

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Coronary Artery Disease (CAD) merupakan penyakit jantung yang disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah koroner akibat proses aterosklerosis, sehingga suplai oksigen ke otot jantung menjadi tidak adekuat (WHO, 2022). Kondisi ini dapat menimbulkan nyeri dada, sesak napas, gangguan fungsi jantung, hingga infark miokard akut yang dapat menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2022). CAD sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama karena tingginya angka kejadian, kecacatan, dan kematian yang ditimbulkan (GBD Collaborators, 2022).

Secara global, CAD merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia dari kelompok penyakit tidak menular (WHO, 2022). Data Global Burden of Disease (GBD) 2021 melaporkan bahwa penyakit jantung iskemik atau CAD menyebabkan sekitar 8,9 juta kematian secara global pada tahun 2021 (GBD Collaborators, 2022). Selain itu, jumlah kasus prevalen CAD secara global diperkirakan mencapai lebih dari 250 juta kasus, menunjukkan besarnya beban penyakit ini terhadap sistem kesehatan dunia (GBD Collaborators, 2022). WHO juga menegaskan bahwa sebagian besar kematian akibat CAD terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk negara-negara di Asia (WHO, 2022).

Di kawasan Asia, CAD menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam dua dekade terakhir seiring dengan perubahan pola hidup masyarakat (GBD Collaborators, 2022). Urbanisasi, konsumsi makanan tinggi lemak dan gula, rendahnya aktivitas fisik, serta meningkatnya prevalensi merokok dan diabetes melitus berkontribusi besar terhadap peningkatan kejadian CAD di Asia (WHO, 2022). Laporan GBD menyebutkan bahwa Asia merupakan salah satu wilayah dengan pertumbuhan tercepat kasus dan kematian akibat CAD secara global (GBD Collaborators, 2022).

Di Indonesia, CAD juga menjadi masalah kesehatan yang serius dan terus meningkat (Kemenkes RI, 2022). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosis dokter sebesar 1,5%, di mana sebagian besar kasus merupakan CAD (Kemenkes RI, 2018). CAD juga termasuk penyebab utama kematian di rumah sakit di Indonesia dan memberikan beban besar terhadap pembiayaan kesehatan nasional (Kemenkes RI, 2022). Tingginya prevalensi faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dan kebiasaan merokok semakin meningkatkan risiko kejadian CAD pada masyarakat Indonesia (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Kota Makassar termasuk salah satu daerah dengan prevalensi CAD yang cukup tinggi di Sulawesi Selatan. Prevalensi CAD berdasarkan diagnosis dokter di Kota Makassar mencapai 1,0%, sedangkan prevalensi berdasarkan diagnosis dokter atau gejala mencapai 4,2%, lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional sebesar 1,5% (Dinkes Sulsel, 2015). Selain itu, hasil Riskesdas menunjukkan

bahwa peningkatan kejadian CAD berkaitan erat dengan tingginya prevalensi faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, merokok, dan kurang aktivitas fisik (Kemenkes RI, 2018). Penelitian di beberapa rumah sakit di Makassar juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien CAD memiliki lebih dari satu faktor risiko yang dapat dimodifikasi, sehingga penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan penting di Kota Makassar dan memerlukan upaya pencegahan serta pengendalian faktor risiko secara berkelanjutan (Batara, 2022).

CAD selama ini identik dengan kelompok usia lanjut, akan tetapi dalam beberapa tahun terakhir terjadi pergeseran kejadian CAD ke kelompok usia di bawah lansia (WHO, 2022). CAD pada usia dewasa muda dan dewasa madya semakin sering ditemukan seiring dengan paparan faktor risiko sejak usia muda, seperti gaya hidup sedentari, stres, dan kebiasaan merokok (GBD Collaborators, 2022). Kejadian CAD pada usia produktif berdampak serius terhadap kualitas hidup, produktivitas kerja, dan beban ekonomi individu maupun keluarga (WHO, 2022).

Faktor penyebab CAD secara umum dibagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (WHO, 2022). Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga, sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, obesitas, kebiasaan merokok, kurang aktivitas fisik, dan stres (Kemenkes RI, 2022). Pada kelompok usia di bawah lansia, faktor risiko yang dapat dimodifikasi cenderung lebih dominan sehingga peluang pencegahan

primer masih sangat besar apabila faktor penyebabnya dapat diidentifikasi sejak dini (WHO, 2022).

