



**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK PASIEN PENYAKIT
JANTUNG KORONER (PJK) DI RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Skripsi

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

MUHAMMAD GUNTUR NOVAL HIDAYAT

NIM: 30901800119

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**



**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK PASIEN PENYAKIT
JANTUNG KORONER (PJK) DI RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Skripsi

Oleh :

**MUHAMMAD GUNTUR NOVAL HIDAYAT
NIM: 30901800119**

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

2023

SURAT PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 dikemudian 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, 22 Februari 2023

Mengetahui,

Wakil Dekan I



(Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat)
NIDN.0609067504

Peneliti



(Muhammad Guntur Noval Hidayat)
30901900209



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi Berjudul :

GAMBARAN AKTIVITAS FISIK PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Muhammad Guntur Noval Hidayat
NIM : 30901800119

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada

Pembimbing I,

Tanggal : 4 September 2023



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

Pembimbing II,

Tanggal : 4 September 2023



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

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul :

**GAMBARAN AKTIVITAS FISIK PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER (PJK) DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Disusun oleh :

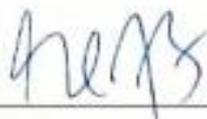
Nama : Muhammad Guntur Noval Hidayat

NIM : 30901800119

Telah dipertahankan di depan Dewan penguji tanggal 6 September 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistvaningsih, M.Kep. Sp.KMB
NIDN. 0602037603

()

Penguji II,

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

()

Penguji III,

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

()

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugasnya dalam mengerjakan skripsi yang berjudul “**Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**” dengan sebaik – baiknya. Sholawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan kita.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulis banyak mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang telah penulis rencanakan. Untuk itu, pada kesempatan kali ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, S.KM, M.Kep, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN selaku pembimbing pertama yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu dan nasihat yang sangat berharga, serta memberikan pelajaran buat saya tentang arti sebuah usaha, pengorbanan, ikhlas, tawakal dan kesabaran yang akan membuahkan hasil yang bagus pada akhir penyusunan skripsi ini.

4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep pembimbing kedua yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu dan nasihat yang sangat berharga, serta memberikan pelajaran buat saya tentang arti sebuah usaha, pengorbanan, ikhlas, tawakal dan kesabaran yang akan membuahkan hasil yang bagus pada akhir penyusunan skripsi ini.
5. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB selaku Kaprodi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Kedua orang tua dan adik-adikku tersayang, yang telah memberikan kasih sayang, support dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas segala dukungan, semangat, ilmu dan pengalaman yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran sangat diharapkan untuk mencapai hasil yang lebih baik. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis pada khususnya dan dapat menambah wawasan pembaca pada umumnya.

Semarang, Agustus 2023

Penulis,

Muhammad Guntur Noval Hidayat

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Teori.....	6
1. Penyakit Jantung Koroner	6
a. Pengertian Penyakit Jantung Koroner.....	6
b. Etiologi jantung koroner	7
c. Patofisiologi	8
d. Faktor risiko penyakit jantung koroner.....	10
e. Gejala penyakit jantung koroner	16
f. Penatalaksanaan penyakit jantung koroner	18

g.	Gambaran klinis dan laboratorium Penyakit Jantung Koroner (tingkat keparahaan).....	21
2.	Aktivitas Fisik	27
a.	Pengertian Aktivitas Fisik.....	27
b.	Faktor-Faktor Aktivitas Fisik.....	28
c.	Aspek-Aspek Kualitas Hidup	30
B.	Kerangka Teori.....	33
BAB III	METODE PENELITIAN	34
A.	Kerangka Konsep	34
B.	Variabel Penelitian	34
C.	Desain Penelitian.....	34
D.	Populasi dan Sampel Penelitian	35
1.	Populasi.....	35
2.	Sampel.....	35
E.	Tempat dan Waktu Penelitian	37
F.	Deinisi Oprasional.....	37
G.	Instrumen dan Alat Ukur Data	38
1.	Kuesioner	38
H.	Uji Validitas dan Reliabilitas	38
1.	Uji Validitas	38
2.	Uji Reabilitas.....	39
I.	Metode Pengumpulan Data	39
J.	Pengolahan Data.....	40
K.	Analisa Data	41
L.	Etika Penelitian	41

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	43
A. Pengantar Bab	43
B. Hasil analisis univariat	43
1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	43
a. Jenis kelamin.....	43
b. Usia responden.....	44
c. Aktivitas Fisik	44
d. Riwayat Keturunan	45
e. Hubungan Keluarga	45
BAB V PEMBAHASAN	46
A. Pembahasan Penelitian.....	46
1. Interpretasi dan Diskusi Hasil	46
a. Karakteristik Responden.....	46
2. Identifikasi Karakteristik Responden Yang Meliputi Jenis Kelamin, Usia, Aktivitas Fisik, Riwayat Keturunan dan Hubungan Keluarga.....	48
B. Keterbatasan Penelitian.....	51
C. Implikasi Untuk Keperawatan.....	51
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Angka ambang batas untuk orang yang terkena Penyakit Jantung Koroner.....	8
Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	37
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Reponden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=62)	43
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden (N=62)	44
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik (n=122).....	44
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Keturunan (n=62)	45
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga (n=62)	45



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	33
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	34



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Penelitian ke RSI Sultan Agung Semarang⁵⁸
- Lampiran 2. Surat Keterangan telah melaksanakan Penelitian dari RSI Sultan Agung Semarang
- Lampiran 3. Surat Pengantar Kelaikan Etik
- Lampiran 4. Surat Keterangan lolos uji Etik
- Lampiran 5. Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6. *Informed Consent*
- Lampiran 7. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8. Hasil SPSS



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah salah satu akibat utama arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah nadi) yang dikenal sebagai atherosklerosis . Pada keadaan ini, arteri menyempit karena timbunan lemak dalam dinding pembuluh darah. Hal ini bisa membuat aliran oksigen ke jantung terhambat dan menyebabkan angina, atau rasa nyeri dan tidak nyaman di bagian dada. Apabila tidak diatasi, kondisi ini bisa menyebabkan penyakit jantung koroner (Gunawan *et al.*, 2020).

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling umum terjadi 43% dari total kardiovaskuler dan menyebabkan kematian tinggi secara global. Angka kematian PJK di dunia sebanyak 7,4 juta jiwa dan terus mengalami peningkatan (Karyatin, 2019). WHO mencatat pada tahun 2015 diperkirakan ada 17,2 juta kematian dari 58 juta jiwa diseluruh dunia dimana 30% diakibatkan karena penyakit jantung dan pembuluh darah yang mengalami peningkatan yang pesat dari pada tahun 2005. Provinsi Jawa Tengah berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, penderita penyakit jantung koroner menduduki urutan kedua dengan estimasi jumlah penderita sebanyak 2.752 orang berdasarkan yang didiagnosis dokter dengan gejala yang mirip penyakit jantung (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Dari studi pendahuluan yang penulis lakukan di Jawa Tengah didapatkan data penderita dengan diagnosis penyakit

jantung koroner asli penduduk setempat pada tahun 2018 yaitu sebanyak 1296 penderita. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

Aktivitas fisik adalah melakukan pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental agar hidup tetap sehat bugar sepanjang hari. Jenis aktivitas fisik dapat dilakukan dengan kegiatan sehari-hari dan olahraga. (Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2015). Aktivitas fisik didefinisikan sebagai gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi, termasuk aktivitas yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi (Mandagi et al., 2019).

Aktivitas fisik merupakan subkategori aktivitas fisik waktu luang di mana gerakan tubuh yang direncanakan, terstruktur dan berulang-ulang dilakukan untuk meningkatkan atau mempertahankan satu atau lebih komponen kebugaran fisik (Karyatin, 2019). Pasien gagal jantung koroner mungkin tidak dapat mentolerir jenis olahraga tertentu seperti jalan cepat atau lari, bahkan aktivitas fisik ringan yang sebelumnya sering dilakukan sekarang menjadi tidak mampu untuk dilakukan. Hal ini terjadi karena tubuh membutuhkan oksigen dan nutrisi lainnya selama aktivitas fisik. Sedangkan pada gagal jantung kongestif, jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memberikan nutrisi bagi tubuh. Ketidakmampuan berolahraga, atau bahkan untuk berjalan pada kecepatan normal, dibatasi oleh rasa lelah (fatigue) dan sesak napas (Manurung, 2021).

Peran perawat sangat diperlukan dalam penanganan pasien PJK, Menurut Muttaqin, 2014 Solusi yang dapat digunakan bagi seorang perawat untuk mengatasi pasien PJK dengan masalah intoleransi aktivitas adalah dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dimulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bagi pasien PJK disarankan untuk bed rest dalam mempertahankan jantung dan dapat mengurangi kebutuhan oksigen (Yasin, 2016). Dalam hal ini pasien perlu beristirahat baik secara fisik maupun emosional dikarenakan hal tersebut akan mengurangi kerja jantung, menurunkan tekanan darah, mengurangi kerja otot pernapasan, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan penggunaan oksigen (Brunner & Sudarth, 2013).

