

DIAGNOSIS KOMUNITAS DALAM UPAYA PENURUNAN KASUS BARU PENYAKIT
JANTUNG KORONER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GEMBONG
KECAMATAN BALARAJA, KABUPATEN TANGERANG PROVINSI
BANTEN PERIODE 07 NOVEMBER - 21 DESEMBER 2022

Cindy Willyana^{1*}, Felix Ongko², Melly Liman³, Zita Atzmardina⁴

¹⁻⁴Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara

Email Korespondensi: Cindywillyana@gmail.com

Disubmit: 14 Februari 2023

Diterima: 23 Februari 2023

Diterbitkan: 01 Agustus 2023

Doi: <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i8.9312>

ABSTRACT

Community diagnosis is needed in a community to address existing health problems. Coronary Heart Disease / CHD is a condition where there is blockage in the coronary arteries due to atherosclerosis. Coronary Heart Disease is a major contributor to death and increasing DALYs in the global population. The 2018 RisKesDas reports that the prevalence of CHD in Indonesia is 1.5% of the total population. An increase in CHD cases at the Gembong Health Center was reported from 1 case to 17 cases (1600%) in the period September - October 2022. Increase public knowledge about Coronary Heart Disease, healthy heart exercises and CHD risk factors owned by the community in the working area of the Gembong Health Center in efforts to reduce new cases of CHD. Causes and interventions were identified using a community diagnostic approach. Collecting data using a mini-survey and identifying the source of the problem using the Blum paradigm. The problem priority is determined from the Delphi non-scoring method. Identify the cause of the problem with a fishbone diagram. Counseling about CHD, demonstrating healthy heart exercises, and screening for CHD risk factors were selected as interventions to address this problem. The PDCA (Plan-Do-Check-Action) method is applied as a monitoring method and a systematic approach to evaluation. The first intervention in the form of counseling about CHD obtained a post-test score of ≥ 70 in 86.7% of respondents. The results of the second intervention found that 3 respondents voluntarily were able to do healthy heart exercises. The results of the third intervention showed that all respondents screened and found out their CHD risk factors. Lifestyle aspects play an important role in the increase in CHD cases at the Gembong Health Center. The interventions carried out led to an increase in public knowledge of CHD and risk factors and healthy heart exercises.

Keywords: CHD, Community diagnosis, Blum Paradigm, Delphi, Fishbone diagram

ABSTRAK

Diagnosis komunitas diperlukan dalam sebuah komunitas untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang ada. Penyakit Jantung Koroner / PJK merupakan kondisi terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah koroner akibat proses atherosklerosis. Penyakit Jantung Koroner merupakan kontributor utama atas kematian dan meningkatnya angka DALYs pada populasi global. RisKesDas 2018 melaporkan prevalensi PJK di Indonesia sebesar 1,5% dari total penduduk. Peningkatan kasus PJK di Puskesmas Gembong dilaporkan dari 1 kasus menjadi 17 kasus (1600%) pada periode September - Oktober 2022. Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai Penyakit Jantung Koroner, senam jantung sehat dan faktor risiko PJK yang dimiliki masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Gembong dalam upaya menurunkan kasus baru PJK. Penyebab dan intervensi diidentifikasi menggunakan pendekatan diagnostik komunitas. Pengumpulan data menggunakan survei mini dan identifikasi sumber masalah menggunakan paradigma Blum. Prioritas masalah ditentukan dari metode non-scoring Delphi. Identifikasi penyebab masalah dengan diagram fishbone. Penyuluhan mengenai PJK, demonstrasi senam jantung sehat, dan skrining faktor risiko PJK dipilih sebagai intervensi untuk mengatasi permasalahan ini. Metode PDCA (Plan-Do-Check-Action) diterapkan sebagai metode monitoring dan pendekatan sistematis untuk melakukan evaluasi. Intervensi pertama berupa penyuluhan mengenai PJK didapatkan nilai post-test ≥ 70 pada 86,7% responden. Hasil intervensi kedua didapatkan 3 responden secara sukarela mampu melakukan senam jantung sehat. Hasil intervensi ketiga didapatkan seluruh responden melakukan screening dan mengetahui faktor risiko PJK yang dimilikinya. Aspek lifestyle memainkan peran penting dalam meningkatnya kasus PJK di Puskesmas Gembong. Intervensi yang dilakukan menyebabkan meningkatnya pengetahuan masyarakat akan PJK serta faktor risiko dan senam jantung sehat.

Kata Kunci: PJK, Diagnosis komunitas, Paradigma Blum, Delphi, Diagram fishbone

PENDAHULUAN

Kesehatan didefinisikan sebagai kondisi tercapainya kesejahteraan fisik, psikis dan sosial (Yarza & Kartikawati, 2019). Lingkungan dan kondisi sosial memiliki peran penting dalam terwujudnya suatu kesehatan. Keseragaman kondisi lingkungan yang dimiliki suatu individu dalam sebuah komunitas menyebabkan terbentuknya kondisi kesehatan yang seragam. Diagnosis komunitas diperlukan dalam sebuah komunitas untuk menentukan permasalahan kesehatan yang terjadi pada suatu lingkungan masyarakat dan memberikan intervensi untuk mengatasi permasalahan kesehatan

tersebut (Calundu, 2018; Sulaksono, 2015)

Penyakit Jantung Koroner / PJK merupakan kondisi terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah koroner akibat proses atherosklerosis yang menyebabkan pasokan darah dan oksigen ke sel-sel jantung tidak memadai.⁴ Penyakit Jantung Koroner merupakan kontributor utama atas kematian dan meningkatnya angka Disability Adjusted Life Years (DALYs) pada populasi global.⁵ Enam belas persen (16%) dari total kematian di dunia disebabkan oleh serangan jantung akibat Penyakit Jantung Koroner. Peningkatan angka kematian yang

disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner juga meningkat seiring berjalannya waktu. World Health Organization (WHO) melaporkan angka kematian penyakit ini sebesar 6,8 juta kasus pada tahun 2000 dan meningkat 2 juta kasus menjadi 8,9 juta kasus pada tahun 2019 dari total kematian di seluruh dunia (Hamzah et al., 2021).

Benua Asia merupakan benua dengan populasi terbesar di dunia disertai dengan keberagaman etnis, kultur, status sosial dan ekonomi. Benua Asia memiliki gambaran populasi yang hampir menyerupai Indonesia. Jumlah kematian PJK yang terjadi di kawasan Asia dilaporkan meningkat pada tahun 2018 sebesar 26,4% dan empat kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian yang disebabkan oleh kanker. 7 Kasus kematian pada penyakit ini di benua Asia juga tergolong tinggi yakni 58% dari seluruh kematian akibat PJK secara global (Oey-Gardiner & Abdullah, 2021). Penderita penyakit Penyakit Jantung Koroner di Asia Tenggara memiliki angka prevalensi rawat inap dan mortalitas yang cukup tinggi, salah satunya adalah Indonesia (Rahayu, 2016). Riset Kesehatan Dasar yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan 2018 melaporkan prevalensi Penyakit Jantung Koroner di Indonesia sebesar 1,5% dari jumlah keseluruhan penduduk Indonesia (Hanifah et al., 2021). Studi epidemiologi yang dilakukan Indonesia's Sample Registration System menunjukkan bahwa Penyakit Jantung Koroner merupakan penyebab kematian kedua tertinggi di Indonesia sejak 1 dekade terakhir (Pradono & Werdhasari, 2018). Prevalensi penderita Penyakit Jantung Koroner di Provinsi Banten mengalami peningkatan signifikan. Peningkatan ini tercatat dalam laporan Riskesdas

2013 yang mencatat penderita PJK di Banten sebesar 1% menjadi 1,4% pada laporan Riskesdas 2018 (Hanifah et al., 2021; Utami & Handayani, 2017).

