

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI  
OKTOBER 2013**

**TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA PENDUDUK DI  
KELURAHAN MACCORAWALIE KABUPATEN PINRANG  
TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT JANTUNG KORONER**



**OLEH:**

**Nur Fadhilah Aswan**

**C 111 08 801**

**PEMBIMBING:**

**Dr. dr. Sri Ramadani, M.Kes**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK  
BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**PANITIA SIDANG UJIAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Skripsi dengan judul “ **TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA PENDUDUK DI KELURAHAN MACCORAWALIE KABUPATEN PINRANG DALAM UPAYA MENCEGAH PENYAKIT JANTUNG KORONER**” telah diperiksa, disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasauddin pada :

Hari/Tanggal : Oktober 2013  
Waktu : 10.00 Wita  
Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

**Ketua Tim Penguji :**

**( Dr. Dr. Sri Ramadhani, M.Kes )**

**Anggota Tim Penguji :**

**Anggota I**

**Anggota II**

**( Dr. dr. A. ArmynNurdin, M.Sc ) ( dr. H. Muh. Ikhsan Madjid, MS, PKK)**

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU  
KEDOKTERAN KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**



**“TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA  
PENDUDUK DI KELURAHAN MACCORAWALIE  
KABUPATEN PINRANG DALAM UPAYA MENCEGAH  
PENYAKIT JANTUNG KORONER”**

**TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN  
DIPERBANYAK**

**MAKASSAR, OKTOBER 2013**

**PEMBIMBING**

**( Dr. dr. Sri Ramadhani, M.Kes )**

## **Abstrak**

BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

SKRIPSI, OKTOBER 2013

**NUR FADHILAH BINTI MOHD ASWAN**

### **TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA PENDUDUK DI KELURAHAN MACCORAWALIE KABUPATEN PINRANG TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT JANTUNG KORONER**

**xii + 46 halaman + 10 tabel + 5 gambar+ 2 lampiran**

**Latar Belakang:** Jantung Koroner adalah jenis penyakit yang banyak menyerang penduduk Indonesia. Kondisi ini terjadi akibat penyempitan/penyumbatan di dinding nadi koroner karena adanya endapan lemak dan kolesterol sehingga mengakibatkan suplai darah ke jantung menjadi terganggu. Penelitian dijalankan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap penduduk terhadap upaya mencegah PJK

**Metode:** Penelitian ini bersifat deskriptif, dilaksanakan pada 9 September- 23 September 2013 di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap penduduk terhadap upaya mencegah PJK. Sebanyak 96 responden sebagai sampel penelitian didapatkan dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Data hasil penelitian berupa data primer yang diperoleh dengan melakukan wawancara melalui kuisioner. Data diolah dengan *Microsoft Excel* kemudian diketik dengan program komputer *Microsoft Word*, disajikan dalam bentuk tabel disertai penjelasan.

**Hasil Penelitian:** . Hasil penelitian mengenai tingkat pengetahuan tentang upaya mencegah PJK menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan baik dengan jumlah 81 responden (84.4%). mengenai PJK yang terdiri atas 39 responden laki-laki (40.6%) dan 42 responden perempuan (43.8%). Hasil penelitian mengenai sikap dalam upaya mencegah PJK menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap positif dengan jumlah 84 responden (87.5%). Berdasarkan jenis kelamin laki laki dengan jumlah 41 responden (42.7%) manakala perempuan dengan jumlah tertinggi yaitu 43 responden (44.8%).

#### **Saran:**

Memberikan informasi mengenai Penyakit Jantung dan bahaya yang akan terjadi jika PJK tidak diobati oleh pihak yang berwenang dengan lebih meluas , penyuluhan oleh ahli kesehatan mengenai PJK ,cara mencegahnya dan terapi harus ditingkatkan dan memberikan pemeriksaan jantung secara berkala yang gratis supaya masyarakat miskin dapat dibantu

**Kata kunci:** Pengetahuan, sikap, penyakit jantung Koroner,

**Kepustakaan:** 16 (1979-2013)

## **Abstract**

PUBLIC HEALTH DEPARTMENT

MEDICAL FACULTY

HASANUDDIN UNIVERSITY

OCTOBER 2013

**NUR FADHILAH BINTI MOHD ASWAN**

### **THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES LEVEL OF CITIZENS IN KELURAHAN MACORAWALIE PINRANG REGENCY ABOUT THE PREVENTION OF CORONARY HEART DISEASE**

**xii + 46 pages + 10 tables + 5 pictures+ 2 attachments**

**Backgrounds:** Coronary heart disease is a kind of common disease among populations in Indonesia. This condition occurs due to narrowing / blockage in the coronary artery walls due to fatty and cholesterol deposits causing blood to the heart becomes impaired. Research carried out to determine the level of knowledge and attitude in order to to prevent CHD population

**Methods:** This is a descriptive study, carried out on 9 September-23 September 2013 in the Kelurahan Maccorawalie Pinrang Regency, South Sulawesi aims to determine the level of knowledge and attitude of the population in order to prevent CHD. A total of 96 respondents in the study sample is obtained by using simple random sampling method. Research data in the form of primary data obtained through interviews with questionnaires. The data were processed with Microsoft Excel and then typed by a computer program Microsoft Word, presented in tabular form accompanied by explanations.

**Research Results:** The results regarding the level of knowledge about an efforts to prevent CHD showed that most respondents had a good knowledge level by the number of 81 respondents (84.4%). regarding CHD consisting of 39 male respondents (40.6%) and 42 female respondents (43.8%). Results of research on attitudes in an attempt to prevent CHD showed that most respondents have a positive attitude with a number of 84 respondents (87.5%). Based on the male gender by the number of 41 respondents (42.7%) when women with the highest number of 43 respondents (44.8%).

**Suggestions:** Provide information about the CHD and its danger if not treated by the authorities with is more extensive, counseling by health professionals regarding CHD, how to prevent it, and treatment should be improved and provide periodic inspection of the free heart so that the poor can be helped.

**Keywords:** The knowledge, attitude, coronary heart disease

**References:** 16 (1979-2013)

## PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskuler menyebabkan 8,6 juta kematian setiap tahun, merupakan penyebab kematian terbanyak di seluruh dunia. Di negara berkembang, setengah dari seluruh kematian yang berusia di atas 50 tahun disebabkan penyakit jantung dan stroke. Penyakit kardiovaskuler menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di Indonesia saat ini. Survei kesehatan rumah tangga yang dilakukan secara berkala oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskuler memberikan kontribusi sebesar 19,8% dari seluruh penyebab kematian pada tahun 1993 dan meningkat menjadi 24,4% pada tahun 1998. Indonesia mempunyai jumlah penduduk 217.131.000 jiwa pada tahun 2002, mengalami kehilangan tenaga untuk aktivitas harian karena ketidakmampuan bekerja sebanyak 14 orang per 1.000 penduduk pada tahun 2003 dan jumlah kematian sebanyak 220.372 orang selama tahun 2002 akibat penyakit jantung. Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia merupakan salah satu hal terpenting yang menjadi perhatian di bidang kesehatan masyarakat di awal abad ke-21. Tidak hanya jumlah orang berusia di atas 60 tahun yang akan berlipat dua dalam 20 tahun yang akan datang, tetapi orang yang sekarang berusia 60 tahun sepertinya juga akan hidup selama lebih dari 20 tahun lagi.

Di Indonesia, diperkirakan akan terjadi peningkatan jumlah penduduk lanjut usia yang tertinggi di dunia (400%) pada tahun 2020. Penyakit jantung koroner yang selanjutnya disingkat PJK, dahulu dianggap

merupakan suatu penyakit yang terutama menyerang pria. Angka kematian menunjukkan bahwa sekurang-kurangnya 250.000 wanita meninggal akibat PJK. Penelitian pada tahun 2002 menunjukkan bahwa 28% dari seluruh wanita yang berusia di atas 50 tahun meninggal karena PJK, sehingga penyakit ini menjadi penyebab utama kematian wanita dalam kelompok umur tersebut. Faktor-faktor risiko menunjukkan bahwa nilai prediksi berbeda antara wanita dan pria, sehingga diperlukan suatu pendekatan *gender-specific* dalam rangka pencegahan primer dan sekunder. Berlawanan dengan persepsi umum, PJK ternyata merupakan penyebab utama kematian pada wanita, bertanggung jawab untuk lebih banyak kematian wanita setiap tahunnya dibandingkan dengan semua penyebab lain yaitu lebih dari seperempat juta kematian.