Penelitian dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang dikarenakan terdapat kesamaan karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, Pendidikan, selain itu peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 02 Agustus 2023 dan mendapatkan hasil bahwa peningkatan jumlah pasien gagal jantung dalam 3 bulan terakhir yaitu bulan April, Mei, Juni, jumlah kunjungan pasien gagal jantung di poli jantung RSI Sultan Agung Semarang adalah 48 pasien dibulan April, 42 dibulan Mei dan 39 pasien dibulan Juni.

Dari data-data diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

B. Perumusan Masalah

Masalah penelitian yang dapat diangkat berdasarkan latar belakang tersebut adalah adakah gambaran aktivitas fisik pasien dengan penderita jantung koroner?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya gambaran aktivitas fisik pasien dengan penderita jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, keturunan
- b. Menggambarkan aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat menambah pengetahuan peneliti dan sekaligus dapat mengidentifikasi karakteristik aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian dapat memberikan suatu kontribusi sebagai referensi terhadap perkembangan ilmu keperawatan agar dapat berguna dalam menunjang penelitian keperawatan yang selanjutnya.

3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah pengetahuan kepada masyarakat terkait dengan gambaran aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Penyakit Jantung Koroner

a. Pengertian Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah suatu kelainan yang disebabkan oleh penyempitan atau penghambatan pembuluh arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung dan merupakan kelainan mikroardium yang disebabkan oleh insufisiensi aliran darah koroner. Penyebab paling utama PJK adalah dislipidemia. Dislipidemia merupakan faktor resiko yang utama penyakit jantung. Perubahan gaya hidup masyarakat erat hubungannya dengan peningkatan kadar lipid (Manurung, 2021).

Aterosklerosis adalah proses penyakit yang dimulai sejak awal kehidupan dan perkembangannya tanpa gejala yang menyebabkan penyempitan arteri koronaria dengan atau tanpa penyulit. Pengerasan dinding pembuluh darah atau aterosklerosis terjadi ketika adanya penumpukan lemak yang terdiri dari lipoprotein atau zat yang didapatkan dari protein dan lemak, kolesterol, dan sisa sel limbah lainnya di dalam dinding arteri bagian dalam. Prosesnya menyebar dengan serabut otot dan lapisan endotel dinding arteri kecil dan arteriol mengalami penebalan. Hal ini akan menyebabkan penyumbatan pada arteri yang membuat otot jantung

sulit berkontraksi karena pasokan oksigen berkurang dan bahkan dapat menyebabkan pembusukan pada otot jantung atau nekrosis (Smeltzer, 2014).

b. Etiologi jantung koroner

Salah satu penyebab penyakit jantung koroner adalah kebiasaan makan makanan berlemak tinggi terutama lemak jenuh sehingga terbentuknya plak-plak lemak yang disebut atheroma. Atheroma akan menyebabkan Aterosklerosis, yaitu suatu keadaan arteri besar dan kecil yang ditandai oleh endapan lemak, trombosit, makrofag dan leukosit di seluruh lapisan tunika intima dan akhirnya ke tunika media. Pada aterosklerosis, lapisan intima dinding arteri banyak mengandung kolesterol atau lemak lain yang mengalami pengapuran, pengerasan, dan penebalan. Mengeras dan menyempitnya pembuluh darah oleh pengendapan kolesterol, kalsium, dan lemak berwarna kuning dikenal sebagai aterosklerosis (atherosclerosis) atau pengapuran.

Tahap-tahap terjadinya aterosklerosis dimulai dengan deposit lemak dalam dinding arteri yang normal. Bila deposit ini berlanjut akan mengakibatkan deposit yang semakin banyak, sehingga dapat mengakibatkan penutupan atau tersumbatnya saluran pembuluh darah. Adapun faktor-faktor terjadinya aterosklerosis adalah hiperlipidemia, hipertensi, merokok, diabetes mellitus, kegemukan dan kurang aktifitas fisik.

Pada tabel 1, di bawah ini terlihat bahwa angka ambang batas untuk orang yang terkena Penyakit Jantung Koroner atau adanya penyumbatan pada arteri lebih ketat dibandingkan dengan orang yang tidak ada indikasi terkena Penyakit Jantung Koroner (Irmalita, 2015).

Tabel 2.1. Angka ambang batas untuk orang yang terkena Penyakit Jantung Koroner

	Pasien yang tidak ada tanda-tanda PJK (mg/dL)			Pasien penderita PJK dan PJK ekuivalen
	Risiko rendah atau normal	Risiko sedang	Risiko tinggi	Risiko rendah
Trigliserida	<150	151-199	200-500	
Total Kolesterol	<200	201-239	>240	<150
HDL	>60		<40	
LDL	<130	131-160	>161	<100 (optimal)
Rasio Kol. Total HDL	<4,5			
Rasio LDL HDL	< 3,0			

c. Patofisiologi

Secara sederhana, jantung dapat diumpamakan seperti kantong yang berbentuk kerucut (kebulat-bulatan) yang terpotong bagian atasnya. Ukuran jantung kira-kira sebesar kepalan tangan kanan yang terletak dalam rongga dada bagian kiri agak ke tengah, tepatnya di atas sekat diafragma yang memisahkan rongga dada dengan rongga perut (Manurung, 2021). Jantung berfungsi untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik, asupan darah yang kaya oksigen harus terpenuhi. Darah yang mengandung oksigen biasanya mengalir melalui pembuluh darah arteri. Penyakit Jantung Koroner berawal

dari penimbunan lemak pada pembuluh darah arteri yang mensuplai darah ke jantung. Akibat dari proses ini pembuluh darah arteri menyempit dan mengeras, sehingga jantung kekurangan pasokan darah yang kaya oksigen. Akibatnya fungsi jantung terganggu dan harus bekerja sangat keras. Penyakit ini sering juga disebut dengan istilah arteriosklerosis (Suiraoaka, 2012).

Aterosklerosis merupakan komponen penting yang berperan dalam proses pengapuran atau penimbunan elemen-elemen kolesterol. Salah satu hal yang tidak bisa dipungkiri bahwa kolesterol dalam batas normal juga sangat penting bagi tubuh. Masalahnya akan berbeda ketika asupan kolesterol berlebihan. Asupan lemak yang adekuat yang berhubungan dengan keadaan patologi yaitu Penyakit Jantung Koroner erat hubungannya dengan peningkatan kadar profil lipid (Suiraoaka, 2012).

Gejala awal adanya Penyakit Jantung Koroner ialah nyeri di bagian dada sebelah kiri yang dapat menjalar ke lengan kiri atau ke leher atau ke punggung. Nyeri dada ini bersifat subjektif, ada yang merasa seperti ditekan benda berat, panas seperti terbakar, sakit seperti tertusuk jarum, rasa tidak enak di dada dan ada yang mengatakan seperti masuk angin. Lokasinya bisa juga terjadi di pertengahan dada, di leher saja, punggung, dada kanan, dan bisa juga di ulu ati seperti sakit maag (Irmalita, 2015).

Bila penyempitan pada pembuluh arteri telah mencapai 80-90%, dapat menimbulkan masalah yang lebih parah lagi yaitu serangan jantung. Apabila aliran darah di dalam urat nadi koroner terhalang secara total, bagian otot jantung 12 itu mengalami kerusakan. Ini dikenal sebagai “serangan jantung akut” atau acute myocardial infarction (AMI). AMI umumnya disebabkan oleh penyumbatan arteri koroner secara tiba-tiba, yaitu karena pecahnya plak lemak arterosclerosis pada arteri koroner. Plak lemak tersebut menjadi titik-titik lemah dari arteri itu dan cenderung untuk pecah. Pada waktu pecah di lokasi tersebut, gumpalan cepat terbentuk yang mengakibatkan penghambatan (okulasi) arteri yang menyeluruh, serta memutuskan aliran darah ke otot jantung.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kalau darah dapat dialirkan dengan cepat ke otot jantung yang bersangkutan bisa terjadi pemulihan fungsi otot jantung tersebut. Data statistik menyebutkan bahwa sepertiga orang yang mengalami penyakit jantung dapat meninggal. Sebagian besar meninggal dalam dua jam pertama serangan jantung. Karena itu, penting sekali untuk mengetahui gejala serangan jantung dan mencari pertolongan segera (Irmalita, 2015).

d. Faktor risiko penyakit jantung koroner

1) Faktor risiko utama

- a) Pengeluaran zat-zat seperti adrenalin. Zat ini merangsang denyut jantung dan tekanan darah.

