

TESIS

**EVALUASI *QUALITY OF LIFE* PASIEN POST PERCUTANEUS
CORONARY INTERVENTION (PCI) DI POLIKLINIK JANTUNG
RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODOMAKASSAR**



AL AMIN

P4200216036

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



**Evaluasi *Quality Of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI)
Di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

AL AMIN
P4200216036

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



TESIS

EVALUASI QUALITY OF LIFE PASIEN POST PERCUTANEUS CORONARY INTERVENTION (PCI) DI POLIKLINIK JANTUNG RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

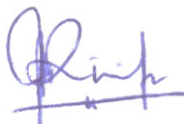
AL AMIN

Nomor Pokok P4200216036

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 29 Juni 2020
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D.

Ketua



Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

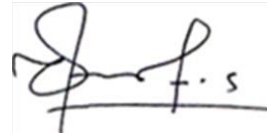
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Ily L. Siattar, S.Kp, M.Kes.

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Al Amin

NIM : P4200216036

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Judul : Evaluasi Quality Of Life Pasien Post Percutaneous Coronary Intervention Di Poliklinik Jantung RSUP Dr. Wahidin Sudiruhusodo Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di perguruan tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan oranglain, kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, April 2020

Yang membuat pernyataan

Al Amin



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah ‘Azza wa Jalla atas nikmat kesehatan yang telah dicurahkan dalam kehidupan penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Evaluasi *Quality Of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Dalam menyusun tesis ini penulis menyadari akan keterbatasan kemampuan yang dimiliki, namun dengan segala kerendahan hati penulis sampaikan bahwa inilah yang dapat penulis persembahkan sebagai wujud atas kemampuan yang dimiliki dengan harapan dapat disempurnakan sehingga dapat menjadi lebih baik lagi.

Penyusunan tesis ini tentunya banyak menemui hambatan dan tantangan, namun berkat bantuan, bimbingan, support dan kerja sama semua pihak, sehingga ini dapat kami selesaikan. Pada kesempatan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua kami, Ibunda Sitti Aminah dan ayahanda Abdullah Supu, yang tidak pernah berhenti menyertakan doanya untuk penyelesaian tesis ini, Istri tercinta Rahmadaini dan anak-anakku, yang tidak putus asa memberikan support untuk kemajuan penyelesaian tesis ini.

Selama melaksanakan penelitian ini, banyak kendala yang dihadapi, kekurangan dan keterbatasan yang datangnya dari peneliti sebagai mahasiswa

ada pada tahap belajar, namun semua kendala tersebut dapat teratasi
n Allah SWT. tentunya, dan dukungan bantuan, doa serta bimbingan dari



semua pihak yang mungkin tidak dapat peneliti sebutkan namanya secara keseluruhan. Adapun pihak – pihak tersebut antara lain adalah :

1. Prof. DR. Dwia Aries Tina P., MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M. Sc. selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin sekaligus penguji.
3. Ibu. Dr. Elly L. Sjattar,S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Rini Rachmawati, S.Kep, Ns, MN, Ph.D. selaku wakil dekan bidang akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dan sekaligus sebagai pembimbing I yang banyak memberikan arahan, ide, petunjuk dan motivasi selama penyusunan tesis ini.
5. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep, Ns., M.Kes. sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan masukan dan saran selama proses penyusunan tesis ini.
6. Ibu Dr. Yuliana Syam S. Kep.Ns., M. Kes. selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.
7. Bapak Syahrul Said S. Kep, Ns. M.Kes., Ph.D., selaku penguji yang telah memberikan saran untuk penyempurnaan penyusunan tesis ini.
8. Semua staf Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program

Magister Ilmu Keperawatan.



9. Rekan-rekan Angkatan 2016 Program Studi Magister Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan penelitian ini.
10. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan baik materil maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian penelitian ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu kritik dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan oleh semua pihak menjadi catatan amal baik serta memperoleh pahala yang setimpal dari Allah ‘Azza wa Jalla. Aamiin.

Makassar, April 2020

Al Amin



ABSTRAK

Al Amin, “Evaluasi *Quality Of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar” dibimbing oleh Rini Rachmawati dan Takdir Tahir (xii + 70 halaman + 10 tabel + 7 lampiran)

Latar Belakang: Salah satu penatalaksanaan pasien penyakit jantung koroner adalah PCI. PCI dimaksudkan untuk meningkatkan *quality of Life* (QoL) pasien. Penelitian ini bertujuan mengetahui *Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode survei analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 60 orang. Data di uji dengan uji korelasi pearson/ spearmandengan tingkat kepercayaan 95%. Semua data dianalisis dengan program SPSS versi 21,0 (SPSS, Inc Chicago, IL).

Hasil: *Quality of life* responden sebagian besar baik (76,7%), ada hubungan lama pemasangan dengan *quality of life* pasien (p:0,039; r:0,267). Ada hubungan jumlah stent dengan *quality of life* (p:0,001; r:-0,406).

Kesimpulan: *quality of life* pasien akan semakin baik seiring dengan bertambahnya waktu setelah pemasangan PCI dan *quality of life* pasien akan semakin buruk seiring dengan bertambahnya jumlah stent. Olehnya itu, bagi praktisi di rumah sakit agar memberikan penanganan secara holistik bagi pasien *post PCI* sehingga kondisi pasien dapat lebih optimal.

Kata Kunci : *quality of life*, PCI, PJK

Kepustakaan : 57 (2008-2019)



ABSTRACT

Al Amin, “Evaluasi *Quality Of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Pada Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar” guided by Rini Rachmawati and Takdir Tahir (xii + 70 pages + 10 table + 7 attachment)

Background: One of the management of coronary heart disease patients is PCI. PCI is intended to improve the quality of Life (QoL) of patients. This study aims to determine the Quality of Life of Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Patients in Cardiac Polyclinic at Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital.

Method: This research uses analytic survey method with cross sectional study approach. Sampling with purposive sampling with a total sample of 60 people. Data were tested by Pearson / Spearman correlation test with a confidence level of 95%. All data were analyzed with the SPSS program version 21.0 (SPSS, Inc. Chicago, IL).

Results: The quality of life of respondents is mostly good (76.7%), there is a relationship between the time of installation and the quality of life of patients (p: 0.039; r: 0.267). There is a relationship between the number of rings with quality of life (p: 0,001; r: -0,406).

Conclusion: the quality of life of the patient will get better with increasing time after PCI installation and the quality of life of the patient will get worse as the number of PCI increases. Therefore, for practitioners in hospitals to provide holistic treatment for post PCI patients so that the patient's condition can be optimized.

Keywords : Quality of life, PCI, coronary heart disease

References : 57 (2008-2019)



DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teoritentang Penyakit Jantung Koroner.....	9
B. Tinjauan Teori tentang PCI.....	20
C. Tinjauan Teori tentang Kualitas Hidup.....	28
D. Kerangka Teori.....	41
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep Penelitian	42
B. Variabel Penelitian	42
C. Definisi Operasional.....	43
D. Hipotesis penelitian	45
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	47



B. Tempat dan Waktu Penelitian	47
C. Populasi dan Sampel	47
D. Rencana Instrumen Pengumpulan Data	49
E. Metode Analisa Data.....	50
F. Etik Penelitian	52
G. Alur Penelitian	55
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	56
B. Pembahasan.....	63
C. Keterbatasan Penelitian.....	71
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.	74
B. Saran.	75
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

No.Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 1	Domain dan Subdomain WHOQOL	31
Tabel 2	Pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi Kuesioner SF-36.	39
Tabel 3	Skor dari tiap-tiap pertanyaan	40
Tabel 5.1	Karakteristik responden	56
Tabel 5.2	Rerata lama pemasangan PCI, jumlah stent dan tanda klinis (Nadi, Tekanan Darah, PT, dan APTT)	57
Tabel 5.3	Gambaran <i>Quality of Life Post PCI</i>	58
Tabel 5.4	Rerata <i>Quality of Life Post PCI</i> Berdasarkan Karakteristik Responden	58
Tabel 5.5	Perbedaan Rerata <i>Quality of Life Post PCI</i> Berdasarkan Karakteristik Responden	59
Tabel 5.6	Korelasi lama pemasangan, jumlah stent, tanda klinis (Nadi, Tekanan Darah Systole, Tekanan Darah Dyastole, PT, APTT,) dengan <i>Quality of Life Post PCI</i>	60



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Hubungan antara perilaku, masalah kesehatan, kualitas hidup, dan determinan	34
Gambar 2 Kerangka teori	41
Gambar 3 Kerangka konseptual penelitian	42
Gambar 4 Alur penelitian	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan menjadi Responden
Lampiran 2	Persetujuan menjadi Responden
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian
Lampiran 4	Surat keterangan komisi etik penelitian
Lampiran 5	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 6	Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 7	Lembar Master Tabel Penelitian
Lampiran 8	Lembar Hasil Uji Statistik Dengan Program Komputer



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular yang didalamnya termasuk Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyebab utama kematian global, terhitung 17,3 juta kematian per tahun, sejumlah yang diperkirakan akan tumbuh lebih dari 23,6 juta pada tahun 2030. Pada tahun 2008, kematian kardiovaskular mewakili 30 persen dari semua kematian global, dengan 80 persen kematian terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Selain itu, hampir 787.000 orang di A.S. meninggal karena penyakit jantung, stroke dan penyakit kardiovaskular lainnya di tahun 2011. Sekitar 2.150 orang Amerika meninggal setiap hari akibat penyakit ini, satu setiap 40 detik (Mozaffarian, et al., 2015).

Prevalensi PJK di Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Sedangkan di Sulawesi Selatan sebesar 0,6% atau diperkirakan sekitar 34.434 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 2,9% atau diperkirakan sekitar 166.429 orang (Infodatin, 2014). PJK merupakan penyebab utama dan pertama dari seluruh kematian di Indonesia, yakni sebesar 26,4%. Angka ini empat kali lebih tinggi dari angka kematian yang disebabkan oleh kanker (6%) (Departemen Kesehatan, 2012).

PJK dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut pada jantung berupa komplikasi vaskuler, hematoma, *sindrom coronary acute* (STEMI) yang bisa



memperparah kondisi kesehatan. Komplikasi ini sebenarnya dapat dicegah. Salah satu metode agar seseorang dapat bertahan dari serangan jantung dan mencegah komplikasi, salah satu di antaranya yaitu dengan metode *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*/ intervensi koroner perkutan (Anggraini & Andani, 2018). PCI merupakan terapi pilihan utama pada pasien dengan presentasi klinis Infark Miokard Akut-Elevasi Segmen ST (IMA-EST) dalam awitan 12 jam sejak timbul gejala dan dengan elevasi persisten segmen ST atau kejadian baru *left bundle branch block (LBBB)* (Dwipawana, Pratama, & Callista, 2017); (Firman, 2010). PCI dimaksudkan untuk meningkatkan *quality of Life (QoL)*/ kualitas hidup pasien (Spertus, Salisbury, Jones, Conaway, & Thompson, 2004).

Penelitian sebelumnya didapatkan tingkat keberhasilan PCI secara keseluruhan adalah 94%. Mortalitas pada satu tahun pertama adalah 19%. Pada tindak lanjut, kesehatan umum dinilai sebagai cukup baik dan lebih baik daripada sebelum PCI (77%) (Günel, Aengevaeren, Gehlmann, Luijten, Bos, & Verheugt, 2008). Penelitian di Iran didapatkan bahwa ada hubungan PCI dengan kualitas hidup yang diinginkan ($P < 0,05$) (Naghshabrizi, Matinnia, Ghaleiha, Karami, & Faramarzi, 2017). Di sisi lain, PCI pada pasien yang menderita penyakit jantung dapat mempengaruhi aktivitas fisik pasien hingga kualitas hidupnya (*Quality of Life*) (Anggraini & Andani, 2018).

Kualitas hidup (QoL) merupakan indikator penting untuk evaluasi *outcome* pengobatan (Ha, Duy, Le, Khana, & Moorin, 2014). Kualitas hidup adalah kepuasan personal yang ditentukan secara subyektif



dengan kehidupan sehari-hari, sebagaimana dipengaruhi oleh evaluasi individu terhadap kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritualnya (Bhandari, Bhusal, Takma., & Lawot, 2016). Pada pasien usia lanjut, baseline *Health-related quality of life* (HRQoL) menurun ($p < 0.01$). Namun, pasien usia lanjut yang menjalani PCI mengalami peningkatan yang paling signifikan dalam kesehatan fisik daripada kelompok usia yang lebih muda. PCI adalah independen prediktor (Odds Ratio = 1,79, 95% CI: 1,10-2,92) status kesehatan fisik yang lebih baik pada 6 bulan (Li, et al., 2012).

Kualitas hidup terdiri dari empat domain, yaitu domain kesehatan fisik yang meliputi nyeri dan ketidaknyamanan, tenaga dan lelah, tidur dan istirahat, pergerakan, aktivitas sehari-hari, ketergantungan, dan kapasitas pekerjaan. Domain psikologis yang meliputi perasaan positif, berfikir, harga diri, penampilan, perasaan negatif, dan spiritual. Domain hubungan sosial yang meliputi hubungan perorangan, dukungan sosial, dan aktivitas sosial. Domain lingkungan yang meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber penghasilan, kesehatan, keterampilan, rekreasi, lingkungan fisik, dan transportasi (Anggraini & Andani, 2018).

Penelitian sebelumnya tentang kualitas hidup pada pasien jantung dengan menggunakan *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado didapatkan bahwa skor rata-rata kualitas hidup responden adalah 48,15 dari skor tertinggi kualitas hidup

80 (Kaawoan, 2012). Adapun penelitian sebelumnya yang dilakukan di



Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo didapatkan skor rata-rata kualitas hidup adalah 40,65 (Hasyati, 2018).

Diagnosis dan intervensi medis selalu disertai penilaian subjektif pasien terhadap status kesehatan dan kualitas hidup mereka (Uchmanowicz & Łoboz-Grudzień, 2015). Penyakit kronis berdampak pada kualitas hidup dan berbagai aspeknya (kesehatan fisik dan mental dan kesejahteraan sosial), sehingga perhatian perawat terhadap kualitas hidup sangat penting (Naimi, Naderiravesh, Bayat, Shakeri, & Matbouei, 2017).

Berdasarkan data dari Poli Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar didapatkan bahwa jumlah pasien penderita penyakit jantung koroner tahun 2018 pada bulan Agustus sebanyak 68 orang, September sebanyak 76 orang, dan bulan Oktober sebanyak 74 orang dengan jumlah pasien yang dilakukan PCI dari bulan Juli-September 2018 sebanyak 92 pasien. Hasil wawancara yang dilakukan di Poli Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo pada empat pasien post PCI. Pada saat sebelum tindakan PCI pasien mengatakan bahwa mereka merasakan gangguan baik fisik maupun psikologis seperti terganggu dalam melakukan kegiatan sehari-hari, sering merasa lelah dan cemas.

Penting bagi perawat jantung untuk menerapkan asuhan keperawatan secara holistik dan tidak hanya terfokus pada kondisi fisik pasien, salah satunya dengan menilai kualitas hidup, sehingga perawat penting untuk mengetahui

g kualitas hidup dan perubahannya pada pasien jantung setelah tindakan sehingga mereka dapat memberikan pendidikan kesehatan yang tepat dan



benar serta dampak pendidikan kesehatan yang efektif bagi pasien penyakit jantung. Hal ini dimaksudkan agar program pendidikan kesehatan bagi pasien ini dijadikan sebagai prosedur operasional tetap (SOP) oleh perawat selama memberikan pelayanan keperawatan bagi pasien. Untuk itu, diperlukan *evidence based* terkait dengan kualitas hidup pada pasien jantung dengan menggunakan alat ukur yang spesifik pada pasien jantung sehingga nantinya dapat menjadi dasar dalam pengambilan kebijakan terkait dengan perawatan pasien jantung post PCI. Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti “*Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Penyakit jantung koroner merupakan faktor risiko universal untuk morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskular. Salah satu penatalaksanaan pasien PJK adalah dengan dilakukan *percutaneous coronary intervention* dimana PCI telah terbukti secara efektif mengurangi mortalitas dan morbiditas pada pasien. Banyak penelitian telah diarahkan untuk meningkatkan nilai hasil PCI yang berfokus pada akibat fatal dari PJK seperti kematian dan tidak terlalu memperharikan aspek yang dianggap tidak fatal seperti kualitas hidup pasien. Padahal kualitas hidup memainkan peran yang penting dalam manajemen pasien, yang telah terbukti memprediksi hasil klinis yang merugikan. Penilaian kualitas hidup dan determinannya dapat membantu

membatani kesenjangan antara penelitian dan praktek klinis. Mengingat besarnya dan dampak penyakit kronis pada kualitas hidup dan berbagai



aspeknya (kesehatan fisik dan mental dan kesejahteraan sosial), perhatian perawat terhadap kualitas hidup sangat penting.

Berdasarkan analisis tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah *Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengevaluasi *Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Pada Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi lama waktu post pemasangan stent, jumlah stent dan tanda klinis serta PT APTT pasien post coronary Intervention (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Mengidentifikasi QoL dan dimensi QOL Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
- c. Mengidentifikasi Quality of Life pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) berdasarkan lama waktu post pemasangan stent dan jumlah stent Pasien di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar



- d. Mengidentifikasi dimensi Quality of life pasien post PCI berdasarkan lama waktu post pemasangan stent dan jumlah stent post PCI di poliklinik jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
- e. Mengidentifikasi korelasi Quality of life pasien post PCI dengan lama waktu post pemasangan stent dan jumlah stent pasien post PCI di poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan penelitian ini menjadi data tambahan untuk rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien post PCI.

2. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pengetahuan tambahan tentang kualitas hidup pasien PJK post PCI .

3. Bagi pasien

Penelitian ini dapat memberikan informasi bagi pasien terkait dengan kualitas hidup pasien PJK post PCI.

4. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan menjadi referensi tambahan dan bahan masukan untuk penelitian selanjutnya.

