



**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT
KENYAMANAN PASIEN DENGAN
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

Shinta Dewi Lestari

NIM : 30901900209

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023



**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT
KENYAMANAN PASIEN DENGAN
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

Shinta Dewi Lestari

NIM : 30901900209

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika di kemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada Saya.

Semarang, 10 Februari 2023

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti



(Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep. Mat)



(Shinta Dewi Lestari)

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi Berjudul:

**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT KENYAMANAN
PASIEEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Shinta Dewi Lestari
NIM : 30901900209

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I
Tanggal : 7 Februari 2023

Pembimbing II
Tanggal : 3 Februari 2023


Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0615098802


Ns. Ahmad Iktiasul Amal, S.Kep., MAN.
NIDN. 0605108901



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT KENYAMANAN PASIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER

Disusun oleh :

Nama : Shinta Dewi Lestari
NIM : 30901900209

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Februari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep.
NIDN. 0620057604

Penguji II,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S. Kep., M. Kep.
NIDN. 0615098802

Penguji III

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S. Kep., MAN.
NIDN. 0605108901

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula

Iwan Ardian, SKM., M. Kep.
NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Februari 2023**

ABSTRAK

Shinta Dewi Lestari

**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT KENYAMANAN
PASIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER**

xiv hal + 58 halaman + 8 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Latara Belakang : Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit yang disebabkan oleh plak yang menumpuk di pembuluh darah koroner sehingga dapat mengakibatkan penyempitan atau penyumbatan yang menyuplai oksigen (O₂) ke otot jantung. Apabila kinerja jantung bekerja secara optimal, diharapkan mampu mengurangi resiko kematian. Salah satu masalah yang disebabkan karena kenyamanan yaitu nyeri yang dirasakan pada pasien Penyakit Jantung Koroner. Tujuan dari penelitian untuk memberikan gambaran aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pasien dengan Penyakit Jantung Koroner.

Metode : penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan desain *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria inklusi dan eksklusi jumlah responden sebanyak 186 responden, dan data penelitian menggunakan distribusi frekuensi

Hasil : Mayoritas responden yaitu berjenis kelamin laki-laki sejumlah 127 (68,3%) responden, usia rata-rata 60 tahun, klasifikasi penyakit yaitu *atherosclerotic heart disease*, aktivitas pasien rendah 101 (54,3%), dan tingkat kenyamanan pasien psiko-spiritual 98 (52,7%) responden

Simpulan dan saran : Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, dan karakteristik penyakit dapat mempengaruhi risiko penyakit jantung koroner. Aktivitas fisik dapat meningkatkan sistem kerja jantung untuk mempertahankan kenyamanan pasien.

Kata kunci : Penyakit Jantung Koroner; Aktivitas Fisik; Tingkat Kenyamanan

Daftar Pustaka : 33 (2003-2020)

BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY
Mini Thesis, February 2023

ABSTRACT

Shinta Dewi Lestari

**DESCRIPTION OF PHYSICAL ACTIVITY AND COMFORT
LEVEL OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE**

58 pages + 8 pages + 2 photos + 13 appendices + xiv

Background : Coronary Heart Disease (CHD) is a disease caused by plaque that builds up in the coronary arteries so that it can cause narrowing or blockages that supply oxygen (O₂) to the heart muscle. If the performance of the heart works optimally, it is expected to reduce the risk of death. One of the problems caused by comfort is the pain felt in coronary heart disease patients. The purpose of this study is to provide an overview of physical activity and the comfort level of patients with coronary heart disease.

Method : This research is a type of descriptive research with a qualitative approach to design *cross sectional*. Sampling using technique *purposive sampling*, with inclusion and exclusion criteria the number of respondents was 186 respondents, and the research data used a frequency distribution

Results : The majority of respondents were male, 127 (68.3%) of respondents, average age of 60 years, classification of disease, namely *atherosclerotic heart disease*, low patient activity 101 (54.3%), and comfort level of psycho-spiritual patients 98 (52.7%) respondents

Conclusions and suggestions : The results of this study indicate that age, gender, and disease characteristics can affect the risk of coronary heart disease. Physical activity can improve the heart's work system to maintain patient comfort.

Keywords : Coronary Heart Disease; Physical Activity; Comfort Level

Bibliography : 33 (2003-2020)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, karena atas limpahan rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga skripsi dengan judul “Gambaran Aktivitas Fisik Dan Tingkat Kenyamanan Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner” ini dapat terselesaikan dengan baik sebagai syarat untuk menyelesaikan program sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat dan pengikutnya hingga akhir masa.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari arahan, bimbingan dan dukungan serta bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, beserta jajarannya.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep., Sp.Kep.An, selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

4. Ibu Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan dukungan dan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bapak Ns. Ahmad Ikhlusal Amal, S.Kep., MAN. selaku Kaprodi S1 dan Dosen Pembimbing II yang telah memberikan masukan dan motivasi dengan sabar.
6. Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep, penguji 1 yang telah memberikan ilmu, pengarahan, bimbingan dan masukannya dengan penuh ketelitian, senyuman dan kelembutan sehingga membuat hati terasa senang.
7. Seluruh Dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis.
8. Direktur RSI Sultan Agung Semarang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan skripsi ini.
9. Kedua orang tua saya yang saya sayangi Ibu Paiyem dan Bapak Wagimin yang tidak pernah lelah selalu memberikan doa, motivasi, dan dukungan maupun material selama perkuliahan
10. Kakak saya Anang Oktaviyan yang telah memberikan dukungan, doa, dan menjadi tempat curhat selama perkuliahan
11. Seluruh keluarga besar dan saudara yang selalu menanyakan dan mendoakan penulis agar cepat lulus.
12. Ssahabat seperjuangan Kerje Bektong yang telah kebersamai semasa kuliah.

13. Teman-teman kelompok bimbingan Departemen Keperawatan Medikal Bedah yang telah kebersamai selama penyusunan skripsi hingga selesai.
14. Seluruh Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang terutama teman-teman seperjuangan kelas C angkatan 2019.
15. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah dengan tulus dan ikhlas memberikan doa dan juga dukungannya kepada penulis, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Tidak ada hal yang bisa penulis berikan selain mendoakan agar segala kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT dengan sebaik-baiknya balasan, Aamiin.

Penulis sendiri menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun akan sangat berguna agar penulis dapat menghasilkan karya yang lebih baik lagi. Penulis berharap semoga skripsi ini membawa berkah dan dapat bermanfaat bagi penulis sendiri khususnya bagi pembaca pada umumnya, Aamiin. Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

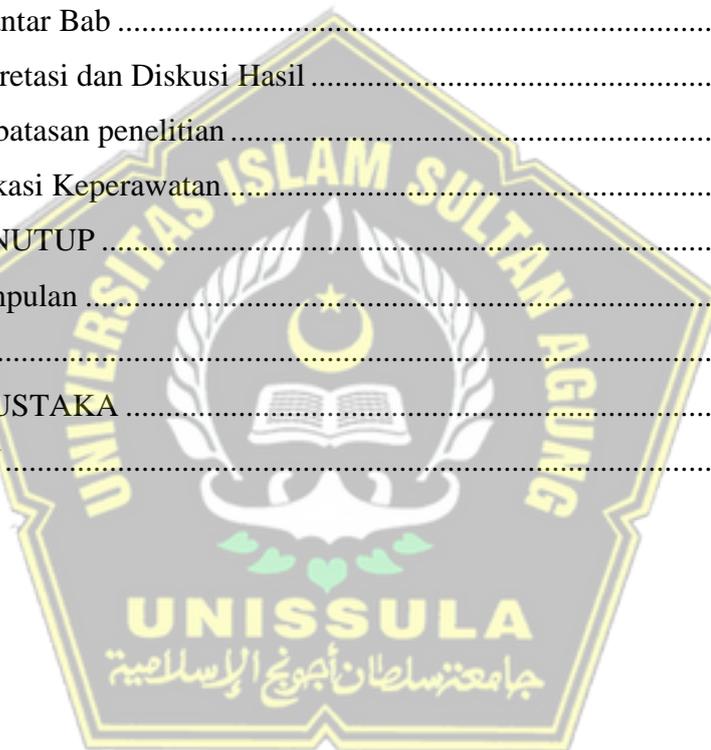
Semarang, 3 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	4
C. TUJUAN PENELITIAN.....	4
D. MANFAAT.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Teori.....	6
1. Penyakit Jantung Koroner.....	6
2. Aktivitas Fisik.....	12
3. Kenyamanan.....	19
B. KERANGKA TEORI	27
C. Hipotesa.....	28
BAB III METODE PENELITIAN.....	29
A. Kerangka Konsep	29
B. Variabel Penelitian.....	29
1. Variabel <i>Independent</i> (Variabel bebas).....	29
2. Variabel <i>Dependent</i> (Variabel terikat)	29
C. Jenis dan Desain Penelitian.....	30
D. Populasi Dan Sampel Penelitian	30
E. Tempat Dan Waktu Penelitian	32
F. Data Operasional.....	33

G. Instrumen/ alat Pengumpulan Data	33
H. Metode Pengumpulan Data	37
I. Analisis Data	38
J. Etika Penelitian	40
BAB IV HASIL PENELITIAN	42
A. Pengantar Bab	42
B. Analisis Univariat.....	42
BAB V PEMBAHASAN	47
A. Pengantar Bab	47
B. Interpretasi dan Diskusi Hasil	47
C. Keterbatasan penelitian	56
D. Implikasi Keperawatan.....	56
BAB VI PENUTUP	58
A. Kesimpulan	58
B. Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN.....	63



DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Data Operasional.....	33
Tabel 3. 2 Blueprint Kuesioner Aktivitas Fisik	35
Tabel 3. 3 Blueprint Kuesioner Kenyamanan	35
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Jenis Kelamin.....	43
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Umur	43
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Klasifikasi Penyakit ...	44
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Responden Aktivitas Fisik.....	45
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kenyamanan	45



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	27
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep	29



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Survey Penelitian.....	64
Lampiran 2. Surat Permohonan Penelitian.....	65
Lampiran 3. Surat Pengantar Uji Kelaikan Etik.....	66
Lampiran 4. Surat Keterangan Lolos Uji Etik	67
Lampiran 5. Surat Izin Melaksanakan Penelitian	68
Lampiran 6. Surat Permohonan Menjadi Responden	68
Lampiran 7. Surat Persetujuan Menjadi Responden	70
Lampiran 8. Instrumen Penelitian.....	71
Lampiran 9. Lembar Kuesioner Aktivitas Fisik.....	72
Lampiran 10. Lembar Kuesioner Kenyamanan	74
Lampiran 11. Hasil Pengolahan Data.....	76
Lampiran 12. Daftar Riwayat Hidup.....	78
Lampiran 13. Dokumentasi Pengambilan Data	79



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) dianjurkan melakukan aktivitas fisik guna mempertahankan kinerja jantung. Apabila kinerja jantung bekerja secara optimal, diharapkan mampu mengurangi risiko kematian. Aktivitas fisik yang kurang, teridentifikasi menjadi faktor utama kematian secara global (WHO, 2019). Kurangnya aktivitas fisik dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan pasien, sehingga memungkinkan pasien untuk mengalami nyeri serta kecemasan. Saat berolahraga, tubuh menghasilkan hormon adrenalin. Hormon tersebut bisa meningkatkan denyut jantung menjadi lebih aktif. Jika melakukan olahraga terlalu berat, maka hormon adrenalin akan mengikat jantung bekerja lebih maksimal dalam memompa darah (Isabella L, 2021).