- b) Asap rokok mengandung karbon monoksida (CO) yang memiliki kemampuan jauh lebih kuat daripada sel darah merah (haemoglobin) untuk menarik atau menyerap oksigen, sehingga menurunkan kapasitas darah merah tersebut untuk membawa oksigen ke jaringan-jaringan termasuk jantung.
- c) Merokok dapat menyembunyikan angina yaitu sakit di dada yang dapat memberi sinyal adanya sakit jantung. Tanpa adanya sinyal tersebut penderita tidak sadar bahwa ada penyakit berbahaya yang sedang menyerangnya, sehingga ia tidak mengambil tindakan yang diperlukan.
- d) Perokok dua atau tiga kali lebih mungkin terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok
- e) Hipertensi

Orang yang mempunyai darah tinggi berisiko mengalami penyakit jantung, ginjal, bahkan stroke. Hal ini dikarenakan tekanan darah tinggi membuat jantung bekerja dengan berat sehingga lama kelamaan jantung juga akan kecapaian dan skait. Bahkan jika ada sumbatan di pembuluh darah koroner jantung maupun pembuluh darah yang lain, tekanan darah tinggi akan berakibat pada pecahnya pembuluh darah.

f) Kolestrol

Kolesterol sebenarnya merupakan zat yang dibutuhkan oleh tubuh, namun bukan dalam jumlah yang banyak. Kolesterol sendiri berasal dari makanan yang sehari-hari kita konsumsi misalnya minyak, makanan yang digoreng, lemak hewan, dan lain-lain. Kelebihan makanan yang mengandung kolesterol dapat menyebabkan kolesterol dalam darah kita menjadi tinggi, dan ini tidak baik bagi jantung kita. Kolesterol yang tinggi sering tidak dirasakan gejalanya. Apabila kadar kolesterol LDL pada angka diatas 160 mg/dl, maka dapat dikatakan bahwa kadar koesterol LDL berada pada level tinggi. LDL yang tinggi inilah yang lama kelamaan akan menyebabkan terbentuknya plak atau penyumbatan pada pembuluh darah. Apabila penyumbatan yang parah sudah terjadi, maka jantung kita akan merasakan nyeri dada. Kadar LDL dikatakan normal adalah jika berada dibawah 100 mg/dl. Sedangkan kadar kolesterol HDL dikatakan normal jika diatas 60 mg/dl. Hal ini dikarenakan HDL merupakan kolesterol baik sehingga dapat melindungi jantung kita. Adapun untuk kolesterol total sendiri harus dijaga kadarnya dibawah angka 200 mg/dl.

g) Kelebihan berat badan

Kelebihan berat badan merupakan potensi untuk gangguan kesehatan. Berdasarkan penelitian, orang dengan kelebihan berat badan berisiko mengalami serangan jantung. Selain itu kelebihan berat badan berisiko untuk terjadinya kadar kolesterol yang tinggi dan penyakit diabetes mellitus. Kelebihan berat badan juga mengakibatkan sensitivitas insulin menurun sehingga kadar gula darah yang tidak terkontrol sering terjadi pada orang yang terlalu gemuk. Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang banyak menimbulkan komplikasi, salah satunya menimbulkan komplikasi penyakit jantung.

h) Kurang olahraga

Olahraga dapat membakar lemak-lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Bila lemak-lemak banyak yang dibakar, maka pembuluh darah kita akan terbebas dari lemak jahat sehingga keelastisannya menjadi terjaga. Pembuluh darah yang sehat pada gilirannya juga akan membuat jantung kita menjadi sehat.

i) Diabetes mellitus

Penyakit diabetes merupakan penyakit yang berpotensi menjadi kronis dan menjadi penyakit jangka panjang. Penyakit yang diderita jangka panjang memiliki

potensi untuk mengalami komplikasi atau penyakit lanjutan. Komplikasi penyakit diabetes sangatlah banyak dan kompleks. Ia diantaranya berpotensi menimbulkan komplikasi pada penyakit jantung, ginjal, pembuluh darah, dan saraf.

j) Stress

Stres dianggap merupakan salah satu faktor risiko dari Penyakit Jantung Koroner, meskipun belum dapat diukur berapa besar pengaruh tersebut memicu timbulnya PJK. Mungkin deskripsi yang paling mendekati ialah suatu keadaan mental yang tampak sebagai kegelisahan, kekhawatiran, tensi tinggi, keasyikan yang abnormal dengan suatu dorongan atau sebab dari lingkungan yang kurang menyenangkan. Jadi seseorang yang mengeluh alami stres dapat mengeluh karena merasa tidak sehat, sakit kepala, berdebar (palpitasi), sakit kembung atau susah tidur, tidak bahagia atau bahkan depresi. Tidak semua simtom tersebut hadir bersama-sama (Kurniadi dan Nurrahmani, 2014).

2) Faktor risiko lainnya

a) Usia

Usia merupakan faktor risiko yang tidak bisa kita hindari. Semakin tua seseorang, semakin ia berisiko terkena

penyakit jantung. Telah dibuktikan adanya hubungan antara umur dan kematian akibat Penyakit Jantung Koroner. Sebagian besar kasus kematian terjadi pada laki-laki umur 35-44 tahun dan meningkat dengan bertambahnya umur. Kadar kolesterol pada laki-laki dan perempuan mulai meningkat umur 20 tahun. Laki-laki kolesterol meningkat sampai umur 50 tahun. Perempuan sebelum menopause umur 45-50 tahun lebih rendah daripada laki-laki umur yang sama. Setelah menopause kadar kolesterol perempuan meningkat menjadi lebih tinggi daripada laki-laki.

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor yang tidak dapat dihindari. Pada perempuan, menopause merupakan salah satu faktor risiko yang tidak bisa dihindari. Karena perubahan hormon pada usia menopause menambah risiko penyakit jantung koroner.

c) Riwayat keluarga

Riwayat keluarga memiliki riwayat serangan penyakit jantung, akan menambah risiko terserang penyakit yang sama (Kurniadi dan Nurrahmani, 2014).

d) Geografis

Geografis merupakan risiko Penyakit Jantung Koroner pada orang Jepang masih tetap merupakan salah

satu yang paling rendah di dunia. Akan tetapi, ternyata risiko Penyakit Jantung Koroner yang meningkat pada orang Jepang yang melakukan imigrasi ke Hawaii dan California. Hal ini menunjukkan faktor lingkungan lebih besar pengaruhnya daripada genetik.

e) Ras

Ras merupakan perbedaan risiko Penyakit Jantung Koroner antara ras didapatkan sangat menyolok, walaupun bercampur baur dengan faktor geografis, sosial dan ekonomi. Di Amerika Serikat perbedaan ras antara ras caucasia dengan non caucasia (tidak termasuk Negro) didapatkan risiko Penyakit Jantung Koroner pada non caucasia kira-kira separuhnya (Ghayoeh, 2009).

e. Gejala penyakit jantung koroner

- 1) Angina pectoris yaitu rasa nyeri dada dan sesak napas yang disebabkan gangguan suplai oksigen yang tidak mencukupi kebutuhan otot jantung. Sakit angina yang khas itu adalah sesak napas di tengah dada yang bisa menyebar sampai leher dan rahang, pundak kiri atau kanan, lengan, dan bahkan sampai punggung. Keadaan ini terutama terjadi pada saat latihan fisik atau adanya stres. Angina merupakan sebuah tanda (simptom) bahwa terdapat penyempitan urat nadi koroner yang mengakibatkan suplai darah tidak cukup ke otot jantung pada

waktu terjadi upaya ekstra. Tetapi tidak semua nyeri selalu disebabkan oleh angina, mungkin oleh penyakit yang disebut cardiac neurosis

- 2) Angina Pectoris tidak stabil yaitu bila nyeri timbul untuk pertama kali, sakit dada yang tiba-tiba terasa pada waktu istirahat atau terjadi lebih berat secara mendadak atau bila angina pectoris sudah ada sebelumnya namun menjadi lebih berat. Biasanya dicetuskan oleh faktor yang lebih ringan dibanding sebelumnya. Keadaan ini harus diwaspadai karena bisa berlanjut menjadi berat, bahkan menjadi infark miokard.
- 3) Bentuk lain Angina (Infark Miokard) yaitu kerusakan otot jantung akibat blokade arteri koroner yang terjadi secara total dan mendadak. Biasanya terjadi akibat ruptur plak aterosklerosis di dalam arteri koroner. Secara klinis ditandai dengan nyeri dada seperti pada angina pectoris, namun lebih berat dan berlangsung lebih lama sampai beberapa jam. Tidak seperti angina pectoris yang dicetuskan oleh latihan dan dapat hilang dengan pemakaian obat nitrat di bawah lidah, pada infark miokard biasanya terjadi tanpa dicetuskan oleh latihan dan tidak hilang dengan pemakaian nitrat. Biasanya disertai komplikasi seperti : gangguan irama jantung, renjatan jantung (syok kardiogenik), gagal jantung kiri, bahkan kematian mendadak (sudden death) (Sudoyo, *et all*, 2011).

- 4) Sindrom koroner akut yaitu spektrum klinis yang terjadi mulai dari angina pektoris tidak stabil sampai terjadi infark miokard akut.
 - 5) Mudah lelah, Jika jantung tidak efektif memompa darah maka aliran darah ke otot selama melakukan aktivitas akan berkurang sehingga menyebabkan penderita merasa elah dan lemah.
 - 6) Pusing dan pingsan, Penurunan aliran darah karena denyut jantung atau irama jantung yang abnormal atau karena kemampuan memompa darah sangat buruk, bisa menyebabkan pusing dan pingsan. Emosi atau nyeri kuat yang mengaktifkan sistem saraf juga bisa menyebabkan pingsan. Namun, tidak semua pingsan merupakan gejala penyakit jantung. Jadi harus diperhatikan pula gejala-gejala lain yang menyertainya (Suiraoaka, 2012).
- f. Penatalaksanaan penyakit jantung koroner
- 1) Farmakologi
 - a) Analgetik yang diberikan biasanya golongan narkotik (morfin) diberikan secara intravena dengan pengenceran dan diberikan secara pelan-pelan. Dosisnya awal 2,0 – 2,5 mg dapat diulangi jika perlu.
 - b) Nitrat dengan efek vasodilatasi (terutama venodilatasi) akan menurunkan venous return akan menurunkan preload yang berarti menurunkan oksigen demam. Di samping itu nitrat

juga mempunyai efek dilatasi pada arteri koroner sehingga akan meningkatkan suplai oksigen. Nitrat dapat diberikan dengan sediaan spray atau sublingual, kemudian dilanjutkan dengan peroral atau intravena.

