

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden (jenis kelamin dan usia) serta uraian pembahasan hasil penelitian pada Identifikasi Faktor Kejadian Penyakit Jantung Koroner Terhadap Wanita Usia \leq 50 Tahun Di RSUD Haji Surabaya

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa timur yang didirikan berkenaan dengan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di Terowongan Mina Arab Saudi tahun 1990.

Perkembangan RSUD Haji Surabaya menerima bantuan dana dari Pemerintah Arab Saudi dan dilanjutkan dengan biaya dari Pemerintahan Provinsi Jawa Timur, berhasil dibangun gedung beserta fasilitasnya dan resmi dibuka pada 17 April 1993, sebagai RSUD Tipe C dengan Surat Keputusan Gubernur nomor 136 tahun 1997. Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSUD tipe B Non Pendidikan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1006/Menkes/SK/IX/1998 pada tanggal 21 September 1998. Dan pada tanggal 30 Oktober 2008 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1003/Menkes/SK/X/2008, RSUD Haji berubah status menjadi RSUD Tipe B Pendidikan dan pada tahun 2008 juga Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 nomor 118/441/KPTS/013/2008 Rumah Sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

RSU Haji Surabaya ini memiliki 293 tempat tidur perawatan, ditunjang dengan alat medis canggih dan dokter spesialis senior di Kota Surabaya. Melayani semua lapisan masyarakat umum dengan motto "Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan". Dengan fasilitas yang tersedia, RSU Haji telah ikut mendidik mahasiswa kedokteran dan menyelenggarakan postgraduate training untuk dokter dari RS se-Jawa Timur. RSU Haji Surabaya adalah rumah sakit umum yang melayani semua golongan masyarakat, semua agama dan semua tingkat sosio ekonomi. Dengan motto menebar salam dan senyum dalam pelayanan, kami senantiasa mengutamakan keinginan dan kebutuhan pelanggan. Tersedia jenis pelayanan dan fasilitas rumah sakit yang kami miliki, seperti tenaga medis, alat medis, akomodasi dan lain sebagainya. Dengan sejumlah dokter yang professional dibidangnya serta peralatan yang memadai, maka kami siap memberikan pelayanan semaksimal mungkin sesuai kebutuhan pelanggan.

Penelitian dilakukan di Ruang Jantung RSU Haji Surabaya, yaitu:

1. Ruang HCU yang terdiri dari 5 tempat tidur sebagai ruang perawatan penyakit jantung yang menjadi unit perawatan antara bangsal rawat inap jantung dan ICCU.
2. Ruang ICCU merupakan unit perawatan intensif untuk penyakit jantung, terutama penyakit jantung koroner, serangan jantung, gangguan irama jantung yang berat dan gagal jantung, ruang tersebut terdiri dari 6 tempat tidur.

4.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Dalam penelitian ini terdapat 30 responden dengan data yang ditampilkan berdasarkan karakteristik demografi responden yang meliputi; usia, status, jurusan. Distribusi responden berdasarkan usia

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di RSU Haji Surabaya

Usia	Frequency	Prosentase (%)
------	-----------	----------------

27-30	1	3.3%
35-38	2	6.7%
39-42	5	16.7%
43-46	4	13.3%
47-50	18	60.0%
Total	30	100.0

Berdasarkan data diatas, sebagian besar responden berusia 47-50 tahun sebanyak 18 responden (60%), dan yang paling sedikit berumur 27-30 tahun sebanyak 1 responden (3,3%).

4.1.3 Data Khusus

Pada penelitian ini variabel yang diukur adalah Faktor Kejadian Penyakit Jantung Koroner Terhadap Wanita Usia ≤ 50 Tahun Di RSUD Haji Surabaya. Identifikasi faktor kejadian penyakit jantung koroner terhadap wanita usia ≤ 50 tahun di RSUD Haji Surabaya

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan faktor kejadian penyakit jantung koroner terhadap wanita usia ≤ 50 tahun di RSUD Haji Surabaya

Indikator	Frequency				Total
	Ya	Prosentase (%)	Tidak	Prosentase (%)	
Riwayat Keluarga	3	10%	27	90%	30
Riwayat Hipertensi	19	63,3%	11	36,7%	30
Riwayat DM	13	43,3%	17	56,7%	30
Riwayat Kolesterol	17	56,7%	13	43,3%	30
Riwayat merokok	2	6,7%	28	93,3%	30
Obesitas	17	56,7%	13	43,3%	30