## BAHAN DAN METODE

Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dan sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang dalam upaya mencegah Penyakit Jantung Koroner yang dijalankan pada tanggal 9 September- 23 september 2013

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan pengetahuan dan sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang dalam upaya mencegah terjadinya Penyakit Jantung Koroner. Penelitian ini disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi terhadap variabel yang diteliti yaitu variabel pengetahuan dan variabel sikap.

Sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi terjangkau yakni penduduk di Kelurahan Maccorawalie

Kabupaten Pinrang. Penarikan sampel dilakukan secara *simple random sampling*. Perhitungan jumlah sampel yang dibutuhkan ( n ) dihitung dengan rumus besar sampel deskriptif kategorik

dengan menggunakan program komputer Microsoft Excel untuk memperoleh hasil statistik deskriptif yang diharapkan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 5.1.1: Jumlah Penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang Tahun 2013**

Kelurahan	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki Laki	Perempuan	
Maccorawalie	4362	7489	11851

Tabel 5.1.1. diatas menunjukkan bahwa jumlah penduduk di kelurahan Maccorawalie kabupaten Pinrang tahun 2013 berjumlah 11851 orang yang terdiri dari 4362 orang laki- laki dan 7489 orang perempuan. Sampel yang diambil adalah secara *random sampling* dengan jumlah sampel sejumlah 96

orang responden. Dari 96 kuisisioner yang dibagikan kepada penduduk yang terpilih sebagai responden, keseluruhannya memenuhi kriteria inklusi untuk digunakan, sehingga dapat dilihat dengan karakteristik sebagai berikut;

**Tabel 5.1.2: Distribusi responden berdasarkan karakteristik**

Karakteristik		n	Persentase %
Jenis Kelamin	Laki-laki	48	50
	Perempuan	48	50
	Total	96	100
Umur (Tahun)	≤20	12	12.5
	21-30	36	37.5
	31-40	23	24.0
	41-50	17	17.7
	51-60	6	6.25
	≥61	2	2.08
	Total	96	100

<b>Tingkat Pendidikan terakhir</b>	SDTT	4	4.17
	SMP	9	9.38
	SMA	35	36.5
	Perguruan Tinggi	48	50.0
	Total	96	100

Tabel 5.1.2 menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik. Dari tabel di atas, berdasarkan jenis kelamin, laki-laki dengan jumlah 48 responden (50%) dan perempuan sejumlah 48 responden (50%). Berdasarkan umur, kelompok umur terbanyak adalah kelompok 21-30 tahun dengan 36 responden (37.5%), diikuti kelompok umur 31-40 tahun dengan 23 responden (24%), kelompok umur 41-50 tahun dengan 17 responden (17.7%), kelompok umur  $\leq 20$  dengan 12

responden (12.5%), kelompok umur 51-60 tahun dengan 6 responden (6.25%) dan sisanya kelompok umur  $\geq 61$  dengan 2 responden (2.08%). Berdasarkan Tingkat pendidikan terakhir, kelompok tertinggi adalah perguruan tinggi dengan 48 responden (50%) diikuti kelompok SMA sebanyak 35 responden (36.5%), kelompok SMP dengan 9 responden (9.38%) dan sisanya kelompok SDTT sebanyak 4 responden (4.17%).

**Tabel 5.2: Distribusi Tingkat Pengetahuan Tentang Upaya mencegah PJK**

No	Tingkat Pengetahuan Tentang Upaya mencegah PJK	Jawaban	Jenis Kelamin				Total	
			♂		♀		n	%
			n	%	n	%		
1	Apakah definisi PJK	Benar	33	34.4	38	39.6	71	74.0
2	Dari sumber apa diketahui mengenai PJK	Benar	48	50.0	48	50.0	96	100.0
3	Apakah Karbon monoksida dan bisakah memicu terjadinya PJK	Benar	39	40.6	36	37.5	75	78.1
4	Kategori umur yang rentan	Benar	37	38.5	39	40.6	87	90.6



---

terjadi PJK

<b>5</b>	Menjaga pemakanan dengan makanan seimbang dapat mengurangi resiko PJK dan memperpanjang umur	Benar	40	41.7	44	45.8	84	87.5
<b>6</b>	Langkah paling efisien memastikan jantung sentiasa dalam kondisi sehat	Benar	38	39.6	41	42.7	79	82.3
<b>7</b>	Gejala paling tepat mengenai PJK	Benar	37	38.5	43	44.8	80	83.3
<b>8</b>	Definisi Diabetes Mellitus	Benar	36	37.5	39	40.6	75	78.1
<b>9</b>	Apakah penyakit DM menyebabkan kejadian PJK meningkat	Benar	41	42.7	45	46.9	89	92.7
<b>10</b>	Apakah dengan olahraga teratur PJK bisa dihindari	Benar	44	45.8	46	47.9	90	93.8

---

Berdasarkan Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa responden laki-laki memiliki persentase 34.4% dengan jumlah 33 responden dan perempuan

memiliki persentase 39.6 % dengan jumlah 38 responden yang mengetahui definisi Penyakit Jantung Koroner. Sebanyak 50% dengan jumlah 48

responden laki-laki dan 50% dengan jumlah 48 responden perempuan mengetahui informasi mengenai PJK melalui berbagai sumber. Responden laki-laki dengan persentase 40.6 % dengan jumlah 39 responden manakala perempuan dengan persentase 37.5% dengan jumlah 36 responden mengetahui bahwa karbon monoksida bisa memicu terjadinya PJK. Sebanyak 37 responden dengan jumlah persentase 38.5% dan perempuan 39 responden dengan persentase 40.6% mengetahui kategori umur yang rentan terjadi PJK. Sebanyak 40 responden laki-laki dengan persentase 41.7% dan 44 responden perempuan dengan persentase 45.8% setuju bahwa dengan menjaga pemakanan dengan makanan seimbang dapat mengurangi resiko PJK. Sebanyak

37 responden laki-laki dengan persentase 38.5% dan perempuan 43 responden dengan persentase 44.88% mengetahui gejala paling tepat mengenai PJK. Sebanyak 36 responden laki-laki dengan persentase 37.5% manakala perempuan 39 responden dengan persentase 40.6% mengetahui Diabetes Mellitus. Sebanyak 41 responden dengan persentase 42.7% manakala perempuan 45 responden dengan persentase 46.9% tahu bahwa DM dapat menyebabkan peningkatan kejadian PJK. Laki-laki dengan 44 responden dengan persentase 45.8% dan perempuan 46 responden dengan persentase 47.9% mengetahui bahwa dengan olahraga teratur dapat menghindari resiko terjadinya PJK.

**Tabel 5.2.1: Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Jenis Kelamin**

Tingkat Pengetahuan	Jenis Kelamin				Total	
	♂		♀		n	%
	n	%	n	%		
<b>Baik</b>	39	40.6	42	43.8	81	84.4
<b>Kurang Baik</b>	9	9.38	6	6.25	15	15.6
<b>Total</b>	48	50	48	50	96	100

Tabel 5.2.1 di atas menunjukkan keseluruhan hasil penelitian tingkat pengetahuan tentang upaya mencegah PJK berdasarkan jenis kelamin yang dikelompokkan menjadi dua kategori yang terdiri atas baik dan kurang baik. Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang baik dengan jumlah

81 responden yang terdiri atas 39 responden laki-laki (40.6%) dan 42 responden perempuan (43.8%). Dikategori baik apabila responden mampu menjawab lebih dari 60% pertanyaan tentang pengetahuan dengan benar dari semua pertanyaan tentang pencegahan PJK dengan jumlah nilai  $\geq 16$ .

