol berlebihan, dan makan berlebihan, yang semuanya meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Stres dapat mengganggu metabolisme dan menurunkan sistem kekebalan tubuh, mempercepat perkembangan penyakit. Respons terhadap stres melibatkan aktivasi *saraf simpatis* dan *hipotalamus pituitary adrenal axis* untuk melepaskan *kortikosteroid* dari kelenjar adrenal. Stres juga meningkatkan faktor *van Willebrand* dan *fibrinogen*, yang menjadi faktor predisposisi untuk pembentukan *aterosklerosis*, yang pada akhirnya dapat menyebabkan penyakit jantung. (Lagraauw *et al.*, 2015)

2) Alkohol

Mengonsumsi alkohol yang berlebihan dan sering dapat menyebabkan kerusakan pada jantung dan peningkatan tekanan darah. Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan jumlah lemak dalam sirkulasi darah serta meningkatkan kadar *trigliserida* (Yuliani *et al.*, 2014). Menurut JNC (*Joint national committee*) VIII, kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol dapat menyebabkan hipertensi. Ini menegaskan bahwa konsumsi alkohol tidak secara langsung memengaruhi penyakit jantung, tetapi hanya berperan sebagai pemicu yang meningkatkan risiko terjadinya hipertensi, yang merupakan faktor risiko untuk SKA (Muhadi, 2016).

2.1.8. Faktor Gaya Hidup SKA

Faktor gaya hidup memainkan peran penting dalam perkembangan dan pengelolaan SKA. Berikut ini adalah beberapa faktor gaya hidup utama yang berkontribusi terhadap SKA:

1) Merokok

Merokok meningkatkan risiko arteriosklerosis. Merupakan penumpukan plak di arteri yang dapat membatasi aliran darah ke jantung. Nikotin dan bahan kimia lain dalam tembakau menyebabkan kerusakan endotel, meningkatkan tekanan darah, dan menurunkan kadar kolesterol HDL (Tampubolon *et al.*, 2023)

2) Diet tidak sehat

Diet tinggi lemak jenuh, lemak trans, kolesterol, garam, dan gula dapat menyebabkan obesitas, hipertensi, dan dislipidemia, yang semuanya merupakan faktor risiko utama SKA. Makanan berlemak dapat mempengaruhi keseimbangan kadar kolesterol dalam tubuh karena asam lemak berikatan dengan sel hati dan mengatur produksi kolesterol. Jenis lemak yang dapat meningkatkan kolesterol jahat dalam tubuh Anda adalah lemak jenuh dan lemak trans. Inilah hubungan antara makanan berlemak dan *low density lipoprotein* (LDL) atau kolesterol jahat (Saleh *et al.*, 2024).

3) Kurang aktivitas fisik

Gaya hidup yang kurang gerak dan kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko obesitas, hipertensi, dan diabetes tipe 2, yang semuanya berkontribusi terhadap risiko SKA. Aktivitas fisik yang teratur membantu menjaga berat badan ideal, meningkatkan sensitivitas insulin, dan menurunkan tekanan darah (Mamo *et al.*, 2019).

4) Konsumsi alkohol berlebihan

Mengkonsumsi alkohol yang berlebihan dan sering dapat menyebabkan kerusakan pada jantung dan peningkatan tekanan darah. Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan jumlah lemak dalam sirkulasi darah serta meningkatkan kadar *trigliserida* (Yuliani *et al.*, 2014).

2.1.9. Diagnosis

Berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, (2018) Untuk mendiagnosis kondisi SKA dan Jenisnya dapat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *elektrokardiogram* (EKG), dan pemeriksaan marka jantung :

1) Anamnesis

Pasien yang mengalami iskemia miokard dapat mengalami keluhan Pasien yang mengalami iskemia miokard dapat merasakan nyeri dada, yang dapat dibedakan menjadi dua jenis: angina khas dan angina ekuivalen. Angina khas biasanya dirasakan sebagai sensasi tertekan atau berat di bagian dada belakang tulang dada, yang mungkin menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, antara tulang belikat, bahu, atau bagian atas perut. Nyeri ini dapat muncul secara intermiten selama beberapa menit atau terus-menerus selama lebih dari 20 menit. Gejala tambahan yang sering terjadi pada angina khas termasuk keringat dingin, mual/muntah, nyeri perut, sesak napas, dan bahkan kehilangan kesadaran. (Chusaeri, 2024).

2) Pemeriksaan fisik

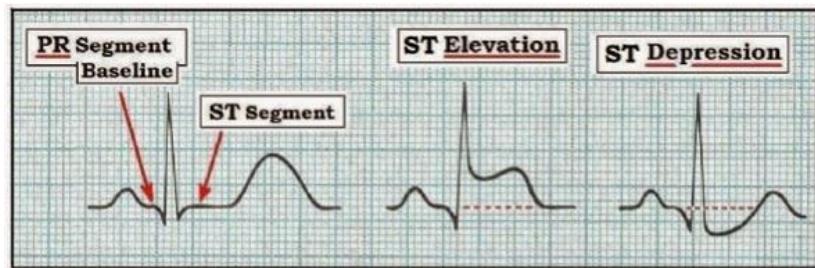
Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengenali faktor-faktor pemicu iskemia, potensi komplikasi yang bisa muncul akibat iskemia, penyakit lain yang mungkin hadir, dan untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosis alternatif. Saat mengidentifikasi kemungkinan komplikasi akibat iskemia, penting untuk memeriksa tanda-tanda seperti regurgitasi katup mitral akut, suara jantung tiga (S3), napas basah halus (ronkhi), dan hipotensi. Temuan seperti regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, keringat berlebihan (diaforesis), ronkhi basah halus, atau pembengkakan paru-paru dapat meningkatkan kecurigaan terhadap Sindrom Koroner Akut (SKA). Selain itu, jika ada gejala seperti gesekan perikardium, ketidakseimbangan kekuatan nadi, regurgitasi katup aorta akibat diseksi aorta, pneumotoraks, atau nyeri pleuritik dengan pernapasan yang tidak seimbang, hal ini juga perlu dipertimbangkan sebagai kemungkinan diagnosis alternatif dalam kasus SKA (Chusaeri, 2024).

3) Pemeriksaan EKG

Setiap pasien yang mengalami nyeri dada atau memiliki keluhan yang menunjukkan kemungkinan iskemia harus segera menjalani *elektrokardiogram* (EKG) dengan 12 derivasi begitu mereka tiba di unit gawat darurat. Hasil EKG pada pasien dengan keluhan angina dapat bervariasi, termasuk hasil normal, hasil yang tidak memberikan diagnosis pasti, kemunculan atau dugaan baru mengenai blok bundel cabang kiri (LBBB), elevasi segmen ST yang berlangsung lebih dari 20 menit atau yang tidak berlangsung lama, atau depresi segmen ST dengan atau tanpa perubahan gelombang T. Evaluasi elevasi segmen ST dilakukan pada titik J dan harus terlihat pada dua derivasi yang

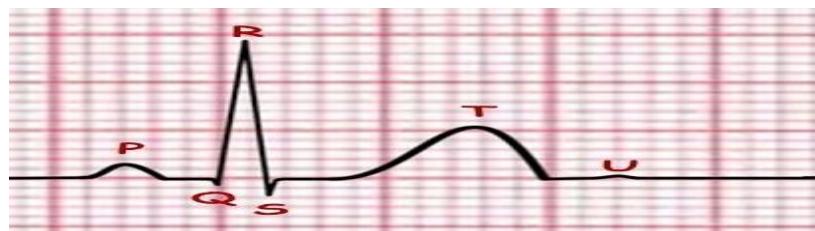
berdekatan atau pemantauan terus-menerus. EKG yang mungkin dijumpai pada pasien dengan NSTEMI dan UAP meliputi:

- a. Depresi segmen ST dan/atau inversi gelombang T; dapat disertai dengan elevasi Segmen ST yang tidak persisten (<20 menit)



Gambar 2. 3 Depresi segmen ST dan elevasi Segmen ST

- b. Normal



Gambar 2. 4 EKG normal

Langkah utama dalam diagnosis infark miokardium meliputi pengidentifikasi adanya cedera pada miokardium dan seberapa parahnya, serta menetapkan lokasi lesi. Lokalisasi area iskemik pada NSTE-ACS/NSTEMI menjadi lebih sulit karena depresi segmen ST tidak selalu menunjukkan secara pasti lokasi iskemia. Oleh karena itu, depresi segmen ST pada derivasi V3-V4 tidak selalu mengindikasikan bahwa iskemia terjadi di dinding anterior. Sebagai hasilnya, depresi segmen ST dan inversi gelombang T sering kali tidak dapat digunakan untuk menentukan lokasi area iskemik (Chusaeri, 2024).

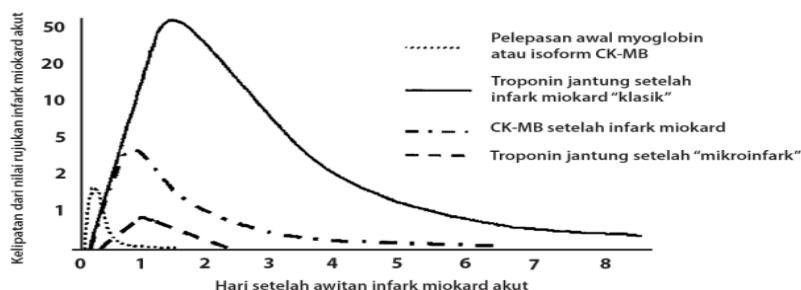
Tabel 2. 1 Lokalisasi Area Iskemik Pada ST-Elevasi (Samir & Amr, 2020)

Leads with ST segment elevation	Affected myocardial area	Occluded coronary artery (Culprit)
V1-V2	Septal	Proximal LAD
V3, V4	Anterior	LAD
V5, V6	Apical	Distal LAD
I, aVL	Lateral	LCx
II, aVL, III	Inferior	90% RCA. 10% LCx
V7, V8, V9 (reciprocal ST depressions are frequently evident in V1 to V3)	Posterolateral (also referred to as inferobasal or posterior)	RCA or LCx

4) Pemeriksaan marka jantung

Pemeriksaan troponin I/T adalah standard baku emas dalam diagnosis NSTEMI, di mana peningkatan kadar marka jantung tersebut akan terjadi dalam waktu 2 hingga 4 jam. Penggunaan troponin I/T untuk diagnosis NSTEMI harus digabungkan dengan kriteria lain yaitu keluhan angina dan perubahan EKG. Diagnosis NSTEMI ditegakkan jika marka jantung meningkat sedikit melampaui nilai normal atas (upper limit of normal, ULN). Dalam menentukan kapan marka jantung hendak diulang seyogyanya mempertimbangkan ketidakpastian dalam menentukan awitan angina. Tes yang negatif pada satu kali pemeriksaan awal tidak dapat dipakai untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard akut. Kadar troponin pada pasien infark miokard akut meningkat di dalam darah perifer 3 – 4 jam setelah awitan infark dan menetap sampai 2 minggu. Peningkatan ringan kadar troponin biasanya menghilang dalam 2 hingga 3 hari, namun bila terjadi nekrosis luas, peningkatan ini dapat menetap hingga 2 minggu (PERKI, 2015).