Pelaporan epidemiologi PJK pada populasi Tangerang masih terbatas, berdasarkan Laporan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Puskesmas Gembong didapatkan peningkatan kasus PJK dari 1 kasus pada bulan September 2022 menjadi 17 kasus pada Oktober 2022. Peningkatan kasus PJK yang signifikan merupakan permasalahan yang tidak dapat dipandang sebelah mata mengingat tingginya angka morbiditas dan mortalitas yang terjadi akibat PJK maka dilakukan diagnosis komunitas atas PJK di Puskesmas Gembong Kabupaten Tangerang sebagai upaya promotif dan preventif.

Tujuan umum untuk menurunkan jumlah kasus baru PJK di wilayah kerja Puskesmas Gembong, Kecamatan Balaraja, Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten. Serta tujuan Khususnya untuk mengetahui lokasi yang menjadi masalah utama akan tingginya kasus PJK di wilayah kerja Puskesmas Gembong, Kecamatan Balarajam Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten periode 07 November 2022 - 21 Desember 2022.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Diagnosis Komunitas

a. Definisi

Kesehatan merupakan kondisi tercapainya kesejahteraan fisik, psikis dan sosial kesejahteraan fisik pada suatu individu tanpa adanya suatu kelemahan maupun penyakit. Lingkungan dan kondisi sosial memiliki peran penting dalam terwujudnya suatu kesehatan. Keseragaman kondisi lingkungan yang dimiliki suatu individu

menyebabkan terbentuknya kondisi kesehatan yang seragam dalam suatu komunitas. kesehatan komunitas merupakan perpaduan antara ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran pencegahan dan kedokteran sosial dalam menjaga, melindungi dan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) hadir sebagai tingkat layanan primer pertama yang berperan menerapkan Kesehatan komunitas tersebut. Diagnosis komunitas diperlukan oleh Puskesmas untuk mendiagnosis penyakit atau kesakitan yang terjadi di komunitas masyarakat.

b. Tujuan Kompetensi
Diagnosis Komunitas

Diagnosis komunitas merupakan kunci utama dalam mewujudkan kesehatan komunitas. Tujuan utama diagnosis komunitas adalah mengenali masalah yang terjadi pada komunitas dan memberikan intervensi holistik untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut. Tujuan lainnya dari diagnosis komunitas untuk membuat bank data kesehatan di komunitas masyarakat, menyarankan permasalahan yang harus didahulukan, memberikan penyelesaian masalah atas permasalahan yang ada, memandu alokasi sumber daya yang diperlukan, menyusun program kerja untuk permasalahan yang mungkin terjadi di masa depan, membentuk kerjasama antar sektoral dan membuat evaluasi atas keberhasilan program kesehatan.

c. Langkah - langkah
Penerapan Diagnosis
Komunitas

Kesehatan komunitas terbentuk dengan diagnosis komunitas yang memadai sehingga diperlukan Langkah - Langkah yang tepat dalam membentuk diagnosis komunitas. Diagnosis komunitas

dibentuk dengan memperhatikan komunitas yang akan di intervensi. Penegakan diagnosis pada suatu komunitas memiliki karakteristik yang berbeda dengan penengakan diagnosis pada individu. Komunitas merupakan kumpulan dari sekelompok individu yang memiliki kesamaan lingkungan hidup dan karakteristik sehingga hasil dari diagnosis komunitas tidak harus berbentuk diagnosis penyakit. Paradigma Blum mengelompokkan 4 determinan yang berpengaruh terhadap masalah kesehatan yang ada pada suatu komunitas yakni genetik, perilaku, pelayanan kesehatan dan lingkungan.

d. Analisa Situasi dan
Identifikasi Masalah

Analisa situasi bertujuan untuk mengetahui permasalahan yang terjadi pada suatu komunitas. Analisa situasi menilai proses terjadinya masalah, faktor - faktor yang mempengaruhi suatu masalah dan sumber daya yang dimiliki. Instrumen yang dapat digunakan dalam menganalisa situasi komunitas dapat menggunakan Data, Trend, Forecast dan Program lalu. Sumber data yang digunakan dalam melakukan analisa situasi dapat menggunakan data kesehatan primer, sekunder dan terseir. Trend merupakan penggunaan data dalam 3 tahun terakhir untuk memahami kecenderungan situasi kesehatan di komunitas tersebut. Forecast merupakan proyeksi situasi kesehatan yang diharapkan akan tercapai dalam 5 - 10 tahun yang akan datang. Program lalu merupakan masukan dari hasil evaluasi program kesehatan yang sudah terjadi di masa lalu.

Kesenjangan yang terlihat pada analisa situasi merupakan suatu permasalahan pada komunitas tersebut. Beberapa aspek yang dapat digunakan untuk membantu identifikasi permasalahan yakni;

kesenjangan, 5W + 1 H dan 7M + 1I. Kesenjangan merupakan perbedaan antara kenyataan dan harapan pada suatu komunitas. Penggunaan 5W + 1H digunakan untuk menilai permasalahan yang menyangkut personal, tempat dan waktu. Ruang lingkup permasalahan yang dilihat dari sudut pandang manajemen kesehatan dilihat dengan 7M + 1I.

e. Menentukan Prioritas Masalah Kesehatan

Kesehatan merupakan aspek penting dalam suatu komunitas. Keterbatasan sumber daya manusia maupun material menyebabkan kesehatan pada suatu komunitas tidak terbentuk dengan baik. Banyaknya aspek yang terlibat dalam membentuk kesehatan komunitas menyebabkan banyaknya juga permasalahan pada kesehatan komunitas, maka dari itu penting untuk melakukan penetapan prioritas masalah. Metode penentuan prioritas masalah dapat dilakukan secara scoring technique dan non scoring technique.

Scoring technique adalah teknik penentuan prioritas masalah dengan memberikan nilai terhadap permasalahan kesehatan komunitas dengan melihat parameter seperti prevalensi penyakit, kenaikan prevalensi, keinginan masyarakat untuk menyelesaikan permasalahan, teknologi yang tersedia dan sumber daya yang tersedia.

f. Identifikasi Akar Penyebab Masalah

Identifikasi akar penyebab masalah merupakan bagian dari diagnosis komunitas yang dilakukan sebagai upaya mencari solusi terbaik untuk menyelesaikan permasalahan tersebut. Beberapa metode identifikasi akar penyebab masalah terdiri atas Analisis SWOT, Fishbone Diagram, dan berdiskusi curah pendapat (Brain Storming).

Analisis SWOT merupakan analisis akar penyebab masalah

yang paling sering digunakan dan merupakan analisis yang didasari dengan logika untuk memaksimalkan kekuatan (strengths) dan peluang (Opportunities), namun secara bersamaan meminimalisir kelemahan (weakness) dan ancaman (Threats).

Matriks SWOT membandingkan faktor internal (strengths dan weakness) dan faktor eksternal (Opportunities dan threats) untuk menentukan kunci keberhasilan. Empat strategi yang dikembangkan pada Analisa SWOT berupa Strategi SO, Strategi WO, Strategi ST, dan Strategi WT. Strategi SO (Strengths - Opportunities) adalah strategi yang menggunakan kekuatan internal komunitas untuk meraih peluang - peluang yang ada di luar komunitas. Strategi WO (Weaknesses - Opportunities) merupakan langkah strategi yang bertujuan untuk memperkecil kelemahan - kelemahan internal komunitas dengan memanfaatkan peluang - peluang eksternal. Strategi ST (Strengths - Threats) adalah strategi komunitas untuk menghindari atau mengurangi dampak dari ancaman - ancaman eksternal. Strategi WT (Weaknesses - Threats) adalah strategi untuk bertahan dengan cara mengurangi kelemahan internal serta menghindari ancaman. Tujuan dari masing - masing empat kemungkinan strategi adalah untuk menghasilkan alternatif strategi yang layak, bukan untuk memilih strategi mana yang terbaik. Tidak semua strategi yang dikembangkan dalam matriks SWOT akan dipilih untuk diimplementasikan.