Pasien PJK dapat mempertahankan kesehatan dengan melakukan aktivitas fisik yang baik (Adhitya, 2016). PJK, diabetes tipe 2, kanker usus besar, kanker payudara, penyakit muskuloskeletal, dan gangguan psikologis penyebabnya karena fisik yang kurang. Menurut penelitian epidemiologi, 15-20% risiko terkait langsung dengan PJK. (Singh & Purohit, 2011: 35). Aktivitas fisik pada penyakit kardiovaskuler harus disesuaikan dengan tanda dan gejala yang muncul (Kurnia & Sholikhah, 2020).

Permasalahan psikososial pada pasien PJK dapat dicegah apabila pasien mampu merespon obat-obatan yang dikonsumsi, selain itu pasien PJK juga diharapkan dapat melakukan aktivitas fisik karena akan memberikan manfaat yang jauh lebih besar daripada risikonya (Suputra, 2015). Prevalensi PJK tersebar luas di kalangan individu yang tidak melakukan atau mencoba melakukan aktivitas fisik berat namun, <80 menit dari individu tersebut yang aktif (Setyaji et al., 2018). Untuk mencegah komplikasi sekunder, aktivitas fisik sama efektifnya dengan pemberian obat-obatan. Aktivitas fisik atau olahraga yang dilakukan dengan intensitas rendah hingga sedang memiliki banyak manfaat untuk pasien PJK, sehingga dapat mencegah penyempitan lebih lanjut pada pembuluh darah, dapat mencegah pembekuan darah dan menjaga irama jantung normal (Suputra, 2015).

Kegiatan fisik tingkat sedang diketahui bisa mengurangi risiko terhadap pasien PJK (Fajar, 2015). WHO merekomendasikan melakukan aktivitas fisik yang diperlukan untuk menjaga kesehatan tubuh. Jika seseorang melakukan aktivitas fisik, risiko memerlukan oksigennya akan jauh lebih tinggi. Akibatnya diperlukan latihan fisik seperti berjalan kaki selama 60 menit per hari, aktivitas fisik yang seperti bersepeda atau berenang diperlukan waktu 30-60 menit 4 kali dalam seminggu. Jika seseorang mengikuti aerobik atau jogging, durasi latihannya harus antara 20 - 30 menit. Untuk mencapai hasil yang optimal, kegiatan ini harus dilakukan secara metedis dan konsisten (Nengsih, 2018). Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan untuk memelihara kualitas hidup pasien .

Kenyamanan merupakan keadaan nyaman, kesegaran, dan kesejukan. Kenyamanan yang di maksud Kolcaba yaitu meliputi kenyamanan fisik, kenyamanan psiko-spiritual, kenyamanan lingkungan serta kenyamanan sosiokultural (Kolcaba, 2003). Katherine Kolcaba menjelaskan kenyamanan merupakan keadaan yang memenuhinya kebutuhan primer manusia yang bersifat sendiri dan menyeluruh. Salah satu masalah yang disebabkan karena kenyamanan yaitu nyeri yang dirasakan pada pasien Penyakit Jantung Koroner. Gejala awal penyakit jantung koroner biasanya biasanya akan merasa nyeri pada bagian dada kiri yang menjalar ke lengan kiri atau leher serta punggung (Abarca, 2021). Gejala tersebut dapat mengganggu rasa nyaman pasien, karena nyeri merupakan salah satu faktor yang menyebabkan gangguan kenyamanan.

Rasa cemas, nyeri, dan stress merupakan rasa tidaknyamanan yang dirasakan pasien PJK. Ketidaknyamanan tersebut dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien PJK. Karena itu, terlepas dari fakta bahwa ada alasan utama bagi pasien, adalah mungkin untuk merefleksikan diri individu yang bersangkutan. Menurut Kolcaba, teori kenyamanan merupakan salah satu dari beberapa teori yang dapat diterapkan pada setiap masalah karena bersifat universal dan tidak berbeda antara satu orang dengan orang lainnya. Hal ini mengakibatkan teori kenyamanan dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan masing - masing individu klien (March & McCormack, 2009).

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang (RSISA) pada tanggal 8 Agustus 2022, pasien dengan Penyakit Jantung Koroner yang sedang menjalani perawatan rehabilitasi atau pasien rawat jalan, data yang diambil dari bulan Juli 2022 yaitu sebanyak 515 pasien. Dari data tersebut aktivitas fisik dapat mempengaruhi kenyamanan pasien, dan sangat disarankan pasien dapat rutin melakukan aktivitas fisik agar kenyamanan pasien tetap terjaga dan terpenuhi.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas, kenyamanan pasien adalah hal yang paling penting. Aktivitas fisik menjadi salah satu pilihan yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan pasien agar tingkat kenyamanan pasien dapat terpenuhi. Maka rumusaan masalah yang harus dijawab peneliti *“Bagaimana Gambaran Aktivitas Fisik Dan Tingkat Kenyamanan Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner ?”*.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pasien dengan Penyakit Jantung Koroner.

2. Tujuan Khusus

- a) Mendeskripsikan karakteristik seperti (umur, jenis kelamin, dan klasifikasi PJK) pasien Penyakit Jantung Koroner
- b) Mendeskripsikan tentang aktivitas fisik pada pasien Penyakit Jantung Koroner

- c) Mendeskripsikan tingkat kenyamanan yaitu (fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural) pada Penyakit Jantung Koroner

D. MANFAAT

1. Manfaat Teoritis

Temuan penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup orang yang sakit, terutama di daerah yang jarang mendapatkan perawatan medis.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi pasien Penyakit Jantung Koroner

Diharapkan penelitian ini memberikan pemahaman dan edukasi terkait aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pasien PJK.

b. Bagi Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Studi ini dapat digunakan sebagai bagian dari proses evaluasi dan dapat menyediakan data yang dapat digunakan untuk membuat keputusan tentang informasi yang dibutuhkan di masa depan.

c. Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai gambaran aktivitas fisik dan tingkat nyaman pasien dengan Penyakit Jantung Koroner, sehingga hasil dari penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai informasi terhadap tindakan yang akan diambil selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Penyakit Jantung Koroner

a. Definisi

Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau biasa disebut Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau *Coronary Artery Disease (CAD)* adalah suatu penyakit karena plak yang menumpuk pada pembuluh darah koroner alhasil bisa menyumbat ataupun menghambat oksigen (O₂) ke otot jantung (Delina & Nindi, 2020).

Penyakit Jantung Koroner dapat disertai dengan nyeri dada atau angina pectoris pada individu. Istilah "*infark miokard*" mengacu pada suatu kondisi dimana terdapat kelainan kesadaran yang dapat menyebabkan nyeri subternal tumbuh dan berproduksi secara otomatis, serta aritmia tumbuh dan meningkatkan aliran darah pada otot jantung sumbat (Fajar, 2015).

Penyakit jantung Koroner adalah proses pada organ dalam yang terdiri dari lipid, karbohidrat kompleks, protein, fibrosis, dan endapan kalsium yang diikuti adanya perubagahn pada lapisan media (Ismudiati, 1996).

b. Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner

1) Angina Pectoris (*Stable Angina*)

Angina pectoris atau *Stable Angina* merupakan jenis penyakit jantung yang paling sering terjadi akibat suplai darah tidak terpenuhinya kebutuhan otot jantung yang hanya bersifat sekunder adalah jenis penyakit jantung ringan. Penyebab berhentinya suplai darah dengan terjadinya proses aterosklerotik pada pembuluh koroner, yang mempunyai sumbatan aliran darah tetapi tidak total.

2) Angina Tidak Stabil (*Unstable Angina*)

Angina tidak stabil kurang lebih sama dengan angina pektoris, tetapi perbedaannya adalah derajat nyerinya lebih berat, waktu timbulnya angina tidak stabil dapat sewaktu-waktu dan intensitas keluhannya lebih lama. Walaupun angina tidak stabil kurang lebih lama.

3) Prinzmetal Angina

Istilah "angina Prinzmetal" mengacu pada kondisi yang sulit didiagnosis karena tidak adanya gejala sama sekali di jantung karena sumbatan total pada jantung. Jika 20 menit tidak tercapai, luka akan ada cedera pada otot jantung kedua.

4) Infark Miokard Akut

Infark miokard akut dibagi menjadi 2 yaitu :

a) *ST segemen Elevasi Myocardial Infraction (STEMI)*

Istilah "*ST segment elevation myocardial infraction*" (STEMI) mengacu pada pemukulan total pada arteri koroner yang menyebabkan jantung berdetak meningkat dengan otot kedua sehingga menyebabkan keterlambatan pada otot pertama. Tanda STEMI adalah enzim dalam darah (*CKMB atau Troponin*).

b) *Non ST Segmen Elevasi Myocardial Infraction* (NSTEMI)

Cedera yang terjadi saat *infark miokard non-ST* (NSTEMI) dikenal sebagai sel-sel otot jantung. NSTEMI digunakan bila tidak ada bukti angina pektoris atau bila sulit diidentifikasi. Detak jantung yang diputar mirip dengan angina tidak stabil.

c. **Faktor Resiko Penyakit Jantung Koroner**

Ada dua kategori faktor risiko: yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah. Faktor risiko yang dapat digunakan untuk menentukan riwayat keluarga adalah faktor risiko yang digunakan oleh Penyakit Jantung Koroner untselain usia dan jenis kelamin. (Tappi, 2018). Faktor risiko yang dapat diubah yaitu merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik dan tekanan darah tinggi atau hipertensi (WHO,2012). Adapun faktor lain menurut Wihastuti (2016) :

a) Faktor risiko mayor

1) Umur

Sebagai bagian dari proses aterosklerosis, umur memiliki hub yang kuat. (menumpuknya kolesterol, lemak dan zat lain pada

dinding arteri). Proses aterosklerosis berkembang pada pasien setelah 45 tahun, sedangkan penyakit ada peningkatan pada pasien setelah 55 tahun.

2) Jenis kelamin

Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan wanita. Estrogen berperan penting dalam vasodilatasi vaskuler. Reseptor estrogen lebih banyak pada wanita daripada pria. Studi lain menunjukkan bahwa wanita dapat meningkatkan kadar HDL pada diet dengan lemak jenuh. Ini memiliki efek perlindungan kardiovaskular pada wanita.

3) Merokok

Merokok menyebabkan terjadinya kerusakan vaskular termasuk penurunan aliran darah koroner, menurunnya pasokan oksigen miokard dan peningkatan perkembangan aterosklerosis.

4) Hipertensi

Angiotensin II adalah vasokonstriktor yang berkontribusi terhadap aterogenesis melalui stimulasi pertumbuhan otot polos. Penderita hipertensi, mengalami peningkatan konsentrasi angiotensin II.

5) Diabetes mellitus

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa konsumsi glukosa yang berlebihan mempengaruhi kondisi dinding arteri termasuk sel endotel, sel otot polos dan makrofag. Jika dalam tubuh

terdapat kadar gula yang tinggi dapat menyebabkan proses aterogenesis.

b) Faktor resiko minor

1) Stress

Stres diartikan sebagai kondisi yang dapat digunakan untuk mencapai homeostatis dan berbagai penyebab psikologikal atau fisiologis. Stres bisa menginduksi saraf simpatis yang dapat menyebabkan inflamasi vaskular sehingga menjadi penyebab aterosklerosis menyebabkan adhesi dan akumulasi platelet, mobilisasi lipid, dan aktivasi makrofag.