Mengingat troponin I/T tidak terdeteksi dalam darah orang sehat, nilai ambang peningkatan marka jantung ini ditetapkan sedikit di atas nilai normal yang ditetapkan oleh laboratorium setempat. Apabila pemeriksaan troponin tidak tersedia, pemeriksaan CKMB dapat digunakan. CKMB akan meningkat dalam waktu 4 hingga 6 jam, mencapai puncaknya saat 12 jam, dan menetap sampai 2 hari (PERKI, 2015).



Gambar 2. 5 waktu timbulnya berbagai jenis marka jantung

2.1.10. Komplikasi

Komplikasi pada pasien SKA bervariasi tergantung pada seberapa luas otot jantung yang mengalami iskemia. Beberapa komplikasi yang umum meliputi: syok kardiogenik, gagal ventrikel kiri, ruptur septum interventrikular, aritmia, nyeri dada berulang, perikarditis, emboli paru dan arteri, serta trombus ventrikel kiri.(Piepoli *et al.*, 2016) Penelitian telah menunjukkan bahwa pasien yang mengalami SKA memiliki risiko mengalami gagal jantung, *asistole*, syok kardiogenik, aritmia, dan *pulseless electrical activity* (Amsterdam *et al.*, 2014).

2.1.11. Penatalaksanaan

Berdasarkan langkah-langkah diagnostik yang telah disebutkan, penting untuk segera menetapkan diagnosis awal yang akan menjadi dasar untuk strategi

penanganan selanjutnya. Diagnosis awal ini diberikan kepada pasien yang diduga mengalami SKA berdasarkan keluhan angina saat berada di unit gawat darurat, sebelum hasil pemeriksaan EKG dan/atau biomarker jantung tersedia. Terapi awal yang dimaksud disebut MONA, singkatan dari Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin, meskipun tidak selalu perlu memberikan semua atau sekaligus (Chusaeri, 2024). Penatalaksanaan pada pasien SKA terdiri dari penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis, yaitu:

1) Farmakologi

Penanganan farmakologis Sindrom Koroner Akut melibatkan pendekatan MONA (Morfin, Oksigen, Nitrat, dan Aspirin). Sebagian besar obat yang diberikan adalah agen anti-angina yang bertujuan untuk meningkatkan aliran darah, baik dengan mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen maupun dengan meningkatkan suplai oksigen. Menurut PERKI (2018), obat-obatan tersebut mencakup:

a. Morfin sulfat

Morfin adalah analgesik opioid yang bertujuan untuk meredakan rasa nyeri. Obat ini juga memiliki efek vasodilatasi pada pembuluh darah vena, yang dapat mengurangi beban kerja jantung dengan mengurangi preload.

b. Nitrat

Nitroglycerin berperan dalam vasodilatasi pada vena dan arteri dalam sirkulasi perifer, yang mengakibatkan penurunan volume aliran darah ke jantung dan mengurangi tekanan pengisian. Selain itu, nitrat juga memiliki efek meredakan nyeri dan iskemia.

c. *Beta blocker*

Beta blocker membantu mengurangi kontraktilitas miokardium dan denyut jantung, sehingga dapat mengurangi nyeri dada dan kebutuhan akan oksigen.

d. Penghambat rantai kalsium (*Antagonis Ca*)

Antagonis Ca juga merupakan obat yang mampu mengurangi kontraktilitas jantung, sehingga mengurangi kebutuhan akan oksigen

e. Antikoagulan

Antikoagulan berfungsi untuk menghambat pembekuan darah

f. Trombolitik

Trombolitik adalah obat yang dapat memecahkan trombus atau emboli, sehingga jika diberikan tepat waktu, dapat mengurangi area yang mengalami iskemia. Trombolitik yang umum digunakan meliputi *streptokinase*, *urokinase*, aktivator plasminogen jaringan (t-PA, *alteplase*), dan kompleks *streptokinase plasminogen terisolasi (APSAC/anistreplase)*.

g. Antilipemik

Obat antilipemik bertujuan untuk mengurangi kadar lipid dalam darah, terutama trigliserida dan LDL, sehingga dapat mencegah perkembangan aterosklerosis.

Selain obat-obatan diatas, melakukan tirah baring dan oksigen merupakan terapi yang sangat penting dalam penatalaksanaan awal SKA.

2) Non farmakologi

a. *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)*

PTCA adalah prosedur yang bertujuan untuk mengatasi sumbatan pada pembuluh darah koroner dengan menggunakan kateter yang dilengkapi

dengan balon di ujungnya. Balon ini dimasukkan ke dalam arteri koroner yang mengalami gangguan aliran darah, dan kemudian diperluas dan dikontraksi untuk menghancurkan plak yang menyebabkan sumbatan. Indikasi untuk melakukan PTCA adalah pada pasien dengan sumbatan arteri koroner minimal 70%.

b. Revaskularisasi arteri koroner

Coronary Artery Bypass Graft (CABG) adalah prosedur invasif yang bertujuan untuk menciptakan alur alternatif pada pembuluh darah jantung. Tindakan ini diindikasikan ketika kondisi angina pasien tidak membaik setelah pengobatan dengan obat-obatan, pada pasien dengan angina tidak stabil, dan ketika terdapat penyumbatan lebih dari 60% pada arteri koroner utama dan PTCA tidak dapat dilakukan (Mutaqqin, 2014).

2.2. Gaya hidup

2.2.1. Definisi

Menurut Philip Kotler dan Kevin Lane Keller (2016). Gaya hidup adalah pola kehidupan seseorang yang tercermin dalam aktivitas, minat, dan pandangan. Hal ini mencerminkan bagaimana seseorang berinteraksi secara menyeluruh dengan lingkungannya. Gaya hidup sehat memainkan peran penting yang memberikan dampak positif terhadap kesehatan masyarakat. Gaya hidup sehat mencakup segala tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Sulistiarini, 2018).

2.2.2. Dimensi Gaya Hidup

Menurut Sutisna dalam Heru Suprihadi (2017) Gaya hidup atau *lifestyle* memiliki 3 dimensi *activity, interest, opinion* atau AIO (aktivitas,minat, opini). AIO didefinisikan sebagai berikut :

1) *Activity*

Aktivitas merujuk pada tindakan konkret yang dilakukan seseorang. Hal ini dapat mencakup pekerjaan, hobi, interaksi sosial, liburan, rekreasi, keanggotaan dalam organisasi, eksplorasi internet, dan kegiatan berbelanja.

2) *Interest*

Minat (*interest*) adalah ekspresi dari perhatian khusus atau kontinu yang dimiliki seseorang. Setiap individu memiliki minat yang berbeda-beda. Terkadang minat bisa berfokus pada makanan, mode pakaian, dan hal lainnya

3) *Opinion*

Opini merupakan tanggapan yang diberikan seseorang secara lisan atau tertulis terhadap suatu situasi. Opini digunakan untuk menggambarkan penafsiran, harapan, dan evaluasi, seperti keyakinan tentang niat orang lain.

2.2.3. Klasifikasi Gaya Hidup Sehat

Menurut Becker dalam Sulistiari (2018), mengklasifikasikan gaya hidup sehat yaitu berolahraga teratur, tidak merokok, pola makan, dan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol.

1) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik berupa olahraga dapat meningkatkan kadar HDL dan membantu mencegah penumpukan lemak di dinding pembuluh darah. Aktivitas ringan, di

sisi lain, dapat menyebabkan akumulasi lemak di arteri, yang meningkatkan risiko *aterosklerosis*, yang merupakan faktor risiko untuk Penyakit Jantung (Waani *et al.*, 2016).

2) Pola makan

Pola makan yang tidak tepat dapat berperan dalam meningkatkan risiko Sindrom Koroner Akut (SKA). Salah satu contoh pola makan yang tidak tepat adalah konsumsi makanan tinggi kolesterol, yang dapat menyebabkan hiperkolesterolemia. Hiperkolesterolemia dipengaruhi oleh kandungan asam lemak jenuh dalam makanan seperti daging, susu, mentega, keju, es krim, dan makanan panggang (Yadi *et al.*, 2016).

3) Tidak merokok

Tidak merokok merupakan salah satu upaya munurunkan resiko terkena sindrom koroner akut karena dalam sebatang rokok, terdapat zat oksidan yang terdiri dari beberapa zat kimia seperti nitrogen, tar, dan bahan radikal lainnya. Kehadiran berbagai zat oksidan ini dapat mengurangi antioksidan dalam tubuh dan meningkatkan produksi LDL (low density lipid) (Sandi *et al.*, 2019).

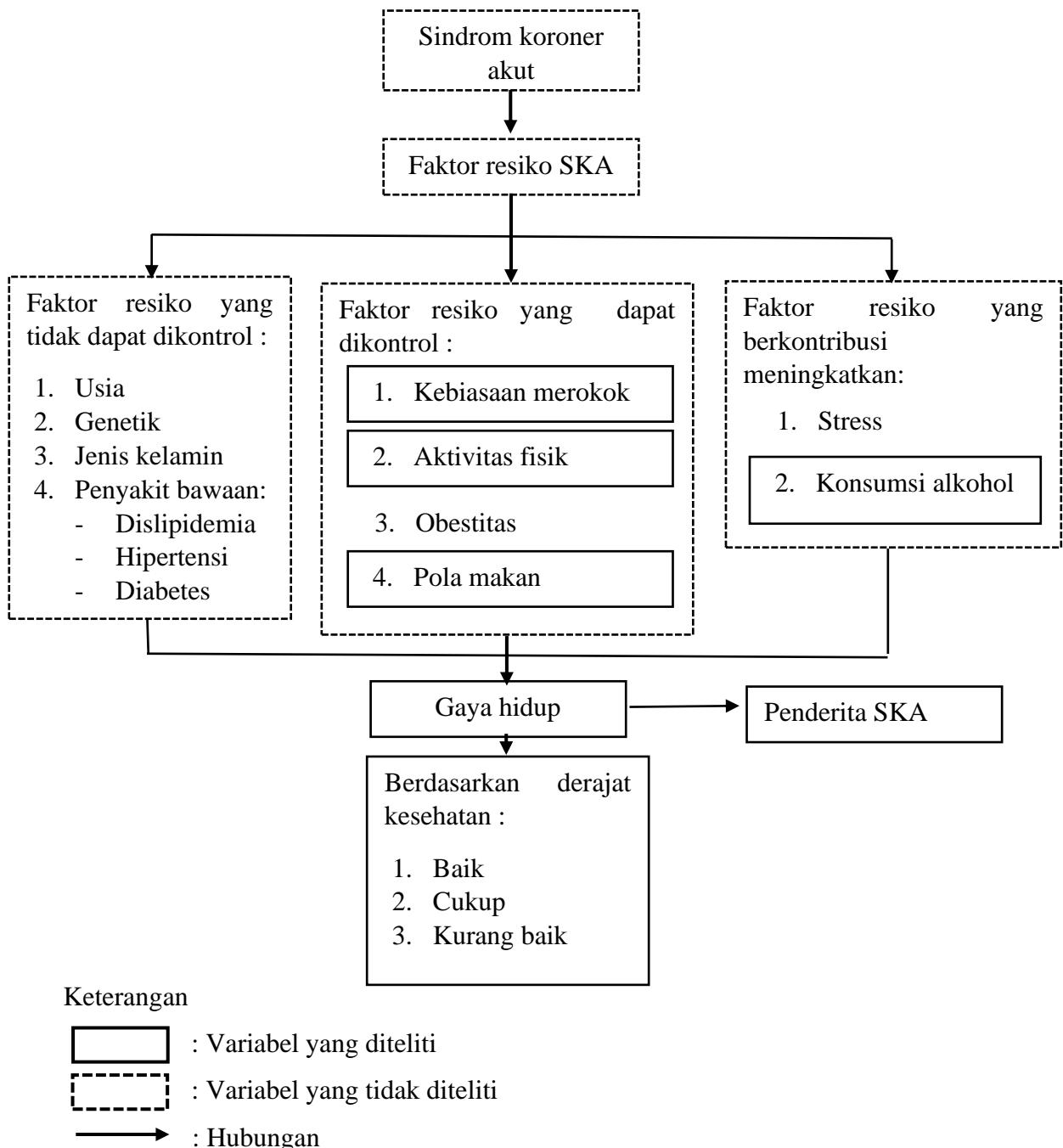
4) Tidak mengkonsumsi minuman beralkohol