Di tingkat regional, beberapa penelitian di Kota Makassar menunjukkan bahwa CAD masih menjadi salah satu penyebab utama perawatan di rumah sakit (Husain et al., 2022). Penelitian di beberapa rumah sakit di Makassar melaporkan bahwa hipertensi, diabetes melitus, merokok, dan kurang aktivitas fisik merupakan faktor yang paling sering ditemukan pada pasien CAD, termasuk pada kelompok usia di bawah lansia (Husain et al., 2022). RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai rumah sakit rujukan nasional di Sulawesi Selatan memiliki peran penting dalam pelayanan pasien CAD dari berbagai kelompok usia, termasuk usia non-lansia.

Akan tetapi, penelitian yang secara khusus menggambarkan faktor penyebab CAD pada pasien dengan kelompok usia di bawah lansia masih terbatas. Sebagian besar penelitian terdahulu mengenai CAD di Indonesia umumnya membahas faktor risiko secara umum atau memfokuskan penelitian pada kelompok usia lansia, sehingga belum memberikan gambaran yang spesifik mengenai faktor penyebab CAD pada kelompok usia produktif.

Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan oleh Hamsi et al. (2025) di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara hipertensi, diabetes mellitus, aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok dengan kejadian CAD pada pasien rawat jalan. Meskipun penelitian tersebut memberikan informasi penting mengenai faktor risiko CAD, penelitian tersebut tidak secara khusus membatasi subjek penelitian pada kelompok usia

di bawah lansia, sehingga gambaran faktor penyebab CAD pada kelompok usia produktif masih belum tergambarkan secara spesifik.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, CAD tidak hanya terjadi pada kelompok usia lansia, tetapi juga semakin banyak ditemukan pada kelompok usia di bawah lansia yang dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab. Akan tetapi, hingga saat ini data yang menggambarkan faktor penyebab CAD pada pasien dengan kelompok usia di bawah lansia masih terbatas, khususnya di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Oleh karena itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran faktor penyebab CAD pada pasien dengan kelompok usia di bawah lansia.

Keterbatasan penelitian sebelumnya menunjukkan adanya kesenjangan informasi mengenai faktor penyebab CAD di usia produktif terutama pada usia 30-59 tahun, khususnya pada pasien yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit rujukan. Padahal, kelompok usia produktif memiliki karakteristik faktor risiko yang berbeda dibandingkan kelompok lansia, terutama terkait aktivitas fisik, dan gaya hidup. Oleh karena itu, penelitian ini penting untuk dilakukan karena secara khusus bertujuan untuk menggambarkan faktor penyebab CAD pada penderita usia 30-59 tahun di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum Penelitian

Untuk mengetahui gambaran faktor penyebab yang berkontribusi terhadap CAD pada penderita usia 30-59 tahun yang datang ke Poli Jantung RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik responden pada pasien CAD.
- b. Menggambarkan distribusi faktor penyebab CAD yang meliputi hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, indeks massa tubuh (IMT), aktivitas fisik, perilaku merokok, dan stres pada pasien CAD.
- c. Menggambarkan distribusi faktor penyebab CAD berdasarkan karakteristik responden (usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga dengan CAD)

D. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi

Penelitian ini selaras dengan Domain 1 Roadmap Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, yaitu *peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat dengan penyakit menular dan tidak menular dalam konteks Indonesia sebagai benua maritim di daerah tropis*. CAD merupakan salah satu penyakit tidak menular yang prevalensinya terus meningkat, termasuk pada usia 30-59 tahun. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai faktor-faktor penyebab CAD pada usia 30-59 tahun, sehingga hasilnya dapat menjadi dasar

dalam upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan serta mencegah terjadinya komplikasi penyakit kronik di masyarakat.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan referensi dan sumber informasi bagi mahasiswa serta tenaga pendidik dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya terkait pencegahan CAD.

2. Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Memberikan gambaran faktor penyebab CAD pada usia produktif sebagai dasar perencanaan program pencegahan dan promosi kesehatan.

3. Manfaat bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi data dasar atau referensi awal bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lanjutan dengan cakupan lebih luas atau desain analitik terkait faktor penyebab CAD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Faktor Penyebab Coronary Artery Disease

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya *coronary artery disease* (CAD). Hipertensi secara berkelanjutan dapat menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah, mengakselerasi proses aterosklerosis, dan meningkatkan beban kerja jantung, sehingga mempermudah terjadinya penyempitan arteri koroner dan infark miokard. Studi epidemiologi menunjukkan bahwa pasien dengan hipertensi memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami CAD dibandingkan dengan individu yang tidak hipertensi. Analisis dari beberapa penelitian lokal juga melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara hipertensi dan kejadian CAD di fasilitas pelayanan jantung, yakni pasien dengan hipertensi cenderung mengalami kejadian jantung yang lebih sering dibandingkan dengan pasien tanpa hipertensi (Alfaqih et al, 2024).