**Tabel 5.2.2: Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Umur**

Umur	Tingkat Pengetahuan				Total	
	Baik		Kurang Baik		n	%
	n	%	n	%		
≤20	8	8.33	4	4.17	12	12.5
21-30	33	34.4	3	3.13	36	37.5
31-40	19	19.8	4	4.17	23	24.0
41-50	15	15.6	2	2.08	17	17.7
51-60	4	4.17	2	2.08	6	6.25
≥61	2	2.08	0	0.00	2	2.08
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>84.4</b>	<b>15</b>	<b>15.6</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tabel 5.2.2 di atas menunjukkan distribusi gambaran umum tingkat pengetahuan responden tentang upaya mencegah PJK berdasarkan umur. Kelompok tertinggi berpengetahuan baik adalah kelompok umur 21-30 tahun dengan 33 responden ( 34.4%) diikuti kelompok umur 31-40 tahun dengan 19

responden ( 19.8%), kelompok umur 41-50 dengan 15 responden ( 15.6%), kelompok umur ≤20 sebanyak 8 responden( 8.33%), kelompok umur 51-60 thun dengan 4 responden (4.17%) dan sisanya kelompok umur ≥61 sebanyak 2 responden (2.08%).

**Tabel 5.2.3: Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir**

Tingkat Pendidikan Terakhir	Tingkat Pengetahuan				Total	
	Baik		Kurang Baik		n	%
	n	%	n	%		
SDTT	1	1.04	3	3.13	4	4
SMP	4	4.17	5	5.21	9	9

<b>SMA</b>	29	30.2	6	6.25	35	36
<b>Perguruan Tinggi</b>	47	49.0	1	1.04	48	50
<b>Total</b>	81	84.4	15	15.6	96	100

Tabel 5.2.3 menunjukkan gambaran umum tingkat pengetahuan terhadap upaya mencegah PJK berdasarkan tingkat pendidikan terakhir. Kelompok tertinggi yaitu kelompok perguruan tinggi dengan 47 responden

(49%) , diikuti dengan kelompok SMA dengan 29 responden ( 30.2%), kelompok SMP dengan 4 responden (4.17%) dan sisanya kelompok SSTT dengan 1 responden ( 1.04%).

**Tabel 5.3: Distribusi Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK**

No	Sikap tentang upaya mencegah PJK	Jawaban	Jenis Kelamin				Total	
			♂		♀		n	%
			n	%	n	%		
1	Adakah anda merokok?	Tidak Setuju	27	28.1	45	46.9	72	75.0
2	Adakah anda mengamalkan diet yang seimbang (nasi, ayam/ikan, sayur buah-buahan) sehari-hari?	Setuju	38	39.6	43	44.8	81	84.4
3	Olahraga dapat mengurangi resiko mendapat PJK. Pernahkan anda meluangkan masa paling kurang 1 kali dalam seminggu untuk olahraga?	Setuju	42	43.8	36	37.5	68	70.8
4	Faktor genetik mempunyai peranan dalam terjadinya PJK.	Setuju	44	45.8	46	47.9	90	93.8

---

	Jika salah seorang ahli keluarga anda menderita PJK, adakah anda akan melakukan tindakan pencegahan seperti mengamalkan hidup yang sehat?							
<b>5</b>	Seandainya orang terdekat anda mengeluh nyeri dada bersifat seperti terbakar, adakah anda segera membawanya berobat ke dokter?	Setuju	43	44.8	46	47.9	89	92.7
<b>6</b>	Perluakah anda sebagai ketua keluarga perlu mengajak ahli keluarga anda mengamalkan gaya hidup yang sehat	Setuju	47	49.0	48	50.0	95	99.0
<b>7</b>	Seandainya pemerintah menjalankan 'Kampanye Jantung Sehat', adakah anda akan mengikutinya?	Setuju	41	42.7	45	46.9	89	92.7
<b>8</b>	Jika anda tidak obese, adakah anda perlu mengamalkan pola hidup yang sehat untuk mencegah PJK?	Setuju	43	44.8	46	47.9	89	92.7

---

<b>9</b>	Jika anda seorang pengidap PJK, adakah anda akan melakukan pemeriksaan jantung secara berkala?	Setuju	44	45.8	47	49.0	91	94.8
<b>10</b>	Seandainya anda mangalami penyakit gula/kencing manis/Diabetes Mellitus, adakah anda akan mengontrol kadar gula (dengan mengambil obat dan mengamalkan diet seimbang) supaya anda tidak rentan terhadap PJK?	Setuju	42	43.8	46	47.9	88	91.7

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa sikap responden tentang upaya mencegah Penyakit Jantung Koroner. Berdasarkan tabel di atas hanya 27 responden laki-laki dengan persentase 28.1% tidak merokok manakala sejumlah 45 responden perempuan dengan persentase 46.9% tidak merokok. Sejumlah 38 responden laki-laki dengan persentase 39,6 manakala sejumlah 43 responden perempuan dengan persentase 44.8% setuju bahwa mereka mengamalkan diet yang seimbang. Sebanyak 42 responden laki-laki dengan persentase 43.8% manakala 36 responden perempuan dengan persentase 37.5% setuju bahwa mereka meluangkan waktu paling kurang 1 kali dalam seminggu untuk olahraga. Sejumlah 44 responden laki-laki dengan persentase 45.8% manakala 46 responden perempuan dengan

persentase 47.9% setuju akan melakukan tindakan hidup sehat. Sejumlah 43 responden laki-laki dengan persentase 44.8% dan 46 responden perempuan dengan persentase 47.9% setuju akan membawa orang terdekat atau diri sendiri ke rumah sakit jika mengeluh nyeri dada. Laki-laki dengan jumlah 41 responden dengan persentase 42,71% manakala perempuan dengan 45 responden dengan persentase 46.9% setuju bersama-sama keluarga mengajak keluarga mengamalkan hidup sehat. Sejumlah 41 responden laki-laki dengan persentase 42.7% manakala 45 responden perempuan dengan persentase 46.9% akan mengikuti kampanye Jantung sehat jika iya dilakukan. Sebanyak 43 responden laki-laki dengan persentase 44.8% manakala perempuan dengan 46 responden dengan persentase 47.9% setuju akan tetap mengamalkan

hidup sehat meski tidak obese untuk mencegah PJK. Sebanyak 44 responden laki-laki dengan persentase 45.8% manaakala sebnayak 47 responden perempuan dengan persentase 49% setuju bahwa jika mereka menghadapi PJK, mereka akan melakukan pemeriksaan jantung secara berkala.

Sebanyak 42 responden laki-laki dengan persentase 43.8% dan sebanyak 46 responden perempuan dengan 47.9% setuju akan mengontrol kadar gula (dengan mengambil obat dan mengamalkan diet seimbang) supaya anda tidak rentan terhadap PJK jika menghadapi penyakit Diabetes Mellitus.

**Tabel 5.3.1: Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Jenis Kelamin**

Sikap Tentang Upaya mencegah PJK	Jenis Kelamin				Total	
	♂		♀		n	%
	n	%	n	%		
<b>Positif</b>	41	42.7	43	44.8	84	87.5
<b>Negatif</b>	7	7.29	5	5.21	12	12.5
<b>Total</b>	48	50	48	50	96	100

Tabel 5.3.1 di atas mnunjukkan bahwa hasil penelitian dari sikap responden tentang upaya mencegah Penyakit Jantung Koroner. Berdasarkan jenis kelamin. Pengukuran sikap dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu positif dan negatif. Dari tabel di

atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mnunjukkan sikap yang positif dengan jumlah 84 responden yang terbagi atas 41 responden laki-laki (42.7%) dan 43 responden perempuan (44.8%).

**Tabel 5.3.2: Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Umur**

Umur	Tingkat Pengetahuan				Total	
	Positif		Negatif		n	%
	n	%	n	%		
<b>≤20</b>	8	8.33	4	4.17	12	12.5

<b>21-30</b>	33	34.4	3	3.13	36	37.5
<b>31-40</b>	21	21.9	2	2.08	23	24.0
<b>41-50</b>	15	15.6	2	2.08	17	17.7
<b>51-60</b>	5	5.21	1	1.04	6	6.25
<b>≥61</b>	2	2.08	0	0	2	2.08
<b>Total</b>	84	87.5	12	12.5	96	100

Tabel 5.3.2 di atas menunjukkan sikap responden dalam upaya mencegah Penyakit Jantung berdasarkan umur. Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap positif berada pada kelompok umur 21-30 tahun sejumlah 33 responden dengan persentase 34.4%. , diikuti kelompok umur 31-40 tahun

dengan 21 responden( 21.9%). Berdasarkan kelompok selanjutnya adalah kelompok umur 41-50 tahun dengan jumlah 15 responden (15.6%),kelompok umur  $\leq 20$  dengan 8 responden ( 8.33%), kelompok umur 51-60 tahun dengan 5 responden (5.21%) dan sisanya kelompok usia  $\geq 61$  dengan 2 responden (2.08%).