Diagram tulang ikan / fish bone diagram dikenal sebagai diagram sebab akibat memiliki fungsi untuk mengidentifikasi akar - akar penyebab masalah, membantu membangkitkan ide - ide dan

mencari fakta lebih lanjut. Kepala ikan merupakan masalah utama dan tulang tulang ikan yang terbentuk adalah penyebab masalah tersebut muncul. Tulang - tulang ikan dapat

dibentuk dengan menggunakan pengelompokan 6 M yang terdiri atas Machines, Methode, Material, Measurement, Man, dan Mother Nature.

	Strengths (S)	Weaknesses (W)
	Catatlah kekuatan-kekuatan internal perusahaan.	Catatlah kelemahan-kelemahan internal perusahaan.
Opportunities (O)	Strategi SO	Strategi WO
Catatlah peluang-peluang eksternal yang ada.	Daftar kekuatan untuk meraih keuntungan dari peluang yang ada.	Daftar untuk memperkecil kelemahan dengan memanfaatkan keuntungan dari peluang yang ada.
Threats (T)	Strategi ST	Strategi WT
Catatlah ancaman-ancaman eksternal yang ada.	Daftar kekuatan untuk menghindari ancaman.	Daftar untuk memperkecil kelemahan dan menghindari ancaman.

Gambar 1 Analisis SWOT

g. Perencanaan Intervensi

Prioritas masalah dan identifikasi akar masalah yang telah diperoleh akan memperjelas intervensi yang dapat dilakukan pada suatu permasalahan komunitas tertentu. Intervensi yang dilakukan harus memiliki perencanaan yang baik agar permasalahan dapat teratasi secara holistik. Tahap perencanaan intervensi harus menentukan tujuan / goals, menentukan indikator keberhasilan intervensi, menyusun rencana pelaksanaan kegiatan / Plan of Action (POA) dan menyusun jadwal pelaksanaan.

Plan of Action (POA) merupakan proses penyusunan rencana untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan dan menguji Tindakan tersebut apakah mampu mencapai tujuan yang diharapkan dalam waktu yang sudah ditentukan. POA harus disusun dengan melihat ketersediaan sumber daya yang ada. Penyusunan POA harus memiliki indikator keberhasilan yang tetap, dapat diukur, spesifik dan tepat waktu. Gantt chart merupakan salah satu instrumen yang umum digunakan untuk mengatur penjadwalan waktu intervensi pada POA.

h. Monitoring Intervensi

Monitoring intervensi dilakukan dengan memantau jalannya pelaksanaan, pengawasan, pencatatan, pengolahan dan penyajian hasil intervensi. Monitoring dilakukan dengan melibatkan tim intervensi, petugas pelayanan kesehatan serta pihak - pihak terkait lainnya. Pelaksanaan monitoring intervensi sebaiknya disampaikan dalam bentuk flow chart agar mempermudah pemahaman mengenai kegiatan serta keputusan yang terjadi.

2. Penyakit Jantung Koroner

a. Definisi

Penyakit jantung koroner adalah keadaan di mana terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah koroner akibat plak lemak yang terbentuk pada lumen arteri sehingga menyebabkan pasokan darah dan oksigen tidak memadai.¹⁹ Proses penyempitan yang terus berlangsung akan menyebabkan pembuluh darah koroner tersumbat total sehingga teretus serangan jantung.²⁰ Penyakit jantung koroner dapat didefinisikan sebagai gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah

koroner. Secara klinis, ditandai dengan nyeri dada atau terasa tidak nyaman di dada atau dada terasa tertekan berat ketika sedang mendaki/kerja berat ataupun berjalan terburu-buru pada saat berjalan di jalan datar atau berjalan jauh.

b. Epidemiologi

Penyakit Jantung Koroner merupakan kontributor utama atas kematian dan meningkatnya angka Disability Adjusted Life Years (DALYs) pada populasi global. Enam belas persen (16%) dari total kematian di dunia disebabkan oleh serangan jantung akibat Penyakit Jantung Koroner. Peningkatan angka kematian yang disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner juga meningkat seiring berjalannya waktu. World Health Organization (WHO) melaporkan angka kematian penyakit ini sebesar 6,8 juta kasus pada tahun 2000 dan meningkat 2 juta kasus menjadi 8,9 juta kasus pada tahun 2019 dari total kematian di seluruh dunia.

Benua Asia merupakan benua dengan populasi terbesar di dunia disertai dengan keberagaman etnis, kultur, status sosial dan ekonomi. Benua Asia memiliki gambaran populasi yang hampir menyerupai Indonesia. Jumlah kematian PJK yang terjadi di kawasan Asia dilaporkan meningkat pada tahun 2018 sebesar 26,4% dan empat kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian yang disebabkan oleh kanker.⁷ Kasus kematian pada penyakit ini di benua Asia juga tergolong tinggi yakni 58% dari seluruh kematian akibat PJK secara global.

c. Etiologi

Penyakit jantung koroner (PJK) disebabkan oleh disfungsi endotel yang merupakan kejadian utama pada aterosklerosis akibat iritan kimia (rokok), kadar lipid yang tinggi dalam sirkulasi dan DM. Endotel

yang telah aktif mengalami peningkatan permeabilitas sehingga low-density lipoprotein (LDL) bisa masuk ke lapisan intima. LDL yang termodifikasi memicu pelepasan sitokin sehingga terjadi peningkatan ekspresi molekul adhesi yang mengikat leukosit dan molekul kemoatraktan. Di dalam jaringan, monosit dan macrophage colony-stimulating factor (M-CSF) menyebabkan meningkatnya ekspresi reseptor scavenger yang memediasi ambilan partikel lipoprotein dan menyebabkan sel busa yang akan melepaskan sitokin-sitokin dan molekul efektor yang bermigrasi dari sel otot polos media ke intima. Sel otot polos di dalam intima memproduksi matriks ekstrasel sehingga terjadi akumulasi matriks di dalam plak aterosklerotik menyebabkan fatty streak berubah menjadi fibrofatty lesion. Fibrosis dan kalsifikasi akan terus berlanjut pada fase lanjut. Bersamaan dengan matinya sel otot polos, terbentuk kapsul fibrosa aseluler dengan inti kaya lemak dan mengandung sel mati.

Struktur kapsul fibrosa mempengaruhi integritas plak. Ruptur plak aterosklerotik menyebabkan pajanan prokoagulan di dalam plak ke sirkulasi sehingga terbentuk trombus yang dapat menyumbat pembuluh darah sehingga terjadi infark organ.

d. Faktor Risiko

Penyakit Jantung Koroner memiliki beberapa faktor risiko yang memicu munculnya penyakit tersebut. Faktor risiko PJK dikategorikan menjadi dua yakni faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Pola hidup merupakan aspek utama pada faktor risiko yang dapat dimodifikasi sedangkan genetik memainkan peran penting pada faktor risiko yang tidak dapat

dimodifikasi, Faktor risiko PJK dibagi menjadi:3,21

e. Patofisiologi

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah manifestasi dari plak atheroma. Pecahnya Atherosclerosis pada pembuluh darah koroner akibat perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrosa yang menutupi plak tersebut menyebabkan terjadinya proses agregasi trombosit serta aktivasi jalur koagulasi sehingga terbentuk thrombus yang kaya trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat lubang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (Miokard Infark/MI).

f. Diagnosis

Keluhan dapat berupa nyeri dada yang tipikal (angina tipikal) atau atipikal (angina ekuivalen). Keluhan angina tipikal berupa rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium dapat berlangsung intermiten (beberapa menit) atau persisten (>20 menit). Keluhan angina tipikal sering disertai keluhan penyerta seperti diaphoresis (keringat dingin), mual/muntah, nyeri abdomen, sesak nafas, dan sinkop.