2. Diabetes Melitus

Diabetes melitus adalah kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia, yang dapat menimbulkan gejala seperti poliuria, polidipsia, polifagia, penurunan berat badan tanpa sebab jelas, kelelahan, gangguan penglihatan, serta peningkatan risiko infeksi dan komplikasi serius seperti ketoasidosis. Diabetes digolongkan dalam dua jenis yaitu

diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2. (Widiasari et al., 2021). Kolesterol jahat kerap disebut demikian karena sifatnya yang mudah menempel pada dinding pembuluh darah, membentuk plak keras seiring waktu dan memicu penyumbatan yang dikenal sebagai aterosklerosis. Aterosklerosis terjadi akibat penumpukan kolesterol pada lapisan intima dan media arteri. Jika kondisi ini tidak ditangani, penyumbatan arteri dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah ke jaringan di bagian distal dari area yang tersumbat (Amirudin & Yunitasari, 2021).

3. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan kondisi gangguan profil lipid darah yang ditandai oleh kadar kolesterol total, LDL-kolesterol, trigliserida yang tinggi dan/atau HDL-kolesterol yang rendah, yang secara biologis berkontribusi terhadap proses aterosklerosis pada pembuluh koroner (Saragih, 2023). Aterosklerosis yang dipicu oleh ketidakseimbangan lipid ini akan mempercepat pembentukan plak dan meningkatkan risiko terjadinya penyumbatan arteri koroner sehingga menjadi faktor penting dalam kejadian CAD (Ramadhani et al., 2025). Hasil penelitian di lingkungan pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa pasien dengan dislipidemia memiliki prevalensi yang tinggi pada penderita CAD, di mana sebagian besar pasien CAD juga mengalami gangguan lipid yang signifikan (Ramadhani et al., 2025).

4. Aktivitas Fisik

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Tucker *et al.* (2022) dalam *Journal of the American College of Cardiology*, kurangnya aktivitas fisik terbukti menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya CAD. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa individu yang tidak aktif secara fisik memiliki risiko 20–30% lebih tinggi mengalami kejadian kardiovaskular seperti CAD, stroke, dan gagal jantung dibandingkan dengan individu yang rutin berolahraga. Ketidakaktifan fisik berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah, resistensi insulin, serta kadar kolesterol total dan trigliserida yang lebih tinggi, sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Sebaliknya, latihan fisik teratur dengan intensitas sedang hingga tinggi minimal 150 menit per minggu dapat secara signifikan menurunkan angka kejadian dan mortalitas kardiovaskular. (Tucker et al., 2022)

5. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko utama CAD. Kondisi ini ditandai dengan penumpukan lemak berlebih dalam tubuh yang dapat meningkatkan tekanan darah, kadar kolesterol, serta resistensi insulin, yang pada akhirnya memicu terjadinya aterosklerosis dan gangguan pada sistem kardiovaskular (Kemenkes RI, 2023). Individu dengan indeks massa tubuh (IMT) ≥ 25 kg/m² memiliki risiko lebih tinggi mengalami CAD dan hipertensi dibandingkan individu dengan berat badan normal. Selain itu, pola makan tinggi lemak jenuh dan rendah serat yang banyak ditemukan pada kelompok usia produktif turut memperburuk kondisi obesitas (WHO,

2021). Pada dewasa muda, gaya hidup sedentari dan kurangnya aktivitas fisik juga memperkuat hubungan antara obesitas dan peningkatan risiko jantung (Rizki et al., 2022). Oleh karena itu, pengendalian berat badan melalui diet seimbang dan aktivitas fisik teratur menjadi langkah penting dalam pencegahan CAD.

6. Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko yang paling kuat dan dapat dimodifikasi dalam kejadian CAD. Zat-zat berbahaya yang terkandung dalam asap tembakau, seperti nikotin dan karbon monoksida, dapat merusak endotel pembuluh darah, meningkatkan kadar kolesterol jahat (LDL), menurunkan kolesterol baik (HDL), dan menyebabkan agitasi serta aterosklerosis, yang merupakan dasar patofisiologis dari CAD. Risiko ini tetap signifikan baik pada perokok berat maupun ringan, bahkan paparan asap rokok pasif pun meningkatkan risiko terjadinya CAD (CDC, 2024).