2) Diet dan nutrisi

Efek lipid plasma (kolesterol total, lipoprotein, dan trigliserida) mengungkapkan bahwa pola makan dapat meningkatkan risiko kardiovaskular. Diet tinggi kalium menyebabkan darah tinggi dan stroke, sedangkan diet rendah garam berdampak negatif pada jumlah jaringan yang dikonsumsi. Penyakit Jantung Koroner, hipertensi, dan stroke semuanya dapat dicegah dengan berfokus pada kebaikan dan keburukan.

3) Alkohol

Perkembangan kardiovaskuler atau aterosklerosis dapat diperparah dengan meminum alkohol dalam jumlah banyak setiap waktu.

d. Manifestasi Klinis Penyakit Jantung Koroner

Gambaran klinis penyakit jantung koroner ialah bila tubuh terasa tidak bertenaga, dada tidak enak, waktu olahraga atau jantung bergerak berdenyut dengan keras, nafas sesak, dan jarang disertai mual muntah, Gambaran klinis penyakit (Irmalita, 2015).

Menurut Brunner & Suddart (2019) manifestasi klinis penyakit jantung koroner yaitu :

- 1) Iskemia
- 2) Nyeri dada : angina pektoris
- 3) Gejala atipikal berupa iskemia miokardium (sesak napas, mual, dan lemah)
- 4) Infark miokard
- 5) Disritmia, kematian mendadak

e. Komplikasi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung Koroner yang tak pernah ditangani itu punya risiko komplikasi lagi sebagai berikut (Willy, 2020) :

- 1) Angina

Angina atau nyeri dada penyebabnya yaitu penyempitan pada arteri, sehingga jantung tidak mendapatkan darah yang cukup.

- 2) Gagal jantung

Ketika jantung tidak mampu memompa darah dengan cukup kuat disebut gagal jantung. Ini terjadi karena kerusakan yang disebabkan oleh serangan jantung.

3) Gangguan irama jantung (aritmia)

Aliran darah yang tidak mencukupi ke jantung dapat merusak dan mengganggu sinyal listrik yang dikirim oleh otot jantung.

4) Serangan jantung

Masalah ini dapat terjadi, ketika arteri benar-benar terhenti karena terlalu banyak penumpukan lemak atau darah. Otot jantung akan dirugikan oleh gangguan ini.

2. Aktivitas Fisik

a. Definisi Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah proses yang dilakukan oleh otot-otot tubuh dan struktur yang dibangun. Tubuh yang dibentuk oleh otot rangka sebagai bagian dari aktivitas fisik menyediakan energi. Aerobik atau gerak badan isotonik (berlari, jalan kaki, atau aerobik low impact dll) Aktivitas fisik dapat meningkatkan jumlah gas yang ada dalam tubuh, menghasilkan produksi nitrat (NO) yang lebih besar dan stimulasi sintesis dan endotel yang lebih besar. Diperkirakan bahwa kurangnya aktivitas fisik menyebabkan kematian dalam skala dunia dan merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis. (Taylor et al, 2019).

Kemungkinan efek dari aktivitas fisik antara lain:

- a) Mengurangi paparan faktor risiko koroner tambahan
- b) Peningkatan vaskularitas miokard dan ukuran ateri koroner
- c) Kinerja kardioavskular yang lebih baik

d) Perbaiki toleransi terhadap stress/cemas

Dalam hal aktivitas fisik, WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) tahun 2019 mencatat ketidakaktifan sebagai penyebab kematian terbesar keempat di dunia (6% kematian di seluruh dunia). Ketidakaktifan aktivitas fisik adalah faktor risiko yang dapat dikontrol untuk mencegah penyakit jantung koroner (PJK) (Wilkinson, 2015). Setiap gerakan yang digerakkan oleh otot rangka yang menyebabkan pengeluaran energi melebihi pengeluaran istirahat disebut sebagai aktivitas fisik. (Dibben et al., 2018). Setelah *Coronari Arteri Disease (CAD)* simptomatik berkembang, latihan olahraga teratur adalah strategi ampuh untuk meningkatkan ambang tingkat aktivitas bebas angina dalam kondisi penyakit yang stabil (Winzer, 2018).

The American Heart Association (AHA) dan *American College of Sports Medicine (ACSM)* menyarankan pasien PJK untuk berbicara dan mendapatkan persetujuan dokter mereka sebelum melakukan aktivitas fisik apa pun. Penjelasannya, pasien PJK yang pernah mengalami serangan jantung merasa takut berolahraga sendirian jika tanpa pengawasan. Namun pada penelitian pasien PJK yang berolahraga dengan benar, mengungkapkan bahwa hanya terjadi satu kematian dan serangan jantung setiap 294.000 jam latihan (Shipe,2012). Jenis aktivitas ini berpotensi menurunkan tonus simpatik, mengurangi stres dalam tubuh, meningkatkan relaksasi, meningkatkan kesadaran, dan berkontribusi pada sistem kardiovaskular yang stabil dan seimbang.

Harvard Alumni Health Study, Sesso menemukan inverse linear hubungan antara aktivitas dan kejadian CAD, dengan risiko relatif terendah di individu yang menghabiskan setidaknya 1000 hingga 2000 kkal/minggu selama aktivitas waktu senggang. Data ini sesuai dengan penelitian oleh Haapanen, yang meneliti risiko CAD pada sukarelawan dengan 3 tingkat aktivitas waktu senggang yang berbeda : 0 hingga 1100, 1101 hingga 1900, dan pengeluaran energi >1900 kkal per minggu. Kelompok dengan pengeluaran energi terendah memiliki risiko kardiovaskular dua kali lebih tinggi daripada kelompok dengan tingkat aktivitas tertinggi (Winzer, 2018).

Orang yang menderita PJK adalah kelompok orang yang kurang aktif secara fisik. Menurut temuan penelitian sebelumnya yang dilakukan di Amerika, melaksanakan aktivitas fisiologis yang berat selama 30 menit setiap hari dalam seminggu dapat menurunkan kemungkinan terkena penyakit jantung koroner (PJK). Penelitian ini mengidentifikasi latihan fisiologis yang buruk dan peningkatan perilaku menetap sebagai dua prediktor utama kematian PJK mendukung temuan ini.

Salah satu gejala PJK yang paling umum adalah hipertensi, yang ditandai dengan peningkatan kolesterol LDL hingga 10 mg/dL dan peningkatan kolesterol HDL hingga 11 mg/dL setelah 30 menit. Karena itu, perlu diperhatikan bahwa hubungan antara kolesterol LDL dan kolesterol HDL kuat untuk jantung.

b. Klasifikasi Aktivitas Fisik

Hardinge dan Shryock (2001: 43) menunjukkan bahwa empat elemen kunci yang menjadi penekanan saat menganalisis aktivitas fisik, yaitu: tipe, frekuensi, durasi dan intensitas.

1) Tipe

Tipe aktivitas berbeda dengan aktivitas fisik yang dilakukan. Penyakit Parkinson (April 2015: 22) ada tiga jenis aktivitas fisik yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan:

a) Ketahanan (*endurance*)

Menjaga tenaga dan pemeliharaan jantung, paru-paru, otot, dan sistem peredaran darah dapat dicapai melalui olahraga pada. Disarankan untuk melakukan aktivitas fisik selama tiga puluh menit untuk menjaga daya taahn tubuh (4-7 jam per minggu). Ada berbagai pilihan yang dapat dilakukan, termasuk jalan kaki, lari ringan, senam, berenang, berkebun, dan bekerja.

b) Kekuatan (*strength*)

Menjaga kekuatan melalui aktivitas fisik dapat membantu otot-otot tubuh bekerja untuk menopang setiap beban yang diterima, tulang tetap sehat, serta dapat membantu menjaga pencegahan terhadap penyakit seperti osteoporosis. Naik turun tangga merupakan salah satu jenis aktivitas fisik yang dianjurkan untuk menjaga kekuatan tubuh.

c) Kelenturan (*flexibility*)

Latihan peningkatan kelenturan dapat memudahkan gerak tubuh, menjaga kelenturan otot, dan mempertahankan fungsi sendi yang optimal. Olahraga seperti yoga, senam, dan peregangan yang dapat dilakukan selama 30 menit disarankan untuk menjaga kelenturan tubuh (4-7 hari per minggu).

2) Frekuensi

Andriyani dan Wibowo (2015: 39) mengatakan "Frekuensi adalah jumlah latihan dalam waktu tertentu.". Jumlah aktivitas yang terjadi setiap minggu, bulan, atau tahun disebut sebagai frekuensi yang ditargetkan.

3) Intensitas

Kesulitan aktivitas diukur dengan intensitasnya. Secara umum, skala rendah, menengah, dan tinggi digunakan untuk mengkategorikan intensitas.

4) Durasi

Durasi sesi latihan adalah jumlah waktu yang dihabiskan untuk berlatih (Andriyani dan Wibowo, 2015: 38). Durasi yang dimaksud adalah berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas fisik, diukur dalam menit atau jam selama satu sesi latihan.

c. Faktor Aktivitas Fisik

Beberapa faktor, termasuk elemen lingkungan makro dan mikro serta karakteristik pribadi, dapat memengaruhi aktivitas fisik seseorang. (Kurnia & Sholikhah, 2020). Social serta ekonomi dapat mempengaruhi aktivitas fisik dan lingkungan dalam lingkup kecil. Dibandingkan dengan individu yang sosial ekonomi yang baik, kelompok dengan latar belakang sosial ekonomi rendah cenderung memiliki lebih sedikit waktu luang. Akibatnya, sistem sosial ekonomi masa lalu yang rendah mungkin memiliki tingkat produktivitas yang lebih rendah daripada sistem sosial ekonomi masa kini yang tinggi sehingga bisa ikut kegiatan fisik secara terencana dan teratur.

Lingkungan ekonomi makro juga mempengaruhi kapasitas pelayanan suatu negara. Berbeda dengan sistem ekonomi konvensional, mungkin ada pelayanan publik yang canggih, termasuk angkutan umum yang lebih baik dan nyaman, fasilitas eskalator, dan fasilitas berteknologi tinggi lainnya yang memungkinkan individu untuk terlibat dalam aktivitas fisik yang rendah. Di sisi lain, negara belum mampu menyediakan gedung-gedung publik dengan teknologi mutakhir di negara-negara dengan situasi sosial ekonomi yang buruk (Welis & Rifki, 2013).

d. Pengukuran Aktivitas Fisik

Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) buatan World Health Organization (WHO) merupakan salah satu organisasi yang

berfokus pada kegiatan fisik. GPAQ dibuat dengan tujuan melihat aktivitas fisik di negara berkembang. 16 item yang membentuk GPAQ, berisi pertanyaan kepada responden tentang partisipasi mereka dalam Kegiatan fisik atau olahraga dari masing-masing 3 konteks meliputi: kegiatan fisik yang berhubungan dengan pekerjaan, aktivitas fisik yang berhubungan dengan perjalanan, dan aktivitas waktu senggang atau waktu senggang. (Hamrik, Sigmundova, Kalman, et al., 2009: 194). GPAQ telah divalidasi untuk menilai aktivitas fisik pada individu antara usia 16 dan 84 tahun (Dugdill, Crone, Murphy, 2009: 69). GPAQ mengklasifikasikan aktivitas fisik berdasarkan MET (*Metabolic Equivalent*) untuk mengukurnya. Berdasarkan perhitungan jumlah total aktivitas fisik yang diberikan dalam satuan MET-menit/minggu, analisis data GPAQ dibagi menjadi beberapa kategori.. Berikut adalah rangkuman total aktivitas fisik yang dikelompokkan berdasarkan masing-masing kategori:

- 1) Tinggi
 - a) melakukan olahraga tidak lebih dari lima jam per hari dengan intensitas tidak lebih dari 1500 MET, atau
 - b) lakukan berbagai latihan olahraga ringan, sedang, dan berat dengan intensitas mingguan hingga 3000 MET-menit.
- 2) Sedang
 - a) Aktivitas berat dilakukan selama tiga hari bisa sangat banyak, kurang dari 20 menit setiap hari, atau

- b) Lakukan kegiatan lumayan setidaknya selama lima hari atau berjalan kaki setidaknya 30 menit setiap hari, atau
- c) Lakukan latihan fisik yang kuat, dan stabil selama empat jam atau lebih per hari, kurang dari 600 MET-menit per minggu.