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan

bahwasannya dari 30 responden dalam menilai faktor yang paling dominan dapat menyebabkan kejadian PJK adalah hipertensi yaitu sebanyak 19 responden (63%). Dan kemudian yang memiliki kolesterol tinggi dan obesitas yaitu masing-masing sebanyak 17 responden (56,7%). Sedangkan yang paling sedikit yaitu responden dengan riwayat merokok sebanyak 2 responden (6,7%).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Identifikasi Faktor Kejadian Penyakit Jantung Koroner Terhadap Wanita Usia ≤ 50 Tahun Di RSUD Haji Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan terhadap 30 responden dengan penyakit jantung koroner yang dimana menunjukkan factor kejadian yang terbanyak yaitu berurutan pada pasien dengan riwayat hipertensi sebanyak 19 responden (63%). Dan kemudian pasien dengan kolesterol tinggi dan obesitas yaitu masing-masing sebanyak 17 responden (56,7%), masing-masing ketiga factor tersebut mempunyai nilai diatas 50% atau lebih dari setengah jumlah responden. Sedangkan yang paling sedikit yaitu responden dengan riwayat

merokok sebanyak 2 responden (6,7%). Berikut ini faktor – faktor kejadian penyakit jantung coroner pada wanita usia ≤ 50 tahun di RSUD Haji Surabaya:

a. Faktor Yang Dapat di Ubah

1. Faktor Hipertensi

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwasannya hipertensi merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan penyakit jantung koroner hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Djohan (2014), bahwa tekanan darah tinggi merupakan faktor resiko utama penyakit jantung karena tekanan darah menyebabkan meningkatnya tekanan terhadap dinding arteri dan mengakibatkan kerusakan endotel yang memicu aterosklerosis. Dan perubahan aterosklerosis pada dinding pembuluh darah menyebabkan kenaikan pembuluh darah. Sehingga terdapat sinergi antara tekanan darah dengan aterosklerosis.

Wanita yang mengalami hipertensi pada saat premenopause, mempunyai laju jantung, waktu ejeksi ventrikel kiri, indeks kardiak, dan tekanan nadi lebih tinggi dibanding laki-laki seusia, sedangkan tahanan vaskular perifer dan total volume darah lebih rendah. Tetapi hipertensi pada wanita yang lebih tua, mengalami peningkatan tahanan vaskular perifer, plasma volume normal atau rendah dan ada kecenderungan aktivitas renin plasma rendah. Pada umumnya tekanan darah sistolik pada wanita mempunyai nilai lebih rendah dibandingkan laki-laki pada masa dewasa muda, sedangkan pada awal dekade ke enam tekanan darah sistolik pada wanita menjadi lebih tinggi. Tekanan darah diastolik hanya sedikit lebih rendah pada wanita dibandingkan laki-laki tanpa memandang usia. Pada dekade ke lima insidens hipertensi meningkat lebih tajam pada wanita. .Umumnya prevalensi hipertensi sekunder pada perempuan sama dengan laki-laki, kecuali sekunder karena stenosis arteri renalis (akibat displasia

fibromuskuler), penggunaan kontrasepsi oral, preeklamsia dan vaskulitis, yang lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki. (PERKI,2015).

Apabila dilihat dari segi usia dan jenis kelamin pada penelitian ini dilakukan pada wanita atau perempuan dengan umur lebih dari 25 tahun dan kurang dari sama dengan 50 tahun hal ini menunjukkan bahwa sangat rentan mempengaruhi hipertensi hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Rosta (2011) bahwa jenis kelamin merupakan salah satu factor yang mempengaruhi tekanan darah. Teori ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Wahyuni dan Eksanoto (2013) yaitu, perempuan cenderung menderita hipertensi daripada laki-laki. Pada penelitian tersebut sebanyak 27,5% perempuan mengalami hipertensi, sedangkan untuk laki-laki hanya sebesar 5,5%. Sedangkan pada usia menurut Anggaraini Dkk (2009) bahwa perempuan akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah monopouse yaitu usia diatas 45 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian ini yang dimana usia tertinggi responden lebih dominan pada usia 47-50 responden (60%).