Secara mekanistik, merokok menyebabkan penebalan dan pengerasan arteri koroner melalui peningkatan perlekatan trombosit dan kerusakan sel endotel, sehingga mempercepat pembentukan plak aterosklerotik yang menyumbat aliran darah ke otot jantung (CDC, 2023). Bahkan dibandingkan dengan bukan perokok, perokok aktif memiliki risiko 2 hingga 4 kali lebih tinggi mengalami CAD atau kejadian kardiovaskular lainnya (CDC, 2024).

Studi di Indonesia juga menemukan hubungan bermakna antara kebiasaan merokok dan kejadian CAD. Penelitian di Makassar

menunjukkan bahwa perokok memiliki odds ratio (OR) signifikan terhadap kejadian CAD dibandingkan bukan perokok, mempertegas bahwa merokok bukan hanya ko-faktor tetapi kontributor independen terhadap kejadian CAD di populasi lokal (Hamsi et al., 2025)

7. Stres

Stres psikologis berperan penting dalam meningkatkan risiko CAD. Saat stres kronis terjadi, sistem saraf simpatis dan poros HPA aktif, memicu pelepasan hormon seperti kortisol dan adrenalin. Kondisi ini menyebabkan tekanan darah naik, detak jantung meningkat, dan resistensi insulin, yang semuanya dapat memicu penyakit jantung (Qonita et al., 2024)

Tekanan psikologis yang lama dapat mendorong peradangan berkepanjangan dan mengganggu kinerja lapisan endotel pembuluh darah, sehingga mempercepat pembentukan plak ateroma dan memicu episode kardiovaskular mendadak (Henein et al., 2022; Hussein, 2025). Selain itu, stres juga mendorong kebiasaan hidup tidak sehat seperti merokok, makan berlebih, dan kurang tidur, sehingga semakin meningkatkan risiko CAD (Handyani & Latif Alfarizi, 2024).

B. Tinjauan Tentang Coronary Artery Disease

1. Pengertian Coronary Artery Disease (CAD)

Coronary artery disease atau CAD merupakan penyakit jantung yang terjadi akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah arteri koroner yang berfungsi menyuplai darah ke otot jantung. Penyempitan tersebut umumnya disebabkan oleh proses aterosklerosis, yaitu

penumpukan plak yang terdiri dari lemak, kolesterol, dan zat lain pada dinding pembuluh darah, sehingga aliran darah ke miokard menjadi berkurang (Shahjehan et al., 2024).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan CAD sebagai kondisi iskemik jantung yang terjadi akibat gangguan aliran darah koroner, yang dapat menimbulkan gejala nyeri dada (angina pectoris), sesak napas, hingga infark miokard akut. Penyakit ini merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia dan menjadi bagian terbesar dari penyakit kardiovaskular (WHO, 2022).

Secara patofisiologis, CAD diawali oleh kerusakan endotel pembuluh darah yang memicu proses inflamasi dan pembentukan plak aterosklerotik. Plak tersebut dapat menyempitkan lumen arteri secara progresif atau mengalami ruptur secara tiba-tiba sehingga membentuk trombus yang menyumbat aliran darah secara total, menyebabkan iskemia miokard dan nekrosis jaringan jantung (Shahjehan et al., 2024). Proses ini menjelaskan mengapa CAD dapat muncul secara perlahan maupun secara akut dalam bentuk serangan jantung.

Beberapa literatur menyebutkan bahwa CAD tidak hanya ditandai oleh gangguan struktural pembuluh darah, tetapi juga berkaitan dengan gangguan fungsi jantung akibat berkurangnya suplai oksigen yang kronis maupun akut. Kondisi ini dapat berdampak pada penurunan kapasitas fungsional, kualitas hidup, serta peningkatan risiko kematian pada penderitanya (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Di Indonesia, CAD didefinisikan sebagai salah satu penyakit jantung terbanyak yang menyebabkan kematian dan rawat inap di rumah sakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa CAD merupakan penyakit degeneratif yang perkembangannya dipengaruhi oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan, terutama gaya hidup tidak sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Oleh karena itu, pemahaman mengenai pengertian dan mekanisme dasar CAD menjadi landasan penting dalam upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengelolaan penyakit ini.

2. Epidemiologi Coronary Artery Disease

Epidemiologi *coronary artery disease* (CAD) menggambarkan distribusi, determinan, serta tren kejadian penyakit tersebut di berbagai populasi. CAD merupakan salah satu bentuk utama penyakit kardiovaskular yang menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia. Menurut laporan terbaru dari World Health Organization (WHO), penyakit kardiovaskular menyumbang sekitar 32% dari total kematian global pada tahun 2022, di mana 85% dari kematian ini disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, termasuk CAD sebagai kontributor utama. Hal ini menunjukkan bahwa CAD tetap menjadi beban kesehatan masyarakat global yang besar dan memerlukan pemantauan epidemiologis yang terus-menerus (WHO, 2024).