3) Rendah

Kegiatan yang termasuk termasuk dalam subdimensi tinggi atau sedang tetapi tidak memenuhi salah satu kriteria yang tercantum.

3. Kenyamanan

a. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan merupakan salah satu ide utama dalam kiat keperawatan. Karena keamanan dapat diperoleh dengan kenyamanan, kenyamanan telah menggantikan keamanan sebagai tujuan utama untuk kesembuhan pasien (Alligood & Tomey, 2006). Karena kenyamanan lebih merupakan penilaian respons individu, sangat sulit untuk dijelaskan (Osborne, 1995). Ada tiga jenis keadaan: ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan mengenai hal-hal yang melebihi masalah Kolcaba). (1992, dalam Potter & Perry, 2005).

Evaluasi keseluruhan seseorang terhadap lingkungannya didasarkan pada tingkat kenyamanan dan rasa kesejahteraannya. Dalam situasi ini, selain masalah fisik dan biologis, ada juga masalah sensasi, suara, cahaya, bau, suhu, dan hal lainnya. Otak

mengumpulkan semua rangsangan sekaligus dan memprosesnya. Otak kemudian akan menentukan apakah situasinya nyaman atau tidak dalam arti relatif. Ketidaknyamanan satu faktor dapat diimbangi oleh yang lain (Satwiko, 2011).

b. Aspek dalam kenyamanan

Kenyamanan menggunakan pendekatan holistik yang mencakup hal-hal berikut:

- a. Fisik, yaitu peka terhadap tubuh.
- b. Sosial, melibatkan interaksi interpersonal, keluarga, dan sosial. Sosial didasarkan pada interaksi interpersonal, budaya, dan keseluruhan.
- c. Psicospiritual, berdasarkan pengalaman pribadi mengenai harga diri, kualitas hidup, dan kemungkinan sukses.
- d. Lingkungan, berdasarkan keadaan manusia luar, termasuk komponen-komponen seperti cahaya, suara, suhu, peringatan, dan sebagainya

Kolcaba juga menjelaskan 3 (tiga) tingkatan kenyamanan, yaitu:

- a. Relief, yaitu rasa lega ringan berupa tubuh bebas dari rasa sakit lainnya.
- b. Ease, bentuk nyaman yang lebih halus yang terjadi ketika kenyamanan seseorang tidak ada dalam keadaan fisik, mental, atau emosional yang ketat.

- c. Transcendence, adalah tingkat kenyamanan tertinggi, yang dialami pada tingkat spiritual atau rohani.

Menurut NANDA International (2015–2017), Kenyamanan didefinisikan sebagai selera mental, emosional, atau spiritual. Dalam dimensi spiritual, sosial, dan psikospiritual dari kenyamanan fisik, kenyamanan adalah jenis pola keseimbangan, kelegaan, dan kesempurnaan yang berbeda. Berikut analisis statistiknya:

1. Mengungkapkan keinginan meningkatkan rasa nyaman
2. Mengungkapkan kebutuhan untuk tenang
3. Mengungkapkan keinginan menaikkan keluhan kesah

Kenyamanan psikospiritual terdiri dari motivasi dan keyakinan diri sehingga pasien dapat lebih tenang saat menjalani prosedur yang invasif dan tidak menyenangkan (Herlina, 2012).

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi kenyamanan

- a. Kecemasan

Sesak napas, denyut nadi dan tekanan darah, mulut kering, anoreksia, diare dan konstipasi, sakit kepala, dan buang air kecil adalah contoh tanda-tanda kecemasan (Asmadi, 2008).

- b. Usia

Ciri fisik normal akan berubah seiring bertambahnya usia. Usia juga akan berdampak pada kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam tes fisik pra operatif.

c. Jenis kelamin

Secara umum, ada sedikit perbedaan yang signifikan antara pria dan wanita dalam cara mereka merespons rasa sakit dan kenyamanan yang mereka rasakan..

d. Keluarga

Kenyamanan bagi pasien akan dibantu oleh dukungan sosial yang kuat dari keluarga dan teman. Dukungan keluarga adalah cara keluarga bertindak, merasakan, dan menerima pasien yang sakit (Makhfudi, 2009).

Diantara faktor-faktor yang mempengaruhi Kenyamanan dalam Hakim (2011) adalah sebagai berikut:

1. Sirkulasi

Karena tidak ada batas antara sirkulasi saat ini dan sebelumnya, sirkulasi buruk tidak dapat menghasilkan kenyamanan. Ada dua sirkulasi: sirkulasi di dalam dan di luar ruangan, serta transisi antara dua individu, seperti lobi, koridor, atau aula.

2. Daya alam atau iklim

a) Radiasi matahari : Keteduhan sangat diperlukan karena dapat meningkatkan kenyamanan di siang hari.

b) Angin

Untuk menghasilkan gerakan angin mikro yang sejuk dan memberikan kenyamanan, penting untuk mempertimbangkan arah angin saat merencanakan kawasan. Untuk mengurangi

dampak angin kencang di area yang luas, fitur penghalang angin harus ada.

c) Curah hujan

Sangat penting untuk menyediakan tempat berteduh saat hujan karena elemen curah hujan sering kali mengganggu aktivitas manusia di luar ruangan.

d) Temperature

Suhu permukaan kulit akan naik jika suhu ruangan tinggi, dan akan turun jika suhu ruangan sangat rendah. Dampak panas berlebih pada produktivitas mungkin dapat membuat seseorang mengantuk di tempat kerja dan lebih rentan terhadap kesalahan.

e) Kebisingan

Berikut ini adalah daftar faktor terpenting yang mempengaruhi pengetahuan orang-orang di lingkungan padat seperti kantor atau pabrik adalah kebisingan. Penggunaan alat pelindung diri merupakan salah satu teknik untuk membatasi kebisingan (*ear muffs, ear plugs*).

f) Kebersihan

Sesuatu yang bersih tidak hanya membuat tempat lebih menarik karena bebas dari sampah dan bau tidak sedap, tetapi juga membuat tempat terasa lebih nyaman. Pemulihan jenis pohon dan semak harus memperhatikan kekuatan daya rontok daun dan buah serta kebersihan tinggi di daerah tertentu.

g) Keindahan

Karena menyangkut masalah pemenuhan batin dan panca indera, keindahan merupakan hak yang harus diperhatikan untuk mendapatkan kenyamanan. Karena setiap orang mengekspresikan keindahan dengan cara yang berbeda, menilai keindahan bisa jadi menantang. Keindahan dapat dicapai dalam hal kenyamanan melalui bentuk atau warna.

h) Penerangan

Cahaya alami, intensitas pencahayaan, kualitas cahaya, daya pencahayaan, pemilihan, dan penempatan lampu merupakan faktor penting yang perlu dipertimbangkan saat mencoba menyediakan pencahayaan yang tepat di suatu ruang.

i) Aroma atau bau-bauan

Orang yang melewati area pekerjaan akan mendeteksi bau yang tidak sedap jika dekat dengan tempat pembuangan sampah. Hal ini dapat dihindari melalui system perpindahan bau serta menempatkannya di lokasi yang tersembunyi atas penglihatan dan disembunyikan oleh sekelompok pohon atau semak, atau dengan meninggikan permukaan tanah.

Kemampuan perawat untuk meningkatkan tuntutan kenyamanan menunjukkan bahwa dia telah memberikan pasien keberanian, harapan, hiburan, dukungan, semangat, dan pertolongan. Secara umum pemuasan tuntutan kenyamanan

dalam penerapannya adalah kebutuhan akan kenyamanan yang bebas dari kecemasan sehingga tidak mengganggu sistem fungsi jantung. Hal ini dikarenakan kecemasan mempengaruhi rasa tidak nyaman pasien, yang ditunjukkan dengan munculnya gejala dan indikator pada pasien.

d. Asumsi Kenyamanan Kolcaba

Berikut pembahasan mengenai konsep metaparadigma:

1) Keperawatan

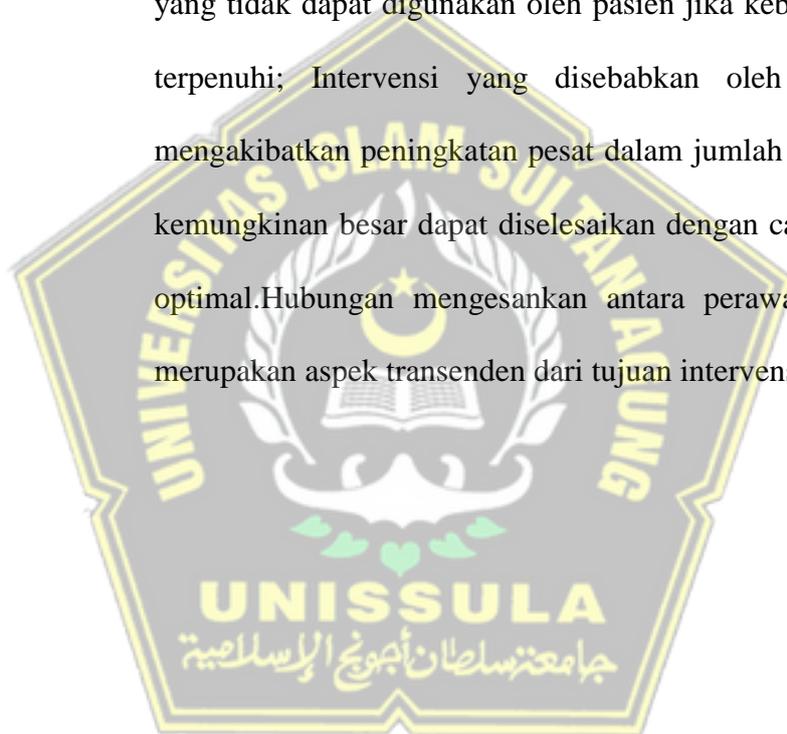
Yang dimaksud dengan "keperawatan" adalah suatu proses yang dilakukan dalam rangka mengidentifikasi kenyamanan, menyiapkan kenyamanan untuk digunakan, menganalisis kinerja kenyamanan berikut implementasinya, dan menyatukannya dengan masa kini. Evaluasi awal dan evaluasi selanjutnya mungkin subjektif, intuitif, atau keduanya. Untuk memenuhi kriteria kenyamanan keanggotaan, Kolcaba menggunakan kriteria sebagai berikut:

a) Teknik mengukur kenyamanan (*technical comfort measures*) adalah emantauan TTV dan nilai kimia darah adalah contoh intervensi untuk mempertahankan homeostasis dan manajemen nyeri. Distribusi obat penghilang rasa sakit adalah bagian dari ini. Pengukuran kenyamanan di desain untuk :