Mengkonsumsi alkohol yang berlebihan dan sering dapat menyebabkan kerusakan pada jantung dan peningkatan tekanan darah. Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan jumlah lemak dalam sirkulasi darah serta meningkatkan kadar trigliserida (Yuliani *et al.*, 2014).

2.3. Kerangka Teori

Berdasarkan gambaran atau batasan tentang teori yang digunakan sebagai landasan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam skema, sebagai berikut :

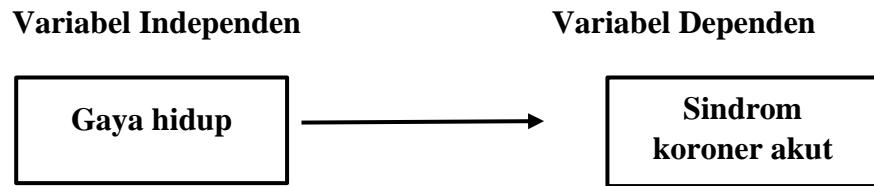
Gambar 2. 6 Kerangka teori



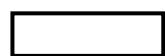
2.4. Kerangka Konsep

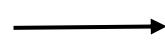
Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Berdasarkan landasan teori yang diuraikan pada tinjauan pustaka serta masalah penelitian, maka secara sistematis kerangka konsep pada penelitian dapat digambarkan dalam skema, sebagai berikut :

Gambar 2. 7 Kerangka konsep



Keterangan :

 : Diteliti

 : Mempengaruhi

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi penelitian adalah suatu ilmu yang mempelajari bagaimana cara membuat suatu penelitian ilmiah yang benar. Penelitian ilmiah merupakan aktivitas yang dijalankan dengan ketentuan yang ketat dan bertujuan untuk mengembangkan pemahaman yang pada akhirnya menghasilkan pengetahuan baru (Almasdi Syahza, 2021). Berikut adalah penjelasan mengenai desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, lokasi penelitian, waktu penelitian, definisi operasional penelitian, instrumen penelitian, prosedur pengumpulan data, analisa data, keabsahan data, tahap alur penelitian dan etika penelitian yang harus diterapkan:

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Metode kuantitatif merupakan ilmu dan seni yang berkaitan dengan tata cara (metode) pengumpulan data, analisis data, dan interpretasi terhadap hasil analisis untuk bisa mendapatkan informasi untuk penarikan kesimpulan dan pengambilan keputusan (Solimun, 2018). Desain penelitian ini adalah *Studi Retrospektif*, penelitian ini adalah penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri ke belakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut (Mustafa *et al.*, 2022).

3.2. Populasi dan Sampel

Subjek penelitian dalam penelitian berkaitan berkaitan dengan karakteristi, kualitas, atau nilai yang melekat pada individu, entitas, atau tindakan yang

menunjukkan variable tertentu yang diidentifikasi untuk tujuan penelitian dan kesimpulan (Sugiyono, 2018).

3.2.1. Populasi

Menurut Sugiyono, (2018) populasi merupakan keseluruhan subjek dalam suatu penelitian. Populasi sebagai suatu kelompok subjek yang termasuk kedalam generalisasi hasil dari penelitian. Sedangkan menurut Azwar, (2018) Populasi penelitian adalah kelompok subjek yang akan di generalisasi dalam hasil penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita sindrom koroner akut rentang bulan Januari- Februari 2024 sebanyak 130 orang di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan.

3.2.2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang digunakan untuk subjek penelitian berdasarkan rumusan masalah, tujuan, hipotesis, metode dan instrumen penelitian. Menurut Sugiyono, (2018) sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik dalam suatu populasi. Sampel penelitian harus bersifat resprentif dan dapat mewakili populasi penelitian. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap yang menderita penyakit sindrom koroner akut di Rumah sakit jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan.

3.2.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan cara untuk menentukan sampel dan suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk mewakili populasi (Nursalam, 2020). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan metode *non- random sampling*. *non- random sampling* merupakan metode pengambilan sampel di mana elemen-elemen dari populasi tidak memiliki peluang yang sama

untuk dipilih (Nursalam, 2020). Dalam teknik ini, pemilihan sampel tidak dilakukan secara acak, melainkan berdasarkan pertimbangan atau kriteria tertentu yang dianggap relevan oleh peneliti.

sampling atau pengambilan sampel adalah proses memilih sebagian elemen dari suatu populasi untuk mewakili seluruh populasi dalam sebuah penelitian (Nursalam, 2020). Pada penelitian ini menggunakan teknik *Accidental sampling* (aksidental). *Accidental sampling* adalah teknik pengambilan sampel di mana sampel dipilih berdasarkan kemudahan akses dan ketersediaan subjek yang mudah dijangkau oleh peneliti. Ini berarti bahwa sampel terdiri dari individu-individu yang kebetulan berada di lokasi tertentu pada saat pengumpulan data dan bersedia untuk berpartisipasi (Nursalam, 2020).

Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang berada di ruang rawat inap yang telah terdiagnosis SKA di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan. Jumlah sampel minimal pada penelitian ini diambil berdasarkan rata-rata rawat inap pasien SKA di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan dalam rentang bulan Januari-Februari 2024 yaitu sebanyak 130 orang. Sampel minimal diperoleh dengan menghitung berdasarkan rumus *Lameshow*, yakni:

$$n = \frac{Z^2 1 - a/2 P(1 - p)N}{d^2 (N - 1) + Z^2 1 - a/2P (1 - p)}$$

Keterangan:

n: ukuran sampel yang diinginkan.

N: ukuran populasi.

$Z^2 1 - a/2$: Nilai Z pada derajat kemaknaan (95% = 1,96)

P: Proporsi (0,5)

D: Derajat penyimpanan (0,1)

Maka ukuran sampel yaitu:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) \cdot 130}{0,1^2 \cdot (130 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{124,852}{2,2504}$$

$$n = 55,479$$

Hasil tersebut kemudian dibulatkan menjadi 56 responden. Berdasarkan perhitungan diatas, maka diperoleh jumlah responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 responden.

Sedangkan untuk kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Kriteria inklusi

- a. Pasien yang telah didiagnosis SKA
- b. Berusia minimal 18 tahun
- c. Pasein yang menjalani rawat inap
- d. Pasien yang bersedia menjadi responden

2) Kriteria eksklusi

- a. Pasien yang dalam kondisi kritis
- b. Pasien yang mengalami gangguan mental

3.3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan.

3.4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2024. Dengan tema “Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan”.

3.5. Variabel Penelitian

Variabel merupakan suatu konsep yang ditinjau dalam suatu penelitian yang bersifat konkret dan dapat diukur secara langsung (Nursalam, 2020). Dalam penelitian ini variabel yang digunakan adalah variabel bebas dan variabel terikat.

1) Variabel independen (bebas)

Variabel bebas (X) adalah variabel yang dapat mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain, variabel bebas dapat dimanipulasi, diamati, dan dapat diukur untuk didentifikasi hubungan dan pengaruh terhadap variabel yang diteliti (Nursalam, 2020). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah gaya hidup pada pasien SKA.

3.6. Definisi Operasional

Definisi operasional menurut Nursalam (2020) mengacu pada penjelasan yang merinci bagaimana suatu konsep, variabel, atau istilah yang abstrak akan diukur, diamati, atau dinilai dalam konteks penelitian atau studi tertentu.. Berikut adalah tabel definisi operasional yang diteliti:

Tabel 3. 1 Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Operasional					
Independen:	Aktivitas fisik, pola makan, kebiasaan merokok, dan konsumsi alkohol	Kuesioner	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai 1. Kebiasaan merokok 2. Pola makan 3. Aktifitas fisik 4. Konsumsi alkohol	Kategori: 1. Baik (54-72 poin) 2. Cukup (36-53poin) 3. Kurang baik (18-35 poin) 4. Kurang baik (4-8 poin)	Interval
Sub Variabel:	Aktivitas fisik sebagai setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi.	Kuesioner	-	Kategori: 1. Baik (13-16 poin) 2. Cukup (9-12 poin) 3. Kurang baik (4-8 poin)	Interval

-	Pola Makan	Pola makan yang tidak tepat dapat berperan dalam meningkatkan risiko Sindrom Koroner Akut (SKA).	Kuesioner	-	Kategori:	Interval
					1. Baik	
					(15-20 poin)	
					2. Cukup	
					(10-14 poin)	
					3. Kurang baik (5-9 poin)	
-	Kebiasaan Merokok	Merokok adalah praktik mengisap asap dari produk tembakau yang telah dibakar.	Kuesioner	-	Kategori:	Interval
					1. Baik	
					(18-24 poin)	
					2. Cukup	
					(12-17 poin)	
					3. Kurang baik (6-11 poin)	
-	Konsumsi Alkohol	Suatu kondisi dimana subyek mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol atau pernah mengkonsumsi alkohol	Kuesioner	-	Kategori:	Interval
					1. Baik	
					(10-12 poin)	
					2. Cukup	
					(7-9 poin)	
					3. Kurang baik (4-6 poin)	

3.7. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat yang digunakan untuk melakukan penelitian dengan cara mengumpulkan data, sehingga pekerjaan lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Notoatmodjo, 2018). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang mengenai gaya hidup pasein SKA. Adapun instrument yang disusun oleh peneliti yang dikembangkan dari *Health lifestyle index* (HLI) dan *American hearth Association* (AHA) dalam penelitian terdiri dari pertanyaan yang berisi tentang:

- 1) Identitas Responden: nama inisial, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan
- 2) Instrument gaya hidup. Penilaian ini menggunakan lembar kuesioner dengan 4 kategori pertanyaan (aktivitas fisik, pola makan, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol) dengan jumlah pertanyaan sebanyak 18 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala *likert* dengan opsi "tidak Pernah", "kadang-kadang", "sering", dan "selalu". Untuk poin penilaian 1 kategori yaitu aktivitas fisik untuk jawaban "tidak Pernah diberi poin 1", "kadang-kadang diberi poin 2", "sering diberi poin 3", dan "selalu diberi poin 4. Dan untuk kategori pola makan, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol untuk jawaban tidak pernah diberi poin 4", "kadang-kadang diberi poin 3", "sering diberi poin 2", dan "selalu diberi poin 1".