E. Originalitas Penelitian

Penelitian sebelumnya telah meneliti tentang faktor prediksi kualitas hidup pasien PJK *post PCI* didapatkan dukungan sosial, depresi, dan faktor lain yang tidak biasa secara signifikan dan langsung mempengaruhi *quality of*



life pasien pasca PCI CAD. (Saengsiri, Thanasilp, & Preechawong, 2014). Sedangkan penelitian di Poliklinik Spesialis Jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang meneliti Kualitas hidup pasien post PCI dengan instrumen WHOQOL-BREF dengan empat domain kualitas hidup yaitu domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan menunjukkan bahwa responden memiliki kualitas hidup baik sebesar 50% (Hutagalung, Susilaningsih, & Mardiyah, 2014). Dalam penelitian ini, peneliti mengambil pendekatan yang berbeda dari faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dengan melihat lama waktu post PCI dan jumlah stent kaitannya dengan kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF 36.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Tentang Penyakit Jantung Koroner

1. Definisi

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah kondisi kronis (atau jangka panjang) yang mempengaruhi banyak orang. Penyakit jantung koroner adalah kondisi ketika arteri koroner (arteri yang memasok darah dan oksigen ke otot jantung) menjadi tersumbat dengan bahan berlemak yang disebut 'plak' atau 'ateroma'. Plak perlahan terbentuk di dinding bagian dalam arteri, menyebabkannya menjadi sempit. Proses ini disebut 'aterosklerosis'. Ini dimulai saat masih muda dan terus berkembang pada usia paruh baya. Jika arteri menjadi terlalu sempit, suplai darah ke otot jantung berkurang. Hal ini dapat menyebabkan gejala seperti angina. Jika bekuan darah terbentuk di arteri yang menyempit dan benar-benar menghalangi suplai darah ke bagian jantung, hal itu dapat menyebabkan serangan jantung (Heart Foundation, 2013).

2. Penyebab

Tidak ada satu hal pun yang menyebabkan aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Namun, faktor risiko (hal-hal yang meningkatkan kesempatan Anda terkena penyakit jantung koroner)

meliputi (Heart Foundation, 2013):

- . Merokok
- . Kolesterol tinggi



- c. Tidak aktif secara fisik
- d. Diabetes
- e. Tekanan darah tinggi
- f. Kelebihan berat badan
- g. Mengalami depresi, terisolasi secara sosial atau kurang mendapat dukungan sosial yang berkualitas

3. Patofisiologi

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI, 2015) sebagian besar PJK yang dimanifestasikan dalam sindrom koroner akut (SKA) adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*). Trombus ini akan menyumbat liang 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. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang-lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard).



Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses *hibernating* dan *stunning* (setelah iskemia hilang), distritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien SKA tidak mengalami koyak plak seperti diterangkan di atas. Mereka mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis (PERKI, 2015).

4. Klasifikasi Penyakit jantung koroner

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi (PERKI, 2015):

- a. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: *ST segment elevation myocardial infarction*)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri



koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya; secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis, intervensi koroner perkutan primer. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak memerlukan menunggu hasil peningkatan marka jantung (PERKI, 2015).

b. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: *non ST segment elevation myocardial infarction*)

Diagnosis NSTEMI dan angina pectoris tidak stabil ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudo-normalization*, atau bahkan tanpa perubahan (PERKI, 2015).

c. Angina Pectoris tidak stabil (UAP: *unstable angina pectoris*)

Sedangkan Angina Pectoris tidak stabil dan NSTEMI dibedakan berdasarkan kejadian infark miokard yang ditandai dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang lazim digunakan adalah Troponin I/T atau CK-MB. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi



Infark Miokard Akut Segmen ST Non Elevasi (*Non ST-Elevation Myocardial Infarction*, NSTEMI). Pada Angina Pektoris tidak stabil marka jantung tidak meningkat secara bermakna. Pada sindroma koroner akut, nilai ambang untuk peningkatan CK-MB yang abnormal adalah beberapa unit melebihi nilai normal atas (upper limits of normal, ULN) (PERKI, 2015).

Jika pemeriksaan EKG awal tidak menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam. EKG diulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang (PERKI, 2015).

5. Diagnosis

Dengan mengintegrasikan informasi yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, elektrokardiogram, tes marka jantung, dan foto polos dada, diagnosis awal pasien dengan keluhan nyeri dada dapat dikelompokkan sebagai berikut: non kardiak, Angina Stabil, Kemungkinan SKA, dan Definitif SKA (PERKI, 2015).

a. Anamnesis

Keluhan pasien dengan iskemia miokard 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. Keluhan ini dapat berlangsung intermiten/beberapa menit atau persisten (>20 menit). Keluhan angina tipikal sering disertai keluhan penyerta seperti diaphoresis, mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan sinkop.

Presentasi angina atipikal yang sering dijumpai antara lain nyeri di daerah penjalaran angina tipikal, rasa gangguan pencernaan (indigestion), sesak napas yang tidak dapat diterangkan, atau rasa lemah mendadak yang sulit diuraikan. Keluhan atipikal ini lebih sering dijumpai pada pasien usia muda (25-40 tahun) atau usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes, gagal ginjal menahun, atau demensia. Walaupun keluhan angina atipikal dapat muncul saat istirahat, keluhan ini patut dicurigai sebagai angina ekuivalen jika berhubungan dengan aktivitas, terutama pada pasien dengan riwayat penyakit jantung koroner (PJK). Hilangnya keluhan angina setelah terapi nitrat sublingual tidak prediktif terhadap diagnosis SKA (PERKI, 2015).

b. 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), ronchi basah halus dan hipotensi hendaknya selalu diperiksa untuk mengidentifikasi komplikasi iskemia. Ditemukannya tanda-



tanda regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, diaphoresis, ronkhi basah halus atau edema paru meningkatkan kecurigaan terhadap SKA. Pericardial friction rub karena perikarditis, kekuatan nadi tidak seimbang dan regurgitasi katup aorta akibat diseksi aorta, pneumotoraks, nyeri pleuritik disertai suara napas yang tidak seimbang perlu dipertimbangkan dalam memikirkan diagnosis banding SKA (PERKI, 2015).

c. Pemeriksaan EKG

Semua pasien dengan keluhan nyeri dada atau keluhan lain yang mengarah kepada iskemia harus menjalani pemeriksaan EKG 12 sadapan sesegera mungkin sesampainya di ruang gawat darurat. Sebagai tambahan, sadapan V3R dan V4R, serta V7-V9 sebaiknya direkam pada semua pasien dengan perubahan EKG yang mengarah kepada iskemia dinding inferior. Sementara itu, sadapan V7-V9 juga harus direkam pada semua pasien angina yang mempunyai EKG awal nondiagnostik. Sedapat mungkin, rekaman EKG dibuat dalam 10 menit sejak kedatangan pasien di ruang gawat darurat. Pemeriksaan EKG sebaiknya diulang setiap keluhan angina timbul kembali (PERKI, 2015).

d. Pemeriksaan marka jantung

Kreatinin kinase-MB (CK-MB) atau troponin I/T merupakan marka nekrosis miosit jantung dan menjadi marka untuk diagnosis infark miokard. Troponin I/T sebagai marka nekrosis jantung mempunyai



sensitivitas dan spesifisitas lebih tinggi dari CK-MB. Peningkatan marka jantung hanya menunjukkan adanya nekrosis miosit, namun tidak dapat dipakai untuk menentukan penyebab nekrosis miosit tersebut (penyebab koroner/nonkoroner). Troponin I/T juga dapat meningkat oleh sebab kelainan kardiak nonkoroner seperti takiaritmia, trauma kardiak, gagal jantung, hipertrofi ventrikel kiri, miokarditis/perikarditis. Keadaan nonkardiak yang dapat meningkatkan kadar troponin I/T adalah sepsis, luka bakar, gagal napas, penyakit neurologik akut, emboli paru, hipertensi pulmoner, kemoterapi, dan insufisiensi ginjal. Pada dasarnya troponin T dan troponin I memberikan informasi yang seimbang terhadap terjadinya nekrosis miosit, kecuali pada keadaan disfungsi ginjal. Pada keadaan ini, troponin I mempunyai spesifisitas yang lebih tinggi dari troponin T (PERKI, 2015).

Dalam keadaan nekrosis miokard, pemeriksaan CK-MB atau troponin I/T menunjukkan kadar yang normal dalam 4-6 jam setelah awitan SKA, pemeriksaan hendaknya diulang 8-12 jam setelah awitan angina. Jika awitan SKA tidak dapat ditentukan dengan jelas, maka pemeriksaan hendaknya diulang 6-12 jam setelah pemeriksaan pertama. Kadar CK-MB yang meningkat dapat dijumpai pada seseorang dengan kerusakan otot skeletal menyebabkan spesifisitas lebih rendah) dengan waktu paruh yang singkat (48 jam). Mengingat waktu paruh yang singkat, CK-MB lebih terpilih untuk mendiagnosis



ekstensi infark (infark berulang) maupun infark periprocedural (PERKI, 2015).

e. Pemeriksaan laboratorium

Data laboratorium, di samping marka jantung, yang harus dikumpulkan di ruang gawat darurat adalah tes darah rutin, gula darah sewaktu, status elektrolit, koagulasi darah, tes fungsi ginjal, dan panel lipid. Pemeriksaan laboratorium tidak boleh menunda terapi SKA (PERKI, 2015).

f. Pemeriksaan foto polos dada

Mengingat bahwa pasien tidak diperkenankan meninggalkan ruang gawat darurat untuk tujuan pemeriksaan, maka foto polos dada harus dilakukan di ruang gawat darurat dengan alat portabel. Tujuan pemeriksaan adalah untuk membuat diagnosis banding, identifikasi komplikasi dan penyakit penyerta (PERKI, 2015).

6. Penatalaksanaan

Tidak ada obat untuk PJK. Namun, perawatan dan pilihan gaya hidup dapat sangat mengurangi risiko masalah jantung lebih lanjut dan meringankan atau mengatasi gejala seperti angina. Tindakan operasi angioplasti atau *bypass*, dan juga obat-obatan untuk jangka panjang, dapat dilakukan untuk mengurangi risiko masalah jantung di masa depan. Dalam kasus serangan jantung, obat anti pembekuan khusus, operasi angioplasti

atau *bypass* dapat membantu mengembalikan aliran darah ke jantung dengan cepat (Heart Foundation, 2013).



a. Pengobatan

Ada berbagai macam obat efektif untuk mengobati penyakit jantung koroner dan faktor risikonya, seperti tekanan darah tinggi dan kolesterol tinggi. Obat-obatan umum meliputi (Heart Foundation, 2013):

- 1) Aspirin
- 2) Anti-angina (nitrate)
- 3) ACE inhibitor
- 4) Beta-blocker
- 5) Statin (menurunkan kolesterol)
- 6) Clopidogrel
- 7) Warfarin.

Penggunaan obat-obatan ini seperti yang ditentukan dapat sangat mengurangi risiko masalah jantung lebih lanjut. Sebagian besar obat perlu dilakukan untuk jangka panjang.

b. Angioplasti dan implantasi stent

Angioplasti koroner adalah prosedur yang meningkatkan aliran darah ke jantung dengan menggunakan balon khusus untuk membuka arteri koroner yang tersumbat dari dalam, pada titik penyempitan. Hal ini dapat digunakan untuk mengobati angina atau sebagai prosedur darurat untuk mengembalikan aliran darah ke jantung setelah serangan jantung. Setelah angioplasti dilakukan untuk membuka arteri koroner yang tersumbat, tabung logam khusus yang dapat di-*upgrade* ('stent')



biasanya dimasukkan ke dalam arteri, diperluas, dan dibiarkan di tempat agar arteri tetap terbuka (Heart Foundation, 2013).

c. Operasi *bypass*

Operasi cangkok *bypass* koroner arteri koroner (sering disingkat menjadi CABG) adalah operasi di mana aliran darah dialirkan di sekitar area yang menyempit di satu atau lebih arteri koroner. Hal ini memungkinkan aliran darah lebih leluasa ke otot jantung (Heart Foundation, 2013).

7. Gaya hidup untuk menurunkan dampak PJK

Hal terpenting yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko lebih banyak masalah jantung adalah (Heart Foundation, 2013):

- a. Minum obat-obatan seperti yang ditentukan oleh dokter
- b. Tidak merokok
- c. Makan makanan sehat
- d. Aktif secara fisik
- e. Mengontrol tekanan darah
- f. Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sehat
- g. Menjaga kesehatan psikologis dan sosial.



B. Tinjauan Teori tentang PCI

1. Definisi

Percutaneous Coronary Intervention (PCI) adalah suatu tindakan untuk mengalirkan kembali arteri koroner yang tersumbat trombus, yang menyebabkan infark miokard dengan ST-Elevasi (STEMI) (Rifqi, 2012).

PCI (*Percutaneous Coronary Intervention*) merupakan suatu teknik untuk menghilangkan trombus dan melebarkan pembuluh darah koroner yang menyempit dengan memakai kateter balon dan seringkali dilakukan pemasangan stent. Tindakan ini dapat menghilangkan penyumbatan dengan segera, sehingga aliran darah dapat menjadi normal kembali, sehingga kerusakan otot jantung dapat dihindari (Anggraini & Andani, 2018).

Sejak diperkenalkan lebih dari 30 tahun yang lalu, teknik PCI telah sangat maju. Balon angioplasty melahirkan kardiologi intervensi sebagai subspecialis. Sayangnya, pengobatan ini dikaitkan dengan penutupan pembuluh akut dan restenosis jangka panjang, yang mendorong kebutuhan akan solusi endovaskular yang lebih definitif (Rinfret, Baron, & Cohen, 2015).

2. Prosedur PCI

Prosedur melakukan tindakan PCI terdiri dari beberapa langkah.

Pertama melakukan akses perkutan. Dalam proses ini arteri femoralis harus diidentifikasi lebih dahulu (atau yang lebih jarang bisa



menggunakan arteri radialis atau arteri brachialis pada lengan) dengan menggunakan suatu alat yang disebut jarum pembuka.

Setelah jarum sudah masuk, sheath introducer diletakkan pada jalan pembuka untuk mempertahankan arteri tetap terbuka dan mengontrol perdarahan. Melalui sheath introducer ini, guiding catheter dimasukkan. Ujung guiding catheter ditempatkan pada ujung arteri koroner. Dengan guiding catheter, penanda radiopak diinjeksikan ke arteri koroner, hingga kondisi dan lokasi kelainan dapat diketahui.

Selama visualisasi sinar X , ahli jantung memperkirakan ukuran arteri koroner dan memilih ukuran balon kateter serta *guide wire coronary* yang sesuai. *Guiding wire coronary* adalah sebuah selang yang sangat tipis dengan ujung radio opak yang fleksibel yang kemudian dimasukkan melalui *guiding catheter* mencapai arteri koroner. Dengan visualisasi langsung, ahli jantung memandu kabel mencapai tempat terjadinya blokade . Ujung kabel kemudian dilewatkan menembus blokade.

Setelah kabel berhasil melewati stenosis, balon kateter dilekatkan dibelakang kabel. Angioplasti kateter kemudian didorong kedepan sampai balon berada di dalam blokade. Kemudian baru balon balon dikembangkan dan balon akan mengkompresi atheromatous plak dan menekan arteri sehingga mengembang. Jika *stent* ada pada balon, maka *stent* diimplantkan atau ditinggalkan pada tubuh untuk mendukung arteri

ari dalam agar tetap mengembang.



PCI seharusnya dilakukan oleh orang berpengalaman, dari operator dan institusi tinggi rumah sakit. Dalam melaksanakan tindakan ini tidak diperlukan anestesi, walaupun pasien dikasi obat pereda nyeri/sedatif. Pasien biasanya boleh bergerak beberapa jam selepas tindakan, dan pulang pada hari yang sama atau besoknya.

Setelah tindakan PCI dilakukan, pasien diberi obat antitrombolisis. Semua pasien harus mengambil aspirin tanpa batas waktu (sebagai pencegahan sekunder dari CVD). Dual terapi antitrombosis diperlukan untuk pasien dengan stent koroner untuk mengurangi risiko trombosis stent: Hal ini biasanya diberikan aspirin dan clopidogrel. Lamanya pengobatan clopidogrel tergantung pada penetapan klinik. Jika operasi diperlukan, maka harus dipertimbangkan apakah antitrombolisis boleh diteruskan. Setelah itu diperlukan konsul dengan ahli kardiologi berhubungan dengan risiko penghentian obat-obatan dan segala yang diperlukan. Penggunaan proton-pump inhibitor bersamaan dengan clopidogrel (untuk mencegah pendarahan gastrik) adalah kontroversial, setelah bukti-bukti menunjukkan bahwa Proton Pump Inhibitor dapat memperburuk hasil dan bahwa dua obat dapat berinteraksi.

Dalam melakukan tindakan PCI dapat dilakukan pemasangan stent bersalut obat atau sering disebut Drug-Eluting Stent (DES). Obat yang dipakai harus mempunyai efek antiploriferatif dan antiinflamasi sehingga dapat menekan hiperflasia neointima. Dengan demikian secara teoritis, obat yang potensial toksik bila diberikan secara sistemik dapat diberi



secara lokal dalam konsentrasi yang amat kecil, tetapi efektif dan lebih aman. Supaya obat dapat menempel pada stent diperlukan polimer. Polimer berfungsi sebagai pengangkut obat dan setelah stent dipasang obat akan mengalami difusi secara perlahan masuk ke dinding pembuluh.

Stent koroner merupakan benda asing bagi tubuh yang dapat menimbulkan adhesi platelet dan mengaktifasi kaskade koagulasi. Implantasi dengan tekanan tinggi dapat menimbulkan trauma pada pembuluh darah.

Hasil jangka panjang tergantung dari reaksi tubuh terhadap polimer dan obat dan juga terhadap stent itu sendiri. Penyelidikan-penyelidikan terdahulu dengan stent bersalut emas, juga dengan QuaDS stent, aktinomisin, dan batimastat, ternyata gagal karena DES ini lebih menyebabkan reaksi proliferasi, peradangan atau lebih trombogenik daripada stent biasa. Selain DES, cutting balloon juga merupakan tindakan pada intervensi koroner. Cutting balloon adalah balon yang mempunyai 3 sampai 4 pisau pemotong yang ditempel secara longitudinal pada balon. Dengan demikian bila dikembangkan, maka plak akan mengalami insisi longitudinal dan diharapkan akan terjadi redistribusi plak yang lebih baik pada dilatasi dengan tekanan yang lebih rendah dibandingkan angioplasti balon biasa. Pada beberapa penelitian menyebutkan bahwa penggunaan cutting balloon mungkin dapat dipakai

untuk terapi instent restenosis.



Saat melakukan tindakan PCI, Intravascular Ultrasound merupakan bagian yang terpisahkan dari penelitian-penelitian mengenai Drug Eluting Stent. Penggunaan IVUS dapat menentukan lokasi yang tepat serta ekspansi stent yang optimal terhadap seluruh pembuluh endotel pada waktu PCI.

3. Indikasi

ACC/AHA mengklasifikasikan indikasi untuk dilakukannya tindakan PCI sebagai berikut :

- a. Kelas I : kondisi dimana terdapat bukti dan atau kesepakatan yang mengatakan bahwa tindakan tersebut bermanfaat dan efektif dilakukan.
- b. Kelas II : kondisi dimana terdapat perbedaan pendapat tentang kegunaan dan efikasi tindakan tersebut.
- c. Kelas IIa: bukti atau pendapat mengatakan bahwa penelitian ini bermanfaat
- d. Kelas IIb: manfaat tersebut kurang didukung oleh bukti ataupun pendapat.
- e. Kelas III: kondisi dimana terdapat bukti dan atau kesepakatan yang mengatakan bahwa prosedur tersebut tidak bermanfaat dan tidak efektif, serta pada beberapa kasus bias menjadi sangat berbahaya.