2. Faktor Kolesterol Tinggi

Dari segi kolesterol sebagai salah satu faktor penyebab terbanyak setelah hipertensi yaitu 56,7% hal ini juga mempengaruhi kejadian penyakit jantung koroner karena kolesterol dapat mempengaruhi hipertensi. Menurut anggaraini Dkk (2009) kadar kolesterol tinggi atau *High Density Liporprotein* (HDL) dan rendah *Low Density Liporprotein* (LDL) mempengaruhi terjadinya aterosklerosis dan mengakibatkan tekanan darah tinggi. Teori tersebut juga dikuatkan oleh teori Mozaffarian dan Mensink dalam hafidz (2015) yaitu rasio kolesterol total dengan kolesterol HDL, merupakan predictor kuat dari resiko PJK. Rasio kolesterol total terhadap HDL berkolerasi positif dengan resiko PJK, penting diperhatikan karena nilainya lebih bermakna

terhadap kemungkinan risiko terjadinya PJK dan memberikan informasi lebih lanjut tentang risiko penyakit jantung.

Dislipidemia pada wanita memiliki karakteristik yang berbeda dibanding laki-laki. Perubahan hormonal yang dialami wanita sepanjang hidup, berpengaruh terhadap kadar lipoproteinnya. Wanita dengan kadar kolesterol HDL < 50 mg/dl memiliki risiko kematian akibat kejadian kardiovaskular lebih tinggi 30%, sedangkan bila kadar trigliserida antara 200-399 mg/dl risikonya meningkat 65%. Untuk LDL dan Lp(a) sama seperti laki-laki, partikel LDL yang kecil (aterogenik) dan peningkatan Lp(a) merupakan faktor risiko kejadian kardiovaskular.

Pada kehamilan terjadi peningkatan hormone Human Chorionic Gonadotropin, betaestradiol, insulin dan progesterone, yang mengakibatkan peningkatan kolesterol total, trigliserida dan kolesterol LDL. Kadar kolesterol LDL mencapai puncaknya pada usia kehamilan 36 minggu. Kadar kolesterol HDL, HDL2 dan apolipoprotein A1 juga akan meningkat dan mencapai puncaknya di usia kehamilan 25 minggu. Setelah melahirkan akan terjadi penurunan HDL terutama HDL2 dan rasio HDL/kolesterol total sampai lebih rendah dari kadar sebelum hamil. (PERKI, 2015).

3. Faktor Obesitas

Dari segi obesitas juga merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit jantung koroner dan dalam penelitian ini berada pada nilai diatas 50% hal ini menunjukkan bahwa obesitas juga termasuk salah satu faktor yang paling sering terjadi sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Rustika dan Oemiati (2014), bahwa obesitas merupakan faktor utama terjadinya penyakit-penyakit degenerative seperti Penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus. Teori tersebut

didukung juga oleh Studi Furingham yang menunjukkan bahwa obesitas memberikan resiko 1,5 kali mendapatkan PJK pada responden yang obesitas dibandingkan yang tidak.

Dalam sebuah teori juga mengatakan bahwa seseorang yang menderita obesitas akan memiliki resiko dua kali lebih tinggi untuk mengalami tekanan darah tinggi bila disbanding dengan orang biasa pada umumnya. Obesitas juga berhubungan dengan meningkatnya trigleserida dan menurunnya HDL (Soegih Dan Miramihardja,2009). Dapat disimpulkan bahwa obesitas juga dapat memicu tekanan darah tinggi dan dapat mempengaruhi kadar kolesterol sehingga dapat dikatakan kedua faktor tersebut mempunyai korelasi yang dapat memicu satu sama lain.

Obesitas pada wanita merupakan faktor risiko independen terhadap penyakit kardiovaskular dan mortalitas kardiovaskular. Dampak obesitas pada risiko kardiovaskular lebih besar pada wanita dibandingkan laki-laki. Risiko ini akan semakin meningkat jika obesitas disertai komorbid lainnya, terutama sindroma metabolik. Perubahan pola hidup, termasuk peningkatan aktivitas fisik dan perubahan pola diet telah terbukti secara signifikan menurunkan risiko kardiovaskular pada wanita, dan menghambat perkembangan obesitas menjadi sindroma metabolik. Oleh karena itu, perubahan pola hidup merupakan modalitas utama dalam penanganan obesitas dan sindroma metabolik pada wanita. (PERKI,2015).