Presentasi pada angina atipikal yang sering dijumpai antara lain nyeri di daerah penjalanan angina tipikal, gangguan pencernaan, sesak nafas yang tidak dapat diterangkan atau rasa lemah mendadak yang

sulit diuraikan. Keluhan ini sering terjadi pada pasien usia muda (25-40 tahun) atau usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes, gagal ginjal menahun atau demensia.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengidentifikasi faktor pencetus iskemia, komplikasi iskemia, penyakit penyerta dan menyingkirkan diagnosis banding. Regurgitasi katup mitral akut, suara jantung tiga (S3), ronkhi basa halus, dan hipotensi hendaknya selalu diperiksa untuk mengidentifikasi komplikasi iskemia. Ditemukannya tanda-tanda regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, diaforesis, ronkhi basah halus, atau edema paru meningkatkan kecurigaan terhadap SKA. Pericardial friction rub karena pericarditis, nyeri pleuritik disertai suara napas yang tidak seimbang perlu dipertimbangkan dalam memikirkan diagnosis banding SKA.

h. Tatalaksana

Tatalaksana pada penyakit jantung koroner dilakukan dengan diet dan perubahan gaya hidup serta terapi medikamentosa. Diet dan perubahan gaya hidup merupakan tatalaksana utama dengan melakukan olahraga teratur, membatasi konsumsi alkohol, berhenti merokok, mengontrol tekanan darah dan gula darah, mempertahankan berat badan ideal serta diet rendah lemak trans dan jenuh. Olahraga dilakukan 30-60 menit selama 4-7 hari dalam seminggu dengan intensitas sedang. Ketika melakukan diet dan perubahan gaya hidup, individu akan dilakukan pengkajian ulang LDL setelah 6 minggu dan jika tidak mencapai target maka akan diberikan terapi yang lebih intensif. Setelah dilakukan evaluasi terhadap LDL selama 4-6 bulan dan tidak didapatkan penurunan maka akan dilakukan terapi obat dan

melakukan pengaturan berat badan dan aktivitas fisik yang lebih intensif.⁵ Penyakit jantung koroner dikendalikan yaitu dengan PATUH. PATUH yang dimaksud ialah periksa kesehatan secara rutin dan mengikuti anjuran dokter, atasi

penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur, tetap diet dengan gizi seimbang, upayakan aktivitas fisik dengan aman, hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya.^{20,25}



Gambar 2 Kendalikan PJK dengan PATUH²⁶

Tatalaksana farmakologi yang dapat diberikan pada pasien PJK ialah obat penurun kolesterol dan obat yang mempunyai efek anti inflamasi. Obat penurun kolesterol yang biasa digunakan ialah statin, fibrat, niasin dan bile acid sequestrant. Statin merupakan pilihan utama untuk menurunkan kadar LDL dan trigliserida serta dapat meningkatkan kadar HDL. Target pengobatan dengan statin harus tercapai dalam 6 minggu dan perlu dievaluasi fungsi liver secara berkala setiap 6 bulan. Fibrat merupakan obat yang efektif pada individu dengan kadar trigliserida yang sangat tinggi dan dapat digunakan sebagai tambahan dengan golongan statin jika kadar trigliserida tetap tinggi. Niasin dapat menurunkan kadar trigliserida >50%, LDL >25%, HDL dengan dosis 1-2 g/hari. Kombinasi niasin dengan statin dapat diberikan pada pasien dengan dislipidemi arterogenik.

Bile acid sequestrant bekerja di instentimun yang akan mengikat

asam empedu sehingga tidak diabsorpsi sehingga aman untuk anak-anak, ibu hamil serta ibu menyusui. Bile acid sequestrant akan menurunkan kadar LDL namun meningkatkan trigliserida sehingga penggunaan obat tidak disarankan pada individu dengan trigliserida yang tinggi.

Tatalaksana diberikan berdasarkan stratifikasi risiko dan waktu pelaksanaan revaskularisasi. Terapi invasif yang diberikan ialah angiografi dan biasanya dilakukan pada pasien dengan tingkat risiko yang sangat tinggi. Obat yang dapat diberikan yaitu anti-iskemia, antiplatelet, penghambat reseptor glikoprotein IIB/IIIa dan antikoagulan. Obat yang termaksud dalam anti-iskemia adalah beta blocker, nitrat dan calcium channel blockers/CCBs. Beta blockers diberikan secara oral dalam 24 jam pertama dan direkomendasikan

pada IMA-NEST atau APTS terutama jika terdapat hipertensi dan atau takikardia.

Tabel 1 Jenis dan Dosis Beta Blocker untuk Terapi IMA

<i>Beta blockers</i>	Dosis untuk angina
Atenolol	50-200 mg/hari
Bisoprolol	10 mg/hari
Carvedilol	2x 6,25 mg/hari
Metoprolol	50-200 mg/hari
<i>Beta blockers</i>	Dosis untuk angina
Propranolol	2x20-80 mg/hari

Nitrat bekerja dengan memberikan efek dilatasi vena karena kekurangan preload dan volume akhir diastolic ventrikel kiri. Nitrat dapat diberikan pada fase akut dari episode angina, individu dengan APTS/IMA-NEST yang mengalami nyeri dada berlanjut dan

diberikan sublingual setiap 5 menit dengan maksimal 3 kali pemberian. Pemberian dapat diberikan secara intravena pada pasien iskemia yang persisten, gagal jantung atau hipertensi dalam 48 jam pertama APTS/IMA-NEST.

Tabel 2 Jenis dan Dosis Nitrat untuk Tatalaksana IMA

Nitrat	Dosis
Isosorbide dinitrate/ISDN	Sublingual 2,5-15 mg Oral 15-80 mg/hari (dalam 2-3 dosis) Intavena 1,25-5 mg/jam
Isosorbid 5 mononitrat	Oral 2x20 mg/hari Oral (lepas lambat) 120-140 mg/hari
Nitroglicerine (trinitin, gliseril trinitrate)	Tablet sublingual 0,3-0,6 mg s/d 1,5 mg Intravena 5-200 mcd/menit

Calcium Channel Blockers/CCBs bekerja dengan memberikan efek dilatasi koroner. Obat yang termasuk golongan CCBs

adalah nifedipine dan amlodipine yang mempunyai efek vasodilator arteri dengan sedikit atau tanpa efek pada nodus SA atau AV.^{22,25}

Tabel 3 Jenis dan Dosis CCBs4

CCBs	Dosis
Verapamil	180-240 mg/hari dibagi menjadi 2-3 dosis
Diltiazem	120-360 mg/hari dibagi menjadi 3-4 dosis
Nifedipin	GITS (long acting) 30-90 mg/hari
Amlodipin	5-10 mg/hari

Langkah awal yang dapat dilakukan pada individu dengan sindrom koroner akut setelah didapatkan diagnosis ialah pemberian morfin, oksigen, nitrat serta aspirin (MONA). Pada tahap awal, individu dalam posisi berbaring kemudian dilakukan pengukuran saturasi oksigen perifer. Setelah itu dapat diberikan aspirin 160-320 mg segera meskipun tidak diketahui intoleransi terhadap aspirin. Diberikan juga penghambat reseptor adenosin difosfat/ADP, obat yang dianjurkan ialah ticagrelor 180 mg yang dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2x90 mg/hari atau clopidogrel dengan dosis awal 300 mg yang kemudian dilanjutkan dosis pemeliharaan 75 mg/hari. Dapat diberikan juga nitrogliserin/NTG dalam sediaan spray atau tablet sublingual pada individu dengan nyeri dada yang masih dirasakan ketika tiba di ruang gawat darurat, pemberian NTG dapat diulang maksimal 3 kali setiap 5 menit jika nyeri dada tidak menghilang dengan 1 kali pemberian. Pemberian NTG intravena dapat diberikan jika individu tidak responsive terhadap tablet sublingual 3 dosis. Isosorbid dinitrate/ISDN dapat diberikan jika tidak terdapat NTG. Morfin sulfat dapat diberikan secara intravena 1-5 mg dan dapat diulang setiap 10-30 menit jika tidak responsif terhadap NTG 3 dosis sublingual.