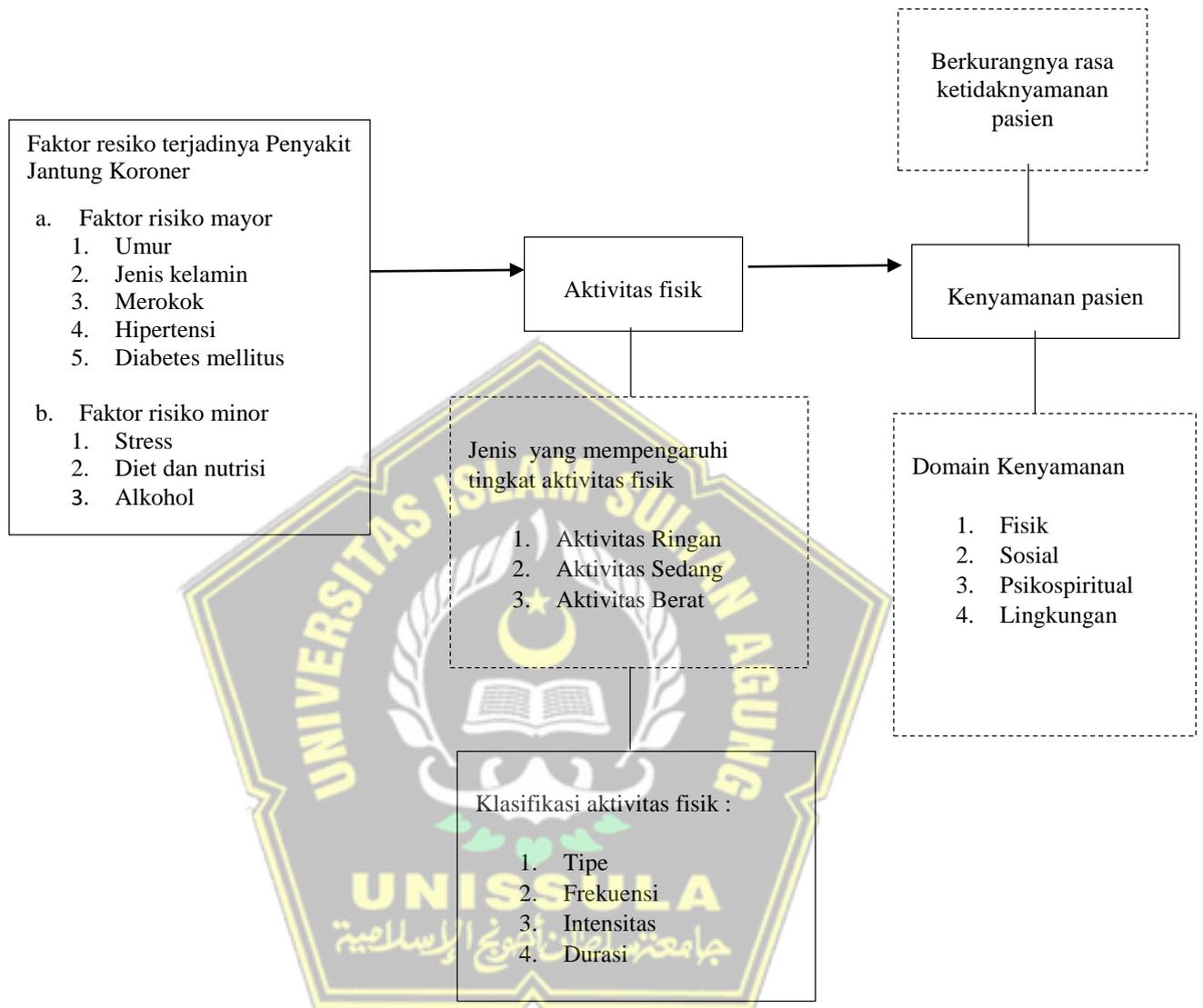
1. Tujuan pasien adalah untuk mempertahankan atau memperkuat fungsi fisik dan kenyamanan.

2. Menghindari terjadi komplikais

- b) Pembinaan (*coaching*) tindakan berguna meningkatkan harapan, memberikan penerimaan dan informasi, dan mengurangi rasa sakit, meninggal yang sesuai dengan budayanya.
- c) *Comfort food* untuk jiwa, memungkinkan untuk intervensi yang tidak dapat digunakan oleh pasien jika kebutuhan pasien terpenuhi; Intervensi yang disebabkan oleh kenyamanan mengakibatkan peningkatan pesat dalam jumlah masalah yang kemungkinan besar dapat diselesaikan dengan cara yang tidak optimal. Hubungan mengesankan antara perawat dan pasien merupakan aspek transenden dari tujuan intervensi.



B. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Skema 2.1 : Wihastuti (2016); Apriana (2015: 22); Kolcaba (2003)

C. Hipotesa

Menurut Sugiyono (2010), hipotesis didasarkan pada jumlah orang dalam populasi, sehingga digunakan untuk menghitung jumlah orang dalam populasi. Hal ini disebabkan karena jawaban yang dipilih tidak berdasarkan teori melainkan fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Istilah "kerangka konseptual" mengacu pada abstraksi sekumpulan fakta, pengetahuan, atau fakta nyata tertentu yang dapat dikomunikasikan dan digunakan untuk mengembangkan teori berdasarkan penerapan variabel tersebut. (Nursalam, 2017).



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

1. Variabel *Independent* (Variabel bebas)

Istilah variabel "bebas" mengacu pada variabel yang tidak dapat dibedakan dari aslinya dan dapat dimanipulasi agar terhubung dengan variabel aslinya. (Nursalam, 2017). Variabel *independent* pada penelitian ini adalah aktivitas fisik.

2. Variabel *Dependent* (Variabel terikat)

Yang dimaksud dengan "variabel terikat" adalah variabel yang diturunkan dari variabel lain. Yang dimaksud dengan "variabel terikat" adalah suatu faktor yang diturunkan dari variabel lain dan digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya variabel yang bersangkutan.

(Nursalam, 2017). Variabel *dependent* pada penelitian ini yaitu tingkat kenyamanan pasien Penyakit Jantung Koroner.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Sasaran dan tujuan penelitian adalah seperangkat aturan atau strategi untuk penelitian yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelompok setelah perolehan kumpulan data pertama dan bertanggung jawab atas penelitian tersebut. (Nursalam, 2017).

Berdasarkan tujuan penelitian, jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan desain penelitian atau metode deskriptif. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel *independent* dan *dependent* hanya satu kali pada satu saat, yang berarti bahwa tiap subjek hanya diamati dan diukur sebanyak satu kali pada saat pemeriksaan tersebut (Nursalam, 2017).

D. Populasi Dan Sampel Penelitian

Populasi adalah bentuk populisme yang paling umum. (Nursalam, 2017) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Seluruh populasi adalah pasien Penyakit Jantung Koroner, yang berdasarkan kriteria inklusi. Ada 515 responden untuk pertanyaan ini.

Istilah "sampling" mengacu pada sekelompok individu yang dipilih secara acak yang digunakan sebagai subset sampling. (Nursalam, 2017).

Penelitian ini menggunakan teknik sampel yaitu *purposive sampling*. *Purposive Sampling* menurut Sugiono (2018:138) ini adalah proses pembuatan sampel dengan menggunakan berbagai metode uji kriteria untuk menghasilkan jumlah sampel yang akan dihasilkan. Pada penelitian sampel yang akan diambil yaitu sebanyak 186 responden. Maka dari itu rumus yang digunakan yaitu rumus *Lemeshow* :

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2})^2 PqN}{d^2(N-1) + (Z_1 - \frac{\alpha}{2})^2 Pq}$$

Keterangan :

n : Besar sampel

N : Besar populasi

d² : Tingkat presisi = 0,05

Z : Tingkat kepercayaan sebesar = 1,96

q : 1-p = 0,76

p : proporsi subyek = 0,25

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,25 \times 0,76 \times 515}{(0,05)^2(515-1) + (1,96)^2 \times 0,25 \times 0,76}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 97,85}{0,0025 \cdot 514 + 3,8416 \times 0,19}$$

$$n = \frac{375,90056}{2,0149}$$

$$n = 186$$

1. Karakteristik paling penting dari profil subyektif populasi sasaran disebut kriteria inklusi. (Nursalam, 2017).

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Tercatat sebagai pasien PJK di RSISA
 - b. Pasien rehab/rawat jalan PJK
 - c. Pasien sadar penuh, dapat diajak berkomunikasi secara verbal
2. Kriteria eksklusi adalah kriteria yang belum memenuhi syarat sebagai penelitian dengan kriteria sebagai sampel untuk penelitian (Dharam, 2011).

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien yang menolak menjadi responden bertandatangan di lembar *informed consent*
- b. Pasien PJK yang mengalami gangguan aktivitas fisik

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

penelitian ini bertempat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. penelitian ini akan berlangsung antara bulan September dan November 2022.

F. Data Operasional

Tabel 3. 1 Data Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Aktivitas Fisik	Aktivitas fisik atau olahraga adalah kegiatan yang dilakukan pasien Penyakit Jantung Koroner secara rutin dan dengan intensitas yang sesuai.	<i>Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)</i> Kuesioner	Tingkat aktivitas fisik 1. Rendah 600 < MET 2. Sedang 3000 > MET ≥ 600 3. Tinggi MET ≥ 3000	Ordinal
Tingkat kenyamanan pasien	Kenyamanan adalah kondisi perasaan pasien Penyakit Jantung Koroner yang merasa nyaman berdasarkan persepsi masing – masing	<i>Short General Comfort Questionnaire (SGCQ)</i> Kuesioner	Skala likert 1-6 Hasil skor nilai jawaban kemudian dikategorikan dalam bentuk : a. Nyaman, skor max 168 b. Tidak nyaman, skor min 28	Ordinal

G. Instrumen/ alat Pengumpulan Data

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang dapat digunakan untuk melakukan penelitian berbagai tugas, seperti menulis, mengobsesi, atau melakukan tugas tertentu yang berhubungan dengan variabel tertentu (Nursalam, 2016). Instrumen yang digunakan dalam prosedur ini adalah kuesioner. Instrumen berikut telah dikembangkan dan diproduksi:

a) Kuesioner aktivitas fisik

Kegiatan fisik adalah suatu metode yang dikembangkan dengan tujuan untuk menggambarkan tubuh manusia sebagai hasil dari kemampuan kerja otot rangka untuk menghasilkan energi. *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)* digunakan untuk

mengukur aktivitas fisik pada anak-anak. Kuesioner ini dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk mempromosikan kegiatan fisik antar negara dalam masa transisi. Menurut Bull, Maslin, dan Amstrong (2009), GPAQ adalah alat yang dapat digunakan untuk mengembangkan aktivitas fisik untuk tujuan mempromosikan keadilan sosial. 790-804). Menurut Dugdill, Crone, & Murphy (2009), GPAQ telah divalidasi untuk mengukur aktivitas keuarga di antara orang berusia 16 hingga 84 tahun. Kegiatan berikut dapat dilakukan oleh seseorang untuk mencapai tujuan aktivitas fisik:

$$\text{Total Aktivitas Fisik MET menit/minggu} = [(P2 \times P3 \times 8) + (P5 \times P6 \times 4) + (P8 \times P9 \times 4) + (P11 \times P12 \times 8) + (P14 \times P15 \times 4)]$$

Setelah mendapat nilai total aktivitas fisik dalam MET kemudian responden dikategorikan menjadi 3 tingkat aktivitas fisik :

MET	Kategori
MET \geq 3000	Tinggi
3000 > MET \geq 600	Sedang
600 < MET	Rendah

Tabel 3. 2 Blueprint Kuesioner Aktivitas Fisik

NO	PARAMETER	Pertanyaan	Jenis pertanyaan positif
1.	Aktivitas saat bekerja (belajar, tugas administrasi, aktivitas rumah tangga)	1-6	1, 2, 3, 4, 5, 6
2.	Aktivitas perjalanan dari tempat ke tempat (ke supermarket, bersepeda, berjalan kaki)	7-9	7, 8, 9
3.	Aktivitas saat rekreasi (olahraga, fitness, rekreasi)	10-15	10, 11, 12, 13, 14, 15
4.	Tidak banyak bergerak (duduk)	16	16

b) Kuesioner kenyamanan

Secara umum, skor kenyamanan pasien dapat diukur dengan menggunakan *General Comfort Questionnaire (GCQ)*. Pada tahun 2006, instrumen ini dimodifikasi dari 48 menjadi 28 pertanyaan termasuk judul baru : *Short General Comfort Questionnaire (SGCQ)*.