4. Faktor Diabetes Militus

Di lihat dari segi riwayat Diabetes Militus juga merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit jantung koroner dan dalam penelitian ini berada dalam nilai 43,3% hal ini menunjukkan bahwa DM merupakan penyakit kronis yang masih menjadi masalah dalam dunia kesehatan. Sejalan dengan hasil penelitian yang di lakukan oleh Yuliani Fadma (2014) bahwa proporsi penderita DM dengan PJK yang berumur ≥ 45 tahun (51,3%) lebih tinggi di

bandingkan dengan yang berumur < 45 tahun (40%), setiap orang yang menderita DM tipe 2 berisiko mendapatkan komplikasi kronis salah satunya adalah PJK.

Dampak negatif diabetes terhadap kesehatan perempuan lebih berat daripada laki-laki, karena perempuan mempunyai faktor biologis yang unik disamping pengaruh faktor sosio-ekonomi. Faktor tersebut tidak menguntungkan, tidak hanya dari diagnostik dan pengobatan tetapi juga berpengaruh terhadap peningkatan risiko dan komplikasi progresifitas penyakit dan mortalitas kardiovaskular. Diabetes gestasional merupakan kondisi terjadinya intoleransi glukosa yang terjadi atau pertama kali ditemukan pada saat perempuan hamil. Perempuan diabetes gestasional mempunyai risiko ulang diabetes pada kehamilan berikutnya dan dapat berkembang menjadi diabetes tipe 2. (PERKI,2015).

5. Faktor Riwayat Merokok

Pada penelitian ini di hasilkan 6,7% wanita usia ≤ 50 tahun yang mempunyai riwayat merokok menunjukkan bahwa merokok bukan merupakan faktor kejadian PJK. Sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Rustika dan Oemiati (2014) bahwa menurut katagori merokok baik yang aktif maupun yang pasif tidak memberikan resiko PJK pada wanita.

Merokok dapat merusak jantung dan pembuluh darah, yang meningkatkan resiko kondisi jantung seperti aterosklerosis dan serangan jantung. Selain itu, nikotin meningkatkan tekanan darah, dan karbon monoksida mengurangi jumlah oksigen yang dibawa oleh darah. Kondisi tersebut bukan hanya berlaku bagi perokok aktif, namun juga berlaku untuk perokok pasif karena menghirup asap rokok berlebihan.

Wanita perokok berisiko tinggi untuk terkena PJK karena perempuan perokok mengalami menopause lebih dini dan kekurangan esterogen. Merokok mempercepat terjadinya PJK dan stroke pada perempuan (Lannywatighani dkk, 2016).

b. Faktor Yang Tidak Dapat di Ubah

1. Faktor Usia

Berdasarkan data diatas, sebagian besar responden berusia 47-50 tahun sebanyak 18 responden (60%), dan yang paling sedikit berumur 27-30 tahun sebanyak 1 responden (3,3%). Sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Rustikadan Oemiati (2014) bahwa PJK pada wanita terbanyak pada kelompok usia 45-54 tahun dan resiko bertambahnya umur menjadi meningkat.

Resiko penyakit jantung meningkat seiring bertambahnya usia. Hal tersebut sudah menjadi wajar karena semakin bertambahnya usia maka semakin menurunnya kinerja organ tubuh manusia. Pada usia lansia, biasanya orang menjadi kurang aktif, berat badan meningkat. Pengaruh gaya hidup yang kurang gerak, makan makanan yang kurang gizi mempercepat kerusakan jantung, sirkulasi darah dan meningkatkan kadar kolesterol. Bertambahnya usia pembuluh darah secara perlahan – lahan kehilangan keelastisannya. Perubahan – perubahan yang diakibatkan oleh usia proses kerapuhan dinding pembuluh darah tersebut semakin panjang, semakin tua usia semakin besar kemungkinan terjadi penyakit jantung koroner. (Majid, 2017).