**Tabel 5.3.3: Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir**

Tingkat Pendidikan Terakhir	Tingkat Pengetahuan				Total	
	Positif		Negatif		n	%
	n	%	n	%		
<b>SDTT</b>	3	3.13	1	1.04	4	4.17
<b>SMP</b>	5	5.21	4	4.17	9	9.38
<b>SMA</b>	31	32.3	4	4.17	35	36.5
<b>Perguruan Tinggi</b>	45	46.9	3	3.13	48	50.0
<b>Total</b>	84	87.5	12	12.5	96	100



Tabel 5.3.3 di atas menunjukkan gambaran sikap responden tentang upaya mencegah PJK berdasarkan tingkat pendidikan terakhir. Berdasarkan kelompok tertinggi yang mempunyai sikap positif adalah kelompok perguruan tinggi dengan

jumlah 45 responden (46.9%) diikuti kelompok SMA dengan 31 responden (32.3%), kelompok SMP sejumlah 5 responden (5.21%) dan sisanya kelompok SITT sejumlah 3 responden (3.13%).

## KESIMPULAN

Adapun kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Tingkat pengetahuan penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang tentang upaya dalam mencegah Penyakit Jantung Koroner, berdasarkan jenis kelamin, sebanyak 81 responden (84.4%) yang terdiri atas 39 responden laki-laki (40.6%) dan 42 responden perempuan (43.8%). Sebanyak 15 responden (15.6%) memiliki tingkat pengetahuan kurang yang terdiri atas 9 responden laki-laki (9.38%) dan 6 responden perempuan (6.25%). Berdasarkan umur, kelompok tertinggi yang mempunyai pengetahuan baik adalah kelompok umur 21-30 tahun dengan jumlah 33 responden (34.4%), menurut tingkat pendidikan terakhir dengan jumlah 47 responden (49%) merupakan kelompok tertinggi yang mempunyai pengetahuan baik dalam upaya mencegah PJK.

2. Sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang tentang upaya dalam mencegah Penyakit

Jantung Koroner, sebanyak 84 responden (87.5%) yang terdiri atas 41 responden laki-laki (42.7%) dan 43 responden perempuan (44.8%) mempunyai sikap yang positif. Sebanyak 12 responden (12.5%) memiliki tingkat pengetahuan kurang yang terdiri atas 7 responden laki-laki (7.29%) dan 5 responden perempuan (5.21%). Kelompok umur tertinggi yang mempunyai sikap yang positif adalah kelompok umur 21-30 tahun dan terendah adalah kelompok umur  $\geq 61$  tahun dengan 2 responden (2.08%). Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir menunjukkan bahwa kelompok perguruan tinggi menunjukkan sikap positif tertinggi berbanding yang lain dengan jumlah 45 responden (46.9%) dan terendah adalah kelompok SDTT dengan jumlah 3 responden (3.13%).

3. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sikap positif meningkat seiring meningkatnya tingkat pengetahuan responden dalam upaya mencegah PJK.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Topol E. *Acute Coronary Syndromes*. 3<sup>rd</sup> ed: USA. Marcel Dekker, 2005. p.33-40
2. DeFronzo RA. *Insulin resistance, hyperinsulinemia, and coronary artery disease*. 2<sup>nd</sup> ed. USA : J Cardiovasc Pharmacol, 1992. p. 20-25
3. Administrator. Penderita PJK di Indonesia Meningkat. Jakarta. [online]. Update on 2009 March 15. [cited on 2013 Agustus 14]; Available from: URL: <http://www.tempointeraktif.com>.
4. Kohler HP, Grant PJ. *Plasminogen-activator inhibitor type 1 and coronary artery disease*. 1<sup>st</sup> ed. UK. N Engl J Med, 2000; 342. p. 1792-801

5. Suwaidi JA, Hamasaki S, Higano ST, et al. *Long-term follow-up of patients with mild coronary artery disease and endothelial dysfunction*. *Circulation*. 4<sup>th</sup> ed. USA, 2000; 101.p. 948–54
6. Wilson PW. *Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study*. 2<sup>nd</sup> ed.USA. *Am J Hypertens*, 1994; 7: p.7–12
7. Genest J Jr, McNamara JR, Ordovas JM, et al. *Lipoprotein cholesterol, apolipoprotein A-I and B and lipoprotein (a) abnormalities in men with premature coronary artery disease*. 3<sup>rd</sup> ed. UK. National Cholesterol Education Program (NCEP), 1992; 19: p. 792–802
8. Weverling-Rijnsburger AW, Jonkers IJ, van Exel E, et al. *High-density vs low-density lipoprotein cholesterol as the risk factor for coronary artery disease and stroke in old age*. 2<sup>nd</sup> ed.. USA. *Arch Intern Med* 2003; 163: p.1549–54
9. Pearson TA, Bulkley BH, Achuff SC, et al. *The association of low levels of HDL cholesterol and arteriographically defined coronary artery disease*. 6<sup>th</sup> ed. USA. *Am J Epidemiol* , 1979; 109. p.285–95
10. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, et al. *Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease*. 4<sup>th</sup> ed.USA. *Arch Intern Med*, 2003; 163. p. 2301–5
11. Mark DB, Shaw L, Harrell FE Jr, et al. *Prognostic value of a treadmill exercise score in outpatients with suspected coronary artery disease*. 3<sup>rd</sup> ed.USA. *N Engl J Med* 1991;325(12).p.849–853
12. Joughin HM, Digenio AG, Daly L, Kqare E. *Physiological benefits of a prolonged moderate-intensity endurance training programme in patients with coronary artery disease*. 4<sup>th</sup> ed. UK. *S Afr Med J* 1999; 89(5).p.545–550.
13. Heitzer T, Schlinzig T, Krohn K, Meinertz T, Münzel T. *Endothelial dysfunction, oxidative stress, and risk of cardiovascular events in patients with coronary artery disease*. *Circulation*. 3<sup>rd</sup> ed. UK. USA. 2001;104:2673–2678.
14. Kim WY, Stuber M, Bornert P, Kissinger KV, Manning WJ, Botnar RM. *Three-dimensional blackblood cardiac magnetic resonance coronary vessel wall imaging detects positive arterial remodeling in patients with nonsignificant coronary artery disease*. *Circulation* 2002;106.p.296–299.
15. Blum A, Hathaway L, Mincemoyer R, et al. *Oral Larginine in patients with coronary artery disease on medical management*. *Circulation* 2000; 101.p.2160– 2164.
16. Adams V, Lenk K, Linke A, et al. *Increase of circulating endothelial progenitor cells in patients with coronary artery disease after exercise-induced ischemia*. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004;24 (4).p.684–690.

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya jualah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas kepaniteraan klinik pada Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Jutaan terima kasih dengan tulus ikhlas kepada ayahanda Mohd Aswan bin Taha dan ibunda Asmira Binti Walani, beserta saudara-saudaraku tersayang, Zaim Zunnur, Siska Gartika, Qutrul Nada dan Nur Dalila Maisarah yang telah dengan sabar, tabah dan penuh kasih sayang serta selalu memanjatkan doa dan dukungannya selama masa studi penulis sekalipun terpisah oleh jarak. Tidak lupa kepada tante tercinta Hj Habibah yang banyak membantu dalam menyiapkan skripsi ini.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan terima kasih yang mendalam kepada Ibu Dr dr Sri Ramadani, M.Kes selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dengan tekun dan sabar memberikan arahan, koreksi dan bimbingannya tahap demi tahap penyusunan skripsi ini. Waktu yang beliau berikan merupakan kesempatan berharga bagi penulis untuk belajar.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya, juga penulis sampaikan kepada:

1. Ketua bagian dan seluruh staf Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar.
2. Pimpinan dan staf-staf Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar.
3. Seluruh keluarga dan dosen-dosen penulis yang juga telah memberikan dorongan dan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Sahabat terdekat saya penulis Hasmira Rashid dan Sharifah Faseha yang telah banyak memberikan dukungan kepada penulis.
5. Teman-teman seminggu penulis di Bagian IKM-IKK.

6. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari yang diharapkan, untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis menerima kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Namun demikian, dengan segala keterbatasan yang ada, mudah-mudahan skripsi ini ada manfaatnya. Akhirnya penulis hanya dapat berdoa semoga Allah SWT memberikan imbalan yang setimpal kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Amin.