i. Komplikasi

Penyakit Jantung Koroner yang tidak tertangani dengan baik akan memicu timbulnya berbagai komplikasi. Komplikasi dari PJK terdiri atas gangguan hemodinamik dan komplikasi kardiak. Gangguan hemodinamik yang dapat terjadi ialah gagal jantung, hipotensi, kongesti paru, keadaan curah jantung rendah, syok kardiogenik, aritmia dan gangguan konduksi dalam fase akut, aritmia supraventrikular, aritmia ventricular, sinus bradikardi dan blok jantung. Komplikasi kardiak yang dapat terjadi berhubungan dengan faktor risiko yaitu usia lanjut, penyakit tiga pembuluh darah, infark dinding anterior, iskemia berkepanjangan atau berkurangnya aliran darah. Komplikasi kardiak yang dapat terjadi ialah regurgitasi mitral, rupture jantung, ruptur septum ventrikel, infark ventrikel kanan, perikarditis, aneurisma ventrikel kiri dan thrombus ventrikel kiri.

j. Prognosis

Prognosis dari PJK dipengaruhi oleh faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi pada individu tersebut. Faktor - faktor tersebut adalah usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik, kebiasaan makan, kebiasaan merokok, kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, ketersediaan layanan kesehatan dan

status keuangan. Penyakit komorbid pada individu dengan PJK juga mempengaruhi prognosis PJK,

seperti diabetes melitus, hipertensi, dislipidemia dan penyakit ginjal kronis.

Tabel 4 Skore Framingham²⁹

Risiko tinggi	Kalkulasi risiko $\geq 20\%$ (termasuk individu dengan penyakit vascular arterosklerotik, seperti: PJK, penyakit serebrovaskular, penyakit ginjal kronik dan diabetes melitus)
Risiko moderat	Kalkulasi risiko antara 10-19%
Risiko rendah	Kalkulasi risiko $<10\%$

k. Pencegahan

Langkah pencegahan merupakan hal penting terutama pada pasien yang telah terdiagnosis PJK agar mencegah terjadinya serangan Sindrom Koroner Akut (SKA) pada masa mendatang. Pencegahan Penyakit Jantung Koroner dapat dilakukan dengan pengenalan dan melakukan intervensi faktor risiko. Pengenalan mengenai PJK dapat dimulai secara individu kemudian secara komunitas. Eduksi untuk mencari pertolongan segera bila terjadi serangan harus disampaikan.

Pencegahan paling efektif untuk PJK berupa perubahan pola makan dan hidup. Penerapan Dietary approach to stop hypertension (DASH) merupakan pencegahan yang terbukti efektif. Diet DASH dilakukan dengan mengkonsumsi karbohidrat yang tinggi selulosa, indeks glikemik rendah, mengurangi asupan garam, mengurangi asupan lemak jenuh. konsumsi sayur dan buah 5 kali sehari. Olahraga dengan intensitas sedang selama 150 menit dalam seminggu merupakan anjuran yang dianjurkan oleh European Society of Cardiology dan American Heart Association.

l. Program Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang dikenal dengan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dicapai dengan menjalankan program-program Puskesmas. Program puskesmas harus memiliki nilai pro rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Program puskesmas terdiri atas program kesehatan wajib, program kesehatan pengembangan dan program kesehatan penunjang.

Upaya kesehatan/program wajib terdiri atas 6 program (basic six) yang terdiri atas upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu & anak serta KB, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya Pencegahan Penyakit Dan Perbaikan Lingkungan (P2PL) dan upaya pengobatan. Upaya kesehatan pengembangan terdiri atas upaya kesehatan sekolah, olahraga, kerja, gigi & mulut, jiwa, mata, usia lanjut dan pembinaan pengobatan tradisional. Program wajib puskesmas mengalami perubahan pada Permenkes 75 tahun 2014 menjadi Five Essentials. Five Essentials

terdiri atas upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan keluarga, upaya pelayanan gizi serta upaya pencegahan dan pengendalian penyakit (Fitriani, 2015).

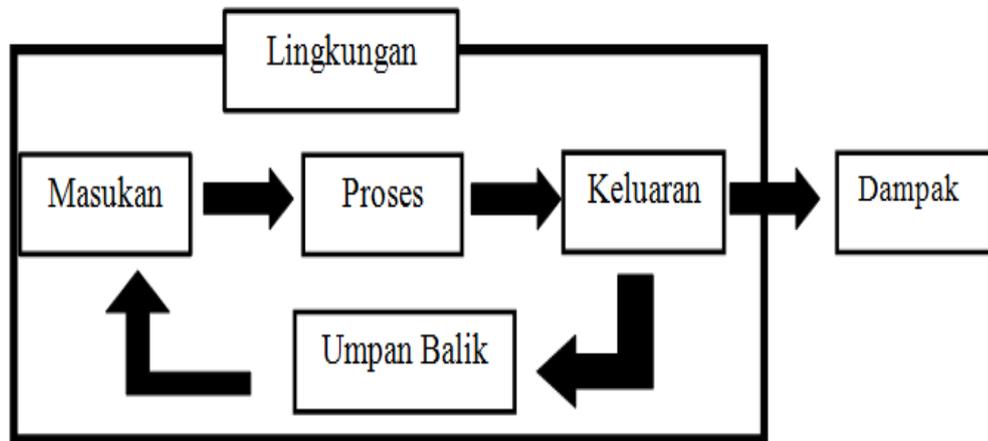
Puskesmas Gembong turut melakukan pendataan mengenai PTM dan Penyakit Jantung Koroner di Puskesmas Gembong kabupaten Tangerang. Pemetaan wilayah dengan prevalensi PJK tertinggi juga dilakukan oleh Puskesmas Gembong dengan disandingkan data - data sebelumnya. Penyebaran informasi kesehatan dilakukan dengan penyuluhan pengertian PTM, faktor - faktor risiko PTM, cara pencegahan dan menanggulangi PTM. Penyuluhan dilakukan secara perorangan maupun berkelompok. Penyuluhan perorangan dilakukan pada saat kunjungan poli maupun kunjungan rumah pasien. Penyuluhan kelompok dilakukan dengan pembinaan bidan - bidan desa, kunjungan posyandu, kunjungan posbindu dan pesta rakyat.

Pelayanan pasien dengan Penyakit Jantung Koroner di

Puskesmas Gembong dilakukan dengan standar prosedur yang ada. Pelayanan dimulai dengan anamnesis keluhan dan pemeriksaan fisik. Pasien yang mengalami gejala berupa rasa tertekan/berat daerah retrosternal, menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium berlangsung intermiten (beberapa menit) atau presisten (>20 menit) disertai keluhan penyerta seperti diaphoresis (keringat dingin), mual/muntah, nyeri abdomen, sesak nafas, dan sinkop akan dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut untuk mendapatkan pemeriksaan penunjang yang adekuat. Keterbatasan pemeriksaan penunjang pada Puskesmas Gembong menghambat penegakan diagnosis PJK secara tepat. Pasien umumnya mendapatkan diagnosis tegak berupa PJK dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sehingga prosedur pengobatan hanya mengikuti pengobatan dari fasyankes tingkat lanjut disertai edukasi mengenai pencegahan serangan jantung.

METODOLOGI PENELITIAN

Pendekatan system kegiatan intervensi yang telah digunakan untuk mengevaluasi dilakukan kepada masyarakat Desa Tobat.