3.8. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas penelitian mengacu pada seberapa benar kesimpulan yang ditarik dari penelitian tersebut, yang ditentukan dan dinilai berdasarkan metode penelitian, representasi sampel penelitian, dan karakteristik populasi asal sampel (Yoel Octobe

Purba *et al.*, 2021). Uji validitas dan reliabilitas perlu diadakan pada alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian. Hasil pengujian validitas dan reliabilitas dari indikator-indikator dalam penelitian ini semuanya menggunakan alat bantu program komputer SPSS (*statistical package for the social sciences*). Untuk melakukan uji validitas pada instrumen peneliti harus melakukan komponen - komponen sebagai berikut:

3.8.1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk menguji instrument yang digunakan valid. Hal ini berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang sebenarnya diukur. Hasil instrumen disebut valid jika data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Menggunakan program *SPSS (Statistical package for sosial science) version 25* untuk validitas instrumen dengan rumus korelasi *person* atau korelasi *product moment* yang membandingkan r tabel dengan r hitung. Kuesioner valid jika nilai korelasi R hitung $>$ R tabel (Sugiyono, 2018). Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas.

3.8.2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk menguji apakah instrumen yang digunakan reliabel. Reliabel apabila terdapat kesamaan data dalam waktu yang berbeda. Teknik pengujian reliabilitas ini menggunakan teknik analisis yang sudah dikembangkan oleh *Alpha Cronbach*. Pada uji reliabilitas ini, α dinilai reliabel jika lebih besar dari 0,6 (Ghozali, 2005:129). Adapun kaidah untuk menentukan apakah instrumen reliabel atau tidak, adalah sebagai berikut:

- 1) Jika angka reliabilitas *Cronbach Alpha* melebihi angka 0,6 maka instrumen tersebut reliabel, kuesioner dapat dipercaya dan dapat digunakan.
- 2) Jika angka reliabilitas *Cronbach Alpha* kurang dari angka 0,6 maka instrumen tersebut tidak reliabel, kuesioner tidak dapat dipercaya dan tidak dapat digunakan.

3.9. Prosedur Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara yang digunakan penulis untuk mengumpulkan data yang nantinya data tersebut akan digunakan penulis untuk memperoleh bahan, keterangan, dan informasi terkait dengan penelitian ini. Penelitian ini menggunakan kertas dan bolpoin. Pertanyaan atau pernyataan tertulis diberikan kepada responden dan jawaban mereka digunakan sebagai data (Sugiyono, 2018). Berikut tahap-tahap pengumpulan data:

- 1) Mengurus izin penelitian dengan membawa surat dari Universitas Muhammadiyah Cirebon untuk ditunjukan kepada pihak Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan
- 2) Setelah Mendapatkan persetujuan dari pihak Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan. Peneliti melakukan observasi ke Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan
- 3) Mengurus izin penelitian dengan membawa surat dari Universitas Muhammadiyah Cirebon untuk ditunjukan kepada bagian sekretaris lalu diteruskan ke bagian direktorat Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan.
- 4) Setelah mendapat persetujuan dari pihak Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan . Peneliti mencari informasi atau klarifikasi ulang tentang jumlah responden dengan kriteria inklusi yang sesuai dengan sampel penelitian.

- a. Peneliti melakukan studi pendahuan.
- b. Peneliti melakukan uji validitas (tergantung kuesioner yg dipakai).
- c. Setelah dilakukan penejelasan, kemudian memberikan surat persetujuan untuk perizinan dilakukannya penelitian.
- d. Melakukan penyebaran kuesioner, penyebaran kuesioner dilakukan secara langsung kepada pasien SKA yang berada di ruang rawat inap Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, sebelum mengisi kuesiner responden diberikan *informed consent* lalu dijelaskan teknis pengisian kuesioner.
- e. Mengumpulkan data yang telah diisi oleh responden.
- f. Mengolah dan menganalisa data hasil penelitian.

3.10. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan. Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah dilakukan pengumpulan data agar Analisa penelitian menghasilkan informasi yang benar (Notoatmodjo, 2018). Langkah – langkah yang dilakukan untuk pengolahan data adalah sebagai berikut:

1) *Editing* (Memeriksa)

Editing atau memeriksa merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan.

Editing dilakukan ditempat pengumpulan data sehingga jika ada kekurangan dan dapat segera dilengkapi.

2) *Coding* (memberi tanda)

Coding yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi angka untuk mempermudah dalam analisis data. Setelah data terkumpul, masing - masing jawaban diberi kode untuk memudahkan dalam analisis data.

1) *Entry* (Memasukan data)

Entry yaitu proses memasukkan data kedalam komputer untuk dilakukan pengolahan data sesuai kriteria dengan menggunakan SPSS.

2) *Cleaning* (Pembersihan data)

Cleaning yaitu pengecekan kembali data untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan–kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemungkinan dilakukan pembetulan atau koreksi.

3) *Scoring* (Memberi skor)

Scoring adalah melakukan penilaian untuk jawaban dari responden untuk mengukur gaya hidup

4) *Tabulating* (tabulasi)

Tabulating yaitu mengelompokkan data kedalam satu table dengan jenis yang sama. Pada data ini dianggap bahwa data yang diperlukan dalam penelitian ini telat diproses sehingga harus segera disusun dalam suatu pola format yang sudah dirancang (Notoatmodjo, 2018).

3.11. Analisis Data

Peneliti menjelaskan bagaimana analisa data dilakukan. Analisis data dilakukan setelah data terkumpul agar hubungan antar variabel dapat diketahui. Data dianalisis menggunakan prosedur statistik yang memungkinkan peneliti untuk menyimpulkan, mengorganisasi, mengevaluasi, menginterpretasi, dan menyajikan informasi yang jelas dengan data atau angka-angka yang berarti (Nursalam, 2020).

Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu:

3.12. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah status hubungan adalah peneliti dengan informan, dalam proses penelitian masing-masing pihak memiliki hak dan kewajiban yang harus diakui dan dihargai oleh kedua belah pihak tersebut yang terlibat dalam penelitian itu (Creswell, 2018). Sebagai peneliti, kita harus memperlakukan peserta penelitian dengan hormat dan memastikan bahwa privasi dan kesejahteraan mereka terlindungi. Sebaliknya, partisipan penelitian mempunyai hak untuk memperoleh informasi yang jelas mengenai tujuan penelitian dan hak untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan. Mengikuti etika penelitian memastikan bahwa penelitian dilakukan dengan integritas dan kepercayaan. Berikut adalah etika yang perlu digunakan dalam melakukan sebuah penelitian:

1) Autonomy

Autonomy atau otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir secara logis dan mempu membuat keputusan sendiri. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan dari setiap individu. Dalam hal ini informan mampu memutuskan sesuatu dan peneliti harus menghargai

keputusan yang diberikan oleh informan. Prinsip *Autonomy* ini tertuang dalam *Informed consent*. Tujuan diberikannya *informed consent* ini yaitu agar informan mengetahui maksud dan tujuan dilakukannya penelitian ini, penyintas yang bersedia menjadi informan dalam penelitian ini akan mengisi formular yang telah diberikan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti terlebih dahulu melakukan *informed consent* terhadap informan dengan meminta persetujuan secara langsung dan ditanda tangani serta peneliti menjelaskan tentang langkah dalam mengikuti penelitian ini.

2) *Anonymity*

Anonymity bertujuan untuk menjaga kerahasiaan identitas informan, dalam melaksanakan sebuah penelitian, peneliti hanya memasukkan nama informan dengan menggunakan kode atau inisial tertentu saja dari informan (Creswell, 2018). Dalam penelitian ini, peneliti tidak menggunakan nama lengkap informan tetapi hanya mencantumkan inisial ataupun hanya menggunakan kode serta pendokumentasian berupa foto yang akan disensor.

3) *Justice*

Justice yaitu bersikap adil, adil terhadap semua informan dan meperlakukan semua informan yang satu dengan yang lainnya sama selama penelitian (Creswell, 2018).

4) *Confidentiality*

Dalam konteks etika penelitian, kerahasiaan melibatkan penjagaan terhadap semua catatan oleh peneliti secara privasi dan hanya dapat diakses oleh orang-orang yang terlibat dalam penelitian tersebut. Hal ini memberikan jaminan bahwa hasil penelitian, informasi, serta masalah lainnya tetap terjaga

kerahasiaannya. Termasuk identitas dan data-data. Dalam penelitian ini, peneliti merahasiakan terkait identitas ataupun data-data yang telah diberikan informan kepada peneliti.

5) *Veracity*

Veracity merupakan asa kejujuran, dalam melakukan sebuah penelitian, peneliti harus mengedepankan sikap jujur saat memberikan segala bentuk informasi apapun dan mengelola hasil penelitian dengan benar dan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (Creswell, 2018).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Jl. Raya Cigugur, KM 1,2 Kuningan, Kabupaten Kuningan, Jawa Barat. Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan merupakan salah satu bagian dari Hasna Medika Grup.

Terdapat beberapa layanan yang ada di Rumah Sakit jantung Hasna Medika Kuningan diantaranya *Cathlab*, klinik Jantung, klinik rehabilitasi Medik, klinik penyakit dalam, klinik penyakit paru, instalasi radiologi, instalasi laboratorium, Instalasi farmasi, *echocardiography* dewasa dan anak, *electrocardiography*, *treadmill*, *test holter monitor*, rawat inap, IGD dan Ambulance 24 Jam, ICCU serta *medical check up*.

4.1.2. Karakteristik responden

Pada bagian ini akan menguraikan karakteristik responden pasien SKA berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, serta pendidikan sebagai berikut:

4.1.2.1. Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 4. 1 Karakteristik responden berdasarkan usia

Usia	Frekuensi	Percentase (%)
<65 Tahun	37	66.1
>65 Tahun	19	33.9
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukan bahwa dari 56 responden, jumlah responden usia di atas 65 tahun (>65 tahun) sebanyak 37 responden (66.1%), sedangkan jumlah responden di bawah usia 65 tahun (<65 tahun) sebanyak 19 responden (33.9%).