Hasil dari penelitian di atas juga menunjukkan adanya usia < 30 tahun, secara pasti belum diketahui penyebab penyakit kardiovaskuler pada remaja dewasa, meskipun demikian secara umum berbagai faktor resiko seseorang untuk menderita PJK ditentukan melalui beberapa interaksi dua atau lebih dari faktor resiko seperti perilaku merokok, minum alcohol pola diet salah, kurangnya aktifitas fisik dan obesitas.

Tabel 4.3 : Distribusi besarnya resiko berdasarkan riwayat penyakit berisiko untuk terjadinya PJK pada wanita \leq 50 tahun di RSUD Haji Surabaya :

Riwayat Penyakit	Frecuency	
	n	Prosentase
> 2	7	23%
< 2	23	77%
Total	30	100 %

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwasannya dari 30 responden dalam menilai faktor resiko berdasarkan riwayat penyakit yang dapat menyebabkan kejadian PJK adalah sebanyak 23 (77%) mempunyai faktor resiko riwayat penyakit yang berisiko terjadi PJK dan 7 (23%) yang tidak mempunyai atau berisiko rendah terhadap faktor resiko riwayat penyakit berisiko terjadi penyakit jantung koroner.

Dalam pengamatan tentang perbedaan risiko kardiovaskular antar individu menjadi suatu sistem penilaian yang kuantitatif, disebut prediksi risiko kardiovaskular. Penilaian ini sangat bermanfaat untuk mengidentifikasi kelompok risiko tinggi, sehingga kecacatan dan kematian akibat PKV di masyarakat dapat dicegah sedini mungkin. Selain itu, prediksi risiko juga digunakan untuk memotivasi kepatuhan individu dalam hal modifikasi gaya hidup dan terapi yang diberikan.

Pertimbangan khusus diberikan untuk wanita, mengingat ada laporan bahwa wanita sering dianggap memiliki risiko yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki dan karenanya tidak mendapatkan pengelolaan kardiovaskular yang setara. Faktanya bahwa sekitar 80% perempuan berusia > 18 tahun memiliki satu atau lebih faktor risiko kardiovaskular dan risiko PKV meningkat tajam setelah menopause. Diabetes dan trigliseridemia dihubungkan dengan mortalitas PKV yang lebih tinggi pada wanita. Pada Guidelines For The Prevention Of Cardiovascular Disease In Women AHA 2011 disepakati bahwa, stratifikasi risiko untuk penyakit kardiovaskular harus dilakukan pada semua perempuan tanpa gejala, untuk memperbaiki stratifikasi risiko ini, riwayat keluarga untuk PKV harus masuk ke dalam variabel yang dinilai. (PERKI, 2015).

2. Faktor Riwayat Keluarga

Dari hasil penelitian ini di dapatkan faktor riwayat keluarga yang menderita PJK sebesar 10 % bukan merupakan faktor resiko terjadinya PJK pada wanita usia ≤ 50 tahun. Sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Supriyono (2009) tidak ada hubungan secara bermakna antara riwayat penyakit PJK dalam keluarga dengan kejadian PJK pada kelompok usia ≤ 45 tahun.

Faktor lain yang dapat menyebabkan terserang penyakit jantung adalah genetika. Faktor genetik dapat mewariskan kelainan tekanan darah tinggi, penyakit jantung, dan kondisi terkait lainnya. Resiko penyakit jantung bisa meningkat bahkan lebih bila faktor keturunan dikombinasikan dengan pilihan gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok dan makan makanan yang tidak sehat.

Pada perempuan yang mengalami penyakit jantung koroner (PJK) pada usia 65 tahun, maka keturunan langsung (first-degree relatives) nya akan berisiko dua kali lebih tinggi untuk terkena PJK. Beberapa kelainan genetik dihubungkan dengan meningkatnya kejadian serangan jantung prematur. Penyebab tersering adalah familial hypercholesterolemia, dimana kadar kolestrol LDL meningkat tajam pada usia sangat dini. Deteksi dini kelainan ini pada suatu keluarga dapat mencegah kejadian kardiovaskuler prematur, serta menurunkan risiko kejadian kardiovaskular berikutnya. (PERKI, 2015).