Adapun indikasi dlakukannya IKP adalah sebagai berikut:

- a. Sindroma koroner akut tanpa peningkatan segmen ST (NSTEMI)

Diagnosis Non STEMI ditegakkan jika terdapat angina dan tidak disertai dengan elevasi segmen ST yang persisten. Gambaran EKG



pasien Non STEMI beragam, bisa berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar atau pseudo-normalization, atau tanpa perubahan EKG saat presentasi. Untuk menegakkan diagnosis Non STEMI, perlu dijumpai depresi segmen ST $\geq 0,5$ mm di V1-V3 dan ≥ 1 mm di sandapan lainnya. Selain itu dapat juga dijumpai elevasi segmen ST tidak persisten. Pada NSTEMI dan angina pectoris stabil tindakan PCI bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas coroner.

Kriteria pasien berisiko tinggi adalah :- Angina atau nyeri dada berulang pada keadaan istirahat - Perubahan segmen ST yang dinamis (depresi segmen $> 0,1$ mv atau elevasi segmen ST sementara.

- b. Sindroma koroner akut dengan elevasi segmen ST (STEMI) Pada infark miokard dengan elevasi segmen ST, lokasi infark dapat ditentukan dari perubahan EKG. Penentuan lokasi infark berdasarkan perubahan EKG. Diagnosis STEMI ditegakkan jika ditemukan angina akut disertai elevasi segmen ST. Nilai elevasi segmen ST bervariasi, tergantung kepada usia, jenis kelamin, dan lokasi miokard yang terkena. Bagi pria usia ≥ 40 tahun, STEMI ditegakkan jika diperoleh elevasi segmen ST di V1-V3 ≥ 2 mm dan $\geq 2,5$ mm bagi pasien berusia < 40 tahun (Tedjasukmana, 2010). ST elevasi terjadi dalam beberapa menit dan dapat berlangsung hingga lebih dari 2 minggu. IKP yang berpengalaman yang terdiri dari kardiologis intervensi yang terampil. Strategi reperfusi IKP telah menjadi modalitas pengobatan yang sangat



penting dari STEMI dengan banyak mengalami pada tahun-tahun terakhir ini. Sedangkan terapi trombolitik dimana dapat digunakan secara luas, mudah diberikan, dan tidak mahal tetap merupakan pilihan alternatif. IKP telah terbukti lebih superior disbanding trombolitik dalam pencapaian TIMI 3 flow (perfusi komplit), iskemik berlang sistemik, mortalitas 30 hari lebih baik dan insiden stroke pendarahan lebih rendah.

4. Komplikasi

Meskipun intervensi ini bermanfaat untuk melebarkan pembuluh darah yang menyempit, dalam kenyataannya juga memiliki komplikasi. Komplikasi dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu yang secara umum berkaitan dengan kateterisasi arteri dan yang berhubungan dengan teknologi yang spesifik yang digunakan untuk prosedur pada koroner.

- a. Trombolisis stent Walaupun angka kejadian hanya 1-2%, kejadian trombolisis stent masih berisiko sehingga stent harus itu dilapisi oleh endothelium dan hal tersebut biasanya muncul sebagai MI akut, dengan tingkat kematian tinggi. Trombolisis stent sering sewaktu bulan pertama pemasangan, tapi bisa muncul berbulan dan bertahun setelah pemasangan PCI.
- b. Stenosis stent Hal ini berhubungan dengan proses „penyembuhan“ yang berlebihan dari dinding pembuluh darah yang bertimbun pada lumen stent. Stenosis biasanya terbentuk dalam 3-6 bulan dan tidak



jarang angina muncul kembali, tetapi jarang menyebabkan MI. Stenosis stent terjadi dalam 4-20% dari stent.

- c. Komplikasi mayor Komplikasi mayor lain termasuk kejadian yang jarang, tetapi bisa mengakibatkan kematian (0,2% dalam kasus berisiko tinggi), MI akut (1%) yang mungkin memerlukan CABG darurat, stroke (0,5%), tromponade jantung (0,5%) dan perdarahan sistemik (0,5%). Kematian terjadi saat proses di rumah sakit. Stroke terjadi saat otak kehilangan fungsi neurologis yang disebabkan oleh iskemik 24 jam setelah onset.
- d. Komplikasi minor Komplikasi minornya adalah alergi terhadap medium kontras, nefropati dan komplikasi pada bagian yang dimasuki, seperti perdarahan dan hematoma. Gagal ginjal meliputi terjadinya peningkatan serum kreatinin lebih 2 mg/dl.

Selain itu, pasien yang menjalani prosedur PCI mempunyai risiko mengalami komplikasi vaskuler. Risiko ini muncul diantaranya akibat pemberian terapi anti-platelet sebelum dan sesudah prosedur, serta pemberian heparin selama prosedur. Komplikasi vaskuler yang dapat muncul seperti pembentukan hematoma, pseudoaneurisma, perdarahan pada tempat punksi dan perdarahan retroperitoneal (Merriweather & Hoke, 2012). Penelitian sebelumnya di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung didapatkan komplikasi vaskuler yang meliputi komplikasi pada tempat pungsi dan vaskuler perifer.

plikasi pada tempat pungsi meliputi sedikit perdarahan 45.7%, memar 28.3% dan hematoma < 1 cm 17.4%. Komplikasi vaskuler perifer



meliputi akral dingin 21.73%, pucat pada ekstremitas 6.5%, kesemutan 8.7%, nadi distal lemah 10.9% dan CRT >2 detik 8.7%. Komplikasi yang terjadi pada pasien post PCI selama periode 6 jam yaitu komplikasi pada tempat pungsi (sedikit perdarahan, memar kecil dan hematoma < 1 cm, sedangkan komplikasi vaskuler perifer yang muncul yaitu akral dingin, pucat pada ekstremitas, kesemutan, nadi distal lemah dan CRT > 2 detik (Khoiriyati, Ropi, & Kosasih, 2012).

C. Tinjauan Teori tentang Kualitas Hidup

1. Definisi

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, dimana individu hidup dan hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan dan perhatian dari individu. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan lingkungan dimana mereka berada. Kualitas hidup juga merupakan kriteria yang sangat penting dalam penilaian hasil medis dari pengobatan penyakit kronis. Persepsi individu tentang dampak dan kepuasan tentang derajat kesehatan dan keterbatasannya menjadi penting sebagai evaluasi akhir terhadap pengobatan (Kaplan & Ries, 2007). Kualitas

adalah proses logis dan konseptual atas dasar budaya dan ringkasan



nilai, keyakinan, simbol, dan pengalaman yang dibentuk oleh budaya itu (Hamedan & Aliha, 2014).

2. Domain kualitas hidup

Bagian kesehatan jiwa mengembangkan suatu instrument penilaian kualitas hidup yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrument WHOQOL-BREF ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia dan telah dilakukan uji validitas dan reabilitas (Mardiati, Joewana, Kurniadi, Isfandari, & Sarasvita, 2004). Instrumen WHOQOL_BREF terdiri atas 4 domain dan 26 item:

a. Kesehatan fisik

Penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan. Penampilan fisik dan pergerakan di masa dewasa akhir mulai terlihat jelas, namun kerutan dan bercak penuaan terlihat paling jelas. Kekuatan tubuh menurun secara perlahan seiring dengan proses penuaan dan kadangkala kehilangan fungsi ini dapat diperbaiki. Mobilitas yang cukup adalah aspek penting dalam mempertahankan gaya hidup yang aktif dan independen di masa dewasa akhir (Santrock, 2012).

b. Psikologis

Perasaan positif, berfikir, belajar, mengingat dan konsentrasi, self esteem, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu. Di masa dewasa akhir pemrosesan informasi



cenderung melambat, namun masih terdapat variasi individual dalam kemampuan ini. Memori juga mengalami perubahan seiring dengan bertambahnya usia, namun tidak semua perubahan memori berlangsung dengan cara yang sama (Santrock, 2012).

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Orang lanjut usia secara khusus menikmati sentuhan dan belaian sebagai bagian dari relasi seksual mereka. Kebersamaan lebih penting dari pada aktivitas seksual dan lanjut usia lebih menekankan intimasi dibandingkan kecakapan seksual (Santrock, 2012).

d. Lingkungan

Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas dilingkungan, transportasi. Dukungan sosial berkaitan dengan meningkatnya kesehatan fisik dan mental pada orang-orang lanjut usia. Orang-orang lanjut usia seringkali memiliki ikatan sosial yang tidak mendalam namun memiliki motivasi yang kuat untuk meluangkan waktu menjalin relasi dengan kawan-kawan dekat dan anggota keluarga yang menyenangkan (Santrock, 2012).

Pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan merupakan tiga komponen penting yang berpengaruh terhadap fungsi kognitif orang-orang dewasa



lanjut usia. Ketiga komponen ini juga merupakan faktor-faktor yang sangat penting untuk memahami mengapa pengaruh kelompok usia perlu dimasukkan dalam laporan ketika mempelajari fungsi-fungsi kognitif dari orang-orang lanjut usia (Santrock, 2012).

Tabel 2. Domain dan Subdomain WHOQOL

Dimensi	Aspek yang dinilai
Seluruh kualitas hidup dan kesehatan hidup	1. Keseluruhan kualitas hidup 2. Kepuasan terhadap kesehatan
I. Kesehatan fisik	3. Penyakit (nyeri dan ketidaknyamanan) 4. Ketergantungan pada obat dan bantuan medis 5. Kapasitas pekerjaan 6. Aktivitas sosial 7. Tidur dan istirahat 8. Energi dan kelelahan 9. Mobilitas
II. Kesehatan psikologis	10. Aktivitas sehari-hari 11. Self esteem 12. Berfikir, belajar, mengingat dan konsentrasi 13. Penampilan dan gambaran jasmani 14. Afek positif 15. Afek negative
III. Hubungan sosial	16. Hubungan personal 17. Aktivitas seksual 18. Dukungan sosial
IV. Lingkungan	19. Keselamatan fisik dan keamanan 20. Lingkungan fisik 21. Sumber keuangan 22. Peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi 23. Keikutsertaan dan peluang untuk rekreasi 24. Lingkungan rumah 25. Akses perawatan kesehatan 26. Transportasi

(Santrock, 2012)



Model *Health-Related Quality of Life (HRQoL)* yang telah dikembangkan oleh Wilson dan Cleary dikutip dalam menjelaskan tentang hubungan antara konsep-konsep dasar dari kualitas hidup terkait kesehatan. Ada 5 aspek yang berhubungan dan dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungannya, kelima aspek tersebut yaitu aspek biologi/fisiologi, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan general, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Berikut penjelasan setiap komponen model HRQoL (Dharma, 2011); (Kaawoan, 2012):

a. Faktor biologi / fisiologi

Faktor biologi / fisiologi berkaitan dengan adanya perubahan pada fungsi sel, organ, jaringan dan sistem organ. Faktor ini dapat dilihat pada pemeriksaan laboratorium, EKG, dan pemeriksaan fisik secara umum.

b. Status gejala

Kondisi kesehatan seseorang ketika bermasalah maka akan dikeluhkan dalam bentuk pernyataan subyektif. Pernyataan tersebut adalah gejala, yang terjadi akibat hubungan atau pengaruh dari faktor biologi/fisiologi, selain itu faktor budaya dan demografi juga mempengaruhi individu berespon terhadap kesehatan.

c. Status Fungsional

Yaitu kemampuan seseorang untuk melakukan tugas sesuai perannya.

Kemampuan seseorang untuk melakukan perannya akan dipengaruhi oleh

gejala penyakit yang timbul. Semakin berat suatu gejala penyakit maka



akan semakin berkurang kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatannya sehari-hari.

d. Persepsi kesehatan general

Persepsi kesehatan general menggambarkan suatu integrasi dan ekspresi subjektif individu terhadap faktor gejala yang dialaminya dan status fungsionalnya. Persepsi kesehatan general dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam melakukan perannya (status fungsional), karakteristik individu, dan karakteristik lingkungannya. Berkurangnya status fungsional menyebabkan persepsi individu yang negatif terhadap kesehatannya secara umum. Persepsi kesehatan secara umum merupakan hal yang penting dari perilaku sehat dan hasilnya akan mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan.

e. Karakteristik individu dan lingkungan.

Karakteristik individu dan lingkungan berpengaruh terhadap semua komponen dari model HRQoL, tetapi pengaruh paling besar adalah terhadap persepsi kesehatan general dan kualitas hidup secara keseluruhan.

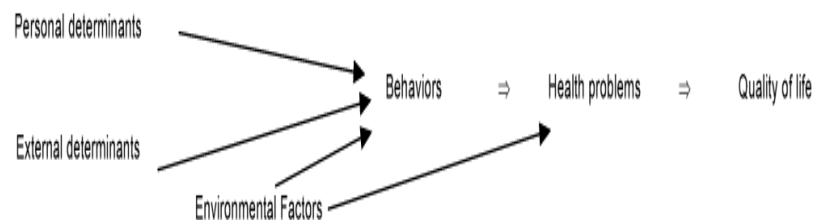
3. Hubungan antara perilaku, masalah kesehatan, kualitas hidup, dan determinan

Penyebab masalah kesehatan di berbagai tingkat, mempertimbangkan berbagai faktor penentu perilaku yang terkait dengan kesehatan dan

lingkungan. Ini adalah kerangka yang direvisi dan diperbesar untuk perencanaan berbasis populasi epidemiologis yang banyak digunakan dalam



perencanaan intervensi di beberapa program pendidikan kesehatan (Gallani, Cornélio, Agondi, & Rodrigues, 2013). Model tersebut mengasumsikan adanya faktor pribadi dan eksternal yang menentukan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Faktor lingkungan dilihat sebagai faktor penentu perilaku potensial. Perilaku disajikan sebagai penentu masalah kesehatan, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas hidup populasi yang diteliti (Gallani, Cornélio, Agondi, & Rodrigues, 2013).



Gambar 1. Hubungan antara perilaku, masalah kesehatan, kualitas hidup, dan determinan (Gallani, Cornélio, Agondi, & Rodrigues, 2013)

4. *Quality of Life* pasien PJK

Kualitas hidup pasien gagal jantung dipengaruhi oleh beratnya gejala yang timbul. Semakin berat suatu gejala maka semakin berkurang kemampuan fungsional pasien. Oleh karena itu pasien dengan penyakit kronis seperti gagal jantung mengharapkan terjadi peningkatan harapan dan kualitas hidup sehingga memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan fungsi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari.

Penelitian sebelumnya yang meneliti faktor prediksi kualitas hidup pasien penyakit arteri koroner *post-PCI* didapatkan dukungan sosial, depresi,

kelelahan luar biasa ditemukan secara signifikan dan langsung mempengaruhi *quality of life* pasien pasca PCI CAD. *Self-efficacy* jantung



adalah satu-satunya variabel yang memiliki efek tidak langsung pada *quality of life* (Saengsiri, Thanasilp, & Preechawong, 2014).

Adapun penelitian yang dilakukan pada penderita hipertensi di daerah pedesaan Vietnam menemukan bahwa WHOQOL-BREF secara keseluruhan dan setiap domain memiliki konsistensi internal yang baik, mulai dari 0,65 hingga 0,88. QOL di antara pasien hipertensi ditemukan sedang di semua domain, kecuali untuk domain psikologis yang cukup rendah (rata-rata = 49,4). Hasil analisis regresi linear ditemukan bahwa laki-laki, menikah, pendidikan tinggi, aktivitas fisik pada tingkat moderat, dan kepatuhan terhadap pengobatan secara positif terkait dengan kualitas hidup. Namun, usia yang lebih tua dan keberadaan ko-morbiditas berhubungan negatif dengan kualitas hidup (Ha, Duy, Le, Khana, & Moorin, 2014).

Penelitian lainnya yang dilakukan di Kathmandu, Nepal ditemukan bahwa peningkatan usia ($p < 0,001$), status perkawinan ($p < 0,001$) dan status pendidikan ($p < 0,001$), status perkawinan ($p < 0,001$), dan status pendidikan ($p < 0,001$) sangat terkait dengan kualitas hidup (Bhandari, Bhusal, Takma., & Lawot, 2016).

Penelitian sebelumnya di Poliklinik Spesialis Jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang meneliti Kualitas hidup pasien post PCI dengan instrumen WHOQOL-BREF dengan empat domain kualitas hidup yaitu domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan menunjukkan bahwa

responden memiliki kualitas hidup baik sebesar 50% (Hutagalung, Maningsih, & Mardiyah, 2014).



5. Pengukuran kualitas hidup pasien dengan gangguan jantung.

Ada beberapa tool yang lazim digunakan dalam menilai kualitas hidup pasien dengan gangguan khusus jantung antara lain :

a. *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)*

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan seseorang dapat menggunakan kuesioner yang berisi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup pasien gagal jantung diukur dengan menggunakan alat ukur spesifik yang disebut *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)* yaitu berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan khusus terkait dengan penyakit gagal jantung (Mesbah, Cole, & Lee, 2002) dalam (Hasyati, 2018).

Alat ukur ini pertama kali dipublikasikan oleh Rector, Kubo & Cohn (1987) dikutip dalam (Kaawoan, 2012) bertujuan untuk mengetahui efek *heart failure* serta penanganannya terhadap kualitas hidup pasien *heart failure*. Rector (2005) dalam (Kaawoan, 2012) mengembangkan kuesioner ini dalam empat dimensi kualitas hidup yaitu fisik, mental, emosional dan sosial. Skala yang digunakan adalah skala Likert rentang 0 (tidak pernah) sampai 5 (sangat sering), terdiri dari 20 item pertanyaan untuk menilai persepsi pasien mengenai efek penyakit *heart failure* terhadap kepuasan menjalani hari-hari kehidupannya. Total skor berada pada rentang 0 sampai 105. Hasil uji kuesioner consistensi internal didapatkan koefisien *Cronbach alpha* 0.94. Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner MLHFQ terbukti sangat



baik untuk digunakan menilai kualitas hidup pasien *heart failure*. Kuesioner ini juga pernah digunakan oleh Kaawoan (2012) dalam penelitiannya dengan jumlah pertanyaan sebanyak 20 dengan penilaian menggunakan skala Likert yaitu 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering dan 4 = selalu. Hasil skor penilaian dinyatakan dalam rentang 20-80 yang sudah dilakukan uji validitas dan realibilitas sebelumnya .

b. Kuesioner SF-36

Kuesioner SF-36 pada penyakit sistem kardiovaskular (terutama penyakit arteri koroner) dengan pengobatan utama terdiri dari intervensi koroner perkutan (angioplasti koroner) atau bypass graft arteri koroner) oleh karena itu, kualitas hidup pada pasien ini harus dianalisis sangat rinci. Pemilihan kuesioner kualitas hidup yang tepat tergantung pada banyak faktor; meskipun demikian, hasil yang paling kredibel diperoleh dengan penggunaan kuisisioner generik dan spesifik secara bersamaan. Berdasarkan literatur, bahwa Short-Form Health Survey (SF-36) adalah salah satu alat yang paling umum digunakan untuk evaluasi kualitas hidup di antara pasien yang menjalani perawatan kardiologi dan operasi jantung.(Gierlaszyńska et al., 2016)

SF-36 ini terdiri atas 36 pertanyaan yang mewakili 8 dimensi yaitu fungsi fisik (10 pertanyaan), peranan fisik (4 pertanyaan), rasa nyeri (2 pertanyaan), kesehatan umum (6 pertanyaan), fungsi sosial (2



pertanyaan), *energy* (4 pertanyaan), peranan emosi (3 pertanyaan), dan kesehatan jiwa (5 pertanyaan). Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi dua komponen besar yaitu komponen fisik dan komponen mental. Skor SF-36 berkisar antara 0-100, dimana semakin tinggi skor menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien (Ningrum, Hidayati, & Rahmah, 2016).