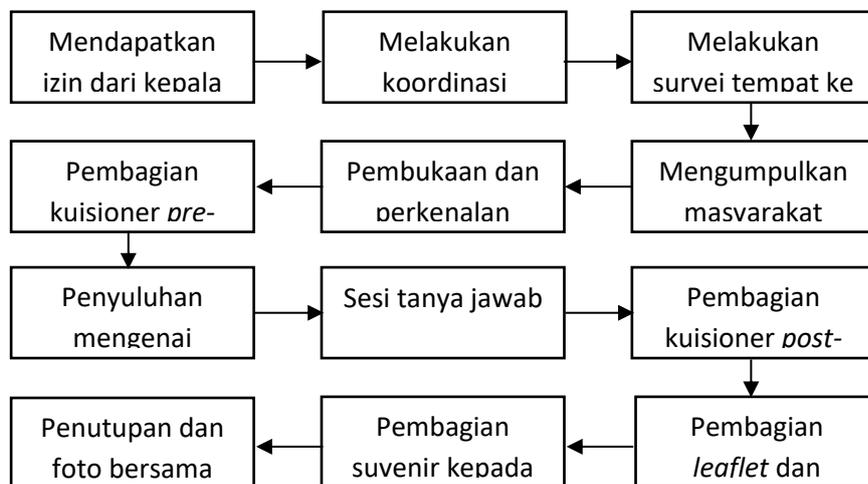


Gambar 3. Metode Evaluasi

HASIL PENELITIAN

1. Intervensi 1 : Penyuluhan Mengenai Penyakit Jantung Koroner

a. Flow Chart Kegiatan Intervensi 1



Gambar 4 Flowchart Intervensi 1

b. Deskripsi Proses Intervensi 1 secara Detail

Kegiatan penyuluhan mengenai Penyakit Jantung Koroner dilaksanakan di halaman rumah Kader Desa Tobat pada hari Jumat, tanggal 09 Desember 2022 pukul 09:00 - 09.30 WIB. Kegiatan

dilaksanakan oleh 3 orang dokter muda yang sedang mengikuti kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara di Puskesmas Gembong. Kegiatan penyuluhan diawali dengan melakukan izin kepada Puskesmas

Gembong, kemudian dilanjutkan dengan melakukan koordinasi antar Kader Desa Tobat perihal lokasi yang akan digunakan untuk penyuluhan dan melakukan survei tempat. Sarana turut dipersiapkan untuk pelaksanaan penyuluhan Penyakit Jantung Koroner. Pengundangan dan pengumpulan masyarakat Desa Tobat dilakukan setelah sarana dan perizinan sudah selesai dilengkapi. Salam pembuka dan perkenalan diri oleh dokter muda dilakukan sebagai pembukaan penyuluhan kemudian dilakukan pre-test mengenai Penyakit Jantung Koroner. Pemberian materi Penyakit Jantung Koroner dilakukan setelah seluruh peserta melakukan pre-test. Sesi tanya jawab dibuka kepada seluruh peserta setelah mendengarkan materi Penyakit Jantung Koroner. Acara penyuluhan kemudian dilanjutkan dengan post-test untuk menilai pemahaman peserta terhadap materi yang diberikan. Kegiatan dilanjutkan dengan pembagian leaflet dan penyerahan poster kepada kader. Penyuluhan diakhiri dengan pembagian souvenir disertai sesi foto bersama peserta.

c. Pengolahan dan Penyajian Data

1. Pengolahan Data

Data dari hasil penilaian pre-test dan post-test pada penyuluhan

Penyakit Jantung Koroner diolah menggunakan aplikasi Microsoft Excel.

2. Penyajian Data

Data yang diperoleh dari hasil melakukan pre-test dan post-test pada penyuluhan Penyakit Jantung Koroner disajikan dalam bentuk tabel.

d. Hasil Intervensi

Penyuluhan diikuti oleh 30 peserta dengan masing - masing peserta telah mengerjakan soal pre-test dan post-test. Nilai rata-rata pre-test yang diperoleh sebesar 46,3 dengan nilai terendah yakni 0 dan nilai tertinggi yakni 80. Nilai rata-rata post-test yaitu 75,3 dengan nilai terendah adalah 40 dan nilai tertinggi yakni 90. Indikator penilaian yang menyatakan bahwa penyuluhan yang diselenggarakan sudah berhasil apabila terdapat kenaikan rerata sebanyak 10 poin dari pre-test ke post-test dan peserta mendapatkan nilai post-test ≥ 70 pada $\geq 80\%$ peserta penyuluhan sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kegiatan penyuluhan yang dilakukan telah berhasil dilaksanakan. Penyajian data nilai pre-test dan post-test disajikan dalam bentuk diagram berikut:

Tabel 5 Hasil Kegiatan Intervensi 1

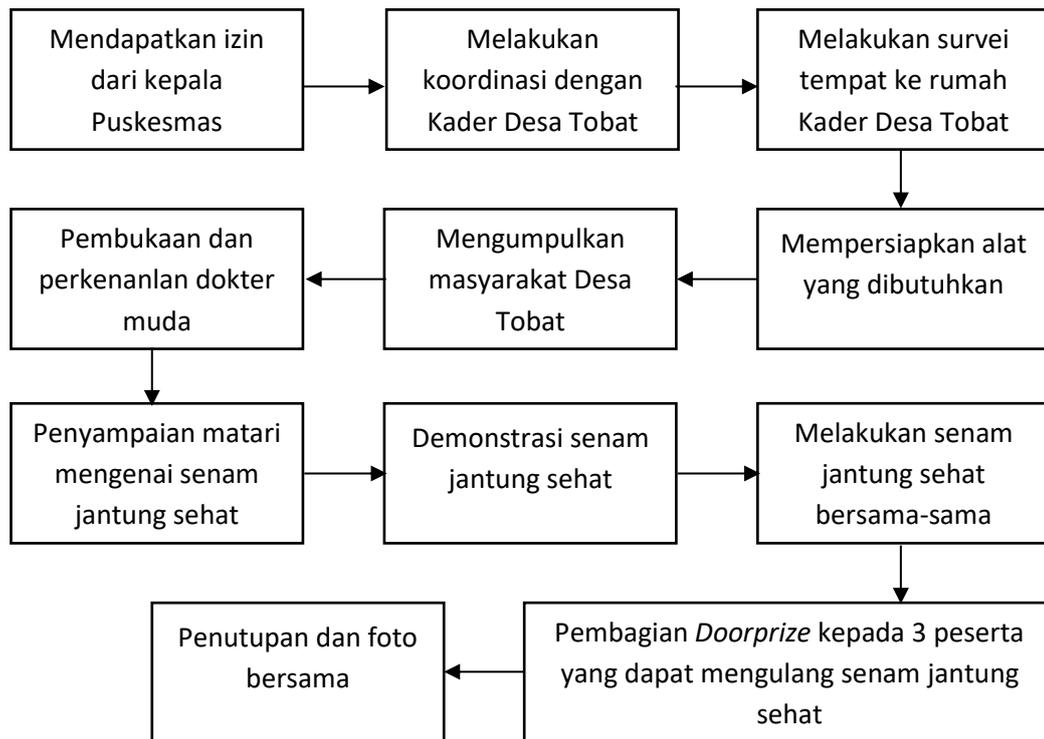
Variabel	Proporsi (%) N = 30	Median (Min - max)
Jenis kelamin		
Perempuan	24 (80,0)	
Laki-laki	6 (20,0)	
Usia (tahun)		57 (28 - 80)
Pekerjaan	1 (3,3)	
Tidak bekerja	19 (63,4)	
Ibu rumah tangga	3 (10,0)	
Petani / Buruh Tani	6 (20,0)	
Wiraswasta	1 (3,3)	
Pendidikan		
Tidak Sekolah	3 (10,0)	

SD	17 (56,7)
SMP	6 (20,0)
SMA	4 (13,3)
S1	0 (0,0)
Pengetahuan <i>pre - test</i>	
<70	21 (70,0)
≥70	9 (30,0)
Nilai Rerata	46,3
Pengetahuan <i>post - test</i>	
<70	4 (13,3)
≥70	26 (86,7)
Peningkatan ≥ 10 poin	28 (93,3)
Nilai Rerata	75,3

e. Kendala yang Dihadapi Pelaksanaan penyuluhan Penyakit Jantung Koroner sebagai intervensi 1 mengalami beberapa kendala. Balai Desa Tobat tidak dapat digunakan untuk melaksanakan intervensi 1. Layar monitor yang kurang tinggi menyebabkan beberapa peserta tidak dapat melihat layar dengan optimal akibat tertutup oleh peserta lain sehingga sulit terbaca oleh peserta, Pencahayaan yang kurang baik juga turut menyulitkan peserta membaca layar penyuluhan.