Data global dari studi epidemiologi menunjukkan bahwa penyakit jantung iskemik, yang merupakan istilah lainnya untuk CAD, mempengaruhi puluhan juta orang di seluruh dunia. Analisis *Global Burden of Disease* (GBD) menyatakan bahwa kejadian CAD meningkat secara

signifikan dan tetap merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian, dengan jutaan kasus prevalen dan kematian setiap tahunnya. Tren ini dipengaruhi oleh faktor demografis seperti penuaan populasi serta faktor risiko metabolik dan perilaku yang meningkat di berbagai negara (GBD Collaborators, 2025).

Di Indonesia, epidemiologi CAD menunjukkan pola yang serupa dengan tren global, meskipun dalam skala nasional. Survei kesehatan nasional seperti Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) mencatat bahwa prevalensi CAD di masyarakat terus meningkat, dengan estimasi sekitar 1,5% dari seluruh penduduk Indonesia mengalami CAD. Prevalensi ini menunjukkan bahwa CAD bukan hanya masalah kesehatan bagi kelompok usia lanjut tetapi juga mulai tampak pada kelompok usia dewasa muda dan di bawah lansia (Riskesdas, 2018; Mirai Management, 2025).

Penelitian lokal juga menguatkan gambaran epidemiologi CAD di konteks regional. Misalnya, studi di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar menunjukkan bahwa CAD menyerang berbagai kelompok usia dan merupakan salah satu penyebab utama kunjungan rawat jalan, dengan beberapa faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, aktivitas fisik kurang, dan merokok berkontribusi terhadap kejadian CAD di populasi tersebut (Hamsi et al., 2025). Selain itu, penelitian di RSUD Labuang Baji Makassar menemukan bahwa mayoritas pasien CAD yang dirawat inap berusia di atas 40 tahun, dengan prevalensi faktor risiko seperti hipertensi

dan obesitas di samping variabel lain yang mempengaruhi kejadian penyakit ini (Onggeng et al., 2025).

Secara epidemiologis, CAD menunjukkan kecenderungan distribusi yang bervariasi menurut usia dan jenis kelamin. Data global dan regional menunjukkan bahwa angka kejadian dan mortalitas CAD cenderung meningkat seiring usia, terutama pada kelompok usia di atas 40 tahun, akan tetapi tren terbaru memperlihatkan bahwa kelompok usia dewasa muda dan di bawah lansia juga mengalami peningkatan risiko akibat paparan faktor risiko sejak dini (GBD Collaborators, 2025).

C. Tinjauan Penelitian Ter-Update terkait Variabel

Author, Tahun, Judul Penelitian, & Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sample/Partisipan	Hasil Penelitian
Author: Putri & Handayani Tahun: 2021 Judul: Faktor Risiko CAD pada Pasien Usia Dewasa Negara: Indonesia	Menggambarkan faktor risiko utama CAD pada pasien usia dewasa.	Desain: Deskriptif analitik Instrumen: Kuesioner faktor risiko dan data rekam medis	85 pasien usia 30–59 tahun.	Faktor yang paling sering ditemukan adalah hipertensi (55%), dislipidemia (42%), dan kurang aktivitas fisik (38%).
Author: Ariastuti et al Tahun: 2024 Judul: Gambaran Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular Negara: Indonesia	Mengidentifikasi faktor risiko penyakit kardiovaskular pada pasien rawat jalan.	Desain: Desain deskriptif kuantitatif (cross-sectional). Instrumen: kuesioner faktor risiko (tekanan darah, IMT, aktivitas fisik, merokok).	100 responden pasien rawat	Faktor risiko terbanyak adalah kebiasaan merokok (47%), obesitas (33%), dan aktivitas fisik rendah (29%).
Author: Noviyanti et al Tahun: 2023 Judul: Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner pada Pasien Rumah Sakit Negara: Indonesia	Menggambarkan faktor-faktor risiko Penyakit Jantung Koroner pada pasien rumah sakit.	Desain: Deskriptif dengan pendekatan cross-sectional. Instrumen: Kuesioner riwayat penyakit dan gaya hidup.	92 pasien rawat jalan dan rawat inap.	Ditemukan prevalensi tinggi hipertensi, dislipidemia, dan kebiasaan merokok pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

Tabel 1. Penelitian Terupdate