Tabel 3. 3 Blueprint Kuesioner Kenyamanan

NO	PARAMETER	Pertanyaan	Jenis pertanyaan positif	Jenis pertanyaan negatif
1	Kenyamanan fisik	2, 9, 12, 13, 16		2, 9, 12, 13, 16
2	Kenyamanan psikospiritual	3, 4, 5, 6, 11, 15, 17, 20, 24, 26, 27, 28	4, 5, 6, 17, 26, 28	3, 10, 15, 20, 24, 27
3	Kenyamanan lingkungan	7, 14, 18, 19, 21, 25	19	7, 8, 14, 18, 21, 25
4	Kenyamanan sosiokultural	1, 8, 10, 22, 23	1, 22, 23	8, 10

2. Uji Instrument Penelitian

a. Uji validitas

Uji validitas yaitu bertujuan untuk mengetahui sebuah keaslian dari suatu instrumen penelitian. Instrumen dikatakan valid ketika sebuah alat ukur dapat menyebutkan atau mengukur suatu data yang diteliti secara tepat (Nursalam, 2016). Dalam hal ini, peneliti menggunakan *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ) untuk mengukur aktivitas fisik. Menurut Cleland et al. (2014:), Kuesioner GPAQ memiliki validitas yang mirip dengan data akselerometer ($r=0,48$). 8). SGCQ digunakan untuk memvalidasi data dengan Cronbach's alpha 0,769 sebagai standar. (Artanti et al., 2018).

b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk instrumen penelitian agar dapat digunakan dan dipercaya dalam pengumpulan sebuah data. Instrumen dikatakan reabilitas apabila bisa mengetahui besar kemampuan dan mengukur secara tepat sasaran yang diukur (Nursalam, 2016). Instrumen GPAQ yang digunakan dalam penelitian ini memiliki reliabilitas nol dengan Kappa masing-masing sebesar 0,67 atau 0,73. (Amstrong, Bull, & Maslim, 200: 790-804). Kuesioner SGCQ telah diuji reliabilitasnya dan telah dinyatakan reliabel sehingga tidak perlu diuji, uji reliabilitasnya memperoleh hasil pada kisaran 0,7 – 0,95 (Artanti et al., 2018).

H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan sebuah proses yang harus dilalui melalui pendekatan pada subjek penelitian dalam prosesnya (Notoatmodjo, 2011). Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden (Saryono, 2011). Adapun tahap prosedur pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

1. Dalam rangka pelaksanaan tugas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis memberikan tambahan informasi kepada pengelola Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Setelah mendapat survey dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, penulis diinstruksikan untuk menyerahkan survey ke Litbang bagian Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
3. Peneliti menunggu surat ditandatangani oleh direksi Rumah Sakit
4. Untuk keperluan mendapatkan data Penyakit Jantung Koroner penelitian menggunakan surat izin dari anggota Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, selain itu juga menggunakan surat izin dari anggota kepala ruang poli jalan/poli klinik untuk melaksanakan pembelajaran.
5. Peneliti menentukan responden dengan melihat daftar pasien penyakit jantung coroner sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditentukan.
6. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian kepada pasien Penyakit Jantung Koroner pada ruang poli jalan/poli klinik untuk

mengambil data tentang aktivitas fisik dengan tingkat kenyamanan pasien.

7. Penelaahan menelaah tujuan, manfaat, dan prosedur lembar kuesioner dan meminta tanggapan atas penelaahan dengan mengidentifikasi lembar persetujuan.
8. Peneliti melakukan pengambilan data mengenai aktivitas fisik dengan tingkat kenyamanan yang dilakukan pasien yang sudah memenuhi kriteria inklusi dan melakukan wawancara kepada pasien tersebut.
9. Peneliti memberikan kuesioner aktivitas fisik dan kuesioner kenyamanan pada pasien yang akan mengisi kuesioner.
10. Setelah dilakukan wawancara yang dipandu peneliti selesai dilakukan, kemudian isi hasil wawancara dicek kembali dan apabila belum lengkap maka responden diminta untuk melengkapi kembali.

I. Analisis Data

Analisis informasi yaitu suatu kegiatan yang dilakukan setelah informasi dari seluruh responden atau sumber informasi lain sudah terkumpul (Oliver, 2013).

1. Pengolahan Data

Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar.

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

a) Editing

Memeriksa ketepatan, kelengkapan, dan kesesuaian data yang diperoleh dengan kebutuhan penelitian.

b) *Coding*

Data yang telah dikumpulkan dan dianalisis, serta data yang telah dikumpulkan, akan disimpan secara manual hingga dipindahkan ke komputer.

c) *Entry*

Data yang digunakan dalam kode terdapat pada program *Static Package for Social Sciences (SPSS)*.

d) *Cleaning*

Proses menganalisis data yang telah dimasukkan ke dalam program untuk meningkatkan keakuratan data tersebut dikenal dengan data mining.

e) *Saving*

Gunakan data untuk analisis. Data yang telah dikumpulkan dan dianalisis akan memakan waktu lebih lama.

2. Jenis Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program komputer *Statical Package for Social Sciences (SPSS)*. Data yang digunakan dianalisis dengan menggunakan analisis univariat.

Analisis univariat. Langkah terakhir dalam analisis univariat adalah mengidentifikasi rentang dependensi dan independensi variabel. (Saryono, 2009). Fungsinya untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan Persentase dari subjek penelitian dalam

bentuk table distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2011). Analisa univariat ini hanya distribusi dan presentasi tiap-tiap variabel yaitu tentang *aktivitas fisik* dan *tingkat kenyamanan* pada pasien Penyakit Jantung Koroner. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berdasarkan pada data kategorik. Melakukan uji normalitas pada data numerik menggunakan *uji saphiro wilk* dan uji tendensi sentral untuk mengetahui mean, median, modus, dan standar deviasi data.

J. Etika Penelitian

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Dapatkan persetujuan sebelum mengumpulkan data dari subjek permintaan. Hal ini disebabkan karena subjek pendidikan dapat memperoleh pengetahuan dan keahlian. Jika subjek tidak memberikan tanggapan, maka responden harus memberikan tanggapan.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti tidak menyebutkan nama respon, tetapi menyebutkan identitas respon atau kode yang dimaksud.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Untuk mengumpulkan informasi atau data lain yang relevan, penulis menggunakan jaminan kerahasiaan.

4. *Beneficence* (manfaat)

Tujuan latihan adalah untuk meningkatkan produktivitas, mengurangi risiko, atau kerugian atau risiko, antara lain, dan meningkatkan efisiensi latihan itu sendiri.

5. *Justice* (keadilan)

Peneliti memperlakukan subyek secara adil dan baik, tidak membedakan tiap prioritas subyek penelitian.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar Bab

Lokasi ini berada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penelitian ini akan dilaksanakan antara bulan September dan November 2022 dengan menggunakan kuesioner. *Sampling purposive*, juga dikenal sebagai sampel sampling, adalah metode yang menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi calon peserta dan membandingkannya dengan kriteria yang dirancang untuk mengidentifikasi calon peserta, sehingga peneliti berhasil mendapatkan sebanyak 186 responden untuk uji penelitian, dimana jumlah tersebut sudah sesuai dan memenuhi jumlah sampel minimal yang diharapkan. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana gambaran aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pasien dengan penyakit jantung koroner.

B. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Karakteristik umum responden terdiri dari ciri khas yang diturunkan dari tanggapan responden. Hal ini karena karakteristik umum responden terdiri dari kriteria yang dimaksudkan untuk digunakan oleh subjek penelitian agar jumlah informasi di atas kertas dapat ditambahkan dan subjek menjadi harapan. Dalam penelitian ini karakteristik respon yang ditampilkan meliputi jenis kelamin, umur,

dan klasifikasi. Berikut ini adalah contoh distribusi karakteristik tanggapan:

a. Jenis Kelamin

Gambaran responden berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien poli jantung RSISA

(n=186)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	127	68,3 %
Perempuan	59	31,7 %
Total	186	100 %

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil responden yang lebih banyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sejumlah 127 responden (68,3%), sedangkan untuk yang berjenis kelamin perempuan sejumlah 59 responden (31,7%).

b. Umur

Gambaran responden berdasarkan kelompok umur adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 2 Distribusi frekuensi karakteristik responden menurut umur pada pasien poli jantung RSISA (n=186)

Variabel	Mean	Standar Deviasi (SD)	Min-Maks
Usia (tahun)	60,02	8,795	33-81

Berdasarkan 4.2. didapatkan hasil rata-rata responden yaitu berusia 60 dengan standar deviasi 8,795. Usia termuda pasien jantung koroner adalah 33 tahun dan usia tertua yaitu 81 tahun.

c. Klasifikasi Penyakit

Gambaran responden berdasarkan kelompok klasifikasi penyakit adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 3 Distribusi frekuensi karakteristik responden menurut klasifikasi penyakit pada pasien poli jantung RSISA

(n=186)

Klasifikasi Penyakit	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Atherosclerotic heart disease	186	100%
Total	186	100%

Berdasarkan 4.3. didapatkan hasil responden paling banyak atherosclerotic heart disease yaitu sejumlah 186 responden (100%).

2. Variabel Penelitian

Adapun hasil uji dari setiap variabel dalam penelitian ini adalah :

a. Aktivitas Fisik

Pengukuran mengenai aktivitas fisik diukur dengan menggunakan 16 item kuesioner. Nilai jawaban responden selanjutnya dibagi ke dalam 3 kategori.

**Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi responden
berdasarkan aktivitas fisik pada pasien poli jantung RSISA
(n=186)**

Aktivitas Fisik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah	101	54,3%
Sedang	61	32,8%
Tinggi	24	12,9%
Total	186	100%

Berdasarkan tabel 4.4. menunjukkan bahwa responden yang mempunyai aktivitas fisik rendah sebanyak 101 responden (54,3%), aktivitas fisik sedang sebanyak 61 responden (32,8%), aktivitas fisik tinggi sebanyak 24 responden (12,9%).

