

BAB V
HASIL PENELITIAN

Dalam kurun waktu 3 bulan pengambilan data didapatkan 30 sampel pasien penyakit jantung koroner yang setuju mengikuti penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Semua pasien telah menandatangani informed consent dan telah mendapat persetujuan dari Komite Etik Penelitian Universitas Diponegoro – RS Dr Kariadi. Telah dilakukan anamnesis wawancara asupan makanan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serum sdLDL. Tabel 6 menunjukkan data karakteristik sampel penelitian.

Tabel 6. Karakteristik Klinis Sampel Penelitian

Variabel		Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	22	73.3
	Wanita	8	26.7
Jenis SKA	UAP	3	10.0
	NSTEMI	9	30.0
	STEMI	18	60.0
Aktifitas fisik	Ringan	10	33.3
	Sedang	13	43.3
	Berat	7	23.3
Faktor risiko	Hipertensi	16	53.3
	DM	6	20.0
	Dislipidemia	11	36.7
	Merokok	17	56.7
	Riwayat keluarga	5	16.7
Medikamentosa	Aspilet	30	100.0
	ADP inhibitor	30	100.0
	Beta bloker	24	80.0
	ACE-I / ARB	27	90.0
	Aldactone	2	6.70
	Diuretik	1	3.30

Dari tabel 6 tampak bahwa sebagian besar pasien penyakit jantung koroner adalah laki-laki, subset SKA yang terbanyak adalah STEMI, dan faktor risiko terbanyak pada sampel ini adalah merokok. Berdasarkan hasil kuesioner GPAQ diperoleh sebagian besar (43%) sampel penelitian memiliki aktifitas sehari-hari yang sedang. Semua pasien mendapat terapi dobel antiplatelet (DAPT), 90% pasien mendapat terapi ACE-I atau ARB, dimana sisanya tidak diberikan karena terdapat kontraindikasi hipotensi. Karakteristik usia, profil lipid, dan profil rerata asupan karbohidrat perhari sampel penelitian ditunjukkan di tabel 7 dan tabel 8.

Tabel 7. Karakteristik usia, BMI dan profil lipid sampel penelitian

Variabel	Satuan	Nilai minimal	Nilai maksimal	Mean	Median
Usia	tahun	32	69	55.40	59.00
IMT	kg/m ²	17.96	29.38	24.65	24.85
Trigliserida	mg/dl	35.70	305.00	125.39	112.00
Cholesterol total	mg/dl	116.00	278.00	178.63	178.50
LDL	mg/dl	76.00	198.00	123.37	112.00
HDL	mg/dl	20.00	107.00	32.70	34.00
sdLDL	mg/dl	8.60	53.70	26.54	25.10

Dari tabel 7 tampak bahwa pasien PJK dengan SKA paling muda terjadi pada usia 32 tahun, dengan rerata usia 55 tahun. IMT bervariasi dari kurus hingga obesitas I, namun rerata sampel pasien ini didapatkan masuk dalam kriteria kegemukan (IMT 24,85 Kg/m²).

Tabel 8. Karakteristik asupan makanan per hari

Variabel	Satuan	Minimal	Maksimal	Mean
Karbohidrat total	gr	124.10	460.80	267.75
Karbohidrat <i>refined</i>	gr	84.00	405.40	161.80
Karbohidrat <i>non-refined</i>	gr	17.60	161.80	57.81
Lemak	gr	20.80	150.00	68.00
Protein	gr	23.00	102.56	57.30
Total energy	kcal	769.00	3090.40	1897.37
KH total terhadap total energy	%	39.88	70.77	55.93
KH <i>refined</i> terhadap KH total	%	49.7	95.33	76.01

Dari hasil perolehan rerata asupan karbohidrat dengan panduan SFFQ, diperoleh sebagian besar asupan karbohidrat sampel penelitian ini adalah jenis *refined* karbohidrat dibandingkan yang jenis *non-refined* karbohidrat. Rata-rata sampel penelitian mengkonsumsi karbohidrat *refined* lebih dari dua per tiga dari asupan karbohidrat total (76%), sedangkan kurang dari sepertiga asupan karbohidrat diperoleh dari karbohidrat *non-refined*. Didapatkan 11 pasien (36,7%) mengkonsumsi asupan karbohidrat total >60% dari kebutuhan kalori per hari nya.