Penghitungan hasil skor kualitas hidup terkait kesehatan dengan kuesioner SF-36 menggunakan daftar nilai seperti yang tersebut dalam tabel di bawah ini. Untuk skor akhir, dilakukan perhitungan rata-rata pada masing-masing pertanyaan yang menunjukkan dimensi yang diwakilinya seperti pada tabel di bawah sehingga hasil akhirnya akan menunjukkan skor masing-masing dimensi yaitu skor dimensi fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, energi, peranan emosi, dan kesehatan jiwa (Tinartayu & Riyanto, 2015).

SF-36 dapat memberikan gambaran lebih lengkap dengan menggambarkan 8 aspek yaitu 1) pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada, 2) pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi, 3) pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik, 4) nyeri seluruh badan, 5) kesehatan mental secara umum, 6) pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi, 7) vitalitas hidup, dan 8) pandangan kesehatan secara umum. Selain itu penggunaan SF-36 ini cepat (5-10 menit) dan mudah dilakukan



bahkan dapat juga dilakukan menggunakan wawancara melalui telepon (Tinartayu & Riyanto, 2015).

Kuesioner tersebut telah dianalisis dengan uji reliabilitas dan uji validitas yang menggunakan validitas diskriminan, konvergen dan uji *Known Group Validity* untuk membedakan kualitas hidup kelompok pasien tertentu. Subyek dalam penelitian berjumlah 30 pasien hipertensi. Kuesioner ini dinyatakan reliabel karena nilai cronbach's alpha $\geq 0,70$. Hasil validitas konvergen menunjukkan bahwa nilai pada domain yang diujikan $\geq 0,4$ (Rachmawati, Perwitasari, & Adnan, 2014).

Tabel 2. Pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi Kuesioner SF-36

Skala	Jumlah	No Pertanyaan
Fungsi fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Peranan fisik	4	13, 14, 15, 16
Peranan emosi	3	17, 18, 19
Energi	4	23, 27, 29, 31
Kesehatan jiwa	5	24, 25, 26, 28, 30
Fungsi sosial	2	20, 32
Rasa nyeri	2	21, 22
Kesehatan umum	6	1,2, 33, 34, 35, 36

Sumber: (Tinartayu & Riyanto, 2015)



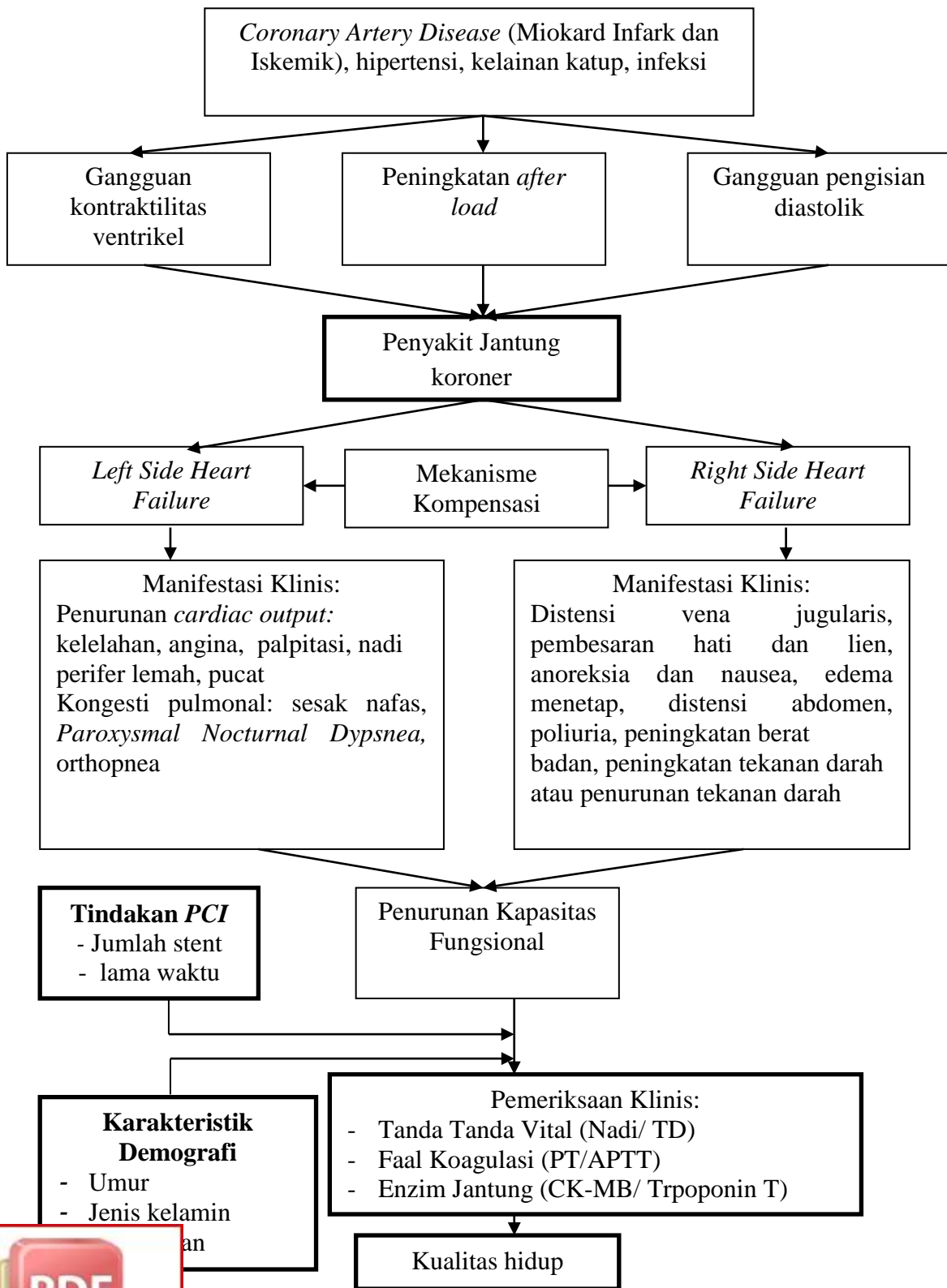
Tabel 3: Skor dari tiap-tiap pertanyaan

Nomor dari tiap pertanyaan	Jumlah jawaban asli	Nilai yang telah ditentukan
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	20
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Sumber: (Tinartayu & Riyanto, 2015)



Kerangka Teori



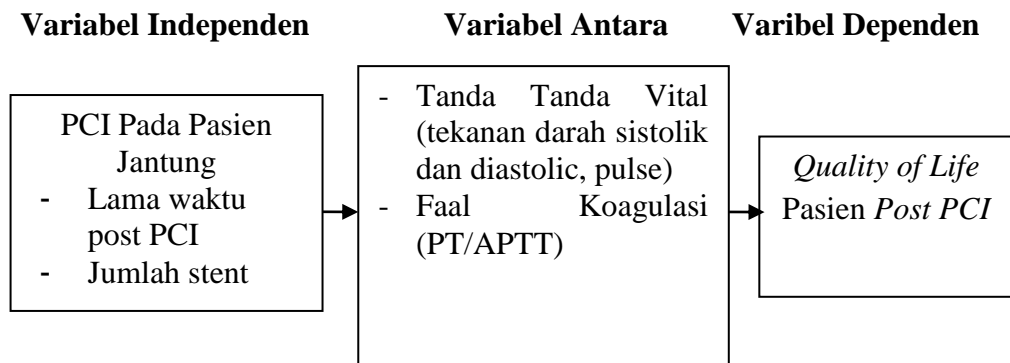
Kerangka Teori: Modifikasi (Gallani, Cornélio, Agondi, & Rodrigues, 2013);

(Kaawoan, 2012);



BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar diteliti dan ditentukan tingkatannya. Identifikasi variabel akan memberikan petunjuk jalannya penelitian (Sugiyono, 2013). Variabel-variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (independen) merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen (variabel terikat). Variabel independen dalam penelitian ini adalah lama waktu post PCI dan jumlah stent.
2. Variabel terikat (dependen) merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (independen). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *quality of life* pasien *post PCI*.



3. Variabel antara merupakan variabel yang berada di antara variabel independen sebelum mempengaruhi variabel dependen. Variabel antara dalam penelitian ini adalah tanda tanda vital (tekanan darah/Nadi), dan faal koagulasi (PT/APTT).

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan definisi dari variabel yang telah dipilih oleh peneliti. Definisi operasional diperlukan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti (Hidayat A. A., 2014).

Variabel Independen

1. Waktu post PCI

Definisi : Waktu post PCI adalah lama waktu setelah dilakukan PCI sampai saat dilakukan penelitian

Alat Ukur : Rekam medis pasien

Skala : Rasio

2. Jumlah cincin PCI

Definisi : Jumlah stent PCI adalah banyaknya stent yang dipasang saat dilakukan PCI

Alat Ukur : Rekam medis pasien

Skala : Rasio

3. Tanda-tanda vital

Definisi : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam hal ini tekanan darah dan nadi



Alat Ukur : Spigmomanometer

Skala : Rasio

4. Faal koagulasi

Definisi: adalah uji laboratorium untuk menentukan faktor koagulasi dalam hal ini PT, APTT

Alat ukur : Hasil pemeriksaan laboratorium

Skala : Rasio

Variabel Dependen

1. *Quality of Lifepasien post PCI*

Definisi : *Quality of life* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pernyataan responden terkait adanya perubahan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial dan pandangan terhadap kesehatannya yang disebabkan karena menderita penyakit jantung koroner

Alat ukur : Kuesioner C menggunakan kuesioner SF-36 yang terdiri atas 36 pertanyaan yang mewakili 8 dimensi yaitu fungsi fisik (10 pertanyaan), peranan fisik (4 pertanyaan), rasa nyeri (2 pertanyaan), kesehatan umum (6 pertanyaan), fungsi sosial (2 pertanyaan), *energy* (4 pertanyaan), peranan emosi (3 pertanyaan), dan kesehatan jiwa (5 pertanyaan). Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi dua komponen besar yaitu komponen fisik dan komponen mental. Skor SF-36 berkisar antara 0-100, dimana semakin tinggi skor



menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien.

Skala : Interval

Kriteria Objektif :

- a. Baik : apabila skor responden 50-100.
- b. Buruk : apabila skor responden 0-49

D. Hipotesis penelitian

Berdasarkan pertanyaan dan tujuan penelitian, maka dirumuskan hipotesis pada penelitian ini yaitu:

1. Ada hubungan lama waktu post PCI dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
2. Ada hubungan jumlah stent dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
3. Ada hubungan lama waktu post PCI pemasangan dengan nadi dan tekanan darah pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
4. Ada hubungan jumlah stent dengan nadi dan tekanan darah pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar



5. Ada hubungan lama waktu post PCI dengan faal koagulasi (PT/APTT) pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
6. Ada hubungan jumlah stent dengan faal koagulasi (PT/APTT) pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
7. Ada hubungan nadi dan tekanan darah dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
8. Ada hubungan faal koagulasi (PT/APTT) dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *survei analitik*, yaitu mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data sampel atau populasi dan disertai dengan analisis (Sugiyono, 2013). Desain penelitian yang digunakan adalah metode *cross sectional study*. Desain *Cross sectional* (potong lintang) dilakukan dengan pengukuran terhadap variabel independen dan variabel dependen yang dilakukan satu kali dan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2012).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2020 sampai Maret 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit jantung koroner post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.



2. Sampel dan Teknik Sampel

1) Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2013). Penelitian ini menggunakan kriteria sampel yaitu kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi penelitian ini adalah :

- a) Penderita penyakit jantung koroner
- b) Melakukan pemeriksaan kesehatan di Poliklinik Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
- c) post *percutaneous coronary intervention* (PCI)
- d) Berusia 18-85 tahun
- e) Bersedia ikut penelitian.

Kriteria eksklusi

- a) Penderita penyakit jantung koroner yang mengalami komplikasi
- b) Primary PCI

2) Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* (Sugiyono, 2013). Penentuan besar sampel berdasarkan *Slovin*, untuk tingkat kesalahan 5 % dan Taraf Signifikansi 95%.

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$



dimana :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = persen kelonggaran ketidakteelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan, misalnya 5%.

$$n = \frac{92}{1 + 92(0,05)^2}$$

$$n = \frac{92}{1,23}$$

$$n = 75$$

Jadi, sampel dalam penelitian ini berjumlah 75 pasien, namun seiring perjalanan penelitian, jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 60 orang.

D. Rencana Instrumen Pengumpulan Data

Instrument penelitian yang akan digunakan adalah kuesioner, kuesioner ini merupakan teknik mengumpulkan data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan atau pernyataan secara tertulis kepada responden untuk dijawab. Kuesioner yang digunakan terdiri dari:

1. Kuesioner A untuk mengetahui data demografi responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan.
2. Kuesioner B, untuk mengetahui tanda klinis dan hasil pemeriksaan berupa

tekanan darah sistolik dan diastolic dan nadi, Faal koagulasi (PT/APTT),
jumlah stent, dan lama waktu post PCI.



3. Kuesioner C, untuk mengetahui *quality of life*. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan SF-36 yang terdiri atas 36 pertanyaan yang mewakili 8 dimensi yaitu fungsi fisik (10 pertanyaan), peranan fisik (4 pertanyaan), rasa nyeri (2 pertanyaan), kesehatan umum (6 pertanyaan), fungsi sosial (2 pertanyaan), *energy* (4 pertanyaan), peranan emosi (3 pertanyaan), dan kesehatan jiwa (5 pertanyaan). Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi dua komponen besar yaitu komponen fisik dan komponen mental. Skor SF-36 berkisar antara 0-100, dimana semakin tinggi skor menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien (Ningrum, Hidayati, & Rahmah, 2016). Kuesioner tersebut telah dianalisis dengan uji reliabilitas dan uji validitas yang menggunakan validitas diskriminan, konvergen dan uji *Known Group Validity* untuk membedakan kualitas hidup kelompok pasien tertentu. Subyek dalam penelitian berjumlah 30 pasien hipertensi. Kuesioner ini dinyatakan reliabel karena nilai cronbach alpha $\geq 0,70$. Hasil validitas konvergen menunjukkan bahwa nilai pada domain yang diujikan $\geq 0,4$ (Rachmawati, Perwitasari, & Adnan, 2014).

E. Metode Analisa Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data bertujuan untuk menghasilkan informasi yang benar dan sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang sudah terkumpul kemudian

diakukan pengolahan dengan penatalaksanaan sebagai berikut:



a. *Editing*

Dalam melakukan *editing* data langkah yang dilakukan adalah menata dan menyusun semua lembar jawaban skala yang terkumpul berdasarkan nomor urut skala yang telah ditentukan, kemudian memeriksa kembali hasil jawaban responden/*judges* satu-persatu dengan maksud untuk memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan.

b. *Coding*

Pengkodingan data dilakukan dengan maksud untuk memudahkan proses pengolahan data. Pengkodingan ini adalah pemberian tanda atau kode terhadap jawaban dan keputusan dari skala yang telah ditetapkan kemudian dikonversi kedalam bentuk yang lebih ringkas berupa angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

c. *Processing*

Pemrosesan data atau pengolahan data pada penelitian ini dimulai dengan *tabulating score* atau melakukan entri data kasar dalam bentuk tabulasi pada lembar kertas data. Tujuannya adalah memastikan kesiapan data dengan tepat sebelum di entri pada *software* program statistik. Kemudian langkah selanjutnya adalah entri data ke dalam program SPSS.

d. *Cleaning data*

Dalam *finishing entry*, setelah data dimasukkankemudian dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di – *entry* pada program SPSS dengan maksud untuk mengevaluasi apakah masih ada kesalahan



atau tidak. Hal ini biasanya terlihat pada: 1) *missing* data atau data yang terlewat, 2) variasi data (kesalahan pengetikan), 3) konsistensi data yaitu kesesuaian data dengan *tabulating score*.

2. Analisa Data

a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran variabel dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Pada analisis univariat diperoleh gambaran tentang karakteristik responden dan *quality of life* pasien *post PCI*.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang digunakan berdasarkan pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji korelasi pearson apabila data berdistribusi normal atau uji korelasi spearman jika tidak berdistribusi normal untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen, variabel antara dan variabel independen.

F. Etik Penelitian

Etik dalam penelitian menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian (Hidayat A. A., 2014), meliputi :

1. *Informed Consent*

Sebelum penelitian dilakukan, terlebih dahulu responden diberikan penjelasan dan lembar persetujuan untuk menjadi responden dengan tujuan



agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden dengan tidak memaksakan kehendak pada responden.

2. *Respect for Persons* (prinsip menghormati harkat martabat manusia)

Merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Penelitian yang dilakukan harus menghormati otonomi responden dan melindungi responden terhadap otonominya yang terganggu.

3. *Beneficence*

Penelitian yang dilakukan dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal, resiko penelitian harus wajar dibanding manfaat yang diharapkan, memenuhi persyaratan ilmiah, memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas.

4. *Justice*

Memperhatikan hak dari subjek penelitian, distribusi adil dan seimbang dalam hal beban dan manfaat keikutsertaan dalam penelitian.

5. *Anonymity* (tanpa nama)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar kuesioner, peneliti hanya menuliskan kode pada kuesioner untuk menghormati privasi responden.