4.1.2.2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4. 2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Percentase (%)
Laki-laki	22	39.3
Perempuan	34	60.7
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa dari jumlah 56 responden, jumlah laki-laki sebanyak 22 responden (39.3%), sedangkan jumlah Perempuan sebanyak 34 responden (60.7%)

4.1.2.3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 4. 3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Percentase (%)
D3/S1	1	1.8
SMA/SMK/MA	9	16.1
SMP/MTS	17	30.4
SD/MI	25	44.6
Tidak Sekolah	4	7.1
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bawah kriteria responden berdasarkan Pendidikan, jumlah terbanyak adalah SD/MI sebanyak 25 responden (44.6%), diikuti oleh SMP/MTS sebanyak 17 responden (30.4%), SMA/SMK/MA sebanyak 9 responden (16.1%), dan D3/S1 sebanyak 1 responden (1.8%).

4.1.2.4. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 4. 4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Pendidikan	Frekuensi	Percentase (%)
Ibu Rumah Tangga	31	55.4
Wiraswasta	8	14.3
Petani	7	12.5
Buruh	3	5.4
Lainnya	7	12.5
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa kriteria responden berdasarkan pekerjaan, jumlah terbanyak adalah Ibu Rumah Tangga sebanyak 31 responden (55.4%), Wiraswasta sebanyak 8 responden (14.3%), petani sebanyak 7 responden (12.5%), buruh sebanyak 3 responden (5.4%), sedangkan lainnya sebanyak 7 responden (12.5%).

4.1.3. Gaya hidup yang berkaitan dengan SKA pada responden

4.1.3.1. Aktivitas fisik

Tabel 4. 5 Aktivitas fisik

Aktivitas Fisik	Frekuensi	Percentase (%)
Cukup	14	25
Kurang Baik	42	75
Total	56	

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan hasil aktivitas fisik pasien SKA berdasarkan kategori, jumlah terbanyak adalah kategori kurang baik yaitu sebanyak 42 responden (75%) dan sebanyak 14 responden (25%) kategori cukup.

4.1.3.2. Pola makan

Tabel 4. 6 Pola makan

Pola Makan	Frekuensi	Percentase (%)
Cukup	24	42.9
Kurang Baik	32	57.1
Total	56	

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan hasil pada pola makan pasien SKA berdasarkan kategori, jumlah terbanyak adalah kategori kurang baik yaitu sebanyak 32 responden (57.1%) dan sebanyak 24 responden (42.9%) kategori cukup pada pola makan

4.1.3.3. Merokok

Tabel 4. 7 Merokok

Pola Makan	Frekuensi	Percentase (%)
Baik	33	58.9
Kurang Baik	23	41.1
Total	56	

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan hasil bahwa kebiasaan merokok pada pasien SKA berdasarkan kategori, jumlah kategori kurang baik sebanyak 23 responden (41.1%) dan kategori baik sebanyak 33 responden (58.9%), hasil kategori kurang baik adalah responden yang mengkonsumsi rokok atau mempunyai kebiasaan merokok dan kategori baik adalah responden yang tidak merokok namun sering terpapar oleh asap rokok.

4.1.3.4. Konsumsi alkohol

Tabel 4. 8 Konsumsi Alkohol

Pola Makan	Frekuensi	Percentase (%)
Baik	56	100
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa pasien SKA yang berada di rumah sakit jantung hasna medika Kuningan, tidak mempunyai riwayat mengkonsumsi alkohol.

4.1.4. Hasil Interpretasi Nilai Gaya Hidup

Tabel 4. 9 Interpretasi nilai gaya hidup

Nilai Gaya Hidup	Frekuensi	Percentase (%)
Baik	2	3.6
Cukup	32	57.1
Kurang Baik	22	39.3
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa nilai gaya hidup pasien SKA berdasarkan kategori baik, cukup, kurang baik, jumlah terbanyak adalah kategori cukup sebanyak 32 responden (57.1%), kurang baik sebanyak 22 responden (39.3%), sedangkan kategori baik sebanyak 2 responden (3.6%).

4.2. Pembahasan

4.2.1 Gaya Hidup pada Pasien Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan oleh peneliti mengenai gaya hidup pada pasien sindrom koroner akut di rumah sakit jantung hasna medika Kuningan, berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebanyak 22 responden (39.3%) memiliki gaya hidup kurang baik, 32 responden (57,1%) dalam kategori cukup serta 2 responden (3.6%) termasuk gaya hidup kategori baik.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sodik, 2018) bahwa dari 31 responden menunjukkan sebanyak 19 responden (61.3%) menyatakan gaya hidup pasien PJK adalah baik dan 12 responden (38.7 %) menyatakan gaya hidup pasien PJK adalah kurang baik. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sharma et al., 2016) menunjukkan bahwa pada saat pasien SKA masuk ke Rumah Sakit, mayoritas gaya hidup pasien adalah kurang baik, yaitu

tidak aktif secara fisik (81%) dan diet yang tidak sehat (lemak tinggi 77%, garam tinggi 58% dan rendah fiber 57%) sementara 21% lainnya perokok atau tembakau bekas.

Responden gaya hidup dalam kategori cukup hingga baik dalam penelitian ini ialah responden yang melaksanakan gaya hidup yang sehat yaitu aktivitas fisik secara teratur seperti berolahraga, menjaga pola makan, menghindari kebiasaan merokok serta tidak mengkonsumsi alkohol. Gaya hidup yang baik sebagian besar di pengaruhi oleh perilaku seseorang atau kebiasaan seseorang. Gaya hidup kurang baik pada responden disebabkan oleh aktivitas fisik yang kurang, pola makan yang tidak teratur, kebiasaan merokok, serta konsumsi alkohol, dimana dalam penelitian ini sebanyak 42 responden (75%) aktifitas fisik nya termasuk kategori kurang baik, kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan kadar HDL, resistensi insulin, dan obesitas.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kemal (2015) dimana risiko PJK lebih rendah pada individu dengan aktivitas fisik sedang dan tinggi dibandingkan dengan individu dengan aktivitas fisik rendah. Aktivitas fisik sedang memberikan efek proteksi terhadap PJK lebih besar dibandingkan aktivitas fisik tinggi. Aktivitas fisik berupa olahraga dapat meningkatkan kadar HDL dan membantu mencegah penumpukan lemak di dinding pembuluh darah. Aktivitas ringan, di sisi lain, dapat menyebabkan akumulasi lemak di arteri, yang meningkatkan risiko *aterosklerosis*, yang merupakan faktor risiko untuk Penyakit Jantung Koroner (PJK). (Waani *et al.*, 2016).

Pola makan yang tidak tepat juga dapat berperan dalam meningkatkan risiko Sindrom Koroner Akut (SKA). Salah satu contoh pola makan yang tidak tepat

adalah konsumsi makanan tinggi kolesterol, yang dapat menyebabkan hiperkolesterolemia.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Sangadji., 2021) dimana 20 orang mempunya rentang LDH antara 131-136mg/dL dan HDL antara 52-59mg/dL. Hiperkolesterolemia dipengaruhi oleh kandungan asam lemak jenuh dalam makanan seperti daging, susu, mentega, keju, es krim, dan makanan panggang (Yadi *et al.*, 2016). Berdasarkan tabel 4.6 menunjukan hasil pada pola makan pasien SKA berdasarkan kategori, jumlah terbanyak adalah kategori kurang baik yaitu sebanyak 32 responden (57.1%) dan sebanyak 24 responden (42.9%) kategori cukup pada pola makan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Marniati *et al.*, 2019) hasil perbandingan gaya hidup pada kelompok PJK dan non PJK menunjukkan bahwa pola makan penderita penyakit jantung koroner sebagian besar adalah pola makan yang kurang baik, yaitu 132 responden (64,1%), sedangkan penderita non PJK memiliki pola makan yang baik, yaitu 107 responden (51,9%).

Kemudian faktor lain yang menyebabkan SKA yaitu kebiasaan merokok, merokok meningkatkan risiko arteriosklerosis. Merupakan penumpukan plak di arteri yang dapat membatasi aliran darah ke jantung. Nikotin dan bahan kimia lain dalam tembakau menyebabkan kerusakan endotel, meningkatkan tekanan darah, dan menurunkan kadar kolesterol HDL (Tampubolon *et al.*, 2023).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Da Silva Costa *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa gaya hidup pasien yang merokok sebesar 89 pasien (72,4%). Merokok dapat menyebabkan SKA karena didalam kandungan rokok terdapat kandungan zat-zat yang berbahaya seperti nikotin, karbon monoksida dan gas

oksidatif, sekitar 90% zat tersebut dengan cepat dimetabolisme oleh hati dan dikeluarkan melalui ginjal. Penimbunan nikotin, karbon monoksida dan gas oksidatif yang lama mengakibatkan peningkatan lipolisis dan peningkatan fibrinogen (Djunaidi *et al.*, 2014). Pada perokok aktif dan pasif mempunyai resiko terkena SKA yaitu sekitar 25% hingga 30% (Rufaidah, 2015). Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan hasil bahwa kebiasaan merokok pada pasien SKA berdasarkan kategori, jumlah kategori kurang baik sebanyak 23 responden (41.1%) dan kategori baik sebanyak 33 responden (58.9%), hasil kategori kurang baik adalah responden yang mengkonsumsi rokok atau mempunyai kebiasaan merokok dan kategori baik adalah responden yang tidak merokok namun sering terpapar oleh asap rokok.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Anggraini *et al.*, 2018) menunjukkan bahwa paparan asap rokok berat mempengaruhi PJK dibandingkan paparan asap rokok ringan. Perokok pasif akan menghirup asap rokok yang mengandung nikotin dan tar yang mengandung lebih banyak racun dibandingkan dengan asap yang dihirup oleh perokok aktif.

Faktor resiko lain yang dapat menyebabkan SKA adalah konsumsi minuman beralkohol, konsumsi alkohol dalam jumlah banyak dapat meningkatkan tekanan darah, memperlemah jantung, mengentalkan darah dan menyebabkan kejang arteri dan hal ini adalah pemicu terjadinya penyakit SKA. Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa pasien SKA yang berada di rumah sakit jantung hasna medika Kuningan, tidak mempunyai riwayat mengkonsumsi alkohol. Menurut JNC (*Joint national committe*) VIII, kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol dapat menyebabkan hipertensi. Ini menegaskan bahwa konsumsi alkohol tidak secara langsung memengaruhi penyakit jantung, tetapi hanya berperan sebagai pemicu

yang meningkatkan risiko terjadinya hipertensi, yang merupakan faktor risiko untuk SKA (Muhadi, 2016). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Morilha *et al.*, 2015) yang menyatakan bahwa kebiasaan mengkonsumsi alkohol berhubungan dengan kejadian SKA dimana responden yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol lebih beresiko mengalami kejadian SKA dibandingkan dengan yang tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol.