Makassar, Oktober 2013

**Penulis**



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>viii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>1.1. LATAR BELAKANG MASALAH</b>	<b>2</b>
<b>1.2. RUMUSAN MASALAH</b>	<b>2</b>
<b>1.3. TUJUAN PENELITIAN</b>	<b>2</b>
<b>1.4. MANFAAT PENELITIAN</b>	<b>3</b>
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>4</b>
<b>2.1. PENGETAHUAN</b>	<b>4</b>
<b>2.2. SIKAP</b>	<b>6</b>
<b>2.3. PENYAKIT JANTUNG KORONER</b>	<b>9</b>
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP</b>	<b>20</b>
<b>3.1. DASAR PEMIKIRAN VARIABEL PENELITIAN</b>	<b>20</b>
<b>3.2. KERANGKA KONSEP</b>	<b>20</b>
<b>3.3. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<b>21</b>
<b>BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN</b>	<b>24</b>
<b>4.1. DESAIN PENELITIAN</b>	<b>24</b>
<b>4.2. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN</b>	<b>24</b>
<b>4.3. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN</b>	<b>24</b>
<b>4.4. CARA PENGAMBILAN SAMPEL</b>	<b>25</b>
<b>4.5. TEHNIK PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA</b>	<b>25</b>
<b>4.6. TEHNIK PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA</b>	<b>26</b>

<b>4.7. ETIKA PENELITIAN</b>	<b>27</b>
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	<b>28</b>
<b>5.1 ANALISA UNIVARIAT</b>	<b>29</b>
<b>5.2 DISTRIBUSI TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG         UPAYA MENCEGAH PJK</b>	<b>30</b>
<b>5.3 DISTRIBUSI SIKAP RESPONDEN TENTANG UPAYA         MENCEGAH PJK</b>	<b>35</b>
<b>5.4 PEMBAHASAN</b>	<b>41</b>
<b>BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>43</b>
<b>6.1 KESIMPULAN</b>	<b>43</b>
<b>6.2 SARAN</b>	<b>44</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>45</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	NOMENKLATUR SINDROMA KORONER AKUT	4
Gambar 2	KEMATIAN GLOBAL AKIBAT PENYAKIT KARDIOVASKULAR	5
Gambar 3	LINGKARAN PATOGENESIS PENYAKIT KARDIOVASKULAR.	9
Gambar 4	<i>GUIDELINES</i> UNTUK MENDIAGNOSIS ACS	10
Gambar 5	BERBAGAI LETAK ANATOMIS SKA	12



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.1	Jumlah Penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang Tahun 2013	29
Tabel 5.1.2	Distribusi responden berdasarkan karakteristik	29
Tabel 5.2	Distribusi Tingkat Pengetahuan Tentang Upaya mencegah PJK	30
Tabel 5.2.1	Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Jenis Kelamin	33
Tabel 5.2.2	Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Umur	33
Tabel 5.2.3	Distribusi Gambaran Umum Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir	34
Tabel 5.3	Distribusi Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK	35
Tabel 5.3.1	Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Jenis Kelamin	39
Tabel 5.3.2	Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Umur	39
Tabel 5.3.3	Distribusi Gambaran Umum Sikap Responden Tentang Upaya mencegah PJK berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir	40



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Penyakit kardiovaskuler menyebabkan 8,6 juta kematian setiap tahun, merupakan penyebab kematian terbanyak di seluruh dunia. Di negara berkembang, setengah dari seluruh kematian yang berusia di atas 50 tahun disebabkan penyakit jantung dan stroke.<sup>1,2</sup>

Penyakit kardiovaskuler menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di Indonesia saat ini. Survei kesehatan rumah tangga yang dilakukan secara berkala oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskuler memberikan kontribusi sebesar 19,8% dari seluruh penyebab kematian pada tahun 1993 dan meningkat menjadi 24,4% pada tahun 1998. Indonesia mempunyai jumlah penduduk 217.131.000 jiwa pada tahun 2002, mengalami kehilangan tenaga untuk aktivitas harian karena ketidakmampuan bekerja sebanyak 14 orang per 1.000 penduduk pada tahun 2003 dan jumlah kematian sebanyak 220.372 orang selama tahun 2002 akibat penyakit jantung.<sup>3</sup>

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia merupakan salah satu hal terpenting yang menjadi perhatian di bidang kesehatan masyarakat di awal abad ke-21. Tidak hanya jumlah orang berusia di atas 60 tahun yang akan berlipat dua dalam 20 tahun yang akan datang, tetapi orang yang sekarang berusia 60 tahun sepertinya juga akan hidup selama lebih dari 20 tahun lagi.<sup>2,3</sup> Di Indonesia, diperkirakan akan terjadi peningkatan jumlah penduduk lanjut usia yang tertinggi di dunia (400%) pada tahun 2020. Penyakit jantung koroner yang selanjutnya disingkat PJK, dahulu dianggap merupakan suatu penyakit yang terutama menyerang pria. Angka kematian menunjukkan bahwa sekurang-kurangnya 250.000 wanita meninggal akibat PJK. Penelitian pada tahun 2002 menunjukkan bahwa 28% dari seluruh wanita yang berusia diatas 50 tahun meninggal karena PJK, sehingga penyakit ini menjadi penyebab utama kematian wanita dalam kelompok umur tersebut.<sup>3</sup>

Faktor-faktor risiko menunjukkan bahwa nilai prediksi berbeda antara wanita dan pria, sehingga diperlukan suatu pendekatan *gender-specific* dalam rangka pencegahan primer dan sekunder. Berlawanan dengan persepsi umum, PJK ternyata merupakan penyebab utama kematian pada wanita, bertanggung jawab untuk lebih banyak kematian wanita setiap tahunnya dibandingkan dengan semua penyebab lain yaitu lebih dari seperempat juta kematian.<sup>2,4</sup>

## 1.2. Rumusan Masalah

Dari uraian di atas dapat disusun rumusan masalah yaitu:

Bagaimanakah gambaran pengetahuan dan sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang terhadap upaya mencegah Penyakit Jantung Koroner.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang dalam upaya mencegah Penyakit Jantung Koroner.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Bagaimana pengetahuan penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang terhadap upaya mencegah Penyakit jantung Koroner
- b. Bagaimana sikap penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang terhadap upaya mencegah Penyakit jantung Koroner
- c. Bagaimana tindakan penduduk di Kelurahan Maccorawalie Kabupaten Pinrang terhadap upaya mencegah Penyakit jantung Koroner

## 1.4. Manfaat Penelitian

### a. Bagi Peneliti;

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan pengalaman bagi penulis dalam meneliti secara langsung di lapangan.

b. Bagi Masyarakat;

Hasil penelitian ini diharapkan agar masyarakat tahu dan mengerti tentang cara mencegah PJK

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dan referensi dalam proses belajar mengajar dan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa/mahasiswi kedokteran

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. *Pengetahuan*

#### 2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu baik melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain, media masa maupun lingkungan.<sup>4</sup>

#### 2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003), yaitu :

##### i. Faktor Internal

Faktor internal mempengaruhi terbentuknya : pertama pendidikan, secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat melalui kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni : *input* adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok dan masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), dan *output* (meningkatkan pengetahuan sehingga melakukan apa yang diharapkan). Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.<sup>4</sup>

Kedua pekerjaan, menurut Thomas pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk memanjang kehidupannya dan

kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja pada umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.<sup>4</sup>

Ketiga umur, menurut Elisabeth usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Huclock (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercayai dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.<sup>4</sup>

## ii. Faktor Eksternal

Faktor eksternal mempengaruhi terbentuknya pertama, faktor lingkungan. Menurut Mariner lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Kedua sosial budaya, sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.<sup>4</sup>

### 2.1.3 Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :<sup>5</sup>

#### i. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

ii. Memahami (*Comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

iii. Aplikasi (*Application*).

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya), aplikasi ini diartikan dapat sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

iv. Analisis (*Analysys*).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

v. Sintesa (*Syntesis*).

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formulasi-formulasi yang ada

vi. Evaluasi (*Evaluation*).