- c) Aspirin sebagai antitrombotik sangat penting diberikan. Dianjurkan diberikan sesegera mungkin (di ruang gawat darurat) karena terbukti menurunkan angka kematian.
- d) Rombolitik terapi, prinsip pengelolaan penderita infark miokard akut adalah melakukan perbaikan aliran darah koroner secepat mungkin (Revaskularisasi/Reperfusi). Hal ini didasari oleh proses patogenesisnya, dimana terjadi penyumbatan atau trombosis dari arteri koroner. Revaskularisasi dapat dilakukan (pada umumnya) dengan obat-obat trombolitik seperti streptokinase, r-TPA (recombinant tissue plasminogen activator complex), Urokinase, ASPAC (anisolated plasminogen streptokinase activator), atau Scu-PA (single-chain urokinase-type plasminogen activator). Pemberian trombolitik terapi sangat bermanfaat jika diberikan pada jam pertama dari serangan infark. Terapi ini masih bermanfaat jika diberikan 12 jam dari onset serangan infark.
- e) Betablocker diberikan untuk mengurangi kontraktilitas jantung sehingga akan menurunkan kebutuhan oksigen

miokard. Di samping itu betaclocker juga mempunyai efek anti aritmia.

2) Non farmakologi

- a) Merubah gaya hidup, memberhentikan kebiasaan merokok.
- b) Olahraga dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan memperbaiki kolateral koroner sehingga PJK dapat dikurangi, olahraga bermanfaat karena:

- (1) Memperbaiki fungsi paru dan pemberian O₂ ke miokard

- (2) Menurunkan berat badan sehingga lemak lemak tubuh yang berlebih berkurang bersama-sama dengan menurunnya LDL kolesterol

- (3) Menurunkan tekanan darah

- (4) Meningkatkan kesegaran jasmani

- (5) Diet merupakan langkah pertama dalam penanggulangan hiperkolesterolemia. Tujuannya untuk menjaga pola makan gizi seimbang, makan makanan yang dapat menurunkan kadar kolesterol dengan menerapkan diet rendah lemak (Rahman, 2007).

- (6) Terapi diet pada PJK yang merupakan panduan dalam masalah kesehatan kardiovaskuler yang telah diikuti secara luas adalah dari AHA dan NCEP. Terapi diet ini secara khusus bertujuan untuk memperbaiki profil

lemak darah pada batas-batas normal. Terapi diet dasar atau tingkat 1 dapat menurunkan $\geq 10\%$ dari total kalori berasal dari asam lemak tidak jenuh majemuk (poly-unsaturated fatty acid). bila kadar total kolesterol darah turun 10% atau lebih dan memenuhi batas yang ditargetkan, diet telah dianggap berhasil dan perlu dipertahankan. Namun, apabila penurunan $< 10\%$, diet dilanjutkan ke tingkat 2 selama 8-10 minggu, dan pada akhir dilakukan tes darah. Bila hasilnya belum juga mencapai sasaran, mungkin sekali tubuh tidak cukup responsif terhadap diet dan individu perlu berkonsultasi dengan dokter mengenai kemungkinan pemakaian obat (Sudoyo, *et al* 2011 ; Rahman, 2007).

- g. Gambaran klinis dan laboratorium Penyakit Jantung Koroner (tingkat keparahan)

Gambaran klinis penyakit jantung koroner yaitu beberapa hari atau minggu sebelumnya tubuh terasa tidak bertenaga, dada tidak enak, waktu olahraga atau bergerak jantung berdenyut keras, napas tersengal-sengal, kadang-kadang disertai mual muntah (Irmalita, 2015).

Beberapa pemeriksaan dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya penyakit jantung koroner seperti EKG, ekokardiografi, kateterisasi. Dengan pemeriksaan EKG dapat diketahui

kemungkinan adanya kelainan pada jantung dengan tingkat ketepatan 40% (Kurniadi, 2013)

Untuk diagnosis seseorang yang menderita penyakit jantung koroner dilakukan berbagai pemeriksaan, dimulai dari tanya jawab (anamnesa) untuk mendapatkan keterangan mengenai keluhan dan riwayat yang pernah diderita sebelumnya, termasuk keluhan utama, keluhan tambahan lain, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan juga riwayat sosio-ekonomi. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk memperoleh gambaran umum keadaan fisik penderita termasuk pengamatan umum, palpasi (perabaan di atas bagian jantung), perkusi jantung (ketuk dibatas jantung untuk menentukan gambaran besar jantung), dan juga auskultasi (mendengarkan bunyi jantung melalui stetoskop). Tes tambahan juga dilakukan berupa pemeriksaan tekanan darah dan tekanan vena (Notoatmodjo, 2011).

1) EKG (Elektrokardiografi)

Pemeriksaan EKG merupakan gambaran listrik yang ditimbulkan oleh jantung pada waktu berkontraksi. Gambaran yang didapat berupa denyut, ritme, dan apakah otot jantung berkontraksi dengan normal (Notoatmodjo, 2011).

EKG adalah rekaman pada kertas yang berjalan dengan kecepatan 25 mm per detik, setiap millimeter pada kertas mewakili 0,04 detik, garis yang lebih tebal pada kertas setiap 5

mm mewakili 0,2 detik. EKG direkam duabelas posisi elektroda yang berbeda. Aktivitas listrik jantung adalah sama, tetapi gelombang berbeda jika sadapan diambil dari posisi yang berbeda. Kelainan ukuran, bentuk, dan posisi gelombang dan pada waktu yang terlibat terjadi pada banyak penyakit jantung termasuk melalui kamera khusus. Zat yang biasa digunakan adalah *thallium* dan *technetium*. Pada bagian otot jantung yang hipertrofi vertikal, semua blok AV dan cabang-cabang utamanya infark jantung oleh sumbantan arteria coronaria. Irama jantung yang abnormal dapat diketahui (Gibson, 2002).

2) Ekokardiografi

Pemeriksaan yang tidak menimbulkan rasa sakit dan berdasarkan pemantulan gelombang suara (*ultrasound*) dari berbagai bagian jantung. Pada tes ini dapat dilihat gambaran fungsi pompa jantung dan kontraksi yang terganggu bila suplai darah terganggu (Notoatmodjo, 2011).

3) Radioaktif isotop

Menggunakan zat kimia atau isotop yang disuntikkan pada penderita, kemudian zat tersebut dideteksi infark, zat radioaktif lebih sedikit dibandingkan dengan bagian otot jantung yang normal (Notoatmodjo, 2011).

4) Angiografi

Cara yang langsung dapat mendeteksi kelainan jantung dari pembuluh arteri jantung, seperti gambaran radiologis, yaitu dengan menggunakan alat angiogram. Namun pemeriksaan ini

termasuk tindakan invasive yaitu dengan memasukkan kateter ke dalam pembuluh arteri atau vena lalu didorong sampai ke berbagai tempat di jantung. Gambaran arteri jantung yang mengalirkan darah ke jantung akan terlihat dengan pemeriksaan ini (Notoatmodjo, 2011).

5) Arterigrafi koroner (Kateterisasi)

Kateterisasi jantung merupakan pemeriksaan yang bertujuan untuk memeriksa struktur serta fungsi jantung, termasuk ruang jantung, katup jantung, otot jantung, serta pembuluh darah jantung termasuk pembuluh darah koroner, terutama untuk mendeteksi adanya pembuluh darah jantung yang tersumbat (Anakonda *et al.*, 2019).

Pemeriksaan ini bisa dilakukan jika diagnosis penyakit arteri koroner atau iskemia belum pasti. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan beratnya penyakit arteri koroner dan untuk membantu menentukan perlu tidaknya dilakukan pembedahan angioplasti (Utaminingsih, 2015).

Penyakit jantung koroner dapat memberikan manifestasi klinis berupa :

- 1) Pemeriksaan laboratorium membantu klinik melengkapi syarat-syarat diagnostik pada MCI terutama dalam stadium permulaan, dapat dibagi dalam 3 golongan, yaitu : 1) pemeriksaan darah rutin, 2) pemeriksaan enzim jantung, 3) pemeriksaan laboratorium lain untuk mencari keadaan penyakit lain yang

sering menyertai MCI. Untuk pemeriksaan laboratorium lain yang digunakan dalam mencari keadaan/penyakit lain sebagai penyerta MCI di antaranya :

- 2) Pemeriksaan profil lipid (kolesterol total, trigliserida, HDL kolesterol, LDL kolesterol)
- 3) Gula darah postprandial atau bila perlu tes toleransi glukosa.
- 4) Pemeriksaan faal ginjal bila ada hipertensi (Elizabeth, 2014).