4.3. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya adalah waktu serta pengkondisian terhadap responden, saat akan melakukan pengisian kuesioner atau penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penenlitian dan pembahasan yang telah di uraikan di atas dapat di simpulkan dari penelitian “Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan Tahun 2024” adalah sebagai berikut:

- 1) Aktivitas fisik serta pola makan pada pasein SKA di rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, mayoritas dalam kategori kurang baik
- 2) Sebanyak (41.1%) pada pasein SKA di rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, adalah perokok dan sisanya pasien yang tidak merokok namun sering terpapar oleh asap rokok, dan pasein SKA di rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan tidak mengkonsumsi alkohol.
- 3) Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa (39.3%) pasien sindrom koroner akut di rumah sakit jantung hasna medika kuningan memiliki kriteria gaya hidup yang kurang baik

5.2. Saran

1) Bagi Rumah Sakit

Diharapkan bagi perawat yang ada dirumah sakit dapat menjadikan penelitian ini sebagai salah satu acuan dalam melakukan edukasi kesehatan kepada pasien SKA untuk lebih mengontrol gaya hidupnya, baik itu aktivitas fisik, pola makan, kebiasaan merokok serta konsumsi alkohol.

2) Bagi Perawat

Perawat berperan sebagai fasilitator serta edukator dalam upaya meningkatkan pengetahuan serta kedisiplinan pasien penderita SKA, agar dapat menjaga gaya hidup yang baik.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan tambahan referensi dalam proses pembelajaran untuk menambah pengetahuan dalam upaya meningkatkan serta mengontrol gaya hidup pada pasien SKA. Selain itu diharapkan juga dapat menambah pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan gaya hidup sehat.

4) Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan serta memperdalam penelitian ini, mungkin dengan mengukur variabel mengenai gaya hidup *daily living* pasien SKA.

5) Saran untuk penderita ataupun keluarga Pasien SKA

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi pemicu bagi penderita SKA maupun keluarga dari penderita SKA, untuk ikut menjaga gaya hidup penderita SKA, dimana gaya hidup yang baik penting dilakukan agar dapat membantu menjaga kestabilan kondisi penderita SKA.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini DD, Hidajah AC. Hubungan antara Paparan Asap Rokok dan Pola Makan dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Perempuan Usia Produktif. *Amerta Nutrition*. 2018;2(1):10– 6
- Almasdi Syahza. (2021). Metodologi Penelitian: Metodologi penelitian Skripsi. In *Rake Sarasin* (Vol. 2, Issue 01).
- Alifariki L. keturunan. Jantung pembuluh darah dan tekanan darah. Epidemiologi Hipertensi sebuah tinjauan berbasis riset. 2019; 1 1 :22
- Alzo, M., Alzu, A., Banihamad, L., Al-dhoon, A., & Obeidat, L. (2017). *International journal of Medical Investigation Original Article Risk factors of Acute Coronary Syndrome at Prince Ali Bin Alhussein hospital Original Article Risk factors of Acute Coronary Syndrome at Prince Ali Bin Alhussein hospital. May*.
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jaffe, A. S., Jneid, H., Kelly, R. F., Kontos, M. C., Levine, G. N., Liebson, P. R., Mukherjee, D., Peterson, E. D., Sabatine, M. S., Smalling, R. W., Zieman, S. J., Anderson, J. L., Halperin, J. L., ... Yancy, C. W. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-st-elevation acute coronary syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. In *Circulation* (Vol. 130, Issue 25). <https://doi.org/10.1161/CIR.134>
- Arif Muttaqin. (2014). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular/ editor, Elly Nurachmach*. Jakarta : Salemba Medika.
- Chusaeri, A. R. (2024). Kajian Pustaka: Patofisiologi, Diagosis, Manajemen Awal, Dan Pencegahan Sindrom Koroner Akut. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 10(12), 3480–3487. <https://doi.org/10.33024/jikk.v10i12.12594>
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Bauersachs, J., Dendale, P., Edvardsen, T., Gale, C. P., Jobs, A., Lambrinou, E., Mehilli, J., Merkely, B., Roffi, M., Sibbing, D., Kastrati, A., Mamas, M. A., Aboyans, V., Angiolillo, D. J., Bueno, H., Bugiardini, R., ... Sontis, G. C. M. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289–1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- Creswell, John W.; Saifuddin Zuhri Qudsy; Ahmad Lintang Lazuard. (2015). Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches. ; editor, *Saifuddin Zuhri Qudsy*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Da Silva Costa, L., de Lima Lopes, J., Taká Lopes, C., Batista Santos, V., & Lúcia Bottura Leite de Barros, A. (2019). Prevalence and Associations Between

Related Factors and Defining Characteristics of the Nursing Diagnosis Sedentary Lifestyle in Patients with Acute Coronary Syndrome. International Journal of Nursing Knowledge, 30(4), 234–238. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12234>

Devon, H. A., Mirzaei, S., & Zègre-Hemsey, J. (2020). Typical and atypical symptoms of acute coronary syndrome: Time to retire the terms? *Journal of the American Heart Association*, 9(7), 1–4. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015539>

Dokter, P., Kardiovaskular, S., & Ketiga, E. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut Edisi Ketiga*.

Ferencik, M., Mayrhofer, T., Bittner, D. O., Emami, H., Puchner, S. B., Lu, M. T., Meyersohn, N. M., Ivanov, A. V., Adami, E. C., Patel, M. R., Mark, D. B., Udelson, J. E., Lee, K. L., Douglas, P. S., & Hoffmann, U. (2018). Use of high-risk coronary atherosclerotic plaque detection for risk stratification of patients with stable chest pain: A secondary analysis of the promise randomized clinical trial. *JAMA Cardiology*, 3(2), 144–152. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.4973>

Franchini, M. (2016). Genetics of the acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 4(10), 1–6. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.02.12>

Hakim, A. R., & Muhani, N. (2020). Hubungan Dislipidemia, Hipertensi, Riwayat Diabetes Melitus Terhadap Kejadian Sindroma Koroner Akut Pada Pasien Poli Jantung Di Rsud Ahmad Yani Metro Lampung 2019. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 7(2), 418–425. <https://doi.org/10.33024/jikk.v7i2.2737>

Heriwijaya, I. P. P. D., Jawi, I. M., & Satriyasa, B. K. (2020). Uji efektivitas ekstrak air daun ubi jalar ungu (Ipomoea batatas) terhadap profil lipid tikus putih jantan galur wistar yang diinduksi pakan dislipidemia. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 452–456. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.584>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

Ihyauddin, Z., Astuti, D., Putri, D., Tengkawan, J., Ekawati, F. M., & Sitaressmi, M. N. (2023). *Penggunaan Tembakau pada Usia Sekolah Remaja di Indonesia : Temuan dari Sekolah Global Indonesia Berbasis 2015 Survei Kesehatan Mahasiswa*. 327–334.

Al Fajar, Kemal. (2015). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Penyakit Jantung

Koroner Di Indonesia: Analisis Data Riskesdas Tahun 2013.

- Lagraauw, H. M., Kuiper, J., & Bot, I. (2015). Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain, Behavior, and Immunity*, 50, 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.08.007>
- Mamo, Y., Bekele, F., Nigussie, T., & Zewudie, A. (2019). Determinants of poor glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus in Jimma University Medical Center, Jimma zone, south west Ethiopia: A case control study. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0421-0>
- Margareth, H. (2017). Sindrom Koroner Akut Klinis dan Data Penelitian. In B. S. Rifqi (Ed.), FK UNDIP.
- Marniati, M., Notoatmodjo, S., Kasiman, S., & Rochadi, R. K. (2019). Gaya Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Zainoel Abidin Banda Aceh. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 5(2), 193. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v5i2.404>
- Maulidah, M., Wulandari, S., Tholib, M. A. A., & Octavirani, D. I. P. (2022). Karakteristik Umum Penderita Sindrom Koroner Akut. *Nursing Information Journal*, 2(1), 20–26. <https://doi.org/10.54832/nij.v2i1.281>
- Majid, Abdul. 2017. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Sistem Kardiovaskuler. Pustaka Baru Press.
- Muhadi. (2016). JNC 8 : Evidence-based Guideline Penanganan Pasien Hipertensi Dewasa. *Cermin Dunia Kedokteran*, 43(1), 54–59.
- Morilha, A., Karagulian, S., Lotufo, P. A., Santos, I. S., Benseñor, I. M., & Goulart, A. C. (2015). Post-Acute Coronary Syndrome Alcohol Abuse: Prospective Evaluation in the ERICO Study. *Arq Bras Cardiol*, 104(6), 457–467.
- Ngakan Nyoman Rai Bawa, Elly Nurachmah, Muhamad Adam, Riri Maria. (2024). 6, 79–87.
- Nursalam, (2020). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis*. Jakarta: Salemba Empat.,
- Pardosi, S., & Bustom, E. (2022). *Gaya Hidup Memengaruhi Status Kesehatan Lanjut Usia Lifestyle Affects Elderly Health Status observational analitik dengan desain cross-*. 13, 538–545.
- PERKI. (2018). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut Edisi IV* (Edisi IV).
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L.,

- Cooney, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M. L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Gale, C. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Pinton Setya Mustafa, M. P., Hafidz Gusdiyanto, M. P., Andif Victoria, M. P., Ndaru Kukuh Masgumelar, M. P., & Nurika Dyah Lestariningsih, M. P. (2022). *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Penelitian Tindakan Kelas* (Issue January). https://www.researchgate.net/publication/349089092_Metodologi_Penelitian_Kuantitatif_Kualitatif_dan_Penelitian_Tindakan_Kelas_dalam_Pendidikan_Olahraga/link/63c211016fe15d6a571970bd/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6
- Purba, Y. O., Fadhilaturrahmi, F., Purba, J. T., & Siahaan, K. W. A. (2021). Teknik Uji Instrumen Penelitian Pendidikan.
- Putra, A. P., Maulina, N., & Nadira, C. S. (2022). Hubungan Diabetes Melitus Dan Hipertensi Dengan Luas Infark Miokard(Berdasarkan Skor Selvester) Pasien Sindrom Koroner Akut Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara Tahun 2019. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(2), 38–45. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i2.22124>
- Qothi, I., Fuadi, M. R., & Subagjo, A. (2021). Profile of Major Risk Factors in Acute Coronary Syndrome (ACS) at Pusat Pelayanan Jantung Terpadu (PPJT) Dr. Soetomo Public Hospital Surabaya Between the Period of January-December 2019. *Cardiovascular and Cardiometabolic Journal (CCJ)*, 2(2), 59. <https://doi.org/10.20473/ccj.v2i2.2021.59-72>
- Rachmawati, C., Martini, S., & Artanti, K. D. (2021). Analisis Faktor Risiko Modifikasi Penyakit Jantung Koroner Di RSU Haji Surabaya Tahun 2019. *Media Gizi Kesmas*, 10(1), 47. <https://doi.org/10.20473/mgk.v10i1.2021.47-55>
- Refialdinata, J. (2019). Pengetahuan Mengenai Faktor Risiko Dan Perilaku Pasien Sindrom Koroner Akut. *Jurnal Kesehatan Lentera 'Aisyiyah*, 2(1), 54–63.
- Riauan, M. A. I., Sari, G. G., Aziz, A., Prayuda, R., & Sikumbang, A. T. (2020). Refleksi Anomali Makna Perilaku Merokok Di Kalangan Dosen Universitas Islam Riau. *Bricolage : Jurnal Magister Ilmu Komunikasi*, 6(02), 207. <https://doi.org/10.30813/bricolage.v6i02.2177>
- Rufaidah. (2015). Penilaian Tingkat Resiko dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Jantung Koroner Pada Masyarakat Binaan KPKM Buaran.
- Saleh, E., Setya, A., Mazaya, B., Khoirunnisa, A., Munawar, A., Wahyu, B., & Nusandani, S. F. (2024). *Pendampingan dan pemberdayaan kesehatan masyarakat di pedukuhan Gebang menuju kesehatan masyarakat yang*