Beberapa peserta mengeluhkan kurang dapat mendengar penyuluhan dengan jelas karena suara mikrofon yang bergema. Penyelenggaraan penyuluhan tidak berjalan tepat waktu, terdapat keterlambatan waktu penyuluhan sekitar 10 menit akibat belum terkumpulnya 30 orang peserta sebagai jumlah minimal peserta penyuluhan. Beberapa peserta mengisi lembar pre-test berdasarkan jawaban yang diisi oleh peserta lain.

2. Intervensi 2: Demonstrasi Senam Jantung Sehat



Gambar 5 Flowchart Intervensi 2

a. Deskripsi Proses Intervensi 2 secara Detail

Kegiatan demonstrasi senam jantung sehat dilaksanakan di halaman rumah Kader Desa Tobat pada hari Jumat, tanggal 09 desember 2022 pukul 10.00 - 10.30 WIB. Kegiatan dilaksanakan oleh 3 orang dokter muda yang sedang mengikuti kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara di Puskesmas Gembong. Kegiatan demonstrasi senam jantung sehat diawali dengan melakukan izin kepada Puskesmas Gembong, kemudian dilanjutkan dengan melakukan koordinasi antar Kader Desa Tobat perihal lokasi yang akan digunakan untuk demonstrasi senam jantung sehat dan melakukan survei tempat. Alat-alat yang dibutuhkan turut dipersiapkan untuk pelaksanaan senam jantung sehat. Pengundangan

dan pengumpulan masyarakat Desa Tobat dilakukan setelah sarana dan perizinan sudah selesai dilengkapi. Salam pembuka dan perkenalan diri oleh dokter muda dilakukan sebagai pembukaan senam kemudian dilakukan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan cara melakukan senam jantung sehat. Sesi tanya jawab juga dilakukan setelah penjelasan senam jantung sehat dilakukan. Apabila seluruh peserta sudah tidak memiliki pertanyaan seputar senam jantung sehat, acara dilanjutkan dengan demonstrasi senam jantung sehat yang dilakukan oleh 3 orang dokter muda diikuti oleh peserta demonstrasi senam jantung sehat. Setelah demonstrasi dilakukan bersama sama, tiga peserta diminta mendemonstrasikan ulang senam jantung sehat secara sukarela. Acara ditutup dengan pemberian doorprize kepada 3 peserta tersebut

dan foto bersama dengan para peserta.

b. Hasil Intervensi

Kegiatan intervensi 2 berupa demonstrasi senam jantung sehat dihadiri oleh 30 peserta. Acara diawali dengan demonstrasi senam jantung sehat bersama - sama oleh 3 orang dokter muda dan seluruh peserta. Dokter muda kemudian meminta 3 peserta sukarela untuk melakukan senam jantung sehat kembali secara mandiri di depan peserta lainnya. Tiga peserta sukarela kemudian maju dan mempraktekan senam jantung sehat dengan baik dan benar. Penyerahan doorprize kepada tiga peserta sukarela diberikan oleh dokter muda sebagai bentuk apresiasi. Tiga orang peserta yang dapat

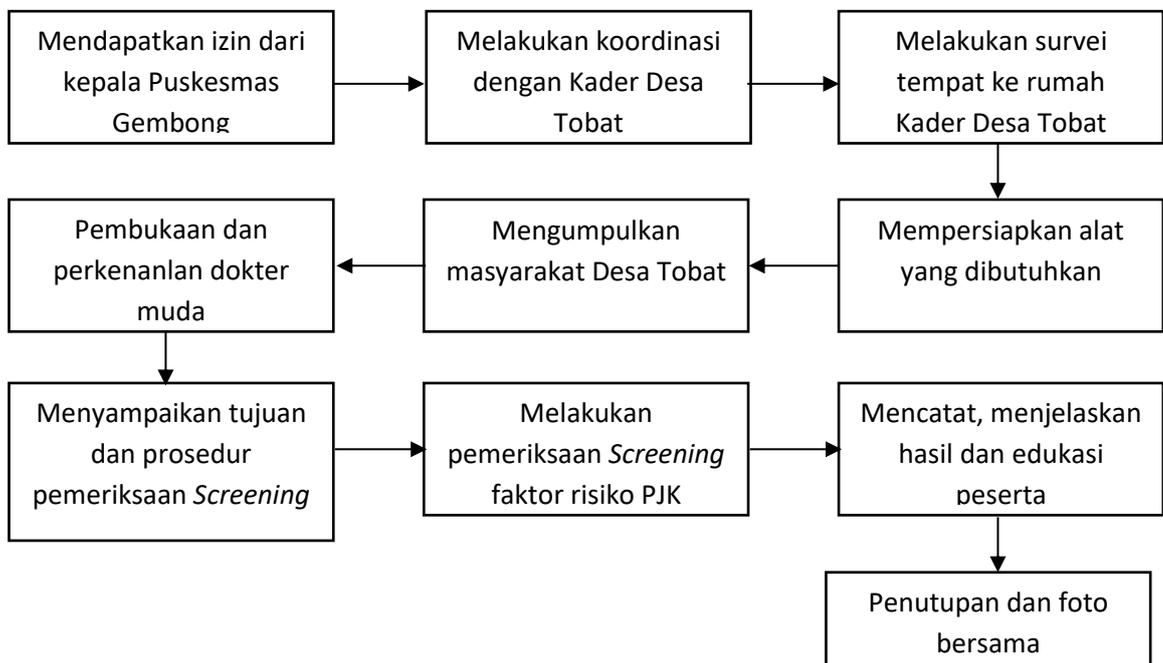
melakukan ulang senam jantung sehat secara mandiri menjadi indikator penilaian bahwa intervensi 2 berhasil dilaksanakan.

c. Kendala yang Dihadapi

Beberapa kendala dijumpai dalam pelaksanaan senam jantung sehat. Balai Desa Tobat tidak dapat digunakan untuk melaksanakan intervensi 2. Halaman rumah kader Desa Tobat yang dijadikan lokasi senam dinilai kurang memadai untuk dilakukan senam secara bersama sama oleh 30 peserta sehingga beberapa peserta kesulitan melakukan beberapa gerakan senam. Beberapa peserta tidak dapat melihat gerakan senam secara optimal akibat tertutup oleh peserta lain.