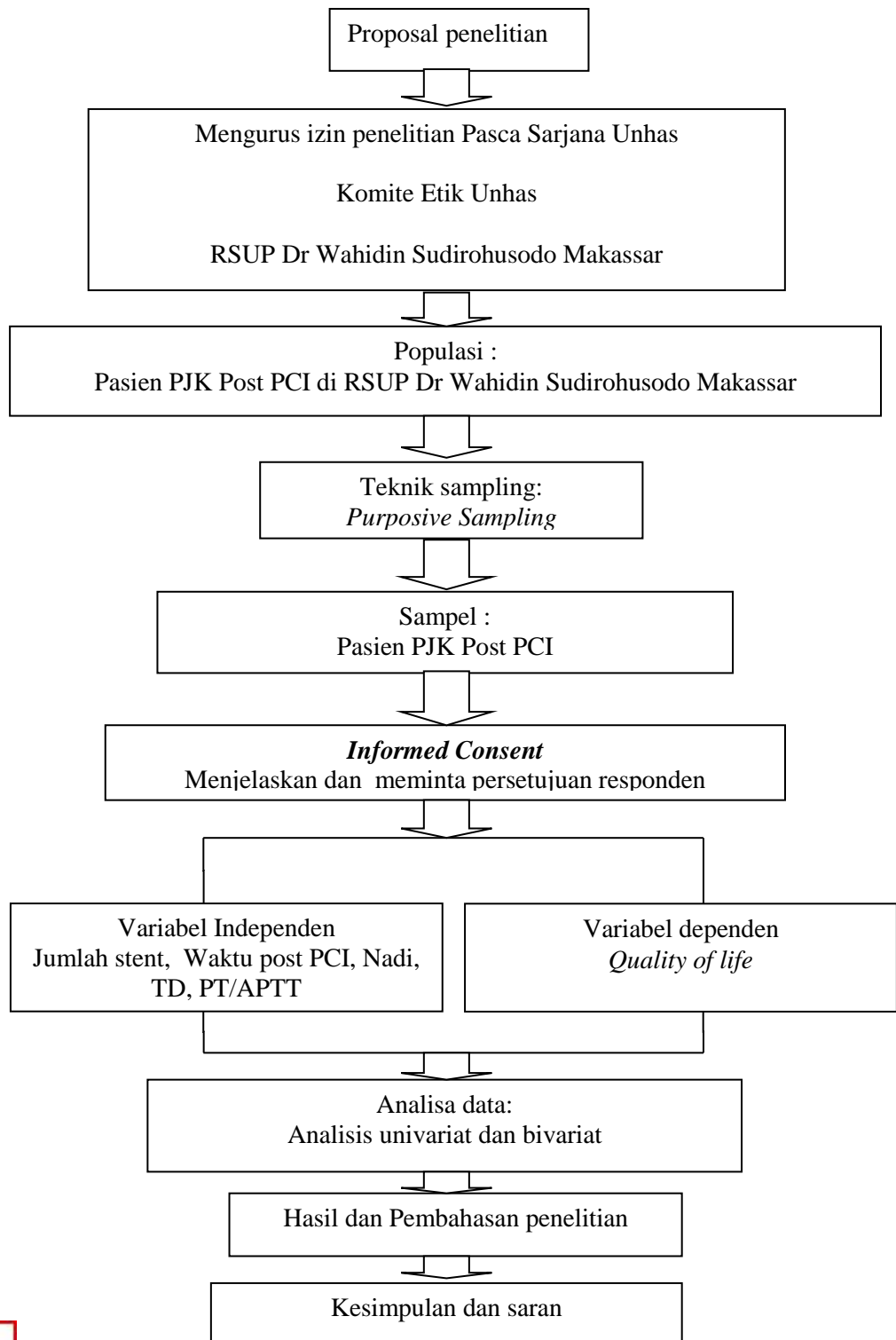
6. *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan responden dan data yang diberikan.

Data yang ditampilkan merupakan data yang relevan dengan tujuan penelitian.



G. Alur Penelitian



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *survei analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* untuk melihat *Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 75 orang yang direncanakan, namun dalam perjalanan penelitian, jumlah sampel yang memenuhi kriteria Inklusi sebanyak 60 orang. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin (1215/UN4.6.4.5.31/PP36/2019). Data dianalisis dengan uji beda dan uji korelasi Anova.

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1.
Karakteristik responden Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI)
(n=60)

Karakteristik	n	%	Mean±SD	Min-Max
Umur (Tahun)			56.92±	35-82
Jenis Kelamin				
Laki-laki	54	90.0		
Perempuan	6	10.0		
Pendidikan				
SD	4	6.7		
SMP	5	8.3		
SMA	22	36.7		
Perguruan Tinggi	29	48.3		
Status Pernikahan				
Menikah	60	100.0		



Tabel 5.1 karakteristik responden didapatkan bahwa umur rata-rata responden 56.92 ± 9.05 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (90.0%), pendidikan terbanyak perguruan tinggi (48.3%), dan semuanya menikah (100%).

2. Variabel Independen

Tabel 5.2.
Rerata Jumlah Stent, lama waktu Post PCI, dan Tanda-Tanda klinis Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) (n=60)

Variabel	n	%	Mean±SD	Min-Max
Lama pemasangan			21.9±22.3	1-88
1-33 Bulan	36	60.0		
34-66 Bulan	20	33.3		
≥ 67 Bulan	4	6.7		
Jumlah Stent			1.5±0.7	1-5
1	46	76.7		
2	12	20.0		
3-5	2	3.3		
Tanda-Tanda klinis				
Nadi			70.9±9.6	54-96
TD Systole			135.6±17.3	100-180
TD Dyastole			78.3±12.8	54-120
PT			10.28±0.5	9.3-12.0
APTT			25.4±3.0	20.5-38.6

Didapatkan bahwa rata-rata lama waktu post PCI 21.9 ± 22.3 bulan, jumlah stent rata-rata 1.5 ± 0.7 buah. Nadi rata-rata $70,9 \pm 9,6$ kali permenit, tekanan darah systole rata-rata 135.6 ± 17.3 mmHg, tekanan darah diastole rata-rata 78.3 ± 12.8 mmHg, PT rata-rata 10.28 ± 0.5 , dan APTT rata-rata 25.4 ± 3.0 . (Tabel 5.2)

3. Quality of Life Post PCI

a. Gambaran Quality of Life Post PCI

Tabel 5.3
Gambaran *Quality of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) (n=60)

Quality of Life	Baik		Buruk		Mean±SD
	n	%	n	%	
Quality of Life (Total)	46	76.7	14	23.3	60.3±14.4
Dimensi QoL					
Fungsi fisik	46	76.7	14	23.3	57.5±20.1



Peranan fisik	21	35.0	39	65.0	34.1±40.3
Peranan emosi	31	51.7	29	48.3	50.5±40.5
Energi	52	86.7	8	13.3	65.2±15.3
Kesehatan jiwa	56	93.3	4	6.7	74.3±18.1
Fungsi sosial	56	93.3	4	6.7	76.0±17.5
Rasa nyeri	52	86.7	8	13.3	76.3±19.2
Kesehatan umum	34	56.7	26	43.3	51.7±11.8

Quality of life post PCI responden didapatkan bahwa secara keseluruhan *quality of life* responden sebagian besar baik (76.7%), adapun dimensi QoL yang baik yakni fungsi fisik (76.7%), peranan fisik (35.0%), peranan emosi (51.7%), energi (86.7%), kesehatan jiwa (93.3%), fungsi sosial (93.3%), rasa nyeri (86.7%), dan kesehatan umum (56.7%). Hal ini dapat dilihat bahwa QoL secara umum baik, tetapi ada yang cenderung buruk pada dimensi peranan fisik (65.0%), peranan emosi (48.3%), dan kesehatan umum (43.3%). (Tabel 5.3)

b. *Quality of Life Post PCI* berdasarkan karakteristik

Tabel 5.4
 Rerata *Quality of Life Post PCI* Berdasarkan Karakteristik Responden Pasien Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

Karakteristik	n	<i>Quality of Life</i>		P
		Mean	SD	
Umur (Tahun)				
Dewasa (< 60 Thn)	37	60.6	13.9	0.869*
Lansia (≥ 60 Thn)	23	59.9	15.5	
Jenis Kelamin				
Laki-laki	54	60.5	14.7	0.779*
Perempuan	6	58.7	12.1	
Pendidikan terakhir				
SD	4	58.3	13.0	0.405**
SMP	5	51.4	8.9	
SMA	22	59.4	15.7	
Perguruan Tinggi	29	62.8	14.1	
Status Pernikahan				
Menikah	60	60.3	14.4	

Independen Sample T Test*; *One Way Anova*

Tentang *quality of life post PCI* responden berdasarkan karakteristik pada penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan umur dengan *quality of life*



post PCI (p:0.869), tidak ada hubungan jenis kelamin dengan *quality of life* post PCI (p:0.779), dan tidak ada hubungan pendidikan dengan *quality of life* post PCI (p:0.405).(Tabel 5.4)

4. Lama waktu post PCI dan jumlah stent terhadap *Quality of Life*, Nadi, Tekanan Darah Systole, Tekanan Darah Dyastole, PT, dan APTT

Tabel 5.5

Perbedaan *Quality of Life*, tanda klinis (Nadi, Tekanan Darah Systole, Tekanan Darah Dyastole, PT, dan APTT) berdasarkan Lama waktu post PCI dan Jumlah Stent Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) (n=60)

Variabel	Lama waktu post PCI (Mean±SD)				Jumlah Stent (Mean±SD)			
	1-33 Bulan	34-66 Bulan	≥ 67 Bulan	p	1 Buah	2 Buah	3-5 Buah	p
Nadi	69.8±10.2	75.5±6.1	69.0±4.2	0.194*	70.6±10.8	70.7±7.9	75.2±5.9	0.665*
TD Systole	135.5±18.0	137.2±15.8	127.0±15.5	0.748*	135.4±17.5	137.7±18.3	126.7±9.9	0.552*
TD Dyastole	78.0±13.0	79.7±13.4	76.0±7.0	0.895*	78.5±11.6	78.7±15.8	75.0±7.0	0.866*
PT	10.3±0.5	10.0±0.4	10.4±0.3	0.189*	10.17±0.5	10.4±0.5	10.6±0.3	0.146*
APTT	25.3±3.0	25.5±2.8	27.7±0.8	0.565*	25.7±3.3	24.8±2.2	25.9±3.0	0.539*
<i>Quality of life</i>	58.7±14.6	64.2±11.7	74.6±18.1	0.179*	64.8±12.4	54.4±12.1	49.6±26.8	0.009*
Fungsi fisik	55.8±20.2	61.2±20.3	72.5±10.6	0.407*	61.2±17.6	52.7±20.1	47.5±36.1	0.189*
Peranan fisik	26.6±37.7	60.4±37.6	50.0±70.7	0.028*	37.5±42.4	30.0±35.8	25.0±50.0	0.725*
Peranan emosi	46.3±42.4	61.1±31.3	83.5±23.3	0.272*	59.2±41.5	40.0±33.6	25.0±50.0	0.098*
Energi	64.6±16.0	65.8±12.9	75.0±14.1	0.647*	69.7±15.3	58.7±11.6	57.5±19.3	0.019*
Kesehatan jiwa	74.4±18.8	71.6±16.3	88.0±5.6	0.504*	78.7±17.3	68.2±17.7	65.0±18.29	0.061*
Fungsi sosial	76.9±17.0	73.9±16.3	68.7±44.1	0.739*	79.1±17.4	71.8±15.6	68.7±26.0	0.232*
Rasa nyeri	74.4±19.0	80.0±19.2	100.0±0.0	0.142*	82.1±16.2	66.6±21.2	73.2±18.5	0.012*
Kesehatan umum	53.0±12.0	46.0±10.5	57.5±4.1	0.149	55.1±10.8	47.8±10.8	41.1±14.9	0.013*

*One Way Anova

Dari segi lama waktu post pemasangan stent didapatkan tidak ada hubungan lama waktu post PCI dengan *Quality of Life* (p:0.179), Nadi (p:0.194), Tekanan Darah Systole (p:0.748), Tekanan Darah Dyastole (p:0.895), PT (p:0.189), dan APTT (p:0.565). Adapun dari segi jumlah stent didapatkan ada hubungan jumlah stent dengan *Quality of Life* (p:0.009), dan tidak ada hubungan jumlah stent dengan Nadi (p:0.665), Tekanan Darah Systole (p:0.552), Tekanan Darah Dyastole (p:0.866), PT (p:0.146), dan APTT (p:0,539). Adapun dari



dimensi *quality of life* didapatkan bahwa ada hubungan lama pemasangan PCI dengan peranan fisik (p:0.028) Adapun dimensi *quality of life* yang lain ditemukan tidak ada hubungan (p>0.005). Ada hubungan jumlah stent dengan energi (p:0.019), rata nyeri (p:0.012) dan kesehatan umum (p:0.013) pasien post PCI. Adapun dimensi *quality of life* yang lain tidak ada hubungan (p>0.005).(Tabel 5.5)

5. Hasil Post hoc Perbedaan *Quality of Life* berdasarkan Lama pemasangan dan Jumlah Stent Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI)

Tabel 5.6

Hasil Post hoc Perbedaan *Quality of Life* berdasarkan Lama waktu post pemasangan dan Jumlah Stent Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) (n=60)

Variabel	Lama waktu post PCI					
	1-33 vs 34-66 Bulan		1-33 vs ≥ 67 Bulan		34-66 vs ≥ 67 Bulan	
	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p
<i>Quality of life</i>	-5,56±4,16	0,696	-15,92±10,27	0,380	-10,35±10,86	1,000
Fungsi fisik	-5,38±6,53	1,000	-16,63±14,55	0,774	-11,25±15,38	1,000
Peranan fisik	-33,76±12,50	0,027	-23,35±27,85	1,000	10,41±29,45	1,000
Peranan emosi	-14,79±13,06	0,786	-37,13±29,11	0,622	-22,33±30,78	1,000
Energi	-1,15±5,00	1,000	-10,32±11,16	1,000	-9,16±11,80	1,000
Kesehatan jiwa	2,76±5,89	1,000	-13,56±13,14	0,919	-16,33±13,89	0,735
Fungsi sosial	2,94±5,76	1,000	8,15±12,88	1,000	5,20±13,58	1,000
Rasa nyeri	-5,59±6,14	1,000	-25,59±13,68	0,200	-20,00±14,47	0,517
Kesehatan umum	6,98±3,77	0,208	-4,47±8,40	1,000	-11,46±8,89	0,607



Variabel	Jumlah Stent					
	1 vs 2 Buah		1 vs 3-5 Buah		2 vs 3-5 Buah	
	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p
<i>Quality of life</i>	10,33±3,76	0,024	15,17±7,11	0,112	4,84±7,39	1,000
Fungsi fisik	8,50±5,54	0,392	13,75±10,47	0,584	5,25±10,88	1,000
Peranan fisik	7,46±11,39	1,000	12,50±21,52	1,000	5,03±22,37	1,000
Peranan emosi	19,27±11,04	0,259	34,27±20,86	0,318	15,00±21,68	1,000
Energi	10,97±4,04	0,027	12,22±7,65	0,347	1,25±7,95	1,000
Kesehatan jiwa	10,57±4,89	0,104	13,77±9,24	0,425	3,20±9,60	1,000
Fungsi sosial	7,29±4,85	0,417	10,41±9,18	0,784	3,12±9,54	1,000
Rasa nyeri	15,52±5,06	0,010	9,02±9,56	1,000	-6,50±9,94	1,000
Kesehatan umum	7,33±3,10	0,065	14,00±5,87	0,062	6,67±6,10	0,838

**Post Hoc One Way Anova*

6. Korelasi lama waktu post pemasangan dan jumlah stent dengan Nadi, Tekanan

Darah Systole, Tekanan Darah Dyastole, PT, APTT, dan *Quality of Life Post PCI*

Tabel 5.7

Korelasi lama waktu post pemasangan dan jumlah stent dengan Nadi, Tekanan Darah Systole, Tekanan Darah Dyastole, PT, APTT, dengan *Quality of Life* Pasien Post PCI

QoL dan Tanda Klinis	PCI			
	Lama pemasangan		Jumlah Stent	
	r	p	r	P
<i>Quality of life</i>	0.267	0.039**	-0.406	0.001**
Fungsifisik	0.045	0.743**	-0.182	0.164**
Peranan fisik	0.366	0.004**	-0.090	0.496**
Peranan emosi	0.265	0.041**	-0.276	0.033**
Energi	0.178	0.173**	-0.356	0.005**
Kesehatan jiwa	0.051	0.701**	-0.308	0.017**
Fungsi sosial	-0.044	0.741**	-0.241	0.064**
Rasa nyeri	0.136	0.301**	-0.329	0.010**
Kesehatan umum	-0.039	0.768**	-0.362	0.005**
Tanda-Tanda Vital				
Nadi	0.210	0.107**	0.060	0.650**
TD Systole	0.016	0.904**	-0.063	0.632**
TD Dyastole	0.083	0.529**	-0.035	0.790**
Faal Koagulasi				
PT	-0.191	0.143**	0.253	0.051**
APTT	-0.046	0.729**	-0.089	0.499**

Pearson Correlation*; *Spearman Correlation*

Didapatkan ada korelasi lama waktu post PCI dengan *quality of*

life pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) (p:0.039)

dimana *quality of life* pasien akan semakin baik dengan bertambahnya

waktu setelah post pemasangan stent dengan kekuatan korelasi rendah



($r:0.267$), demikian pula jumlah stent didapatkan ada korelasi jumlah stent dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) ($p:0.001$) dimana *quality of life* pasien akan semakin buruk atau menurun dengan bertambahnya jumlah stent dengan kekuatan korelasi sedang ($r:-0.406$). Adapun variabel lain seperti tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah sistole dan diastole), dan faal koagulasi (PT/APTT) tidak ada korelasi dengan jumlah dan lama waktu post pemasangan PCI ($p>0.005$).

Adapun dimensi *quality of life* didapatkan bahwa ada korelasi lama waktu post pemasangan stent dengan peranan fisik ($p:0.004$; $r:0.366$) dan peranan emosi ($p:0.041$; $r:0.265$) pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) dimana peranan fisik dan peranan emosi pasien akan semakin baik dengan bertambahnya waktu setelah pemasangan stent PCI dengan kekuatan korelasi sedang. Adapun dimensi *quality of life* yang lain ditemukan tidak ada korelasi ($p>0.005$). Berdasarkan jumlah stent didapatkan bahwa ada korelasi jumlah stent dengan peranan emosi ($p:0.004$; $r:0.366$), energi ($p:0.041$; $r:0.265$), kesehatan jiwa ($p:0.041$; $r:0.265$), rasa nyeri ($p:0.041$; $r:0.265$), dan kesehatan umum ($p:0.041$; $r:0.265$) pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) dimana peranan emosi, energi, kesehatan jiwa, rasa nyeri, dan kesehatan umum pasien akan semakin buruk atau menurun dengan bertambahnya jumlah stent dengan kekuatan korelasi sedang. Adapun dimensi *quality of life* yang lain ditemukan tidak ada korelasi ($p>0.005$) (Tabel 5.7)



B. Pembahasan

1. *Quality of Life* Pasien Post PCI

Sebagaimana telah dituliskan sebelumnya bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi *quality of life* pasien post PCI dan didapatkan secara keseluruhan *quality of life* pasien post pemasangan PCI sebagian besar baik (76.7%), Adapun dimensi QoL yang baik yakni fungsi fisik (76.7%), peranan fisik (35.0%), peranan emosi (51.7%), energi (86.7%), kesehatan jiwa (93,3%), fungsi sosial (93.3%), rasa nyeri 86,7%), dan kesehatan umum (56.7%). yang diperoleh dengan menggunakan kuesioner SF-36. SF-36 adalah salah satu tools untuk menilai kualitas hidup yang paling umum digunakan.(Gierlaszyńska et al., 2016). SF-36 dibagi dalam 8 aspek dimensi kualitas hidup. Untuk penelitian ini, SF-36 versi Indonesia telah terbukti signifikan dapat digunakan pada pasien post permanen Pacemaker dengan nilai Cronbach's alpha 0.70. (Salim et al., 2017).