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

## 2.2 Sikap

### 2.2.1 Definisi Sikap

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isue. (Petty, cocopio, 1986 dalam Azwar S., 2000 : 6). Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Soekidjo Notoatmojo, 1997 : 130). Sikap



adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi (Heri Purwanto, 1998 :62).<sup>6</sup>

### 2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Terbentuknya Sikap

Pembentukan sikap seseorang sangat ditentukan oleh : kepribadian, intelegensia, dan minat. Sikap dapat dipelajari, dibentuk, dan sikap akan mencerminkan kepribadian seseorang. Sikap dapat dipelajari, dimana belajar itu adalah berlatih, dan belajar berlangsung seumur hidup.<sup>6</sup>

Sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yaitu : pertama kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek. Kedua kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek. Ketiga kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

### 2.2.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003) tingkatan sikap terbagi menjadi 4 bagian utama, diantaranya adalah :<sup>6</sup>

i. Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa seseorang (subyek) mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

ii. Menanggapi (*responding*).

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

iii. Menghargai (*valuing*).

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi orang lain merespon.

iv. Bertanggung jawab (*responsible*).

Sikap bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

#### 2.2.4 Struktur dan Pembentukan Sikap

Struktur sikap terdiri dari komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu sudah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari objek tertentu. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Pengertian kecenderungan berperilaku menunjukkan bahwa komponen afektif meliputi pula bentuk-bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang.<sup>7,8</sup>

Pembentukan sikap menurut Azwar (2005) dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :<sup>7</sup>

- i. Pengalaman pribadi, haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.
- ii. Pengaruh orang lain yang dianggap penting atau orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita.
- iii. Pengaruh kebudayaan, dimana kita hidup akan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

- iv. Media massa, pengaruh media massa tidaklah sebesar pengaruh interaksi individual secara langsung, namun tetap ada dalam proses pembentukan dan perubahan sikap.
- v. Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep diri individu.
- vi. Pengaruh faktor emosional merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

#### 2.2.5 Pembagian Sikap

Secara garis besar sikap, dapat dibedakan menjadi 2, yaitu sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif merupakan sikap yang menunjukkan atau mempertahankan, menerima, mengakui, menyetujui, serta melaksanakan norma-norma yang berlaku dimana individu itu berbeda. Sikap negatif merupakan sikap yang menunjukkan, memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berada. Salah satu cara mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala kuesioner. Skala penilaian sikap mengandung serangkaian pernyataan tentang permasalahan tertentu.<sup>6</sup>

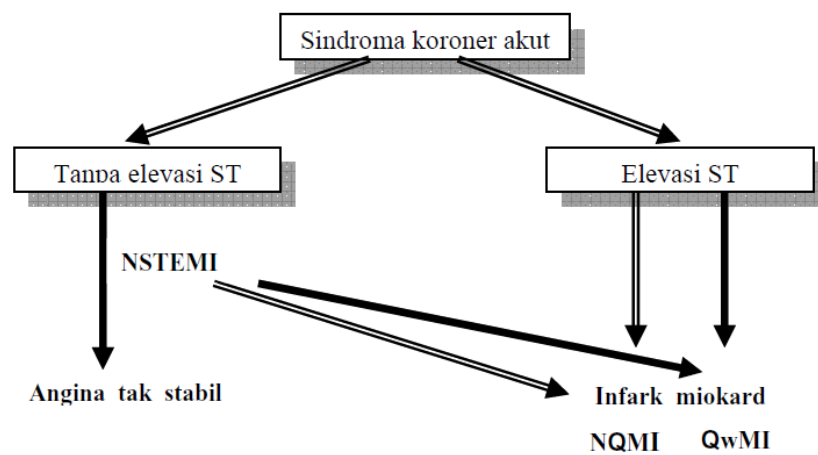
### 2.3 Penyakit jantung Koroner

#### 2.3.1 Definisi

Penyakit Jantung Koroner adalah gangguan yang terjadi pada jantung akibat suplai darah ke jantung yang melalui arteri koroner terhambat. Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah suatu istilah atau terminologi yang digunakan untuk menggambarkan spektrum keadaan atau kumpulan proses penyakit yang meliputi angina pectoris tidak stabil/APTS (unstable angina/UA), infark miokard gelombang non-Q atau infark miokard tanpa elevasi segmen ST (Non-ST elevation myocardial infarction/ NSTEMI), dan

infark miokard gelombang Q atau infark miokard dengan elevasi segmen ST (ST elevation myocardial infarction/STEMI).<sup>3,4</sup>

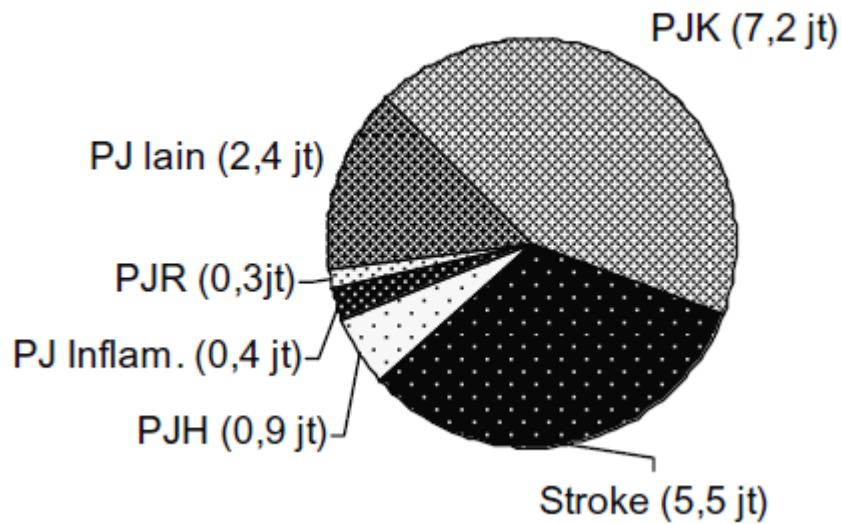
Infark miokard gelombang non-Q atau infark miokard tanpa elevasi segmen ST (Non-ST elevation myocardial infarction/ NSTEMI), dan infark miokard gelombang Q atau infark miokard dengan elevasi segmen ST (ST elevation myocardial infarction / STEMI).<sup>3,4</sup>



Gambar 1: Nomenklatur sindroma koroner akut.

### 2.3.2 Epidemiologi

Pada tahun 2002, WHO memperkirakan bahwa sekitar 17 juta orang meninggal tiap tahun akibat penyakit kardiovaskuler, terutama PJK (7,2 juta) dan dan *stroke* (5,5 juta). Gambar 1 memperlihatkan proporsi jumlah kematian akibat berbagai penyakit kardiovaskuler.<sup>2,8,9</sup>



Gambar 2: Kematian global akibat penyakit kardiovaskular

Di negara maju, angka harapan hidup rata-rata mencapai 80 tahun, sedangkan di hampir setengah dari seluruh negara sedang berkembang minimal mencapai 70 tahun. Hal ini menyebabkan peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler seiring dengan penambahan usia dengan berbagai konsekuensinya.<sup>2,3,10</sup>

Penyakit kardiovaskuler sejauh ini masih merupakan penyebab utama kematian di negara sedang berkembang, meskipun insidensi dan prevalensi penyakit menular juga masih tinggi. Sebelum berusia 40 tahun, perbandingan kejadian PJK antara pria dan wanita adalah 8:1, dan setelah usia 70 tahun perbandingannya adalah 1:1. Pada pria, insidensi puncak manifestasi klinis PJK adalah pada usia 50-60 tahun, sedangkan pada wanita pada usia 60-70 tahun. Pada wanita, PJK terjadi sekitar 10-15 tahun lebih lambat daripada pada pria dan risiko meningkat secara drastik setelah menopause.<sup>2,3,10</sup>

Survei penyakit jantung pada orang usia lanjut yang dilakukan di Semarang, menemukan adanya perbedaan prevalensi penyakit jantung antara pria dan wanita. Kira-kira sepertiga seluruh kematian pada wanita disebabkan

oleh penyakit arteri koroner, sehingga PJK merupakan penyebab kematian yang biasa ditemukan pada wanita sebagaimana halnya pada pria. Faktor risiko terpenting pada wanita adalah kesalahan persepsi bahwa penyakit arteri koroner adalah bukan penyakit wanita, sehingga dianggap lebih ringan atau kurang penting dibandingkan pada pria.<sup>2,3,10</sup>