- berkualitas.* 8, 308–318.
- Samir, R., & Amr, K. (2020). Localization of the occluded vessel in acute myocardial infarction. *Journal of Cardiology and Cardiovascular Medicine*, 5(1), 029–033. <https://doi.org/10.29328/journal.jccm.1001082>
- Sandi, M. R., Martini, S., Artanti, K. D., & Widati, S. (2019). the Description of Modifiable Risk Factors in Coronary Heart Disease At Dr. Soetomo Regional Public Hospital. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 7(2), 85. <https://doi.org/10.20473/jbe.v7i22019.85-93>
- Sangadji Program Studi, F. S., & Madani Yogyakarta Jl Wonosari, Stik. (2021). Prevention of a Family-Based Acute Coronary Syndrome (ACS) in The Community of Waras Sariharjo Ngaglik Sleman Yogyakarta. ...*Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 12(02), 227–242.
- Santoso, T., Nuviaستuti, T., & Afrida, M. (2023). Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut. *Journal Nursing Research Publication Media (NURSEPEDIA)*, 2(2), 103–112. <https://doi.org/10.55887/nrpm.v2i2.42>
- Saifuddin Azwar . (2018). *Metode penelitian psikologi / Prof. Dr. Saifuddin Azwar, MA*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sherwood, Lauralee (penulis); Lydia I. Mahendra (alih bahasa); Huriawati Hartanto (alih bahasa). (2018). *Fisiologi manusia : dari sel ke sistem / Lauralee Sherwood ; alih bahasa, Lydia I. Mahendra, Huroawati Hartanto*. Jakarta :: EGC,
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Kuantitatif,Sifat Pengembangan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Sulistiarini, S.-. (2018). Hubungan Perilaku Hidup Sehat Dengan Status Kesehatan Pada Masyarakat Kelurahan Ujung. *Jurnal PROMKES*, 6(1), 12. <https://doi.org/10.20473/jpk.v6.i1.2018.12-22>
- Sodik, I. (2018). Gaya Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(04), 332–338. <https://doi.org/10.33221/jiki.v7i04.70>
- Soekidjo Notoatmodjo. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Szummer, K., Wallentin, L., Lindhagen, L., Alfredsson, J., Erlinge, D., Held, C., James, S., Kellerth, T., Lindahl, B., Ravn-Fischer, A., Rydberg, E., Yndigegn, T., & Jernberg, T. (2017). Improved outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction during the last 20 years are related to implementation of evidence-based treatments: Experiences from the SWEDHEART registry 1995–2014. *European Heart Journal*, 38(41), 3056–3065. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx515>

- Tampubolon, L. F., Ginting, A., & Saragi Turnip, F. E. (2023). Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Pusat Jantung Terpadu (PJT). *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(3), 1043–1052. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i3.1077>
- Tiara Pramadiaz, A., Fadil, M., & Mulyani, H. (2016). Hubungan Faktor Risiko Terhadap Kejadian Sindroma Koroner Akut pada Pasien Dewasa Muda di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(2), 330–337. <https://doi.org/10.25077/jka.v5i2.517>
- Tumade, B., Jim, E. L., & Joseph, V. F. F. (2016). Prevalensi Sindrom Koroner Akut Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 1 Januari 2014 - 31 Desember 2014. *E-CliniC*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.10959>
- Waani, O. T., Tiho, M., & Kaligis, S. H. M. (2016). Gambaran kadar kolesterol total darah pada pekerja kantor. *Jurnal E-Biomedik*, 4(2), 0–5. <https://doi.org/10.35790/ebm.4.2.2016.14606>
- Yadi, A., Hernawan, A. D., & Ridha, A. (2016). Faktor Gaya Hidup Dan Stres Yang Berisiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Rawat Jalan. *Jurnal Mahasiswa Dan Penelitian Kesehatan*, 87–102.
- Yuliani, F., Oenzil, F., & Iryani, D. (2014). Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(1), 37–40. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i1.22>
- Zaman, H., Cheong, V. L., Tomlinson, J., & Nejadhamzeeigilani, Z. (2019). Acute Coronary Syndrome. *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy: Volumes 1-3, 1-3, V3A-140-V3A-168*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812735-3.00501-X>

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Lampiran. 1 Informed Consent

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

No. Handphone :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan oleh peneliti tentang tujuan dan tindakan yang saya dapatkan selama proses penelitian ini. Maka dengan ini saya bersedia dan setuju untuk menjadi sampel penelitian dan mengikuti proses penelitian sesuai dengan penjelasan yang diberikan oleh peneliti dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut Di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan. Saya menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut bersedia untuk menjadi subjek penelitian dan memberikan jawaban atau keterangan yang sebenar-benarnya

Cirebon,.....2024

(Responden)

Lampiran. 2 kuesioner

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Nama :

Usia : Tahun.

Jenis Kelamin :

- Laki-laki
- Perempuan

Pekerjaan :

- Ibu Rumah Tangga
- Petani
- Wiraswasta
- Buruh
- Lainnya

Pendidikan :

- Tidak Sekolah
- SD/MI
- SMP/MTS
- SMA/SMK/MA
- Diploma/S1

KUESIONER

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti dan cermat setiap bagian pertanyaan dalam kuesioner tersebut.
2. Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda (✓) pada pertanyaan di bawah ini.

Catatan:

Beritahukan pada responden tentang penggunaan istilah dibawah ini, yaitu :

Selalu : Hal rutin yang dilakukan setiap hari

Sering : Hal yang rutin dilakukan tetapi kadang terlewatkan

Kadang -kadang : Hal yang pernah dilakukan tetapi lebih banyak dilewatkan

Tidak Pernah : Hal yang tidak pernah dilakukan sama sekali

Aktivitas Fisik					
No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Apakah Anda melakukan aktifitas fisik sedang atau berat (seperti olahraga, bersepeda, jogging) selama 30 menit per hari?				
2	Apakah sering berjalan kaki atau bersepeda untuk ke tempat tujuan?				
3	Apakah Anda berkeringat saat berolahraga?				
4	Apakah Anda melakukan kegiatan sehari – hari seperti mebersihkan rumah, mencuci ± 30 menit dalam sehari?				

Pola Makan					
No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah

5	Apakah Anda suka mengkonsumsi makan-makanan asin (ikan asin, cumi asin, dan makanan tinggi garam) ≤ 3 kali dalam seminggu?				
6	Apakah Anda suka mengkonsumsi makanan berlemak tinggi dan bersantan (jeroan, gajih) ≤ 3 kali dalam seminggu?				
7	Apakah Anda suka menkonsumsi daging-dagingan (daging kambing atau daging sapi) ≤ 3 kali dalam seminggu?				
8	Apakah Anda suka mengkonsumsi makanan gorengan ≤ 3 kali dalam seminggu?				
9	Apakah Anda suka mengkonsumsi mie instant lebih dari 3 kali dalam seminggu?				

Kebiasaan Merokok

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
10	Apakah Anda merokok?				
11	Apakah Anda menghisap rokok ≥ 3 batang perhari?				
12	Apakah Anda menghisap rokok ≥ 12 batang perhari?				
13	Apakah Anda sering terpapar asap rokok?				
14	Apakah ada anggota keluarga Anda yang merokok?				

15	Dalam sehari anda bisa menghabiskan lebih dari 2 bungkus rokok?				
----	---	--	--	--	--

Konsumsi Alkohol

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
16	Apakah Anda mengkonsumsi minuman beralkohol?				
17	Apakah Anda selalu menkonsumsi minuman beralkohol setiap hari?				
18	Dalam sehari anda bisa mengkonsumsi lebih dari satu botol minuman beralkohol?				

No	Kategori	No soal	Poin
1	Aktivitas fisik	1, 2, 3, 4	Selalu: 4 Sering: 3 Kadang-kadang: 2 Tidak pernah: 1
2	Pola makan	5, 6, 7, 8, 9	Selalu: 1 Sering: 2 Kadang-kadang: 3 Tidak pernah: 4
3	Kebiasaan merokok	10, 11, 12, 13, 14, 15	Selalu: 1 Sering: 2 Kadang-kadang: 3 Tidak pernah: 4
4	Konsumsi alkohol	16, 17, 18	Selalu: 1 Sering: 2 Kadang-kadang: 3

		Tidak pernah: 4
Interpretasi	<ul style="list-style-type: none"> - Baik (54-72 poin) - Cukup (36-53 poin) - Kurang baik (18-35poin) 	

Lampiran. 3 Surat Izin Studi Pendahuluan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubela – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 253/UMC-FIKes/IV/2024

Cirebon, 26 April 2024

Lamp. : -

Hal : **Permohonan Rekomendasi Ijin
Studi Pendahuluan Penelitian**

Kepada Yth :
Kepala Kesbangpol Kab. Kuningan
di
Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

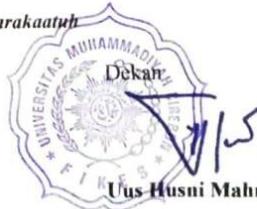
Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	: Wildan Ramadhan
NIM	: 200711095
Tingkat/Semester	: 4 / VIII
Program Studi	: S1-Ilmu Keperawatan
Judul	: Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan
Waktu	: April – Mei 2024
Tempat Penelitian	: Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Maka dengan ini kami mohon Rekomendasi ijin untuk mendapatkan data tersebut sebagai Studi Pendahuluan Penelitian.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan jazakallah khaирon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

Lampiran. 4 Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi

Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi

Nama : Wildan Ramadhan
NIM : (200711095)
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Antara Gaya Hidup dan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Dosen Pembimbing I : Ns. Asep Novi Taufiq F., S. Kep., M. Kep
Dosen Pembimbing II : Ns. Yuniko Febby H. F., S. Kep., M. Kep

Kegiatan Konsultasi

No.	Har/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1.		ACC JSDY		
2.	Jumat 19 April 2024	BAB I .	- Perbaikan susunan penulisan - Tambahkan latbel tgl. gara-gara hidup	 Yuniko F.
3.	29/4/24	Bab 2	- Tambahkan tgl. tgl. gara-gara hidup/Studi.	
4.			Pembahasan di lokasi penelitian	
5.	14/4/24	Bab 3 tambahkan		
6.		Bab 2 koreksi		
7.	17/5 - 24	Bab 8 : sebaiknya kaitkan F. Resiko, K. Terni, P . Bab 13 : D. Obj, Instrumen → Cari keteritorialitas fungs.		 Yuniko F.
8.	21/5 - 24	Perbaikan mirror → BAB ACC-BUP .		 Yuniko
dst..	28/5 - 24	ACC SUP		

Catatan:

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi skripsi
2. Lembar ini wajib disertakan ke dalam lampiran final skripsi
3. Konsultasi dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 masing-masing minimal 5 kali
4. Lembar konsultasi pembimbing 1 dan 2 digabung

Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi

Nama	: WILDAN RAMADHAN
NIM	: 900711095
Program Studi	: ILMU KEPERAWATAN
Judul Skripsi	: Gaya Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Sindrom Koronar Akut
Dosen Pembimbing I	: Ns. Kep. Novi Taufiq F., S. Kep., M. Kep.
Dosen Pembimbing II	: Ns. Yuniko Febby H. F., S. Kep., M. Kep.

Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1.			8vp	Y
2.			Perint.	Y
3.			Bab IV pembahasan	
4.			lebih detail	Y
5.			Astrik dan lengkap	Y
6.			Acc sidang	Y
7.		Perbaikan minor .	Acc <u>sidang</u>	note (Yuniko)
8.				
dst..				

Catatan:

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi skripsi
2. Lembar ini wajib disertakan ke dalam lampiran final skripsi
3. Konsultasi dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 masing-masing minimal 5 kali
4. Lembar konsultasi pembimbing 1 dan 2 digabung

Lampiran. 5 Surat Izin Penelitian Skripsi



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubela – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 542/UMC-FIKes/VII/2024

Cirebon, 03 Juli 2024

Lamp. : -

Hal : Permohonan Surat Izin Penelitian Skripsi

Kepada Yth :

Direktur Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan
di
Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	:	Wildan Ramadhan
NIM	:	200711095
Tingkat/Semester	:	4 / VIII
Program Studi	:	S1-Ilmu Keperawatan
Judul	:	Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan 2024
Waktu	:	Juli – Agustus 2024
Tempat Penelitian	:	Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Maka dengan ini kami mohon ijin untuk mendapatkan data-data pendukung yang relevan sebagai Penelitian Skripsi di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan jazakallah khairon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Lampiran. 6 Surat Balasan Izin Penelitian dari Pihak Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan



Kuningan, 01 Agustus 2024

Nomor : 067/EKS/DIR-HM.KUNINGAN/VIII/2024
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Cirebon
di
Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Dekan nomor 542/UMC-FIKes/VII/2024 tanggal 03 Juli 2024 perihal Permohonan Ijin Penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa kami berkenan memberikan kesempatan kepada mahasiswa Universitas Muhammadiyah Cirebon Fakultas Ilmu Kesehatan sebanyak 1 (satu) orang mahasiswa untuk melakukan Penelitian yang berjudul "Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di RS Jantung Hasna Medika Kuningan" program studi Ilmu Keperawatan mulai pada bulan Agustus, atas nama **Wildan Ramdhani**.

Terkait dengan hal tersebut kami sampaikan sebagai berikut :

1. Dalam menjalankan kegiatan penelitian, peserta dikenakan biaya sebesar Rp. 100.000,- (seratus ribu rupiah) per kedatangan. Pembayaran biaya dapat ditransfer melalui rekening Bank BNI 7405757574 a/n PT Dharma Choeriah Husada
2. Selama berada di lingkungan RS Jantung Hasna Medika Kuningan, peserta magang wajib sebagai berikut :
 - a. Menggunakan masker
 - b. Melakukan Cuci tangan
 - c. Berperilaku sopan dan santun.
 - d. Menjaga kerahasiaan informasi yang bersifat rahasia atau properti di Rumah Sakit.
3. Pada akhir penelitian, harap menyampaikan hasil penelitian kepada RS Jantung Hasna Medika Kuningan.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapan terimakasih.

Hormat Kami,
RS JANTUNG HASNA MEDIKA KUNINGAN
Direktur



dr. H. Ade Ramayadi

Jl. Raya Cigugur, KM 1,2 Kuningan | (0812) 8811111
www.hasnamedika.com

Lampiran. 7 Permohonan Surat Rekomendasi Izin Penelitian

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON**
FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)
Kampus 1 : Jl. Tuparev No. 70 45153 Telp. +62 231 205008 +62 231 204276 Fax. +62 231 209866
Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah - Watubelah - Cirebon Email : umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 541/UMC-FIKes/VII/2024 Cirebon, 03 Juli 2024
Lamp. : -
Hal : **Permohonan Surat Rekomendasi
Izin Penelitian Skripsi**

Kepada Yth :
Kepala Kesbangpol Kab. Kuningan
di
Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	: Wildan Ramadhan
NIM	: 200711095
Tingkat/Semester	: 4 / VIII
Program Studi	: SI-Ilmu Keperawatan
Judul	: Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Penyakit Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan, Kabupaten Kuningan 2024
Waktu	: Juli – Agustus 2024
Tempat Penelitian	: Rumah Sakit Jantung Hasna Medika Kuningan

Maka dengan ini kami mohon Rekomendasi ijin untuk mendapatkan data tersebut sebagai Peneletian Skripsi.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapan jazakallah khairon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh


Lus Husein Mahmud, S.Kp., M.Si

Lampiran. 8 Surat Balasan Rekomendasi Izin Penelitian



Lampiran. 9 Dokumentasi



Lampiran. 10 Tabulasi

No.	Responden	Umur	JK	Pendidikan	Pekerjaan	GH
1	RSP 1	2	1	2	5	3
2	RSP 2	1	1	2	5	3
3	RSP 3	1	2	3	1	2
4	RSP 4	1	2	4	1	2
5	RSP 5	1	1	3	7	3
6	RSP 6	1	2	4	1	2
7	RSP 7	2	1	2	3	3
8	RSP 8	1	2	2	1	2
9	RSP 9	1	2	3	1	2
10	RSP 10	1	2	2	1	2
11	RSP 11	1	2	2	1	2
12	RSP 12	1	2	2	1	2
13	RSP 13	1	2	4	1	2
14	RSP 14	2	2	3	1	2
15	RSP 15	1	2	2	1	1
16	RSP 16	2	1	2	7	3
17	RSP 17	2	1	2	3	3
18	RSP 18	2	2	3	1	2
19	RSP 19	1	2	2	1	2
20	RSP 20	1	2	2	1	2
21	RSP 21	1	2	3	1	1
22	RSP 22	2	2	2	1	2
23	RSP 23	1	2	3	1	2
24	RSP 24	1	2	3	1	2
25	RSP 25	1	2	3	1	2
26	RSP 26	1	2	3	6	2
27	RSP 27	2	2	1	1	2
28	RSP 28	2	1	1	7	3
29	RSP 29	1	1	2	3	3
30	RSP 30	2	1	3	6	3
31	RSP 31	1	1	2	5	3
32	RSP 32	2	1	3	3	3
33	RSP 33	1	2	4	1	2
34	RSP 34	1	2	4	7	2
35	RSP 35	2	2	1	1	2
36	RSP 36	1	2	3	1	2
37	RSP 37	1	2	2	1	2
38	RSP 38	1	2	4	1	2

39	RSP 39	2	1	3	7	3
40	RSP 40	1	1	2	3	3
41	RSP 41	2	2	2	3	2
42	RSP 42	1	2	4	1	3
43	RSP 43	1	1	2	5	3
44	RSP 44	2	2	1	1	2
45	RSP 45	1	1	3	3	2
46	RSP 46	2	1	2	5	3
47	RSP 47	1	1	3	7	3
48	RSP 48	1	2	3	1	2
49	RSP 49	2	2	2	1	2
50	RSP 50	2	1	2	6	3
51	RSP 51	2	1	4	5	3
52	RSP 52	1	2	4	1	2
53	RSP 53	1	1	5	5	3
54	RSP 54	1	2	2	1	2
55	RSP 55	2	1	2	7	3
56	RSP 56	1	1	2	5	3

Lampiran. 11 Output SPSS

		Statistics				
		Gaya Hidup	Aktivitas Fisik	Pola Makan	Merokok	Konsumsi Alkohol
N	Valid	56	56	56	56	56
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2.36	2.75	2.57	1.82	1.00
Std. Error of Mean		.074	.058	.067	.133	.000
Median		2.00	3.00	3.00	1.00	1.00
Mode		2	3	3	1	1
Std. Deviation		.554	.437	.499	.993	.000
Variance		.306	.191	.249	.986	.000
Range		2	1	1	2	0
Minimum		1	2	2	1	1
Maximum		3	3	3	3	1
Sum		132	154	144	102	56

Gaya Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
					Percent
Valid	Baik	2	3.6	3.6	3.6
	Cukup	32	57.1	57.1	60.7
	Kurang Baik	22	39.3	39.3	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Aktivitas Fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
					Percent
Valid	Cukup	14	25.0	25.0	25.0
	Kurang Baik	42	75.0	75.0	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Pola Makan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	24	42.9	42.9	42.9
	Kurang Baik	32	57.1	57.1	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	33	58.9	58.9	58.9
	Kurang Baik	23	41.1	41.1	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Konsumsi Alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	56	100.0	100.0	100.0

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<65 Tahun	37	66.1	66.1	66.1
	>65 Tahun	19	33.9	33.9	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	22	39.3	39.3	39.3
	Perempuan	34	60.7	60.7	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3/S1	1	1.8	1.8	1.8
	SD/MI	25	44.6	44.6	46.4
	SMA/SMK/MA	9	16.1	16.1	62.5
	SMP/MTS	17	30.4	30.4	92.9
	Tidak sekolah	4	7.1	7.1	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	3	5.4	5.4	5.4
	Ibu Rumah Tangga	31	55.4	55.4	60.7
	Lainnya	7	12.5	12.5	73.2
	Petani	7	12.5	12.5	85.7
	Wiraswasta	8	14.3	14.3	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Lampiran. 12 Biodata diri

BIODATA DIRI



Nama : Wildan Ramadhan
NIM : 200711095
Prodi : Ilmu Keperawatan
TTL : Bekasi, 04 November 2002
Alamat : Desa Telajung RT/RW 002/008, Kec, Cikarang Barat, Kab. Bekasi
Agama : Islam
Pendidikan : TK Al Manar, SDN 03 Telajung, MTS At Taqwa Setu, SMKS Mitra Industri MM2100, Bekasi