Dalam pemeriksaan profil lipid, harus diketahui terlebih dahulu istilah lipoprotein. Lipoprotein adalah kompleks dari lipid (fosfolipid, kolesterol, trigliserida) dan protein dalam konsentrasi yang berbeda-beda. Lipid tak dapat larut dalam air, sehingga tugas lipoprotein adalah mengangkut lipid ini. Terdapat 4 lipoprotein : HDL (partikel paling kecil, komposisi protein paling banyak dan trigliserida paling sedikit), LDL (komposisi kolesterol paling banyak), VLDL, dan kilomikron (komposisi protein dan kolesterol paling sedikit, trigliserida paling banyak) (Irmalita, 2015).

Ternyata, di samping dari faktor risiko seperti hipertensi, DM, hiperkolesterolemia, dan merokok, fraksi-fraksi lipoprotein (kilomikron, VLDL, LDL, dan HDL kolesterol) memegang peranan penting dalam risiko pembentukan proses aterosklerosis dan menyebabkan penyakit jantung koroner. Kilomikron mentransfer lemak dari usus dan tidak berpengaruh dalam proses aterosklerosis. Meningkatnya LDL akan meningkatkan proses aterosklerosis dan

risiko penyakit jantung. Meningkatnya kadar HDL akan berbanding terbalik dengan risiko penyakit jantung koroner (Iskandar, 2017).

Elektrokardiografi (EKG) ialah sarana diagnostik yang penting untuk Penyakit Jantung Koroner. Yang dapat ditangkap oleh EKG ialah kelainan miokard yang disebabkan oleh terganggunya aliran koroner sehingga terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan demand nutrisi dan oksigen di miokardium (Saryono, 2014). Terganggunya aliran koroner menyebabkan kerusakan miokard yang dapat dibagi menjadi tiga tingkat yaitu :

- 1) Iskemia, yaitu kelainan yang paling ringan dan masih reversibel.
- 2) Injuri, yaitu kelainan yang lebih berat, tetapi masih reversibel.
- 3) Nekrosis, yaitu kelainan yang sudah ireversibel, karena kerusakan sel-sel miokard sudah permanen (Sudoyo, 2006 ; Saryono, 2014).

Masing-masing kelainan ini mempunyai ciri-ciri yang khas pada EKG. Pada umumnya iskemia dan injuri menunjukkan kelainan pada proses repolarisasi miokard, yaitu segmen ST dan gelombang T. Nekrosis miokard menyebabkan gangguan pada proses depolarisasi, yaitu gelombang QRS (Sudoyo, 2006).

- 1) Iskemia

Depresi ST, ini ialah ciri dasar iskemia miokard. Depresi ST dianggap bermakna bila lebih dari 1 mm, makin dalam makin spesifik. Inversi T, gelombang T yang negatif (vektor T

berlawanan arah dengan vektor QRS) bisa terdapat pada iskemia miokard, tetapi tanda ini tidak perlu spesifik. Yang lebih spesifik ialah bila gelombang T ini simetris dan berujung lancip. Inversi U, gelombang U yang negatif cukup spesifik untuk iskemia miokard.

2) Injuri

Ciri dasar injuri ialah elevasi ST dan yang khas ialah konveks ke atas. Pada umumnya dianggap bahwa elevasi ST menunjukkan injuri di daerah subepikardial, sedangkan injuri di daerah subendokardial menunjukkan depresi ST yang dalam.

3) Nekrosis

Ciri dasar nekrosis miokard ialah adanya gelombang Q patologis yaitu Q yang lebar dan dalam, dengan syarat-syarat : 0,04 detik dalam 44mm (Sudoyo, *et al*, 2011).

2. Aktivitas Fisik

a. Pengertian Aktivitas Fisik.

Menurut National Institute on Aging (2019), aktivitas fisik merupakan kegiatan memindahkan/menggerakkan badan seperti berkebun, berjalan, dan menaiki tangga. Namun, aktivitas fisik berbeda dengan latihan fisik. Latihan fisik merupakan bagian dari aktivitas fisik yang lebih terstruktur atau terjadwal seperti aerobik dan tai chi. Menurut Bherer, Erickson, dan Ambrose (2021), latihan fisik seperti aerobik akan meningkatkan kemampuan kognitif lansia

khususnya bagian kontrol eksekutif dan meningkatkan volume hippocampus. Hippocampus merupakan sentral otak yang sangat penting dalam menyimpan memori (Sankanparan, 2019).

Bherer, Erickson, dan Ambrose (2017) juga menyatakan masih belum mengerti dampak aktivitas fisik terhadap tingkat penurunan fungsi kognitif. Salah satu isu utama adalah apakah aktivitas fisik didefinisikan secara luas atau latihan terstruktur yang mengarah ke manfaat yang sama dalam mencegah penurunan kognitif. Maka dari itu, masih belum diketahui dimensi aktivitas fisik mana yang paling memengaruhi fungsi kognitif pada lansia. Penelitian selanjutnya diperlukan untuk memahami intensitas, durasi, dan jenis latihan yang lebih baik untuk meningkatkan fungsi kognitif pada lansia. Oleh karena itu, penurunan fungsi kognitif salah satunya dapat dicegah dengan melakukan aktivitas fisik khususnya latihan fisik. Aktivitas fisik yang baik dilakukan selama > 150 menit/minggu dapat berdampak pada peningkatan fungsi kognitif (Makizako, et al., 2017). Beberapa studi menyarankan lansia untuk mengadopsi aktivitas fisik dan olahraga sebagai bagian dari gaya hidup mereka agar mengurangi dampak negatif pada tubuh dan pikiran (Bherer, Erickson, & Ambrose, 2017).

b. Faktor-Faktor Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik dapat mempertahankan aliran darah dan mungkin juga meningkatkan persediaan nutrisi otak (Yaffe dkk.,

2019). Berbagai penelitian mengenai aktivitas fisik menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi aktivitas fisik. Faktor-faktor yang memengaruhi aktivitas fisik menurut Nur Maulidha, TR (2017) :

1) Gender Jenis Kelamin

Kondisi fisik antara pria dan wanita berbeda karena adanya perbedaan ukuran tubuh yang terjadi setelah masa pubertas. Daya tahan kardiovaskuler yang menunjang stamina seseorang pada masa pubertas terdapat perbedaan, karena wanita memiliki jaringan lemak 27 yang lebih banyak di bandingkan pria. Hal yang sama juga terjadi pada kekuatan otot ,karena perbedaan kekuatan otot antara pria dan wanita disebabkan oleh perbedaan ukuran otot baik besar maupun proposinya dalam tubuh.

2) Usia

Terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Usia dewasa akan lebih baik pada kemampuan fungsi alat gerak dari pada orang pada usia lanjut.

3) Gaya Hidup

Gaya hidup seseorang mempengaruhi aktivitas fisik. Ketika gaya hidup seseorang yang selalu tersedia instan dan

modern menjadikannya malas untuk bergerak dan melakukan aktivitas fisik. Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

4) Riwayat Penyakit

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena dapat mempengaruhi sistem tubuh. Orang dengan riwayat penyakit jantung memiliki hambatan dengan aktivitas fisik seperti sesak napas, mudah lelah, edema.

c. Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada World Health Organization Quality of Life Bref version (WHOQoL-BREF). Menurut WHOQoL-BREF (Power dalam Lopez & Snyder, 2003) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi:

- 1) Aspek Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan

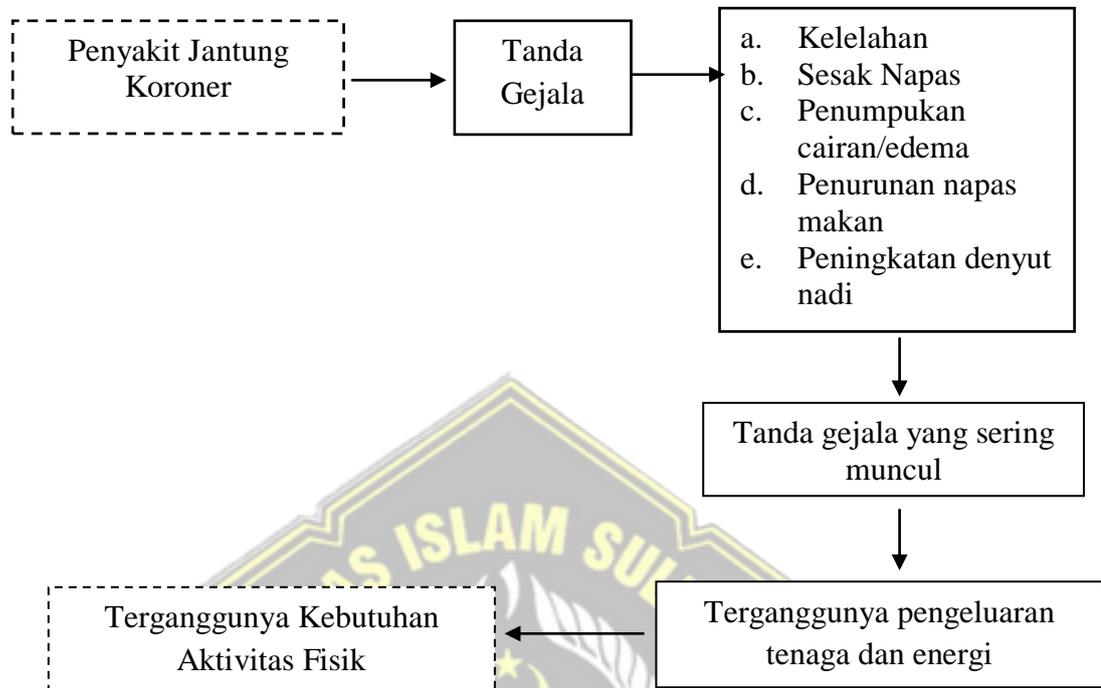
istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan private self consciousness yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif

- 2) Aspek Psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan private self consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.
- 3) Aspek Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial

maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan public self consciousness yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

- 4) Aspek Lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada public self consciousness dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Keterangan :

————— : tidak diteliti

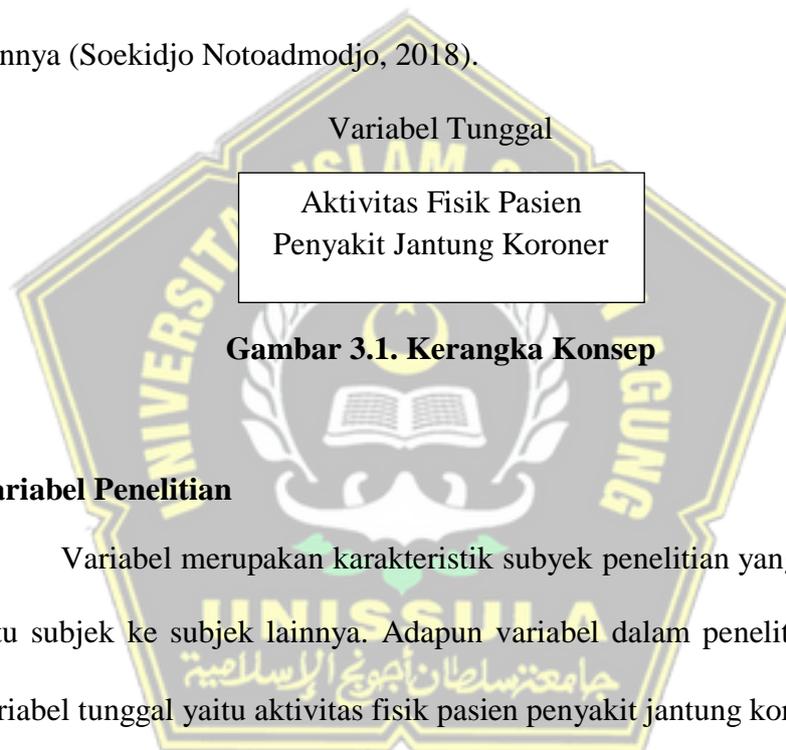
- - - - - : diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep yaitu suatu penjabaran atau gambaran yang menjelaskan tentang korelasi atau keterkaitan antara rancangan atau dengan konsep yang lain. Atau dapat di katakana variabel satu dengan variabel lainnya (Soekidjo Notoadmodjo, 2018).



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subjek ke subjek lainnya. Adapun variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner.

C. Desain Penelitian

Desain penelitian ini ialah analitik observasional, dimana peneliti mencari hubungan antar variabel (Nursalam, 2013). Adapun bentuk penelitian ini ialah kuantitatif dan menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana proses pengukuran variabel dilakukan secara bersamaan. (Notoatmodjo, 2012)

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi yaitu semua objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi yaitu wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu peneliti untuk ditetapkan di pelajari dan di tarik kesimpulan. (Sugiyono, 2013).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua dari pasien penderita jantung koroner di poli jantung Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Jumlah pasien pada bulan Mei 2023 berjumlah 160 pasien rawat jalan, data tersebut didapatkan dari kunjungan poli klinik jantung, yang bisa dibuktikan dari data rekam medis pasien di poli jantung Rumah Sakit Sultan Agung Semarang.

2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti yang sudah mencakup seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah sejumlah orang dengan penyakit jantung koroner yang berada dalam pendampingan RSI Sultan Agung Semarang dengan perhitungan sampel sebagai berikut.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{162}{1 + 1,62}$$

$$n = \frac{162}{1 + 1,62}$$

$$n = 61,83$$

Keterangan :

n : Besar responden penelitian

N : Perkiraan besar populasi

e : Persen kelonggaran ketidakteelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan (0,01)

Jadi jumlah sampel berdasarkan perhitungan didapatkan hasil 61,83 kemudian dibulatkan menjadi 62 sampel.

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien penderita jantung koroner
- 2) Pasien yang dirawat jalan atau yg sedang menjalani pengobatan
- 3) Pasien yang kooperatif di Rumah Sakit yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

- 1) Responden tersebut dalam keadaan sakit
- 2) Menolak menjadi responden
- 3) Sedang beraktivitas atau bekerja
- 4) Tidak berada ditempat penelitian pada waktu pelaksanaan penelitian
- 5) Tidak dapat berkomunikasi dengan baik atau menggunakan bantuan dari orang lain untuk mengartikan percakapan

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Islam Sakit Sultan Agung Semarang pada bulan Juli 2023 sampai Agustus 2023. Peneliti memilih tempat ini karena dianggap mampu mewakili karakteristik responden yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah menjelaskan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan pengukuran secara teliti terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Hidayat, 2009).

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala Data
1.	Aktivitas fisik	Jumlah aktivitas fisik yang dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif yang meliputi aktivitas di waktu luang, aktivitas pekerjaan rumah tangga dan berkebun, aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan serta aktivitas yang berhubungan dengan transportasi dalam jangka waktu 7 hari terakhir.	Wawancara berdasarkan kuesioner terstruktur yang berisi 32 item soal	Kuesioner B IPAQ (<i>International Physical Activity Questionnaire</i>) long forms yang sudah dimodifikasi.	Aktivitas fisik dinyatakan dengan : 1. Kurang < 600 MET 2. Cukup = \geq 600 MET (WHO, 2012)	Ordinal

G. Instrumen dan Alat Ukur Data

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Variasi jenis instrumen penelitian adalah angket atau kuesioner, ceklist atau daftar centang, pedoman wawancara dan pedoman pengamatan (Arikunto, 2013).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa:

1. Kuesioner

Kuesioner diartikan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui (Mandagi *et al.*, 2019). Pertanyaan yang digunakan adalah angket tertutup atau berstruktur dimana angket tersebut dibuat sedemikian rupa sehingga responden hanya tinggal memilih atau menjawab yang sudah ada. Untuk mengukur aktifitas fisik pasien jantung koroner menggunakan kuesioner IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) *long forms* yang sudah dimodifikasi.

H. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur baik dan buruknya suatu pengukuran dan pengamatan yang dilakukan dalam penelitian

(Notoatmojo, 2010). Dalam perhitungan uji validitas akan dilakukan dengan menggunakan sebuah program statistic terkomputerisasi.

2. Uji Reabilitas

Uji reabilitas adalah uji yang akan dilakukan untuk mengetahui instrument penelitian tersebut apakah telah reabel atau tidak (Notoatmojo, 2010).

I. Metode Pengumpulan Data

Prosedur atau pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan pada saat pengumpulan data dalam penelitian. Teknik pengumpulan data merupakan cara-cara yang dilakukan untuk memperoleh data dasar dan berbagai macam bentuk data-data khusus yang ingin diteliti dan beberapa keterangan yang diperlukan dalam penelitian.

Tahapan prosedur dalam pengambilan data yaitu :

1. Peneliti meminta surat ijin kepada Kaprodi S1 Ilmu Keperawatan UNISSULA untuk melakukan penelitian kemudian surat ijin yang sudah diberikan kepada peneliti akan diajukan ke Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan untuk meminta persetujuan.
2. Surat izin dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang sudah diterima peneliti akan diberikan kepada pihak RSI Sultan Agung Semarang untuk meminta persetujuan.
3. Peneliti meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan dalam keikutsertaan penelitian ini (*Informed Consent*)

4. Peneliti menjelaskan teknis bagaimana pengisian kuesioner penelitian kepada responden
5. Peneliti mendapat data melalui pengisian kuesioner dari responden

J. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahap sebagai berikut :

1. *Editing* (pemeriksaan data)

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap semua isian pada semua item pertanyaan dalam kuesioner. Editing dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dilakukan pada saat pengumpulan data atau setelah data terkumpul dengan memeriksa jumlah kuesioner, kelengkapan identitas, lembar kuesioner, kelengkapan isian kuesioner, serta kejelasan jawaban.

2. *Coding* (pengkodean)

Coding merupakan pemberian kode atau angka pada variabel yang diteliti untuk memudahkan pengolahan data.

3. *Data Entry* (memasukkan data)

Entry data yaitu memasukkan data yang telah diperoleh menggunakan fasilitas computer. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan program Microsoft Excel dan program aplikasi pengolahan data statistik terkomputerisasi.