### 2.3.3. Etiologi

Penyebab paling umum adalah penurunan perfusi miokard yang dihasilkan dari penyempitan arteri koroner disebabkan oleh thrombus nonocclusive yang telah dikembangkan pada plak aterosklerotik terganggu. Penyempitan abnormal dari arteri koroner mungkin juga bertanggung jawab.<sup>11,12,13</sup>

#### a) Trombus tidak oklusif pada plak yang sudah ada

Penyebab paling sering SKA adalah penurunan perfusi miokard oleh karena penyempitan arteri koroner sebagai akibat dari trombus yang ada pada plak aterosklerosis yang robek/pecah dan biasanya tidak sampai menyumbat. Mikroemboli (emboli kecil) dari agregasi trombosit beserta komponennya dari plak yang ruptur, yang mengakibatkan infark kecil di distal, merupakan penyebab keluarnya petanda kerusakan miokard pada banyak pasien.<sup>5,6,12</sup>

#### b) Obstruksi dinamik

Penyebab yang agak jarang adalah obstruksi dinamik, yang mungkin diakibatkan oleh spasme fokal yang terus menerus pada segmen arteri koroner epikardium (angina Prinzmetal). Spasme ini disebabkan oleh hiperkontraktilitas otot polos pembuluh darah dan/atau akibat disfungsi endotel. Obstruksi dinamik koroner dapat juga diakibatkan oleh konstiksi abnormal pada pembuluh darah yang lebih kecil.<sup>5,6,12</sup>

c) Obstruksi mekanik yang progresif

Penyebab ke tiga SKA adalah penyempitan yang hebat namun bukan karena spasme atau trombus. Hal ini terjadi pada sejumlah pasien dengan aterosklerosis progresif atau dengan stenosis ulang setelah intervensi koroner perkutan (PCI).<sup>5,6,12</sup>

d) Inflamasi dan/atau infeksi

Penyebab ke empat adalah inflamasi, disebabkan oleh/ yang berhubungan dengan infeksi, yang mungkin menyebabkan penyempitan arteri, destabilisasi plak, ruptur dan trombogenesis. Makrofag dan limfosit-T di dinding plak meningkatkan ekspresi enzim seperti metaloproteinase, yang dapat mengakibatkan penipisan dan ruptur plak, sehingga selanjutnya dapat mengakibatkan SKA.<sup>5,6,11</sup>

e) Faktor atau keadaan pencetus

Penyebab ke lima adalah SKA yang merupakan akibat sekunder dari kondisi pencetus diluar arteri koroner. Pada pasien ini ada penyebab berupa penyempitan arteri koroner yang mengakibatkan terbatasnya perfusi miokard, dan mereka biasanya menderita angina stabil yang kronik. SKA jenis ini antara lain karena<sup>5,6,13</sup>:

- Peningkatan kebutuhan oksigen miokard, seperti demam, takikardi dan tirotoksikosis
  - Berkurangnya aliran darah koroner
  - Berkurangnya pasokan oksigen miokard, seperti pada anemia dan hipoksemia.
- Kelima penyebab SKA di atas tidak sepenuhnya berdiri sendiri dan banyak terjadi tumpang tindih. Dengan kata lain tiap penderita mempunyai lebih dari satu penyebab dan saling terkait.

#### 2.3.4. Patofisiologi

Dalam keadaan normal arteri koronaria dapat mengalirkan darah hampir 10% dari curah jantung per menit yaitu kira-kira 50-75 ml darah per 100 gram miokard. Dalam keadaan stres atau latihan, timbul aliran koroner dapat sampai 240 ml per 100 gram miokard. Mekanisme pengaturan aliran koroner mengusahakan agar pasok maupun kebutuhan jaringan tetap seimbang agar oksigenasi jaringan terpenuhi, sehingga setiap jaringan mampu melakukan fungsi secara optimal. Bila arteri koroner mengalami gangguan penyempitan (*stenosis*) atau penciutan (*spasme*), pasok arteri koroner tidak mencukupi kebutuhan, akan terjadi ketidakseimbangan antara *supply* dan kebutuhan *demand* oksigenasi miokard, sehingga akan menyebabkan gangguan. Gambar 3 akan membantu memperjelas pemahaman mengenai hal ini.<sup>7,14,15</sup>

Pengetahuan tentang patofisiologi aterosklerosis dan manifestasi klinis penyakit arteri koroner berkembang dengan cepat. Abnormalitas metabolisme lipid atau kelebihan asupan kolesterol dan lemak jenuh, khususnya jika terjadi superimposisi pada suatu predisposisi genetik, memulai proses aterosklerosis. Tahap permulaan adalah *fatty streak* atau akumulasi lipid subendotel dan monosit (makrofag) *lipid-laden*. LDL mengalami oksidasi *in situ*, yang mana hal ini menyebabkan lipid ini lebih sulit untuk mobilisasi dan sitotoksik secara lokal. Makrofag bermigrasi kedalam ruang subendotel dan bergabung dengan lipid, membentuk sel-sel *foam* yang bila plak meluas maka sel-sel otot polos juga berpindah ke dalam lesi.<sup>8,16</sup>

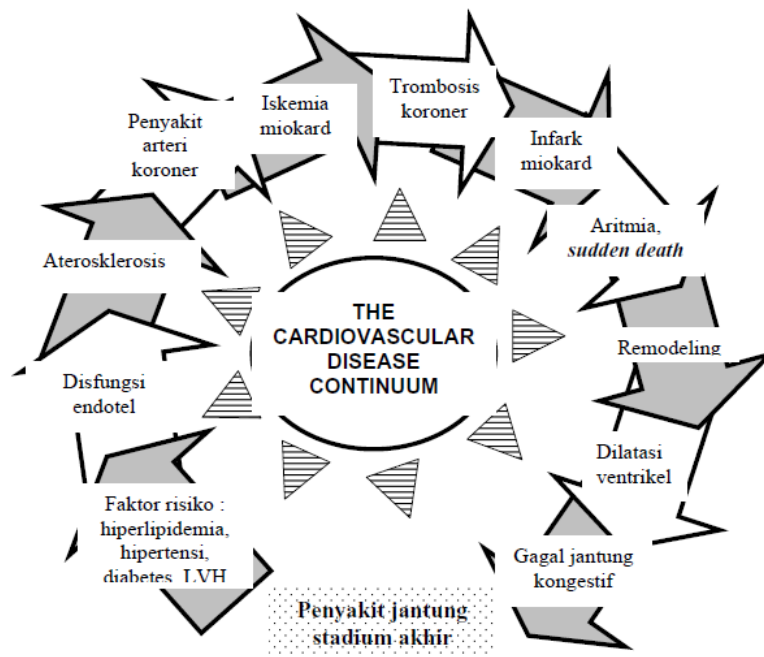
Pada tahap ini, lesi mungkin tidak bermakna secara hemodinamis, tetapi fungsi endotel adalah tidak normal dan kemampuannya untuk membatasi masuknya lipoprotein ke dalam dinding pembuluh darah rusak. Jika plak tetap stabil, suatu *cap* fibrosa terbentuk, terjadi kalsifikasi lesi, dan lumen pembuluh darah secara perlahan-lahan menyempit. Proses



patofisiologis yang dapat menyebabkan terjadinya angina tak stabil ada 5, yaitu <sup>8</sup>:

1. Ruptur plak dengan superimposisi trombus nonoklusif.
2. Obstruksi dinamik (contoh : spasme koroner arteri epikardial seperti angina Prinzmetal atau konstriksi otot kecil arteri koroner).
3. Obstruksi mekanik progresif.
4. Inflamasi dan atau infeksi.
5. Angina tak stabil sekunder (contoh : tirotoksikosis atau anemia).

Patogenesis terjadinya aterosklerosis hingga terjadinya gagal jantung dapat dilihat pada Gambar 3 <sup>9</sup>;



Gambar 3: Lingkaran patogenesis penyakit kardiovaskular.