3. Intervensi 3: Screening Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

a. Flow Chart Kegiatan Intervensi 3



Gambar 6 Flowchart Intervensi 3

b. Deskripsi Proses Intervensi 3 secara Detail

Kegiatan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner dilaksanakan di halaman rumah Kader Desa Tobat pada hari Jumat, tanggal 09 Desember 2022 pukul 10:45 - 11.30 WIB. Kegiatan dilaksanakan oleh 3 orang dokter muda yang sedang mengikuti kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara di Puskesmas Gembong. Kegiatan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner diawali dengan melakukan izin kepada Puskesmas Gembong, kemudian dilanjutkan dengan melakukan koordinasi antar Kader Desa Tobat perihal lokasi yang akan digunakan untuk penyuluhan dan melakukan survei tempat. Sarana prasarana turut dipersiapkan untuk pelaksanaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner. Pengundangan dan pengumpulan masyarakat Desa Tobat dilakukan setelah sarana dan perizinan sudah selesai dilengkapi. Salam pembuka dan perkenalan diri oleh dokter muda dilakukan sebagai pembukaan kegiatan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner, kemudian dilakukan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan prosedur pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner. Sesi tanya jawab juga dilakukan setelah penjelasan pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner dilakukan. Apabila seluruh peserta sudah tidak memiliki pertanyaan seputar pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner, acara dilanjutkan dengan meminta seluruh peserta untuk berbaris. Satu persatu peserta dilakukan pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner berupa pengukuran berat badan, lingkar perut, tekanan

darah, kolesterol darah dan glukosa darah sewaktu pada peserta. Pencatatan dilakukan setelah pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner selesai dilaksanakan. Kegiatan dilanjutkan dengan menjelaskan kepada peserta mengenai hasil pemeriksaan, edukasi serta meminta peserta yang memiliki faktor risiko tekanan darah tinggi, hiperkolesterol dan gula darah tinggi untuk melakukan pengobatan di puskesmas. Acara ditutup dengan pemberian kata penutup oleh dokter muda dan foto bersama dengan para peserta.

c. c. Pengolahan dan Penyajian Data

1. Pengolahan Data

Data dari hasil pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner pada peserta diolah menggunakan aplikasi Microsoft Excel.

2. Penyajian Data

Data yang diperoleh dari hasil melakukan pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner disajikan dalam bentuk tabel.

d. Hasil Intervensi

Pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner diikuti oleh 30 peserta. Pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner meliputi pengukuran berat badan, lingkar perut, tekanan darah, kolesterol darah dan glukosa darah sewaktu pada peserta. Nilai rata-rata berat badan peserta sebesar 53,9 kg dengan berat badan terendah yakni 40,3 kg dan berat badan tertinggi yakni 75,3 kg. Nilai rata-rata lingkar perut peserta yaitu 84,3cm. Nilai terendah pada lingkar perut seluruh peserta adalah 70 cm dan nilai tertinggi yakni 109 cm. Apabila lingkar perut dibagi berdasarkan jenis kelamin, nilai rata-rata lingkar perut nilai peserta pria sebesar 88 cm dan perempuan sebesar 83,4

cm. Nilai rerata tekanan darah peserta adalah 146/89 mmhg dengan tekanan sistol tertinggi 194 mmhg, tekanan sistol terendah 109 mmhg, tekanan diastole tertinggi 118 mmhg dan tekanan diastole terendah 68 mmhg. Nilai rata - rata kolesterol darah pada seluruh peserta adalah 166,1 dengan nilai tertinggi 256 dan nilai terendah 112. Nilai rata - rata glukosa darah sewaktu darah pada seluruh peserta adalah 155,1 dengan nilai tertinggi 428 dan nilai terendah 106.

Hasil pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner pada peserta menunjukkan hanya 3 peserta yang tidak memiliki faktor risiko penyakit jantung koroner yang diukur berdasarkan

berat badan, lingkar perut, tekanan darah, kolesterol darah dan glukosa darah sewaktu pada peserta. Dua puluh tujuh peserta yang memiliki faktor risiko diberikan edukasi mengenai hasil pemeriksaan serta menganjurkan pasien untuk melakukan pengobatan di layanan kesehatan terdekat. Indikator penilaian yang menyatakan bahwa pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner yang diselenggarakan sudah berhasil apabila Seluruh peserta yang hadir telah dilakukan screening dan mengetahui data - data faktor risiko PJK. Penyajian data nilai pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner disajikan dalam bentuk diagram berikut:

Tabel 6 Hasil Kegiatan Intervensi 3

Variabel	Proporsi (%) N = 30	Median (Min - max)
Berat badan (kg)		53,9 (40,3 - 75,3)
>60 kg	8 (26,7)	
<60 kg	22 (73,3)	
Lingkar perut (cm)		84,3 (70 - 109)
Perempuan		83,4 (70 - 109)
≥80cm	15 (50,0)	
<80 cm	9 (30,0)	
Laki-laki		88 (78 - 100)
≥90 cm	2 (6,7)	

e. Kendala yang Dihadapi

Pelaksanaan intervensi 3 berupa pemeriksaan screening faktor risiko Penyakit Jantung Koroner mengalami beberapa kendala. Balai Desa Tobat tidak dapat digunakan untuk melaksanakan intervensi 3. Alat untuk mengukur gula darah dan kolesterol yang hanya tersedia 2 buah menyebabkan proses pemeriksaan berjalan lamban. Beberapa peserta turut mengeluhkan lamanya proses antre untuk pemeriksaan yang dilakukan. Panjangnya antrean pemeriksaan turut menyebabkan edukasi hasil

pemeriksaan kepada peserta menjadi terbatas.

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah Kasus Penyakit Jantung Koroner di wilayah kerja Puskesmas Gembong mengalami peningkatan yang signifikan dalam 2 bulan terakhir (periode september 2022 - oktober 2022). Desa Tobat merupakan daerah dengan pasien Penyakit Jantung Koroner terbanyak yang datang kunjungan ke poli Puskesmas Gembong sehingga intervensi dilakukan pada Desa

Tobat. Permasalahan yang menyebabkan tingginya Penyakit Jantung Koroner pada wilayah kerja Puskesmas Gembong ditentukan berdasarkan paradigma blum dan disimpulkan Faktor lifestyle memainkan peran terbesar dalam menyebabkan tingginya kasus Penyakit Jantung Koroner. Rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai Penyakit Jantung Koroner, adanya sikap untuk mengonsumsi obat secara tidak teratur, sikap tidak setuju untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan kurangnya aktivitas fisik dinilai sebagai aspek lifestyle yang harus diatasi. Permasalahan ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan yang didapatkan oleh masyarakat mengenai Penyakit Jantung Koroner serta sikap dan perilaku masyarakat dalam upaya mencegah peningkatan Penyakit Jantung Koroner yang tidak tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Calundu, R. (2018). *Manajemen Kesehatan* (Vol. 1). Sah Media.
- Fitriani, F. K. (2015). Pengaruh penyuluhan media lembar balik gizi terhadap peningkatan pengetahuan ibu balita gizi kurang di Puskesmas Pamulang, Tangerang Selatan Tahun 2015.
- Hamzah, B., Akbar, H., & Sarman, S. (2021). Pencegahan Penyakit Tidak Menular Melalui Edukasi Cerdik Pada Masyarakat Desa Moyag Kotamobagu. *Abdimas Universal*, 3(1), 83-87.
- Hanifah, W., Oktavia, W. S., & Nisa, H. (2021). Faktor Gaya Hidup Dan Penyakit Jantung Koroner: Review Sistematis Pada Orang Dewasa Di Indonesia. *Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research)*, 44(1), 45-58.
- Oey-Gardiner, M., & Abdullah, M. A. (2021). *Ragam Perspektif Dampak Covid-19*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Pradono, J., & Werdhasari, A. (2018). Faktor determinan penyakit jantung koroner pada kelompok umur 25-65 tahun di Kota Bogor, data kohor 2011-2012. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 46(1), 23-34.
- Rahayu, E. O. (2016). Perbedaan risiko stroke berdasarkan faktor risiko biologi pada usia produktif. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(1), 113-125.
- Sulaksono, H. (2015). *Budaya organisasi dan kinerja*. Deepublish.
- Utami, S., & Handayani, S. K. (2017). Ketersediaan Air Bersih untuk Kesehatan: Kasus dalam Pencegahan Diare pada Anak. *Optimalisasi peran sains dan teknologi untuk mewujudkan smart city*, 211-235.
- Yarza, H. N., & Kartikawati, E. (2019). Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja dalam mencegah penyimpangan seksual. *Sarwahita*, 16(01), 75-79.