4. *Tabulating* (penyusunan data)

Proses pengelompokan jawaban-jawaban yang serupa dan menjumlahkan dengan teliti dan teratur. Setelah jawaban terkumpul, dilakukan kelompokan jawaban yang sama dengan menjumlahkannya. Pada tahapan ini data diperoleh untuk setiap variabel disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dalam bentuk tabel. Dalam penelitian ini peneliti melakukan tabulasi data menggunakan program aplikasi pengolah data statistik terkomputerisasi

K. Analisa Data

Data yang diperoleh dari penelitian ini kemudian dianalisis dengan menggunakan program aplikasi pengolah data statistik terkomputerisasi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Adapun uji univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah tendensi sentral (mean, median, modus, minimum, maximum dan standar deviasi) untuk variable numerik. Sedangkan variable kategorik menggunakan distribusi frekuensi.

L. Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2007) etika penelitian meliputi :

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Informed consent ialah lembar persetujuan untuk menjadi responden yang berisi tentang setuju atau tidaknya seseorang untuk

menjadi responden. Tujuan adanya *informed consent* adalah untuk memberitahukan kepada responden tujuan dan dampak dari penelitian yang sedang dilakukan. Apabila responden setuju maka wajib menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Anonimity ialah pengisian identitas hanya dengan nama insial.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Dalam sebuah penelitian identitas responden dan informasi yang telah diberikan wajib dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar Bab

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang dimulai pada bulan Februari sampai bulan Mei 2023. Jumlah responden sebanyak 62 pada pasien yang menderita penyakit jantung koroner, pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* karena tidak semua sampel memiliki kriteria sesuai yang telah peneliti tentukan dengan 62 responden.

B. Hasil analisis univariat

Penelitian ini mengambil responden sebanyak 62 pada pasien yang menderita penyakit jantung koroner. Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin. Rincian dari masing-masing karakteristik responden responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

a. Jenis kelamin

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Reponden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=62)

Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Perempuan	26	41,9%
Laki-laki	36	58,1%
Total	62	100%

Berdasarkan tabel 4.1 diatas diperoleh data responden terbanyak dalam penelitian ini adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu

sebanyak 36 responden dengan persentase (58,1%) dan responden perempuan sebanyak 26 responden dengan persentase (41,9%).

b. Usia responden

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden (N=62)

Umur	Frekuensi (f)	Persentase (%)
40-50	6	9,7%
51-60	36	58,1%
61-70	20	32,3%
Total	62	100%

Berdasarkan tabel 4.2 diatas diperoleh data responden berdasarkan usia bahwa Sebagian besar responden terbanyak pada usia 40 sampai 50 tahun yaitu sebanyak 16 responden dengan persentase (9,7%), umur 51 sampai 60 tahun memiliki distribusi sebanyak 36 responden (58,1%), umur 61 sampai 70 tahun memildiki distribusi sebanyak 20 responden (32,3%).

c. Aktivitas Fisik

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik (n=122)

Kualitas Fisik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang	11	17,7%
Cukup	51	82,3%
Total	62	100%

Berdasarkan tabel 4.3 diatas diperoleh data karakteristik responden berdasarkan aktivitas fisik pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner. Dari data responden didapatkan kualitas hidup cukup sebanyak 51 responden (82,3%), kualitas hidup kurang sebanyak 11 responden (17,7%).

d. Riwayat Keturunan

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Keturunan (n=62)

Riwayat Keturunan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Keturunan	17	27,4%
Tidak Keturunan	45	72,6%
Total	62	100%

Berdasarkan tabel 4.4 diatas diperoleh data karakteristik responden berdasarkan riwayat keturuan pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner. Dari data responden berdasarkan dari riwayat keturunan sebanyak 17 responden (27,4%), yang tidak dari riwayat keturunan sebanyak 45 responden (72,6%).

e. Hubungan Keluarga

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga (n=62)

Hubungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ayah Kandung	4	6,5%
Saudara Kandung	3	4,8%
Orang tua dari ayah kandung	7	11,3%
Orang tua dari ibu kandung	3	27,4%
Total	62	100%

Berdasarkan tabel 4.5 diatas diperoleh data karakteristik responden berdasarkan hubungan keluarga. Dari data responden didapatkan hubungan keluarga yang terindikasi penyakit jantung coroner dari ayah kandung sebanyak 4 responden (6,5%), saudara kandung sebanyak 3 responden (4,8%), orang tua ayah kandung sebanyak 7 responden (11,3%), orang tua ibu kandung sebanyak 3 responden (27,4%).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Penelitian

Pada pembahasan ini diuraikan keterkaitan antara kajian teoritik dengan hasil penelitian di lapangan mengenai gambaran aktivitas fisik pada pasien jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang 2023. Pada bab V ini akan dijelaskan dan diuraikan tentang pembahasan hasil penelitian mengenai “Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Pembahasan ini akan disajikan dalam bentuk paragraph meliputi interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi terhadap keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil dalam penelitian ini disesuaikan dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian yang akan dicapai oleh peneliti, yaitu sebagai berikut:

1. Interpretasi dan Diskusi Hasil

a. Karakteristik Responden

Jenis kelamin merupakan ciri khas dari fisik manusia yang dimiliki oleh setiap individu, sehingga dari ciri tersebut dapat dikelompokkan menjadi laki laki dan perempuan (Saputro, 2007).

Hasil penelitian melalui data demografi dari 62 responden berdasarkan jenis kelamin menjelaskan hasil bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 36 (58,1%).

Sedangkan responden perempuan sebanyak 26 (41,9%). Hasil data dari analisa kasus yang didapatkan, pasien penyakit jantung koroner kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan (Volz et al., 2019),

Interpretasi dan diskusi hasil pada penelitian ini disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu untuk melihat Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan tujuan khusus penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi tingkat keparahan penderita jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 2) Mengidentifikasi gambaran hidup pasien dengan penderita jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3) Menganalisis Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Pada penelitian ini sampel yang didapatkan sebanyak 62 responden di wilayah Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang sesuai dengan kriteria sampel yang sudah ditetapkan oleh peneliti.

2. Identifikasi Karakteristik Responden Yang Meliputi Jenis Kelamin, Usia, Aktivitas Fisik, Riwayat Keturunan dan Hubungan Keluarga

a. Karakteristik Responden

1) Jenis Kelamin

Pada penelitian ini responden berjumlah 62 responden yang terdiri dari laki-laki yaitu sebanyak 36 responden dengan persentase (58,1%) dan responden perempuan sebanyak 26 responden dengan persentase (41,9%).

Hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa mayoritas responden yang berjenis kelamin laki-laki sangat mendominasi, dengan jumlah responden laki-laki sebanyak 36 responden dengan persentase hasil sebanyak (58,1 %), sedangkan dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 responden dengan persentase sebesar (41,9 %).

Hal tersebut karena ketika peneliti terjun langsung ke lapangan banyak dari jenis kelamin perempuan yang sudah saya wawancarai sebenarnya merasa malas melakukan aktivitas fisik tersebut, Untuk yang berjenis kelamin laki-laki setelah saya bertanya dengan wawancara ringan sembari mengobrol biasa, mereka mengakui sudah merasa nyaman melakukan aktivitas fisik tersebut sehingga kualitas hidupnya meningkat lebih baik.

2) Usia

Berdasarkan usia bahwa Sebagian besar responden terbanyak pada usia 40 sampai 50 tahun yaitu sebanyak 16 responden dengan persentase (9,7%), umur 51 sampai 60 tahun memiliki distribusi sebanyak 36 responden (58,1%), umur 61 sampai 70 tahun memildiki distribusi sebanyak 20 responden (32,3%). Hasil penelitian tersebut didapatkan mayoritas rata-rata responden berusia 51-60 tahun. usia tertinggi dengan tingkat keparahan pasien berada pada kisaran usia 51-60 tahun dengan persentase sebesar (58,1%).

Hal tersebut dikarenakan keseimbangan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat ekonomi yang ada pada pasien jantung koroner tersebut tergolong rendah, jadi saat usia mereka menginjak tua, mereka sudah merasa nyaman dan menjadi biasa untuk melakukan aktivitas berat. selain karena faktor pengetahuan yang kurang baik, sejalan dengan pendidikan mereka yang dominan hanya lulusan sekolah dasar. Tingkat ekonomi terhadap kualitas hidup juga mendukung, karena tingkat pendapatan mereka yang rendah, mereka nyaman untuk melakukan aktivitas fisik tersebut dimanapun mereka sukai.

3) Aktivitas Fisik

Berdasarkan aktivitas fisik pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner. Dari data responden didapatkan

kualitas hidup cukup sebanyak 51 responden (82,3%), kualitas hidup kurang sebanyak 11 responden (17,7).

4) Riwayat Keturunan

Berdasarkan riwayat keturunan pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner. Dari data responden berdasarkan dari riwayat keturunan sebanyak 17 responden (27,4%), yang tidak dari riwayat keturunan sebanyak 45 responden (72,6%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pada tabel di dapatkan hasil sebanyak 45 responden dengan persentasi hasil (72,6 %) tidak memiliki keturunan atau riwayat penyakit jantung koroner sedangkan dengan riwayat keturunan terdapat 17 responden dengan hasil persentase sebesar (27,4 %).

5) Hubungan Keluarga

Berdasarkan hubungan keluarga. Dari data responden didapatkan hubungan keluarga yang terindikasi penyakit jantung coroner dari ayah kandung sebanyak 4 responden (6,5%), saudara kandung sebanyak 3 responden (4,8%), orang tua ayah kandung sebanyak 7 responden (11,3%), orang tua ibu kandung sebanyak 3 responden (27,4%).