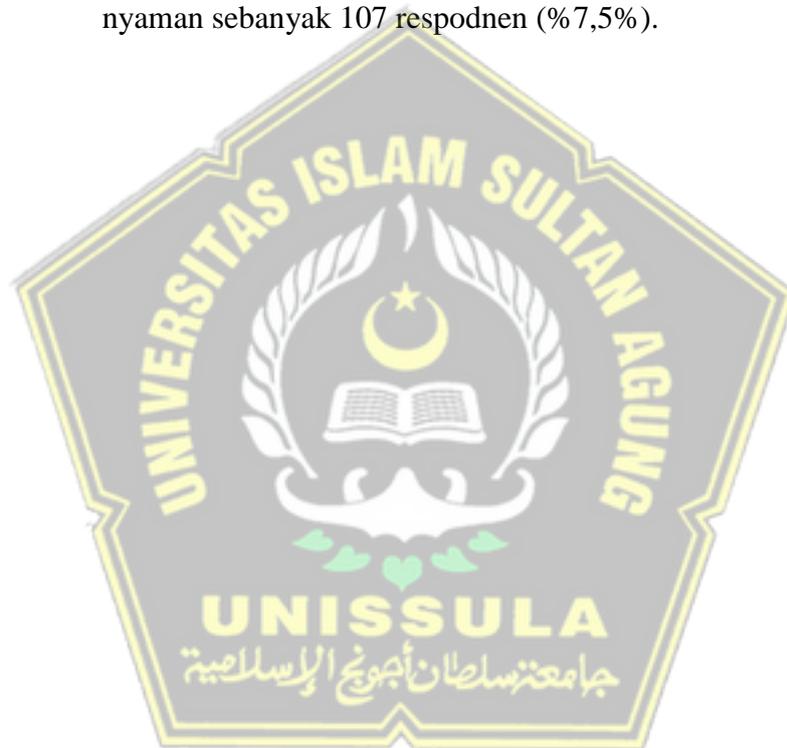
b. Tingkat kenyamanan

Pengukuran mengenai tingkat kenyamanan diukur dengan menggunakan 28 item kuesioner. Nilai jawaban responden selanjutnya dibagi ke dalam 2 kategori.

Tabel 4. 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat kenyamanan pada pasien poli jantung RSISA (n=186)

Tingkat Kenyamanan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Domain Fisik		
Nyaman	79	42,5%
Tidak Nyaman	107	57,5%
Domain Sosiokultural		
Nyaman	84	45,2%
Tidak Nyaman	102	54,8%
Domain Psikospiritual		
Nyaman	98	52,7%
Tidak Nyaman	88	47,3%
Domain Lingkungan		
Nyaman	92	49,5%
Tidak Nyaman	94	50,5%

Berdasarkan tabel 4.5. didapatkan data bahwa responden terbanyak yang mengalami tingkat kenyamanan dalam tingkat nyaman yaitu pada domain psikospiritual sebanyak 98 responden (52,7%) dan dalam tingkat tidak nyaman sebanyak 88 responden (47,3%). Tingkat nyaman terendah yaitu pada domain fisik, responden nyaman sebanyak 79 (42,5%) dan dalam tingkat tidak nyaman sebanyak 107 responden (57,5%).



BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengantar Bab

Pada pengantar bab ini peneliti akan membahas hasil dari penelitian yang berjudul gambaran aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pada pasien dengan penyakit jantung koroner. Analisis univariat aktivitas fisik dan tingkat kenyamanan pasien dilakukan pada data yang sedang dianalisis. Data ini digunakan untuk memberikan jaminan mengenai berbagai karakteristik tanggapan yang ditujukan kepada pengguna dan pasien. Adapun hasil pembahasannya sebagai akibat dari hal ini:

B. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 127 orang dan perempuan sebanyak 59 orang. Seperti yang dapat dilihat, responden pria menunjukkan paling banyak daripada responden wanita jika dibandingkan dengan jenis kelaminnya.

Penelitian sejalan dengan peneliti lain, didapatkan jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan (Zulaekah, dkk., 2017). Studi ini menunjukkan bahwa pria lebih berisiko terkena penyakit jantung koroner dibanding perempuan. Pada

penelitian yang senada didapatkan hasil bahwa laki-laki merupakan pasien terbanyak pada penyakit jantung koroner (Novi, 2020).

Menurut teori, laki-laki memiliki risiko terjadinya penyakit jantung koroner tertinggi, karena salah satu faktor yaitu kebiasaan hidup tidak baik, merokok, jarang berolahraga, hipertensi dan kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi kolesterol (Zulaekah dkk, 2017). Saat seseorang merokok, nikotin dalam rokok masuk ke aliran darah dan merusak arteri, memulai proses aterosklerosis dan meningkatkan tekanan darah. Karena kerja jantung memompa oksigen lebih kuat dan peningkatan kebutuhan oksigen yang disebabkan oleh adanya karbon monoksida dalam tubuh, peningkatan denyut jantung dapat terjadi.

Sehingga pasien disarankan untuk melakukan aktivitas fisik secara rutin, karena aktivitas fisik mempengaruhi proses metabolisme tubuh, menurunkan kadar *high-density lipoprotein* (HDL) dan meningkatkan kadar *low-density lipoprotein* (LDL), menurunkan sensitivitas insulin, meningkatkan tekanan darah, dan peningkatan kadar lemak berlebih (Reddigan, erden, Ridell, & Kuk, 2011).

b. Usia

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian rata-rata responden pada usia 60 tahun, usia tertua yaitu berusia 81 tahun, dan usia termuda yaitu berusia 33 tahun.

Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan penderita jantung koroner dengan kriteria umur lebih banyak pada umur 59-64 tahun (Novi, 2020). Sedangkan menurut (Sari, 2021), menyatakan bahwa pasien jantung koroner lebih banyak diderita pada usia 50-59 tahun. Penderita jantung koroner menunjukkan usia responden berkisar 49-78 tahun (Zulaekah dkk., 2017).

Menurut temuan berbagai penelitian, sejumlah faktor, termasuk usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, hipertensi, kadar kolesterol darah tinggi, diabetes melitus, obesitas, aktivitas fisik, pola makan, merokok, perilaku, kebiasaan, stres, dan keturunan, dapat mempengaruhi terjadinya penyakit jantung koroner. (Anwar, 2004).

Menurut WHO merekomendasikan orang berusia 18 hingga 64 tahun untuk melakukan latihan fisik setidaknya selama 150 menit pada tingkat sedang atau 75 menit pada intensitas tinggi per minggu.

c. Klasifikasi Penyakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa klasifikasi penyakit didapatkan yaitu *atherosclerotic heart disease* dengan 186

responden. Hal ini dapat dilihat dari aktivitas fisik pasien dalam kategori rendah, karena melakukan latihan fisik secara teratur meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah, yang menurunkan risiko penyakit jantung koroner (Wahidin, Veronica, 2018).

Aterosklerosis, penumpukan plak di arteri yang dapat menyebabkan serangan jantung, adalah istilah medis untuk kondisi yang dikenal sebagai penyakit jantung koroner (American Heart Association, 2013).

Kurangnya aktivitas fisik dapat mempengaruhi berat badan tidak ideal, yang seiring waktu dapat menyebabkan penumpukan plak di arteri koroner atau aterosklerosis, mengganggu kemampuan jantung untuk memompa darah secara efisien (Nurarif, 2015).

d. Aktivitas Fisik

Penelitian dilakukan pada 186 responden, temuan penelitian mengungkapkan bahwa pasien memiliki aktivitas fisik rendah sebanyak 101 orang. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian (Rohyadi dkk., 2020) menunjukkan bahwa responden melakukan aktivitas fisik rendah.

The American Heart Association (AHA) dan American College of Sports Medicine (ACSM) menyarankan pasien PJK untuk berbicara dan mendapatkan persetujuan dokter mereka sebelum melakukan aktivitas fisik apa pun. Penjelasannya, pasien

PJK yang pernah mengalami serangan jantung merasa takut berolahraga sendirian jika tanpa pengawasan.

Aktivitas fisik yang tidak teratur dan dilakukan secara tiba-tiba dapat menjadi pencetus terjadinya nyeri dada pada pasien yang telah mengidap penyakit jantung koroner. Nyeri dada disebabkan karena ketidakadekuatana suplai O₂ ke sel-sel otot jantung yang diakibatkan karena kekacauan atreti dan penyempitan lumen arteri pembuluh jantung (ateriosklerosis).

Sejalan pada penelitian Fajar (2015) menunjukkan bahwa mereka yang melakukan aktivitas fisik ringan memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit jantung koroner daripada mereka yang melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat. Bahwa lebih dari separuh pasien mengalami ketidaknyamanan dada yang parah (nyeri dada), lebih dari separuh melakukan aktivitas ringan, dan lebih dari separuh memiliki gejala terkait stres (Ramadini, 2018). Sebagian besar pasien penyakit jantung koroner memilih untuk melakukan aktivitas fisik ringan karena aktivitas berat berdampak pada munculnya rasa nyeri tidak nyaman pada dada pasien PJK. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang melibatkan penggunaan energi. Dengan meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah, aktivitas fisik teratur sangat menurunkan risiko penyakit jantung koroner.

Risiko seseorang 6,25 kali lebih tinggi jika mereka melakukan aktivitas fisik yang lebih sedikit dibandingkan dengan seseorang yang melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat (Ridha A, dkk., 2013). Aktivitas fisik dengan intensitas tinggi tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan gangguan jantung seperti aritmia dan beresiko mengalami kardiotoxisis. Kardiotoxisis adalah kerusakan pada otot jantung akibat pelepasan senyawa kimia, yang menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh.

Aktivitas fisik dapat menurunkan resiko penyakit jantung koroner (Mora, Cook, Buring, Ridker, & Lee, 2007). Temuan penelitian ini didukung teori yang mengemukakan bahwa aktivitas fisik bahwa aktivitas fisik dapat menurunkan nada saraf simpatik, meningkatkan penurunan berat badan, dan meningkatkan metabolisme tubuh sehingga sirkulasi darah dapat berfungsi lebih mudah.

Salah satu contoh menunjukkan bahwa faktor risiko ini dapat digunakan untuk menentukan kemungkinan kematian koroner. Salah satu jenis kegiatan yang paling umum adalah aktivitas fisik. Metabolisme lemak dalam tubuh dapat dipengaruhi oleh olahraga teratur dengan intensitas minimal 30 menit per hari .

Temuan penelitian menunjukkan bahwa aktivitas fisik ringan dapat menyebabkan penyakit jantung koroner akut. Karena

jika seseorang kurang melakukan aktivitas fisik maka dapat menghambat pembakaran lemak dan kalori dalam tubuhnya menjadi lebih sedikit. Selain itu, ada faktor lain yang dapat menyebabkannya, seperti merokok, yang dapat menyebabkan perkembangan plak di pembuluh darah koroner, yang selanjutnya menyebabkan penyakit jantung koroner.

e. Tingkat Kenyamanan

Hasil penelitian didapatkan data bahwa domain psikospiritual yang mengalami tingkat kenyamanan dalam tingkat nyaman paling banyak yaitu 98 responden, sedangkan responden yang mengalami tingkat kenyamanan dalam tingkat tidak nyaman sebanyak 88 responden. Kemudian pada domain fisik tingkat kenyamanan dalam tingkat nyaman pada sebanyak 79 responden, sedangkan responden yang mengalami tingkat kenyamanan dalam tingkat tidak nyaman pada domain fisik 107 responden.

Berdasarkan pandangan individu, kenyamanan adalah sensasi perasaan nyaman. Meskipun ini adalah keadaan abstrak, kenyamanan dialami oleh seseorang setelah mereka memenuhi kebutuhan dasarnya, yang bervariasi dari orang ke orang tergantung pada sejumlah situasi eksternal. Evaluasi keseluruhan seseorang terhadap lingkungannya didasarkan pada tingkat kenyamanan dan rasa kesejahteraannya.