Analisis bivariat hubungan antara asupan karbohidrat dan kadar sdLDL tampak dari tabel 9. Dari hasil analisis tersebut tampak bahwa rerata asupan perhari karbohidrat *refined* dan total karbohidrat korelasi positif yang lemah dengan sdLDL namun secara statistik tidak signifikan pada pasien PJK. Sedangkan asupan karbohidrat non-refined berkorelasi negatif yang sangat lemah dengan kadar sdLDL yang secara statistik tidak signifikan pada pasien PJK.

Tabel 9. Hubungan antara asupan karbohidrat dan kadar sdLDL

Variabel	r	p
Karbohidrat <i>refined</i> dengan sdLDL	0.328	0.077
Karbohidrat <i>non-refined</i> dengan sdLDL	-0.184	0.331
Total karbohidrat dengan sdLDL	0.276	0.139

Hubungan antara asupan karbohidrat dengan kadar profil lipid konvensional seperti trigliserida, kolesterol total, LDL, tampak pada tabel 10.

Tabel. 10. Hubungan antara asupan karbohidrat dan kadar profil lipid

Variabel	r	p
Karbohidrat <i>refined</i> dengan TGL	0.332	0.073
Karbohidrat <i>refined</i> dengan kolesterol total	0.108	0.577
Karbohidrat <i>refined</i> dengan LDL	0.029	0.880
Karbohidrat <i>refined</i> dengan HDL	0.076	0.689
Karbohidrat <i>non-refined</i> dengan TGL	-0.139	0.464
Karbohidrat <i>non-refined</i> dengan kolesterol total	-0.208	0.269
Karbohidrat <i>non-refined</i> dengan LDL	-0.275	0.142
Karbohidrat <i>non-refined</i> dengan HDL	-0.113	0.553
Total karbohidrat dengan TGL	0.345	0.062
Total karbohidrat dengan kolesterol total	-0.017	0.928
Total karbohidrat dengan LDL	-0.062	0.746
Total karbohidrat dengan HDL	0.270	0.149

Dari tabel 10 tampak bahwa asupan karbohidrat total berkorelasi positif lemah yang secara statistik tidak signifikan dengan kadar TGL dan HDL. Karbohidrat total berkorelasi negatif yang sangat lemah dan secara statistik tidak signifikan dengan kadar kolesterol total dan LDL pasien PJK. Berdasarkan jenis

karbohidratnya, tampak karbohidrat *refined* memiliki korelasi positif lemah yang secara statistik tidak signifikan dengan kadar trigliserida. Karbohidrat *refined* berkorelasi positif sangat lemah dan secara statistik tidak signifikan dengan kolesterol total, LDL dan HDL. Karbohidrat *non-refined* berkorelasi negatif yang sangat lemah dan secara statistik tidak signifikan dengan TGL, kolesterol total, LDL dan HDL.

Beberapa variabel perancu yang diduga mempengaruhi kadar sdLDL dianalisis secara analisis bivariat tampak pada tabel 11.

Tabel 11. Hubungan antara variabel-variabel perancu dengan kadar sdLDL

Variabel	p
Asupan lemak dengan sdLDL	0.013
DM dengan sdLDL	0.679
Aktifitas fisik dengan sdLDL	0.365
Jenis kelamin dengan sdLDL	0.886
Merokok dengan sdLDL	0.622

Dari beberapa analisis bivariat, didapatkan asupan lemak berkorelasi yang signifikan dengan kadar sdLDL pada pasien PJK. Variabel DM, aktifitas fisik, jenis kelamin, dan merokok tidak secara signifikan berhubungan dengan kadar sdLDL pasien PJK. Beberapa analisis bivariat menunjukkan angka kemaknaan $p < 0.25$ yaitu rerata asupan karbohidrat *refined* dan asupan lemak, kemudian dilakukan analisis multivariate lebih lanjut dengan regresi linear yang tampak pada tabel 12.

Tabel 12. Analisis Multivariat

Variabel	r	p
Asupan karbohidrat <i>refined</i>	0.28	0.13
Asupan lemak	0.45	0.01

Dari analisis multivariat diperoleh hasil korelasi lemah yang tidak signifikan antara karbohidrat *refined* dengan kadar sdLDL pada pasien PJK dan korelasi sedang yang signifikan antara asupan lemak dengan kadar sdLDL pada pasien PJK.