Hasil penelitian tersebut di dapatkan bahwa dalam hubungan keluarga yang memiliki pengaruh paling besar terhadap penyakit jantung koroner adalah dari orang tua dari ayah kandung dengan hasil yang di dapatkan sebanyak 7

responden dengan persentase hasil (11,3 %), tetapi setelah terjun langsung ke lapangan untuk membagikan kuesioner ada di dalam tabel tersebut menunjukkan hasil yang *missing* artinya ada sebanyak 45 responden tidak ingin menjawab pertanyaan terkait hubungan keluarga dari pasien tersebut.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan sehingga penelitian ini dirasa belum sempurna, adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel yang dilakukan hanya di 1 Rumah Sakit.

C. Implikasi Untuk Keperawatan

Hasil penelitian tentang gambaran aktivitas fisik pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar gambaran asuhan keperawatan pada pasien jantung koroner dengan gangguan aktivitas fisik, dengan mempertimbangkan kondisi aktivitas fisik pasien jantung koroner yang melakukan rawat jalan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin laki-laki, responden terbanyak pada usia 40 sampai 50 tahun, tingkat aktivitas fisik cukup, tidak dari riwayat keturunan.
2. Karakteristik responden kedua adalah jenis kelamin. Dalam penelitian ini mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 36 pasien (58,1%) dan responden perempuan sebanyak 26 pasien (41,9%), responden terbanyak pada usia 40 sampai 50 tahun yaitu sebanyak 16 responden dengan persentase (9,7%), umur 51 sampai 60 tahun memiliki distribusi sebanyak 36 responden (58,1%), umur 61 sampai 70 tahun memiliki distribusi sebanyak 20 responden (32,3%), responden didapatkan kualitas hidup cukup sebanyak 51 responden (82,3%), kualitas hidup kurang sebanyak 11 responden (17,7), responden berdasarkan dari riwayat keturunan sebanyak 17 responden (27,4%), yang tidak dari riwayat keturunan sebanyak 45 responden (72,6%).

B. Saran

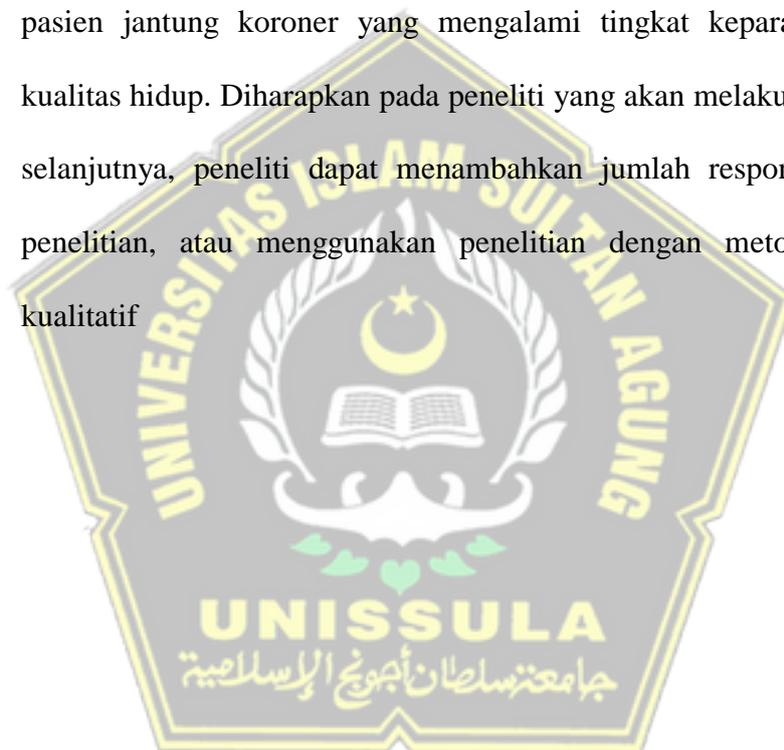
1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dengan adanya penelitian ini, dapat menambah sumber pengetahuan dan wawasan selama pembelajaran keperawatan. Sehingga dapat mengetahui gambaran tingkat keparahan keparahan

terhadap kualitas hidup pasien jantung koroner. Dengan bertambahnya pengetahuan dan wawasan & harapannya dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit jantung koroner.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber informasi untuk penelitian pada pasien jantung koroner yang mengalami tingkat keparahan terhadap kualitas hidup. Diharapkan pada peneliti yang akan melakukan penelitian selanjutnya, peneliti dapat menambahkan jumlah responden, variabel penelitian, atau menggunakan penelitian dengan metode penelitian kualitatif



DAFTAR PUSTAKA

- Anakonda, S., Widiary, F. L., & Inayah. (2019). Hubungan aktivitas olahraga dengan kadar kolesterol pasien penyakit jantung koroner Correlation between exercise with cholesterol level on coronary heart disease patients. *Ilmu Gizi Indonesia*, 02(02), 125–132.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Riskesdas 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Bansode, R. S., Tas, R., Tanriover, O. O., IOTC, Alam, K. M., Ashfiqur Rahman, J. M., Tasnim, A., Akther, A., Mathijsen, D., Sadouskaya, K., Division, C. T., Chen, Y. H., Chen, S. H., Lin, I. C., Buterin, V., Gu, Y., Hou, D., Wu, X., Tao, J., ... Miraz, M. H. (2018). No
- Dikriansyah, F. (2018). Hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja puskesmas sembayat gresik. In *Biomass Chem Eng* (Vol. 3, Issue 2).
- Gunawan, V. A., Fitriani, I. I., & Putra, L. S. A. (2020). Sistem Diagnosis Otomatis Identifikasi Penyakit Jantung Koroner Menggunakan Ekstraksi Ciri GLCM dan Klasifikasi SVM. *Informatika Mulawarman : Jurnal Ilmiah Ilmu Komputer*. <https://doi.org/10.30872/jim.v15i1.2495>
- Karyatin, K. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <https://doi.org/10.37012/jik.v11i1.66>
- Mandagi, I. V., Sudirman, S., & Yani, A. (2019). *Penyakit Jantung Koroner*. 2(01), 280–290. <https://doi.org/10.31227/osf.io/stwk5>
- Manurung, M. (2021). *Hubungan Pola Makan Yang Buruk Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner*.
- Soekidjo Notoadmodjo. (2012). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta (2012). In *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Suiraoaka, I. (2012). Penyakit Degeneratif: Menenal, Mencegah dan Mengurangi faktor resiko 9 Penyakit Degeneratif. *Nuha Medica*, 1–123.
- Baihaki, A. (2021). Hubungan status fungsional dengan depresi pada pasien pasca stroke dengan pendekatan konsep model Dorothea E. Orem. *Naskah Publikasi*, 1(1), 22.

- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan (ed. 8 vol. 3)*. Singapura: Elsevier.
- Departemen kesehatanpkkes Republik Indonesia. (2013). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah*. 000.
- Aditama. (2013). *iabetes Melitus Penyebab Kematian Nomor 6 di Dunia: Kemenkes Tawarkan Solusi Cerdik Melalui Posbind*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Arsittasari, T., Estiwidani, D., & Setiyawati, N. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kanker Payudara Di Rsud Kota Yogyakarta Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan*, 1–90.
- Baihaki, A. (2021). Hubungan status fungsional dengan depresi pada pasien pasca stroke dengan pendekatan konsep model Dorothea E. Orem. *Naskah Publikasi*, 1(1), 22.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan (ed. 8 vol. 3)*. Singapura: Elsevier.
- Departemen kesehatanpkkes Republik Indonesia. (2013). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah*. 000.
- Dinata, C. A., Safrita, Y. S., & Sastri, S. (2013). Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(2), 57. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i2.119>
- Husni, Romadhoni, & Rukiyati. (2015). Hubungan Antara Religiusitas dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Dipoli Bedah Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2). Retrieved from [http://repository.unjaya.ac.id/431/%0Ahttp://repository.unjaya.ac.id/431/1/Amru Hidayat_2212087_nonfull resize.pdf](http://repository.unjaya.ac.id/431/%0Ahttp://repository.unjaya.ac.id/431/1/Amru%20Hidayat_2212087_nonfull%20resize.pdf)
- Kozier, B., Berman, A. an. S. J. S. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Linarwati, M., Fathoni, A., & Minarsih, M. M. (2016). Studi Deskriptif Pelatihan Dan Pengembangan Sumberdaya Manusia Serta Penggunaan Metode Behavioral Event Interview Dalam Merekrut Karyawan Baru Di Bank Mega Cabang Kudus. *Journal of Management*, 2(2), 1.
- Masturoh, I., & Anggita, N. T. (2018). *metodelogi keperawatan variable*.

- Mullen. (2015). *Barriers to Work-Life Balance for Hospital Nurses. Workplace Health & Safety*. 96–99.
- Pane, J. P., Lase, Y. A., & Barus, M. (2022). Gambaran Tingkat Kecemasan Mahasiswa Ners Tingkat III Dalam Menghadapi Menghadapi Objective Structured Clinical Examination. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4, 933–940.
- Puthenpurakal, A., & Crussell, J. (2017). *Stroke 1: Definition, burden, risk factors and diagnosis*. Nursing Times.