### 2.3.5. Faktor risiko

Bisa dimodifikasi	Tidak bisa dimodifikasi
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merokok</li> <li>○ Hipertensi</li> <li>○ Obesitas</li> <li>○ Diabetes Mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jenis kelamin dan umur:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- laki-laki &gt; 45 tahun</li> <li>- perempuan &gt; 55 tahun</li> </ul> </li> </ul>

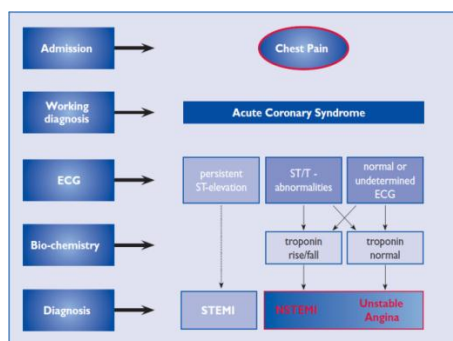
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dislipidemia</li> <li>○ HDL &lt; 40</li> <li>○ Peningkatan LDL / TG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riwayat keluarga</li> <li>- Anggota keluarga: <math>\geq 55</math> y.o untuk laki-laki / <math>&gt; 65</math> untuk perempuan</li> </ul>
---	---

Tabel 1. Faktor resiko

### 2.3.6. Gambaran klinis

Manifestasi klinis PJK yang klasik adalah angina pektoris. Angina pektoris adalah suatu sindrom klinis di mana didapatkan sakit dada yang timbul pada waktu melakukan aktivitas karena adanya iskemik miokard. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi  $> 70\%$  penyempitan arteri koronaria. Angina Pektoris dapat muncul sebagai angina pektoris stabil, dan menjadi lebih berat dan menimbulkan Sindroma Koroner Akut (SKA) atau yang dikenal sebagai serangan jantung mendadak (heart attack) dan bisa menyebabkan kematian.<sup>8</sup> Sesak nafas bisa disebabkan oleh peningkatan mendadak tekanan akhir diastolik ventrikel kiri, disamping itu perasaan cemas bisa menimbulkan hiperventilasi. Pada infark yang tanpa gejala nyeri, sesak nafas merupakan tanda adanya disfungsi ventrikel kiri yang bermakna. Peningkatan aktivitas vagal menyebabkan mual dan muntah, dan biasanya lebih sering pada infark inferior, dan stimulasi diafragma pada infark inferior juga bisa menyebabkan cegukan. Antara gejala yang lain termasuk palpitasi, rasa pusing, atau sinkop dari aritmia ventrikel, gelisah.<sup>8,9</sup>

### 2.3.7. Diagnosis Klinis



Gambar 4: *Guidelines* untuk mendiagnosis ACS

Kriteria klasik diagnostik infark miokard akut (IMA) yang direkomendasikan oleh WHO memerlukan sekurang-kurangnya dua dari tiga hal berikut, yaitu: (1) riwayat ketidaknyamanan (nyeri) dada jenis iskemik, (2) perubahan evolusioner pada EKG serial, dan (3) peningkatan petanda jantung serum.

a. Biomarker Jantung:

1) Troponin T, Troponin I dan Creatine Kinase (CK)

Petanda biokimia troponin T dan troponin I mempunyai peranan yang sangat penting pada diagnostik, stratifikasi dan pengobatan penderita Sindroma Koroner Akut (SKA). Troponin T mempunyai sensitifitas 97% dan spesifitas 99% dalam mendeteksi kerusakan sel miokard bahkan yang minimal sekalipun (mikro infark). Sedangkan troponin I memiliki nilai normal 0,1. Troponin T adalah komponen inhibitorik yang berfungsi mengikat aktin dan troponin I berfungsi untuk mengikat tropomiosin.<sup>8,9</sup>

*Creatine kinase* (CK) serum meningkat dalam 4-8 jam sesudah *onset* IMA dan menurun kembali ke kadar normal dalam 2-3 hari. Meskipun kadar tertinggi terjadi pada rata-rata sekitar 24 jam, tetapi dapat juga timbul lebih awal pada pasien yang telah mengalami reperfusi sebagai akibat pemberian terapi trombolitik atau rekanalisasi mekanikal. Meskipun peningkatan CK serum merupakan suatu petunjuk enzimatis yang sensitif terhadap IMA, hasil positif-palsu dapat ditemukan pada pasien dengan penyakit otot, intoksikasi alkohol, DM, trauma otot skeletal, latihan berat, konvulsi, injeksi intramuskularis, dan emboli paru.

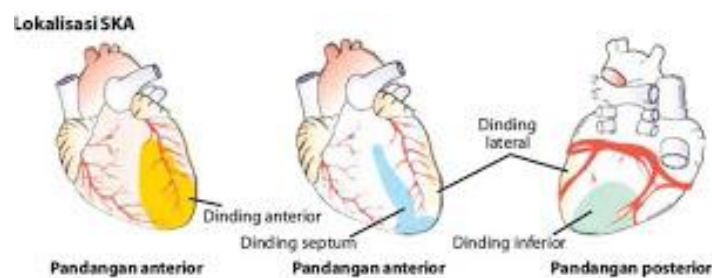
b. EKG (Elektrokardiografi)

Pada pemeriksaan EKG dijumpai adanya gambaran T Inverted dan ST Depresi yang menunjukkan adanya iskemia pada arteri koroner. Jika terjadi iskemia, gelombang T menjadi terbalik (inversi), simetris, dan biasanya bersifat sementara (saat pasien simptomatik). Bila pada kasus ini tidak didapatkan kerusakan miokardium, sesuai dengan pemeriksaan CK-MB (*creatine kinase-myoglobin*) maupun troponin yang tetap normal, diagnosis adalah angina tidak

stabil. Namun, jika inversi gelombang T menetap, biasanya didapatkan kenaikan kadar troponin, dan diagnosis menjadi NSTEMI. Angina tidak stabil dan NSTEMI disebabkan oleh thrombus non-oklusif, oklusi ringan (dapat mengalami reperfusi spontan), atau oklusi yang dapat dikompensasi oleh sirkulasi kolateral yang baik.<sup>8,9</sup>

### c. Echocardiografi

#### ✓ Area Gangguan



Gambar 5. Berbagai letak anatomis SKA

#### ✓ Fraksi Ejeksi

Fraksi ejeksi adalah daya sembur jantung dari ventrikel ke aorta. Fraksi pada prinsipnya adalah presentase dari selisih volume akhir diastolik dengan volume akhir sistolik dibagi dengan volume akhir diastolik. Nilai normal  $> 50\%$ . Dan apabila  $<$  dari  $50\%$  fraksi ejeksi tidak normal.<sup>9,10</sup>

### d. Angiografi koroner

Untuk menentukan derajat stenosis pada arteri koroner. Apabila pasien mengalami derajat stenosis  $50\%$  pada pasien dapat diberikan obat-obatan. Dan apabila pasien mengalami stenosis lebih dari  $60\%$  maka pada pasien harus diintervensi dengan pemasangan stent.<sup>9,10</sup>

### 2.3.8. Penatalaksanaan

Harus Istirahat di tempat tidur dengan pemantauan EKG guna pemantauan segmen ST dan irama jantung. Empat komponen utama terapi yang harus dipertimbangkan pada setiap pasien NSTEMI yaitu<sup>9,10</sup> :

ØTerapi antiiskemia

- ØTerapi anti platelet/antikoagulan
- ØTerapi invasive (kateterisasi dini/revaskularisasi),
- ØPerawatan sebelum meninggalkan RS dan sudah perawatan RS.

Terapi <sup>9,10</sup>

a. Terapi Antiiskemia

oNitrat ( ISDN )

oPenyekat Beta

b. Terapi Antitrombotik

oAntitrombotik (Streptokinase, Urokinase, rt-PA)

c. Terapi Antiplatelet

oAntiplatelet (Aspirin, Klopido­grel, Antagonis Platelet GP IIb/IIIa)

d. Terapi Antikoagulan

oLMWH (*low Molekuler weight Heparin*)

e. Strategi Invasif dini vs Konservatif dini

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk membandingkan strategi invasif dini (arteriografi koroner dini dilanjutkan dengan revaskularisasi sebagaimana diindikasikan oleh temuan arteriografi) dengan strategi konservatif dini (kateterisasi dan jika diindikasikan revaskulaisasi, hanya pada yang mengalami kegagalan terhadap terapi oral/obat-obatan).<sup>9,10</sup>

Tatalaksana terhadap faktor resiko antara lain :

A	Antiplatelet therapy (aspirin, clopidogrel)
B	Beta- Blockers Blood pressure control
C	Cholesterol- modifying medications (statins, fibrates) Converting enzyme inhibitors Cessation of smoking
D	Dietary management
E	Exercise and weight control