Karena kenyamanan keamanan dapat diubah, sejak awal Kenyamanan diprioritaskan. (Tomey, 2006). Saat terpenuhinya kenyamanan menyebabkan perasaan sejahtera pada diri individu. Kolcaba mengatkan pentingnya pengukuran kenyamanan sebagai hasil tindakan perawat.

Pada domain fisik sangat dibutuhkan untuk melihat ketidaknyamanan pasien yang dapat mengganggu keadaan fisik dan emosional pasien. Jika kenyamanan fisik mengganggu keadaan dan kesehatan pasien maka akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pasien penyakit jantung biasanya mengalami nyeri dada, keadaan ini dapat menimbulkan adanya perubahan fisik seseorang. Yang menyebabkan saraf otonom menjadi aktif yang mana dapat meningkatkan detak jantung, tekanan darah naik, frekuensi nafas bertambah dan tingkat energi pasien menurun (Purwaningsih, 2010). Teknik mengukur kenyamanan (*techincal comfort measures*) adalah pemantauan tanda-tanda vital dan nilai kimia darah adalah contoh intervensi untuk mempertahankan homeostasis dan manajemen nyeri (Kolcaba, 2006).

Kenyamanan lingkungan sangat diperlukan untuk menjaga keadaan pasien agar tetap merasa tenang, karena jika lingkungan tidak mendukung untuk pasien beristirahat maka pasien akan mengalami cemas dan tidak tenang dalam beristirahat. Domain lingkungan, perawat mampu melakukan prosedur yang

memberikan berbagai jenis kenyamanan pada pasien (Olson, 2001). Istilah "target intervensi" mengacu pada teknik transendental yang dapat digunakan untuk menjembatani kesenjangan antara manusia dan benda. Meredupkan lampu juga dapat mengurangi rangsangan pada pasien, perawat mengamati waktu istirahat pasien, dan menjaga kebisingan lingkungan.

Pasien yang merupakan makhluk sosial menemukan kenyamanan dalam dukungan sosial sebab dapat mengurangi stress pada individu, bisa berhubungan dengan orang-orang di lingkungan yang aman, dan memiliki lingkup sosial yang luas. (Kaniasty, 2000). Fokus tanggung jawab sosial saat ini berupa refleksi diri, komunikasi interpersonal (sosial dan profesional), pengumpulan data, dan penyebaran informasi (Umberson, 2010). Hubungan interpersonal ini yang dimaksud didapatkan dari keluarga, sebagai dukungan untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

Pemenuhan kebutuhan psikospiritual juga sangat diperlukan untuk pasien. Ketidaknyamanan yang biasa muncul yaitu kecemasan, yang sejalan dengan penelitian Kadek (2013) menjelaskan bahwa gangguan kecemasan cukup tinggi pada populasi dengan penyakit jantung. Makanan yang menenangkan bagi orang yang sakit, diet yang tidak membuat mereka sakit tetapi tetap memberi mereka kesenangan; tindakan kenyamanan terdiri

dari tingkat kekuatan yang tinggi pada keadaan. Hubungan mengesankan antara perawat dan pasien merupakan aspek transenden dari tujuan intervensi.

Untuk menjaga ketenangan pasien agar tidak cemas yaitu dapat dilakukan dengan membatasi pengunjung, memberikan waktu untuk pasien menceritakan keadaannya saat ini, lakukan pembinaan menghilangkan rasa nyeri, memberikan kata motivasi, dan memberikan sentuhan sebagai rasa peduli. Memberikan waktu untuk pasien berdoa dan beribadah agar pasien merasa tenang.

C. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan yang diidentifikasi oleh peneliti selama penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada beberapa yang menolak untuk berpartisipasi sebagai responden dari penelitian ini.
2. Kurangnya waktu saat mewawancarai pasien, karena pasien harus menjalani tindakan.

D. Implikasi Keperawatan

Pasien dapat melakukan aktivitas fisik secara rutin untuk menjaga kesehatan, serta menjaga pola hidup sehat. Mengurangi suatu hal yang dapat memicu faktor terjadinya penyakit jantung koroner. Agar kenyamanan pasien tetap optimal maka harus menjaga keadaan fisik, hubungan sosial, keadaan lingkungan, dan psikospiritual untuk

mengurangi rasa cemas dan nyeri sehingga pasien dapat merasa tenang dan nyaman.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan karakteristik responden, jenis kelamin mayoritas laki-laki, umur terbanyak 60-69 tahun dan klasifikasi penyakit terbanyak adalah *atherosclerotic heart disease* yaitu sejumlah 186 responden.
2. Aktivitas fisik yang paling banyak dilakukan pasien yaitu dalam kategori aktivitas fisik rendah sebanyak 101 responden, pasien kurang melakukan aktivitas fisik secara rutin.
3. Tingkat kenyamanan yang dirasakan pasien pada domain psikospiritual, individu merasa nyaman dengan diberikannya waktu untuk tenang dan berdoa. Pada domain lingkungan, pasien merasa nyaman jika tidak ada kebisingan, ruangan yang redup yang dapat mendukung waktu istirahat pasien. Domain sosiokultural, dukungan dari keluarga dan orang sekitar dapat meningkatkan rasa nyaman pasien. Pada domain fisik, manajemen mengurangi rasa nyeri pada pasien akan menjaga kualitas hidup pasien.

B. Saran

1. Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan atau referensi bagi mahasiswa khususnya yang akan melakukan penelitian selanjutnya sebagai literatur untuk menciptakan kepentingan bersama

untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien dan mempertahankan kenyamanan pasien agar pasien merasa tenang.

2. Profesi

Hasil penelitian ini diharapkan mampu melengkapi informasi untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien dilakukan secara teratur dan meningkatkan kenyamanan pasien, menghilangkan rasa nyeri, dan cemas pada pasien PJK.

3. Bagi Masyarakat

Pasien PJK yang merasakan nyeri dada dan cemas akibat sakitnya dapat meningkatkan kenyamanannya agar pasien dapat merasa tenang dan pasien dapat melakukan aktivitas fisiknya secara rutin untuk menjaga sistem kerja jantung.

4. Peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat memberikan referensi tambahan dan diharapkan dapat mengkaji masalah ini dengan jangkauan lebih luas, peneliti selanjutnya juga diharapkan lebih matang dalam mempersiapkan dan menyediakan waktu yang cukup bagi para responden agar tidak mnjawab dengan terburu-buru.

DAFTAR PUSTAKA

- Abarca, R. M. (2021). Penyakit Jantung Koroner 1. , 2013–2015.
- Adhitya, S. D. (2016). (Vol. 3, Issue 2). <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/355%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/731%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/269%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/106>
- Artanti, E. R., Nurjannah, I., & Subroto, S. (2018). Validity and Reliability of Shortened General Comfort Questionnaire in Indonesian Version. *Belitung Nursing Journal*, 4(4), 366–372. <https://doi.org/10.33546/bnj.437>
- Balitbang Kemenkes RI. (2013) *Riset Kesehatan Dasar; RISKEDAS*. Jakarta : Balitbang Kemenkes RI.
- Delina, N. F., & Nindi. (2020). *Studi Literatur Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) dengan Masalah Nyeri Akut*. 5–25.
- Dibben, G. O., Dalal, H. M., Taylor, R. S., Doherty, P., Tang, L. H., & Hillsdon, M. (2018). Cardiac rehabilitation and physical activity: Systematic review and meta-analysis. *Heart*, 104(17), 1394–1402. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312832>
- Fajar, K. Al. (2015). *Hubungan Aktivitas Fisik Dan Kejadian Penyakit Jantung Koroner Di Indonesia : Analisis Data Riskedas Tahun 2013*. [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28908/1/Kemal Al Fajar-fkik.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28908/1/Kemal%20Al%20Fajar-fkik.pdf)
- Hardinge, M.G., & Shyrook, H. (2001). *Kiat Keluarga Sehat Mencapai Hidup Prima dan Bugar*. (Terjemahan Ruben Supit). Bandung: Indonesia Publishing House.
- Irmalita. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, Edisi Kelima.
- Isabella, L. (2021). *Henti Jantung Saat Berolahraga*. <https://www.herminahospitals.com/id/articles/henti-jantung-saat-berolahraga>
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Info DATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta : Departemen Kesehatan Reuplik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2013). *Laporan Riset Kesehatan dasar 2013*. Kemenkes RI

- Kemenkes RI. (2013). *Pedoman Manajemen Data Riset Kesehatan Dasar 2013*.
Kemenkes RI
- Kolcaba. (2003). *Tingkat Kenyamanan Pasien*
- Kurnia, A. D., & Sholikhah, N. (2020). Hubungan Antara Tingkat Aktivitas Fisik Dengan Tingkat Depresi Pada Penderita Penyakit Jantung. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 6(1).
<https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v6i1.188>
- Lily Ismudiati, R. (1996). *Buku Ajar Kardiologi*. Jakarta : UI Press
- NANDA Internasional. (2015-2017). *Diagnosa Keperawatan*. Buku kedokteran EGC. Jakarta, hal598.
- nengsih, nofiti. (2018). *Peran Olahraga Terhadap Penyakit Jantung*.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/9642w>
- Newhouse, A., & Jiang, W. (2014). *Heart failure and depression*. *Heart Failure Clinics*. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2013.10.004>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka cipta
- Oliver, J. (2013). Konsep kurma. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Ramadani, I. (2018). Hubungan Aktivitas Fisik Dan Stress Dengan Nyeri Dada Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Poliklinik Jantung Rsup. Dr. M. Djamil. *Human Care Journal*, 2(3). <https://doi.org/10.32883/hcj.v2i3.98>
- Rohyadi, Y., Diah, S., & Tursini, Y. (2020). *Gambaran aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner*. 1(1), 34–41.
- Setyaji, D. Y., Prabandari, Y. S., & Gunawan, I. M. A. (2018). Aktivitas fisik dengan penyakit jantung koroner di Indonesia. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 14(3), 115. <https://doi.org/10.22146/ijcn.26502>
- Suputra, P. A. (2015). Latihan Fisik pada Penderita Koroner. *Proceedings Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA V*, 342–346.
- Tappi, V. E., Nelwan, J. E., & Kandou, G. D. (2018). Hubungan Antara Aktivitas Fisik Dan Riwayat Keluarga Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner Di Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Kesmas*, 7(4), 1–9.
<http://ejournalhealth.com/index.php/kesmas/article/view/895>
- Wahidin, Veronica, R. A. (2018). *Gambaran aktivitas fisik pada pasien penyakit jantung koroner di poli jantung rsu dr. wahidin sudiro husodo kota*

mojoketo rizza arista veronica.

- Wilkinson, J. (2015). *Digital Receipt Page. 1*(Bb 54277138), 4473839.
- Willy, Tjin. (2020). *Komplikasi Penyakit Jantung Koroner*. <https://www.alodokter.com/penyakit-jantung-koroner/komplikasi>.
- Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), 1–15. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007725>
- World Heart Organization (2019). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Website: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en>
- Zabdi, A. (2003). *Kajian Kenyamanan Fisik Pada Terminal Penumpang Stasiun Besar Yogyakarta*. 30–63. <http://e-journal.uajy.ac.id/11074/4/3MTA02242.pdf>
- Zulaekah, S., Rahmawati, A. C., & Rahmawaty, S. (2017). Aktivitas Fisik dan Rasio Kolesterol (HDL) pada Penderita Penyakit Jantung Koroner di Poliklinik Jantung RSUD Dr Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 2(1), 11–18.