Hasil penelitian ini konsisten sejalan dengan penelitian sebelumnya yang meneliti kualitas hidup pasien post PCI dan bypass (Naghshtabrizi, Matinnia, Ghaleiha, Karami, & Faramarzi, 2017). mengungkapkan perbedaan yang signifikan antara 2 kelompok pasien post PCI dan bypass graft mengenai fungsi fisik, peran-fisik, nyeri tubuh, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran-emosional, dan kesehatan mental pada awal serta pada 6 bulan dan 12 bulan setelah prosedur ($P < 0.001$). Selain itu, hubungan yang signifikan diamati antara jenis



prosedur dan kualitas hidup yang diinginkan ($P < 0.05$), yang lebih signifikan untuk PCI. Namun, tidak ada hubungan signifikan yang ditemukan antara kualitas hidup dan diabetes, hiperlipidemia, tingkat lipoprotein densitas tinggi, merokok, dan indeks massa tubuh ($P > 0.05$). Kesimpulannya adalah kualitas hidup pada kelompok bypass graft dan PCI menggunakan kuesioner SF-36 mengungkapkan bahwa kualitas hidup lebih baik pada kelompok PCI. Dan diperkuat oleh (Anggraini & Andani, 2018) mengatakan bahwa kualitas hidup pasien pasca PCI berdasarkan empat domain kualitas hidup didapatkan hasil pada domain fisik sebagian besar (73.7%) kualitas hidup responden rendah, sebagian besar 78.9% kualitas hidup responden tinggi pada domain psikologi, sebagian besar 63.2% kualitas hidup responden tinggi dilihat pada domain sosial, sebagian besar 55.3% kualitas hidup responden tinggi dilihat pada domain lingkungan dengan menggunakan tool WHOQOL BREEF.

Dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa QoL secara umum baik, tetapi ada yang cenderung buruk pada dimensi peranan fisik (65.0%), peranan emosi (48.3%), dan kesehatan umum (43.3%). Kecemasan dan depresi memiliki faktor risiko yang sama dan koneksi patogenetik dengan ACS dan meningkatkan risiko kardiovaskular pasien dengan ACS melalui perubahan fisiologis dan perilaku. Depresi dan kecemasan dapat menyebabkan peningkatan aktivitas trombosit, disfungsi endotel, peradangan, penurunan variabilitas detak jantung dan gangguan neuroendokrin, yang dapat meningkatkan risiko kejadian



kardiovaskular. Depresi dan kecemasan dapat mengurangi kepatuhan pencegahan sekunder pada pasien dengan ACS, dan pasien cenderung berhenti merokok, melakukan diet, berolahraga, mencari bantuan medis dan berpartisipasi dalam rehabilitasi jantung. Di bawah pengaruh faktor-faktor ini, terjadinya depresi atau kecemasan setelah PCI dapat menyebabkan peristiwa kardiovaskular yang merugikan pada pasien. Oleh karena itu, pengobatan antidepresan atau antiansietas dapat meningkatkan prognosis pasien ini. Berdasarkan penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa gejala kecemasan pada tingkat yang parah dan gejala depresi dengan intensitas minimum ditemukan pada pasien dewasa dan lanjut usia yang menjalani PCI. Ditemukan pada pasien yang lebih muda memiliki skor gejala kecemasan dan depresi yang lebih tinggi. Di samping itu ada hubungan antara gejala kecemasan dengan jenis kelamin perempuan, dengan riwayat keluarga penyakit jantung dan didiagnosis dengan gangguan depresi mayor sebelum PCI. Gejala depresi juga terkait dengan jenis kelamin. Oleh karena itu, terbukti pentingnya menilai gejala psikologis setelah intervensi, serta kebutuhan untuk tindak lanjut oleh seorang profesional psikologi dalam konteks ini (Xiao et al., 2019).

Penelitian lain yang meneliti kualitas hidup pada pasien PCI dengan total oklusi kronik didapatkan adanya perbaikan gejala, fungsi, dan kualitas hidup yang lebih baik setelah pelaksanaan PCI (Safley, Grantham, Hatch, Jones, & Spertus, 2014).



Selain itu, dari hasil uji korelasi didapatkan ada korelasi lama waktu post PCI dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) ($p:0.039$) dimana *quality of life* pasien akan semakin baik dengan bertambahnya waktu setelah pemasangan PCI dengan kekuatan korelasi rendah ($r:0.267$). (Chudek et al., 2014) mendapatkan bahwa kualitas hidup meningkat dengan waktu yang berlalu setelah sindrom koroner akut. Metode invasif memberikan kualitas hidup yang lebih baik daripada fibrinolisis dan pengobatan non-invasif pada pasien sindrom koroner akut. Sementara itu adaptasi pada pasien diperlukan untuk adaptasi kondisi sebelum dan sesudah pemasangan stent mengingat kebanyakan pasien yang mengalami ACS mempengaruhi fungsi fisik secara irreversible ke kondisi yang kronik bagaimana pasien kembali bekerja, sehingga menjadi penting bagi perawat untuk menyediakan informasi yang perspektif termasuk tindakan dan pengobatan untuk mengurangi kemungkinan depresi.(Doi et al., 2018)

Penelitian lain mengatakan bahwa skor SF -36 untuk komponen mental lebih baik daripada skor untuk komponen fisik. Fungsi fisik (41 ± 28) dan keterbatasan peran yang disebabkan oleh masalah kesehatan fisik (32 ± 37) memiliki skor terburuk. Vitalitas komponen mental memiliki skor terendah (55 ± 20) dan kesehatan mental skor tertinggi (70 ± 21). Survei SF-36 diperoleh pada 68 dari 75 pasien (91%). Hasil Survei

Kualitas Hidup SF-36. Skor komponen mental lebih baik daripada skor komponen fisik. Fungsi fisik (41 ± 28) dan keterbatasan peran yang



disebabkan oleh masalah kesehatan fisik (32 ± 37) memiliki skor terburuk. Pasien mengalami masalah dalam kegiatan sehari-hari karena kesehatan mereka. Secara keseluruhan, tidak ada masalah dengan upaya moderat, berjalan jarak pendek, mencuci dan berpakaian. Dari komponen fisik, nyeri tubuh memiliki skor tertinggi. Rata-rata, pasien mengalami nyeri ringan, yang tidak mengganggu aktivitas sehari-hari mereka. Ini berarti pasien terkadang merasa energik tetapi juga lelah. Kesehatan mental memiliki skor tertinggi (70 ± 21), yang berarti bahwa para oktoagenarian jarang gugup dan tertekan tetapi seringkali tenang dan bahagia. Keterbatasan peran yang disebabkan oleh masalah emosional (66 ± 42) mendapat skor lebih baik daripada keterbatasan peran yang disebabkan oleh masalah kesehatan fisik. Pasien merasa kurang dibatasi oleh kesehatan psikologis mereka daripada kesehatan fisik mereka. Fungsi sosial pada umumnya baik (67 ± 26). (Günel et al., 2008)

Pada penelitian ini didapatkan ada korelasi jumlah stent dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) ($p:0.001$) dimana *quality of life* pasien akan semakin buruk atau menurun dengan bertambahnya jumlah stent dengan kekuatan korelasi sedang ($r:-0.406$). Hal ini menunjukkan bahwa jumlah stent menjadi salah satu indikator tingkat keparahan dari PJK yang dialami sehingga dapat memicu ke kondisi pasien yang lebih buruk sehingga berdampak pula pada kualitas hidup pasien yang menjadi lebih buruk.



Dalam masa 24 bulan setelah revaskularisasi keberadaan nyeri dada masih tinggi. Ini terjadi pada 26 persen setelah 12 bulan prosedur. Data lain menunjukkan sebanyak 21 persen setelah satu tahun dan 43 persen pasien masih merasakan nyeri dada setelah 5 tahun dan membutuhkan evaskularisasi ulang. Penyebab dari nyeri dada berulang dapat terjadi karena faktor struktur yaitu instent stenosis, thrombosis stent, revaskularisasi yang tidak komplis serta aterosklerosis koroner berlanjut. Selain itu penyebab lain adalah faktor fungsional yaitu disfungsi mikrovaskuler serta spasme koroner. (Izzo et al., 2012).

Kualitas hidup (QoL) merupakan indikator penting untuk mengevaluasi *outcome* pengobatan (Ha, Duy, Le, Khana, & Moorin, 2014). Kualitas hidup adalah kepuasan personal yang ditentukan secara subyektif dengan kehidupan sehari-hari, sebagaimana dipengaruhi oleh evaluasi individu terhadap kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritualnya (Bhandari, Bhusal, Takma., & Lawot, 2016).

Hal lain yang berpengaruh terhadap QoL pasca revaskularisasi baik PCI maupun bypass graft adalah tingkat kepatuhan dalam melakukan rehabilitasi post prosedur. Sebagaimana dalam penelitian oleh (Saripudin et al., 2018) bahwa ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan untuk rehabilitasi yaitu faktor logistik jarak tempuh, terbatasnya waktu, aspek pelayanan dan status fungsional dari pasien post

PCI. Di samping itu faktor modifikasi lain yang berpengaruh adalah modifikasi lifestyle seperti aktifitas, kebiasaan merokok dan pemberian



program perawatan yang komprehensif terutama kepada pasien lansia (Darvishpour et al., 2017).

Sementara itu menurut (Barham et al., 2019) rendahnya tingkat self efikasi, hubungan dokter perawat pasien yang lemah dan jumlah obat yang diminum diperkirakan menjadi faktor yang menurunkan kualitas hidup pasien PJK. Di samping itu beberapa kebiasaan pasien memberi akibat baik terhadap progres penyakit seperti mengikuti diet sehat, obat-obatan dan pola hidup sehat dengan menghindari aktifitas yang merugikan kesehatan seperti merokok, minum alkohol dan pola hidup sedentary.

Dalam penelitiannya terhadap pasien post PCI mendapatkan jumlah stent berpengaruh terhadap kejadian restenosis instent. Terutama bila pemasangan lebih dari dua stent pada usia lebih dari 50 tahun. Jenis kelamin perempuan dan jenis stent yang digunakan. Sehingga dapat dipastikan bila terjadi restenosis maka secara otomatis akan berpengaruh terhadap kualitas hidup seperti nyeri, vitalitas dan semua dimensi kualitas hidup lainnya. (Tang et al., 2019)

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien PJK selain kecemasan, depresi, revaskularisasi baik trombolitik maupun intervensi koroner perkutan maupun bypass graft. (Nuraeni et al., 2016) Revaskularisasi merupakan satu satunya faktor yang mempengaruhi

kualitas hidup pasien Penyakit Jantung Koroner.



2. Nadi dan Tekanan Darah

Dari penelitian ini Berdasarkan hasil uji korelasi didapatkan tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah sistole dan diastole) tidak ada korelasi dengan jumlah dan lama waktu post pemasangan PCI ($p>0.005$). Walaupun tidak ada korelasi tetapi (Tocci et al., 2016) menyebutkan Tingkat tekanan darah tinggi (BP) membuat pasien yang diobati dengan intervensi koroner perkutan (PCI) berisiko sangat tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas kardiovaskular 10 tahun. Tekanan darah sistolik dan diastolik normal pada saat PCI dikaitkan dengan pengurangan risiko instent restenosis hampir 24% setelah dilakukan followup angiografi pada pasien dengan penyakit arteri koroner.

3. Faal Koagulasi.

Berdasarkan hasil uji korelasi didapatkan faal koagulasi (PT/APTT) tidak ada korelasi dengan jumlah stent yang terpasang dan lama waktu post pemasangan PCI ($p>0.005$). Secara statistik tidak ditemukan korelasi tetapi pemeriksaan koagulasi penting dilakukan mengingat resiko komplikasi karena semua pasien post PCI mendapatkan terapi dual antiplatelet. Pasien yang menjalani prosedur PCI mempunyai risiko mengalami komplikasi vaskuler. Risiko ini muncul diantaranya akibat pemberian terapi anti-platelet sebelum dan sesudah prosedur, serta pemberian heparin selama prosedur PCI. Komplikasi vaskuler yang dapat

muncul seperti pembentukan hematoma, pseudoaneurisma, perdarahan pada tempat punksi dan perdarahan retroperitoneal (Merriweather &



Hoke, 2012). Variable lain yang bisa menjadi faktor timbulnya komplikasi menurut (Douglas & Applegate, 2013) yang bersifat komplikasi akut dan kronik kronik. Komplikasi akut meliputi perforasi dan trombosis stent sedangkan yang sifatnya kronik adalah late stent thrombosis dan instent restenosis. Penelitian sebelumnya di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung didapatkan komplikasi vaskuler yang meliputi komplikasi pada tempat pungsi dan vaskuler perifer. Komplikasi pada tempat pungsi meliputi sedikit perdarahan 45.7%, memar kecil 28.3% dan hematoma < 1 cm 17.4%. Komplikasi vaskuler perifer meliputi akral dingin 21.73%, pucat pada ekstremitas 6.5%, kesemutan 8.7%, nadi distal lemah 10.9% dan CRT >2 detik 8.7%. Komplikasi yang terjadi pada pasien post PCI selama periode 6 jam yaitu komplikasi pada tempat pungsi (sedikit perdarahan, memar kecil dan hematom < 1 cm, sedangkan komplikasi vaskuler perifer yang muncul yaitu akral dingin, pucat pada ekstremitas, kesemutan, nadi distal lemah dan CRT > 2 detik (Khoiriyati, Ropi, & Kosasih, 2012).

Ini sejalan dengan penelitian (Amin et al., 2016) yang mendapatkan bahwa hampir 1 dari 4 pasien mengalami beberapa bentuk perdarahan dalam 6 bulan post PCI yang berkaitan dengan penurunan penggunaan dan kualitas hidup secara signifikan. Selain itu pemeriksaan faktor koagulasi berkaitan dengan efektifitas terapi antiplatelet dan oral

antikoagulan yang memungkinkan terjadinya thrombosis instent. Menurut Jhagroe & ten Berg, 2015) bahwa trombosis stent adalah konsekuensi



yang sering terjadi setelah implantasi DES generasi awal pada pasien yang menjalani PCI. Risiko pengembangan trombosis stent dengan DES generasi baru sebanding dengan yang menggunakan bare-metal stent (BMS). Dengan demikian, pedoman saat ini merekomendasikan bahwa ketika mempertimbangkan menanamkan stent selama PCI, DES dan BMS generasi kedua lebih disukai daripada DES generasi pertama.

Untuk mengurangi terjadinya thrombosis dan in stent restenosis, maka dosis dan jenis antikoagulan dan antiplatelet oral serta durasi pemberian obat disesuaikan dengan kondisi dan keadaan pasien post PCI. Rekomendasi dosis dan durasi tergantung jenis stent yang dipasang dan jenis pasien yang dilakukan PCI. Besarnya dosis disesuaikan dengan kombinasi obat yang digunakan dual antiplatelet atau triple antiplatelet dengan target INR 2.0- 2.5 bila warfarin digunakan dan dosis 75 mg samapai 100 mg aspirin setiap hari. Dosis antiplatelet berbeda untuk pasien stabil Ischemic heart disease dengan pasien Acute coronary syndrome (Fihn et al., 2012)(Levine et al., 2016)

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menemukan keterbatasan penelitian terkait dengan keterbatasan data yang tercatat di rekam medis pasien termasuk hasil pemeriksaan laboratorium seperti enzim jantung, sehingga peneliti tidak dapat melakukan eksplorasi lebih jauh terkait dengan

ahan hasil pemeriksaan laboratorium dan hubungannya dengan kualitas pasien.



Keterbatasan jumlah sampel dan variasi sampel yang tidak merata. Meskipun demikian, penelitian ini dapat memberikan implikasi dalam ilmu keperawatan secara umum dan keperawatan medikal bedah secara khusus terkait dengan perawatan pasien post PCI untuk memperhatikan aspek yang lebih luas termasuk kualitas hidup sehingga dapat memberikan pelayanan yang bersifat holistik.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Ada hubungan lama waktu post PCI dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar dimana *quality of life* pasien akan semakin baik atau meningkat dengan bertambahnya waktu post PCI dengan kekuatan korelasi rendah.
2. Ada hubungan jumlah stent dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar dimana *quality of life* pasien akan semakin menurun dengan bertambahnya jumlah stent dengan kekuatan korelasi sedang, tetapi ada faktor lain yang berpengaruh panjang stent, diameter stent, jenis stent, tekanan pada saat implantasi, pembuluh darah yang terpasang, .
3. Tidak ada hubungan lama waktu post PCI dan jumlah stent dengan tanda klinis pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
4. Tidak ada hubungan lama waktu post pemasangan stent dan jumlah stent dengan faal koagulasi (PT/APTT) pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) secara statistik di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.



5. Tidak ada hubungan nadi dan tekanan darah dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
6. Tidak ada hubungan faal koagulasi (PT/APTT) dengan *quality of life* pasien post *percutaneous coronary intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar secara langsung tetapi bila ada perubahan nilai yang bermakna akan menimbulkan resiko komplikasi.

B. Saran

1. Bagi pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit agar menjadikan memperhatikan kualitas hidup pasien dan faktor yang berhubungan.
2. Kepada petugas kesehatan khususnya perawat agar mempertimbangkan menjadikan hasil penelitian untuk pemberian asuhan dalam discharge planning dan pemberian edukasi yang maksimal kepada pasien dan keluarga bahwa penanganan PJK dengan prosedur PCI memberikan dampak yang bermakna terhadap kualitas hidup sehingga penolakan terhadap tindakan medik tidak terjadi dengan memberikan informed consent yang baik berdasarkan bukti.
3. Bagi pasien dan keluarganya diharapkan dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan pengobatan yang diberikan sehingga kondisi pasien dapat lebih optimal yang pada akhirnya mengarah ke kualitas hidup yang lebih baik.

Evaluasi hasil prosedur tindakan adalah penting dan ukuran kualitas pelayanan kesehatan di setiap rumah sakit mengukur manfaat pemberian



perawatan yang berpusat kepada pasien yang ditangani, khususnya pada pasien post PCI. Penelitian ini hendaknya bisa ditindaklanjuti dengan melakukan intervensi keperawatan dalam mempertahankan kualitas hidup pasien yang optimal.

5. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya yang belum melihat variable lain yang dapat berpengaruh terhadap *quality of life* pasien post prosedur PCI, seperti life style, diet, kebiasaan minum obat, panjang stent, diameter stent, jenis pembuluh darah, dan factor lain yang belum diteliti.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D., & Andani, T. Z. (2018). Kualitas hidup pasien pasca Percutaneous Coronary Intervention (PCI) . *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, Vol. 4 No. 2, Juli 2018: 98-105.
- Bhandari, N., Bhusal, B. R., Takma., K. C., & Lawot, I. (2016). Quality of life of patient with hypertension in Kathmandu. *International Journal of Nursing Sciences*, 3: 379-384.
- Departemen Kesehatan. (2012). *Pharmaceutical care untuk pasien penyakit jantung Koroner: focus sindrom koroner akut*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dwipawana, I. G., Pratama, V., & Callista, M. A. (2017). Intervensi koroner perkutan pada infark miokard akut disertai elevasi segmen ST awitan lebih dari 12 jam dengan penyulit syok kardiogenik. *Intisari Sains Medis*, Volume 8, Number 2: 93-96.
- Firman, D. (2010). Intervensi Koroner Perkutan Primer. *J Kardiol Indones.*, 31:112-117.
- Gallani, M. C., Cornélio, M. E., Agondi, R. d., & Rodrigues, R. C. (2013). Conceptual framework for research and clinical practice concerning cardiovascular health-related behaviors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Jan.-Feb.;21(Spec):207-15.
- Ha, N. T., Duy, H. T., Le, N. H., Khana, V., & Moorin, R. (2014). Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*, 14:833. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-833>.
- Hamedan, M. S., & Aliha, J. M. (2014). Relationship between Immunosuppressive Medications Adherence and Quality of Life and Some Patient Factors in Renal Transplant Patients in Iran. *Global Journal of Health Science*, Vol. 6, No. 4:205-212. doi:10.5539/gjhs.v6n4p205 .



A. (2018). *Hubungan perilaku sehat: kualitas tidur dan self care dengan kualitas hidup pasien gagal jantung rawat jalan di Pusat Jantung Terpadu SUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Makassar: Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Heart Foundation. (2013). *Coronary Artery Disease*. Australia: National Heart Foundation of Australia. ISBN: 978-1-921748-11-0.

Hidayat, A. A. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hutagalung, R. U., Susilaningsih, F. S., & Mardiyah, A. (2014). Kualitas Hidup Pasien Pascaintervensi Koroner Perkutan. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, Vol 2 No.1: 10-17.

Infodatin. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Amin, A. P., Wang, T. Y., McCoy, L., Bach, R. G., Effron, M. B., Peterson, E. D., & Cohen, D. J. (2016). Impact of Bleeding on Quality of Life in Patients on DAPT Insights from TRANSLATE-ACS. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.034>

Barham, A., Ibraheem, R., & Zyoud, S. H. (2019). Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: A cross-sectional study from Palestine. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-01281-7>

Chudek, J., Kowalczyk, A., Kowalczyk, A. K., Kwiatkowska, J., Raczak, G., & Kozłowski, D. (2014). Quality of life (QOL) evaluation after acute coronary syndrome with simultaneous clopidogrel treatment. *Archives of Medical Science*, 10(1), 33–38. <https://doi.org/10.5114/aoms.2013.38708>

Darvishpour, A., Javadi-pashaki, N., Salari, A., Sadeghi, T., & Taleshan-nejad, M. (2017). Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. *International Journal of Health Science Qassim University*, 11, 35–41.

Doi, M., Fukahori, H., Oyama, Y., & Morita, K. (2018). Factors associated with depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention : A prospective cohort study. *Wiley Nursing, May*, 583–592. <https://doi.org/10.1002/nop2.171>

Douglas, C. J., & Applegate, R. J. (2013). *Minimizing complications following stent implantation : outcomes and follow-up*. 5, 301–317.

Fihn, S. D., Gardin, J. M., Abrams, J., Berra, K., Blankenship, J. C., Dallas, A. P., Douglas, P. S., Foody, J. M., Gerber, T. C., Hinderliter, A. L., King, S. B., Khera, R., Khera, P. D., Krumholz, H. M., Kwong, R. Y. K., Lim, M. J., Longenecker, J. A., MacK, M. J., Munger, M. A., Prager, R. L., ... Williams, J. S. (2012). 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(24), e44–e164.



<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.07.013>

Gierlaszyńska, K., Pudło, R., Jaworska, I., Byrczek-Godula, K., & Gąsior, M. (2016). Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska*, 13(1), 78–82. <https://doi.org/10.5114/kitp.2016.58974>

Günel, A., Aengevaeren, W. R. M., Gehlmann, H. R., Luijten, J. E., Bos, J. S., Verheugt, F. W. A., & While, B. (2008). *Outcome and quality of life one year after percutaneous coronary interventions in octogenarians*. 16(4), 117–122.

Izzo, P., Macchi, A., de Gennaro, L., Gaglione, A., Di Biase, M., & Brunetti, N. D. (2012). Recurrent angina after coronary angioplasty: Mechanisms, diagnostic and therapeutic options. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 1(2), 158–169. <https://doi.org/10.1177/2048872612449111>

Jhagroe, D. A., & ten Berg, J. M. (2015). Managing the Antithrombotic Therapy After Percutaneous Coronary Intervention in Patients on Oral Anticoagulation. *Interventional Cardiology Review*, 10(3), 139–141. <https://doi.org/10.15420/ICR.2015.10.03.139>

Levine, G. N., Bates, E. R., Bittl, J. A., Brindis, R. G., Fihn, S. D., Fleisher, L. A., Granger, C. B., Lange, R. A., Mack, M. J., Mauri, L., Mehran, R., Mukherjee, D., Newby, L. K., O’Gara, P. T., Sabatine, M. S., Smith, P. K., & Smith, S. C. (2016). 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(10), 1082–1115. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.03.513>

Nuraeni, A., Mirwanti, R., Anna, A., Prawesti, A., & Emaliyawati, E. (2016). Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner Factors Influenced the Quality of Life among Patients Diagnosed with Coronary Heart Disease. *Jurnal Keperawatan Universitas Padjadjaran*, 4(2), 107–116. <https://doi.org/10.24198/jkp.v4n2.1>

Salim, S., Yamin, M., Alwi, I., & Setiati, S. (2017). Validity and Reliability of the Indonesian Version of SF-36 Quality of Life Questionnaire on Patients with Permanent Pacemakers. *Acta Medica Indonesiana*, 49(1), 10–16.

Sarinudin, N. F., Emaliyawati, E., & Somantri, I. (2018). Hambatan Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Untuk Menjalani Rehabilitasi Jantung. *Journal Perawat Indonesia*, 2(1), 20. <https://doi.org/10.32584/jpi.v2i1.37>

. (2013). *Metode penelitian manajemen: Pendekatan kuantitatif, kualitatif, kombinasi (mixed methods), penelitian tindakan (Action*



Research), penelitian evaluasi. Alfabeta.

Tang, L., Cui, Q. W., Liu, D. P., & Fu, Y. Y. (2019). The number of stents was an independent risk of stent restenosis in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Medicine (United States)*, 98(50), 1–7.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018312>

Tocci, G., Barbato, E., Coluccia, R., Modestino, A., Pagliaro, B., Mastromarino, V., Giovannelli, F., Berni, A., & Volpe, M. (2016). Blood pressure levels at the time of percutaneous coronary revascularization and risk of coronary in-stent restenosis. *American Journal of Hypertension*, 29(4), 509–518.
<https://doi.org/10.1093/ajh/hpv131>

Xiao, Y., Li, W., Zhou, J., Zheng, J., Cai, X., Guo, M., Hao, X., Zhang, Z., Liu, Y., & Yuan, Z. (2019). Impact of depression and/or anxiety on patients with percutaneous coronary interventions after acute coronary syndrome: A protocol for a real-world prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(9), 1–6.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027964>

Kaawoan, A. Y. (2012). *Hubungan self care dan depresi dengan kualitas hidup pasien heart failure di RSUP Prof. DR. R. D. Kandau Manado*. Depok: Fakultas ilmu Keperawatan Univeristas Indonesia.

Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4:3, 263-271, DOI: 10.1080/15412550701480356.

Khoiriyati, A., Ropi, H., & Kosasih, C. E. (2012). *Kejadian Komplikasi Vaskuler Pasien Pasca Intervensi Koroner Perkutan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Bandung: Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran.

Li, R., Yan, B. P., Dong, M., Zhang, Q., Yip, G. W.-K., Chan, C. P., et al. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology*, 155: 90–96.

Mardiati, R., Joewana, S., Kurniadi, H., Isfandari, & Sarasvita, R. (2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*. Jakarta: World Health Organization .

ather, N., & Hoke, L. M. (2012). Managing risk of complications at moral vascular access sites in Percutaneous Coronary Intervention. *Critical Care Nurse*, 32. (5): 16-29.



- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update; A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:e29-e322, 131:e29-e322. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>.
- Muhammad, N. N., Shatri, H., Djoerban, Z., & Abdullah, M. (2017). Uji Kesahihan dan Keandalan Kuesioner World Health Organization Quality of Life-Bref dalam Bahasa Indonesia untuk Mengukur Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, Vol. 4, No. 3:112-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.7454/jpdi.v4i3.137>.
- Naghshtabrizi, B., Matinnia, N., Ghaleiha, A., Karami, M., & Faramarzi, V. (2017). Health-Related Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention Versus Coronary Artery Bypass Graft Among Iranian Patients. *Iranian Heart Journal*, 18(4):48-54.
- Naimi, A. J., Naderiravesh, N., Bayat, Z. S., Shakeri, N., & Matbouei, M. (2017). Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. *Electronic Physician*, Volume: 9, Issue: 11, Pages: 5712-5720, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/5712>.
- Ningrum, W. A., Hidayati, T., & Rahmah. (2016). Kualitas Hidup Pasien Urolithiasis Pada Komponen Fisik dan Komponen Mental dnengan Instrumen Short Form-36 (SF-36). *Jurnal Care*, Vol. 4, No.3:70-77.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut, Edisi Ketiga*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia.
- Rachmawati, Y., Perwitasari, D. A., & Adnan. (2014). Validasi Kuesioner SF-36 Versi Indonesia Terhadap Pasien Hipertensi di Puskesmas Yogyakarta. *PHARMACY*, Vol.11 No. 01 Juli 2014 :15-25.
- Rifqi, S. (2012). Primary Percutaneous Coronary Intervention (Primari PCI), Sejata Baru untuk Melawan Serangan Jantung akut. *Med Hosp.*, Vol 1(2): 139-142.

S., Baron, S. J., & Cohen, D. J. (2015). Percutaneous Coronary Intervention. *JACC*, V O L . 6 5 , N O . 2 3 : 2 5 0 8 – 1 0 .

, A.-o., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2014). Factors predicting quality of life for coronary artery disease patients after percutaneous



coronary intervention. *Asian Biomedicine*, Vol. 8 No. 1 February 2014; 31-42. DOI: 10.5372/1905-7415.0801.259.

Safley, D. M., Grantham, J. A., Hatch, J., Jones, P. G., & Spertus, J. A. (2014). Quality of Life Benefits of Percutaneous Coronary Intervention for Chronic Occlusions. *Catheter Cardiovasc Interv.*, October 1; 84(4): 629–634. doi:10.1002/ccd.25303.

Santrock, J. W. (2012). *Life-Span Development: Perkembangan Masa Hidup*. Jakarta: Erlangga.

Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Spertus, J. A., Salisbury, A. C., Jones, P. G., Conaway, D. G., & Thompson, R. C. (2004). Predictors of Quality-of-Life Benefit After Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation*, 110:3789-3794.

Sugiyono. (2013). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Tinartayu, S., & Riyanto, B. U. (2015). SF-36 sebagai Instrumen Penilai Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis (TB) Paru. *Mutiara Medika*, Vol. 15 No. 1: 7- 14.

Uchmanowicz, I., & Łoboz-Grudzień, K. (2015). Factors influencing quality of life up to the 36th month follow-up after treatment of acute coronary syndrome by coronary angioplasty. *Nursing: Research and Reviews*, 5: 23–31. <http://dx.doi.org/10.2147/NRR.S75161>.



SURAT PENJELASAN PENELITIAN

Kepada yth.

Bapak/ Ibu/ Sdr(i) Calon Responden

Dengan Hormat,

Nama saya Al Amin, S. Kep, Ns, saya adalah Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Saya ingin mengadakan penelitian yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien jantung, dan mengharapkan partisipasi dari Ibu/Bapak, tapi sebelumnya saya akan menjelaskan prosedur penelitian yang akan saya lakukan.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila ada biaya yang keluar terkait dengan penelitian ini, maka biaya tersebut menjadi tanggung jawab peneliti. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden tidak ada ancaman maupun sanksi bagi Anda dan jika Anda telah menjadi responden dan terjadi hal yang merugikan, maka Anda boleh mengundurkan diri dan tidak berpartisipasi dalam penelitian. Penelitian yang akan saya laksanakan adalah melihat dan menilai *Quality Of Life* Pasien Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Jika bapak/ibu/saudara setuju untuk ikut dalam penelitian ini, kami persilahkan memberi tanda tangan pada formulir persetujuan (formulir terlampir). Namun bila Bapak/ibu/Saudara tidak bersedia ikut dalam penelitian ini, kami tidak akan memaksakannya. Kami tetap memberikan pelayanan sebagaimana mestinya sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku.

Jika ada yang belum dimengerti silahkan bertanya atau menghubungi kami melalui nomor telepon yang tercantum di bawah. Terima kasih

Al Amin

Alamat : BTP Blok H Baru 597
Makassar

HP :081342469114/085299757275



LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

**EVALUASI *QUALITY OF LIFE* PASIEN POST *PERCUTANEUS*
CORONARY INTERVENTION (PCI) DI POLIKLINIK JANTUNG RSUP
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama/Umur :
A l a m a t :
No. Rekam Medis :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah mendapatkan penjelasan dan kesempatan bertanya hal-hal yang belum saya mengerti tentang penelitian ini. Penjelasan tersebut meliputi manfaat dan kerugian dari berpartisipasi dalam penelitian ini.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila ada biaya yang keluar terkait dengan penelitian ini, maka biaya tersebut akan menjadi tanggung jawab peneliti.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Makassar, 2020

Saksi,

Tanda Tangan

Yang Menyatakan,

1. _____

2. _____

(_____)



KUESIONER

Judul Penelitian : EVALUASI *QUALITY OF LIFE* PASIEN POST
PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION (PCI) DI
POLIKLINIK JANTUNG RSUP DR WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR

Tanggal Penelitian :

No. Kode Responden :

A. DATA DEMOGRAFI

1. Inisial Responden :
2. Umur : tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pekerjaan :
5. Alamat :
6. Status Pernikahan : Menikah Belum Menikah
Duda/Janda
7. Pendidikan terakhir: SD SMP SMA iploma Sarjana

B. Kuesioner Kualitas Hidup

INSTRUKSI: Survei ini menanyakan mengenai kesehatan Bapak/Ibu. Data yang didapat dari hasil survey ini dapat membantu kami untuk mengetahui apayang Bapak/Ibu rasakan dan seberapa baik Bapak/Ibu melakukan aktivitas sehari-hari. Jawab setiap pertanyaan dengan melingkari (O) jawaban pada **angk** sesuai dengan yang Bapak/Ibu rasakan. Jika Bapak/Ibu tidak yakin, maka cobalah menjawab semampu yang Bapak/Ibu bisa.

1. Menurut Anda, secara umum kesehatan Anda:

Luar biasa	Sangat baik	Baik	Sedang	Buruk
1	2	3	4	5



2. **Dibandingkan dengan satu tahun yang lalu**, bagaimana Anda menilai kesehatan Anda secara umum **sekarang**?
1. Jauh lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu
 2. Agak lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu
 3. Kurang lebih sama dengan satu tahun yang lalu
 4. Agak lebih buruk sekarang dari pada satu tahun yang lalu
 5. Jauh lebih buruk sekarang daripada satu tahun yang lalu

Berikuti adalah mengenai kegiatan yang mungkin Anda lakukan sehari-hari. Apakah **kesehatan Anda sekarang membatasi Anda** dalam melakukan kegiatan tersebut? Bila ya, seberapa banyak?
(Lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Ya, sangat terbatas	Ya sedikit terbatas	Tidak Terbatas Sama sekali
3. Kegiatan yang memerlukan banyak tenaga , seperti berlari, mengangkat benda berat, berpartisipasi dalam olah raga berat, dan yang sejenisnya.	1	2	3
4. Kegiatan yang memerlukan tenaga sedang , seperti memindahkan meja, mendorong <i>vacuum cleaner</i> , bermain bowling, atau bermain golf, dan yang sejenisnya.	1	2	3
5. Mengangkat atau membawa barang belanjaan	1	2	3
6. Menaiki beberapa rangkaian tangga (satu lantai atau lebih)	1	2	3
7. Menaiki satu rangkaian tangga (1/2 lantai).	1	2	3
8. Membengkokkan tubuh, berlutut, atau membungkuk.	1	2	3
9. Berjalan lebih dari satu mil (1,6km)	1	2	3
10. Berjalan beberapa blok (>100meter)	1	2	3
11. Berjalan satu blok (100meter)	1	2	3
12. Mandi atau berpakaian sendiri	1	2	3



Selama **4 minggu terakhir**, pernahkah Anda mengalami salah satu masalah berikut ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari lainnya **akibat kesehatan fisik Anda?**

(Lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Ya	Tidak
13. Lamanya waktu yang Anda habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang	1	2
14. Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang	1	2
15. Jenis pekerjaan atau kegiatan lainnya menjadi terbatas	1	2
16. Mengalami kesulitan melakukan pekerjaan atau kegiatan lain (misalnya, memerlukan usaha lebih)	1	2

Selama **4 minggu terakhir**, pernahkah Anda mengalami masalah di bawah ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari Anda **sebagai akibat dari masalah emosional** (seperti merasa tertekan atau cemas)

(Lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Ya	Tidak
17. Lamanya waktu yang Anda habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang	1	2
18. Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang	1	2
19. Tidak melakukan pekerjaan atau kegiatan lain secermat biasanya	1	2

20. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa jauh kesehatan fisik atau masalah emosional Anda mengganggu kegiatan sosial/bermasyarakat yang biasa Anda lakukan dengan keluarga, teman, tetangga, atau kelompok?

(Lingkari salah satu nomor)

1. Tidak mengganggu sama sekali
2. Sedikit mengganggu
3. Cukup mengganggu
4. Sangat mengganggu
5. Amat sangat mengganggu



20. Seberapa parah nyeri yang Anda rasakan pada **tubuh** selama **4 minggu terakhir**?

(Lingkari salah satu nomor)

1. Tidak ada
2. Sangat ringan
3. Ringan
4. Sedang
5. Parah
6. Sangat parah

22. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa banyak rasa **nyeri** mengganggu pekerjaan Anda sehari-hari (termasuk baik pekerjaandi luar rumah maupun pekerjaan rumah tangga)? (Lingkari satu nomor)

1. Tidak mengganggu sama sekali
2. Sedikit mengganggu
3. Cukup mengganggu
4. Sangat mengganggu
5. Amat Sangat mengganggu

Pertanyaan berikut ini adalah mengenai bagaimana perasaan Anda dan bagaimana keadaan Anda **selama 4 minggu terakhir**. Untuk setiap pertanyaan, berikan satu jawaban yang paling mendekati apa yang Anda rasakan. Seberapa sering selama **4 minggu terakhir**

(Lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Sepanjang Waktu	Sering	Cukup Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak Pernah
23. Anda merasa penuh semangat?	1	2	3	4	5	6
24. Anda menjadi orang yang sangat gugup?	1	2	3	4	5	6
25. Anda merasa terpuruk dan tidak ada yang bisa menghibur Anda?	1	2	3	4	5	6



26. Anda merasa tenang dan damai?	1	2	3	4	5	6
27. Anda merasa sangat berenergi (bertenaga)?	1	2	3	4	5	6
28. Anda merasa patah semangat dan murung?	1	2	3	4	5	6
29. Anda merasa kehabisan tenaga?	1	2	3	4	5	6
30. Anda merasa gembira?	1	2	3	4	5	6
31. Anda merasa lelah?	1	2	3	4	5	6

32. **Selama 4 minggu terakhir**, seberapa sering **kesehatan tubuh atau masalah emosional** Anda mengganggu kegiatan sosial/bermasyarakat Anda (seperti mengunjungi teman, kerabat, dll)?

(Lingkari salah satu nomor)

1. Sepanjang waktu
2. Sering
3. Kadang-kadang
4. Jarang
5. Tidak pernah

Seberapa BENAR atau SALAH **masing-masing** pernyataan berikut ini bagi Anda? **(Lingkari satu nomor pada setiap baris)**

	Sangat Setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
33. Saya tampaknya lebih mudah jatuh sakit di banding orang lain	1	2	3	4	5
34. Saya sama sehatnya dengan orang-orang lain yang saya kenal	1	2	3	4	5
35. Saya memperkirakan kesehatan saya akan memburuk	1	2	3	4	5
Kesehatan saya sangat baik	1	2	3	4	5






REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 1215/UN4.6.4.5.31/ PP36/ 2019

Tanggal: 20 Desember 2019

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH19111016	No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Al Amin, S.Kep, Ns	Sponsor	
Judul Peneliti	Evaluasi Quality Of Life Pasien Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Pada Poliklinik Jantung RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar		
No Versi Protokol	2	Tanggal Versi	17 Desember 2019
No Versi PSP	2	Tanggal Versi	17 Desember 2019
Tempat Penelitian	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar		
Jenis Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 20 Desember 2019 sampai 20 Desember 2020	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan 	
Sekretaris Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan 	

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari protokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com



Nomor : LB.02.01/2.2/11 54 /2020
Hal : Perpanjangan Izin Penelitian

13 Januari 2020

Yth.

1. Ka. Inst. Pusat Jantung Terpadu (PJT)
2. Koord. Poliklinik PJT

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Al Amin, S.Kep., Ns.
NIM : P4200216036
Prog. Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Universitas : Hasanuddin Makassar
No. HP : 081342069114

Yang bersangkutan akan melakukan Penelitian dengan judul "*Evaluasi Quality of Life Pasien Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) di Poliklinik Jantung RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*", sesuai surat dari Dekan Fak. Kep UH dengan Nomor 6684/UN4.18.1/PT.01.04/2019, tertanggal 25 November 2019. Penelitian ini berlangsung selama bulan Januari s.d Maret 2020, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama melakukan penelitian
2. Wajib mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruang Rekam Medik
5. Tidak diperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.



Direktor SDM dan Pendidikan

dr. Sriwati Palaguna, Sp.A, M.Kes.
NIP 196105151987032009



KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : **Al Amin, S.Kep., Ns.**
NIM : **P4200216036**
Prog. Studi : **Magister Keperawatan**

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan **Januari s.d Maret 2020** dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.
Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 31 Maret 2020
a.n. Koord. Poliklinik P.T.



Ns. Mewanglo, S.Kep, SpKV



Master Tabel

EVALUASI *QUALITY OF LIFE* PASIEN POST *PERCUTANEUS CORONARY INTERVENTION* (PCI) PADA POLIKLINIK JANTUNG RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

EVALUASI *QUALITY OF LIFE* PASIEN P POLIKLINIK JANTUNG RS

No	HN	Umur	Jenis Kelamin	Status Nikah	Pendidikan terakhir	Tanda Klinis					Pembuluh Darah	Jumlah PCI	Waktu Pemasangan																					
						Nadi	TDS	TDD	PT	APTT			Waktu	Lama (Bulan)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
1	876606	42	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	91	142	95	10,7	22,8	1/LAD	2	12/03/2019	12	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2
2	851224	58	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	75	147	76	10,2	24,2	1/LAD	1	03/08/2018	19	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	
3	892826	66	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	62	100	60	10,7	23,4	1/LAD	1	20/08/2019	7	2	4	1	1	2	2	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1		
4	708287	53	Laki-laki	MENIKAH	SMA	78	130	80	10,1	26,5	1/LAD	1	21/07/2017	30	4	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2			
5	861967	53	Laki-laki	MENIKAH	Smp	73	117	62	12	38,6	1/LAD	1	07/09/2017	28	3	2	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1		
6	858561	64	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	81	154	82	10,1	25,9	1/LCX	1	08/10/2019	5	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2		
7	908056	48	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	81	160	96	10,4	25,7	1/RCA	1	24/01/2020	2	3	2	1	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1		
8	894849	46	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	83	150	80	9,7	20,5	1/LCX	1	10/09/2019	4	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2		
9	903631	49	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	67	129	81	10,2	26,9	2/RCA LAD	2	10/12/2019	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1		
10	888942	68	Wanita	MENIKAH	SD	65	120	60	9,8	24,6	1/RCA	2	01/11/2019	4	4	3	1	1	1	3	3	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1		
11	860743	62	Wanita	MENIKAH	SD	54	115	62	10,5	25,9	1/LAD	1	12/02/2019	11	3	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2		
12	852044	45	Laki-laki	MENIKAH	SMA	74	140	80	10,2	20,5	1/LCX	1	01/03/2019	12	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2		
13	904214	49	Laki-laki	MENIKAH	SMA	71	127	77	11,1	29,7	2/RCA,LAD	3	28/01/2020	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1		
14	811165	55	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	61	140	64	9,7	20,5	1/LAD	1	07/09/2017	28	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2		
15	764283	60	Laki-laki	MENIKAH	DILOMA	64	148	77	11	28,2	1/LAD	2	19/04/2017	35	4	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1		
16	899736	55	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	62	145	99	11,4	28	1/LAD	2	30/10/2019	5	4	4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1		
17	869474	49	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	57	123	69	10,9	26,4	1/LAD	1	27/02/2019	13	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1		
18	705630	53	Laki-laki	MENIKAH	SMA	78	126	56	10,5	25,9	2/LCA	2	22/03/3015	60	3	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2		
19	656292	62	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	75	130	80	10,2	28,3	1/LAD	1	26/03/2015	60	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	
20	80693	57	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	67	127	79	10,3	29,4	1/LAD	1	26/04/2019	11	2	2	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
21	532609	62	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	72	116	71	10,7	27,1	2/RCA,LCA	5	31/12/2013	87	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
22	854060	63	Laki-laki	MENIKAH	SMA	75	156	80	10,5	24	1/LAD	2	16/11/2018	16	3	1	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	1	1	
23	1			MENIKAH	SARJANA	66	138	81	10,2	28,3	1/LAD	1	01/11/2013	88	3	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	
24	8			MENIKAH	SARJANA	79	125	65	10,7	23	1/LAD	1	29/08/2017	31	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
25	8			MENIKAH	Smp	75	122	67	10,2	20,5	1/LAD	2	26/03/2019	12	3	1	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	
26				MENIKAH	SMA	68	130	82	9,7	21,5	2/RCA	2	01/03/2016	48	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
27	8			MENIKAH	SMA	67	129	86	11,4	25,1	1/LAD	2	27/11/2017	28	4	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	
28	7			MENIKAH	SMA	75	129	80	10	24,3	1/RCA	1	07/09/2015	54	3	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
29	8			MENIKAH	SMA	54	133	66	10,6	23,4	1/RCA	1	12/05/2019	10	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
30	470044	50	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	67	139	69	10,1	23,9	1/LAD	2	01/10/2014	65	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
31	905006	72	Laki-laki	MENIKAH	SMP	58	173	84	11,3	22,5	1/LAD	2	27/11/2017	28	3	2	1	1	1	2	2	3	2	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	




32	609831	51	Laki-laki	MENIKAH	SMP	65	102	80	9,5	22,7	1/LAD	1	17/09/2019	6	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1	2	
33	910362	51	Laki-laki	MENIKAH	SD	74	106	65	9,8	25,6	1/RCA	1	07/02/2020	1	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
34	839380	65	Laki-laki	MENIKAH	SMA	56	122	64	10	23,9	1/RCA	1	09/11/2018	16	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	
35	852152	69	Laki-laki	MENIKAH	SMP	74	140	84	10,5	24,3	2/RCA,LAD	3	28/08/2018	19	4	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	
36	730151	50	Laki-laki	MENIKAH	SMA	76	159	75	10,9	23,9	1/LAD	2	16/10/2019	5	3	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	1	1	1	2	
37	726885	53	Laki-laki	MENIKAH	SMA	84	124	68	10,2	22,8	2/RCA,LAD	3	24/09/2019	6	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
38	866897	57	Laki-laki	MENIKAH	SMA	64	130	92	9,5	24,2	1/LAD	1	07/02/2019	13	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1
39	908589	73	Laki-laki	MENIKAH	SMA	79	142	63	10,1	25,4	2/RCA,LAD	2	09/03/2020	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
40	340326	43	Laki-laki	MENIKAH	DILOMA	72	123	78	10,6	26,4	1/LAD	1	04/11/2019	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1
41	281459	56	Wanita	MENIKAH	SARJANA	81	149	81	10,1	27,9	1/LAD	1	01/10/2014	65	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1
42	862760	56	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	96	161	96	9,7	23,3	1/LAD	1	21/02/2018	26	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
43	911852	50	Laki-laki	MENIKAH	DILOMA	62	135	88	10,6	24,7	2/RCA,LAD	2	24/02/2020	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
44	465660	66	Laki-laki	MENIKAH	SMA	83	164	113	10,2	20,5	1/LAD	1	05/05/2017	34	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1
45	866165	82	Wanita	MENIKAH	SD	61	152	78	10,5	27,5	1/LAD	1	26/06/2019	9	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
46	749085	48	Laki-laki	MENIKAH	SMA	75	110	75	9,4	26,2	1/RCA	2	08/05/2017	34	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	1	1	1	1
47	705630	53	Laki-laki	MENIKAH	SMA	78	122	72	10	22,8	1/LAD	2	07/07/2015	56	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1
48	912626	58	Laki-laki	MENIKAH	SMA	60	119	70	10,7	26,8	1/LAD	1	02/03/2020	1	4	4	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1
49	844136	48	Laki-laki	MENIKAH	DILOMA	65	120	92	9,8	28,1	2/LAD,LCX	2	29/01/2018	14	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
50	824563	63	Laki-laki	MENIKAH	SMA	54	134	88	9,4	26,4	1/LAD	1	27/02/2018	13	3	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1
51	908056	49	Wanita	MENIKAH	DILOMA	89	146	77	10,7	25,7	1/RCA	1	24/01/2020	2	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	1	1	2	1	1
52	648468	63	Wanita	MENIKAH	DILOMA	81	160	82	9,8	28,1	1/LAD	1	31/12/2014	63	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2
53	819368	61	Laki-laki	MENIKAH	SMA	77	180	120	10,1	24,5	2/LAD,LCX	2	20/10/2017	30	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
54	907864	35	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	63	157	99	10,7	27,3	1/LAD	1	17/01/2020	2	5	3	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1
55	909041	49	Laki-laki	MENIKAH	SMA	54	159	82	10,4	30,9	1/LAD	1	12/03/2020	1	2	2	1	2	3	2	3	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1
56	241117	77	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	66	127	54	10,5	27,5	2/LAD,LCX	2	31/12/2019	3	4	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1
57	821170	62	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	70	151	70	9,4	26,4	1/LAD	1	24/09/2019	6	3	1	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1
58	692085	64	Laki-laki	MENIKAH	SMA	81	140	90	9,3	28,4	1/LAD	1	19/05/2017	34	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	1	2	2
59	859280	54	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	75	120	80	9,5	25,3	1/LAD	1	16/10/2018	18	2	2	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2
60	7	69	Laki-laki	MENIKAH	SARJANA	69	122	79	10,1	24,7	1/LAD	1	16/01/2019	14	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1



Master Tabel

*POST PERCUTANEUS CORONARY INTERVENTION (PCI) PADA
GUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR*

Kualitas Hidup SF-36														Kualitas Hidup SF-36																																
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
2	2	1	1	3	2	2	6	6	2	3	5	4	2	4	5	4	2	4	3	50	75	50	50	100	50	100	100	50	100	100	100	100	100	0	100	100	100	0	100	60	75	80	100	100		
1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	5	5	4	4	3	4	2	4	1	75	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	20	80
2	2	2	1	3	2	1	6	6	1	1	6	6	1	5	4	4	2	4	4	75	20	0	0	50	50	100	100	0	50	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100	100	60	75	100	100	100	
2	2	2	1	2	1	2	6	6	1	2	6	6	2	5	3	4	3	4	2	20	75	0	50	0	0	0	50	0	50	50	100	0	0	0	100	100	100	100	100	100	80	100	80	100	100	
1	1	2	1	4	3	2	4	5	3	4	5	4	4	4	3	4	2	3	2	50	75	100	100	100	50	0	100	50	50	50	100	100	0	0	0	0	0	0	100	100	40	50	80	60	80	
2	2	2	1	2	1	2	6	6	1	2	6	6	1	5	5	5	1	4	2	75	75	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80	100	80	100	100	
1	1	2	2	4	2	2	2	5	2	2	6	4	2	5	4	4	3	4	2	50	75	0	0	50	0	50	100	50	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	100	75	40	75	80	20	80
2	2	2	1	2	1	1	6	6	3	1	6	6	2	6	5	5	2	5	1	50	75	0	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	100	
1	1	1	2	4	2	4	6	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	50	20	50	50	50	50	50	50	50	50	50	100	0	0	0	0	0	0	0	0	75	40	75	40	100	80	
2	1	1	2	4	3	4	4	5	3	4	5	3	2	3	3	4	3	3	3	20	50	0	0	0	100	100	50	0	50	0	100	100	0	0	0	100	0	0	0	75	40	50	40	60	80	
2	2	2	2	1	2	2	2	6	6	2	3	6	5	2	5	4	3	4	2	50	100	0	50	50	100	100	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	75	80	20	100		
2	2	2	1	3	2	2	5	6	1	1	2	6	2	4	3	4	1	5	1	50	75	50	50	100	50	100	100	100	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	75	80	80	100	
1	1	1	3	3	2	3	3	4	3	4	4	5	4	3	2	2	4	4	2	50	75	50	50	100	50	100	50	50	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	50	60	75	60	40	60	
1	1	1	3	4	2	1	1	4	2	4	2	3	2	1	2	2	4	3	2	50	75	50	0	50	50	50	0	50	50	50	100	0	0	100	100	0	0	0	0	50	40	75	100	0	60	
2	1	1	3	4	3	3	4	2	2	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	20	75	50	50	100	50	100	100	50	50	100	100	0	0	0	0	100	0	0	0	50	40	50	60	60	20	
1	1	1	1	1	1	2	4	6	2	4	4	4	3	4	4	3	2	4	2	20	20	0	0	0	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	80	60	100
2	2	2	2	2	3	2	6	5	2	3	4	4	2	3	3	2	2	3	2	50	75	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100	100	75	80	50	80	100	80
1	1	2	2	3	1	1	4	6	2	2	5	2	4	4	4	3	2	4	3	50	75	50	0	50	50	50	50	50	100	100	100	100	0	100	100	0	100	75	60	100	100	60	100			
1	1	2	2	1	2	3	5	5	2	3	5	6	2	4	2	3	3	3	3	50	50	50	100	100	50	100	100	100	100	100	100	0	100	0	100	0	0	100	75	100	75	60	80	80		
2	2	2	1	1	1	1	6	6	1	1	6	1	1	5	5	5	3	5	1	75	75	0	0	50	0	0	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
2	2	2	1	1	1	1	6	6	2	2	6	6	2	4	5	4	2	4	2	75	75	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
2	2	1	1	3	2	1	6	6	1	2	6	6	1	4	5	5	1	5	1	50	100	50	100	100	50	100	50	100	100	100	100	100	0	100	0	100	100	0	100	60	75	100	100	100		
2	2							5	1	4	6	4	2	4	4	4	4	5	2	50	100	0	50	50	50	50	100	50	100	100	100	100	0	0	0	0	100	100	0	100	100	100	60	80		
2	2							6	1	2	6	6	1	4	4	4	2	4	2	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	80	75	80	100	100
1	1							5	1	4	5	3	3	4	2	4	4	5	3	50	100	0	50	50	100	100	100	50	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	50	40	20	100	60	80	
2	2							4	1	4	6	4	1	3	3	4	3	3	3	50	50	0	0	0	0	0	0	0	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	40	50	80	80	60	
1	1							6	1	1	6	4	1	2	3	2	4	5	2	20	75	0	0	50	50	50	100	50	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	100	75	40	75	100	100	100	
2	2							6	1	1	6	6	1	6	5	4	2	5	1	50	100	50	50	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
2	2							4	2	4	4	3	2	4	2	4	3	4	2	50	75	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	80	75	80	40	60
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	80	75	80	20	20	
1	1	1	1	3	2	4	4	6	3	4	5	4	2	4	4	4	2	4	2	50	75	0	0	0	50	50	100	50	100	100	100	0	0	100	0	0	0	0	0	100	60	75	40	60	100	

1	1	2	1	1	1	4	5	6	3	3	6	6	2	5	4	4	2	4	2	50	75	50	50	50	0	0	50	0	50	50	100	0	0	0	100	0	0	100	100	100	100	40	80	100	
1	1	1	1	1	1	3	6	6	2	3	6	6	2	4	5	5	2	4	2	50	75	0	0	50	100	100	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	60	100	100	
2	2	2	1	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	100	100	100	100	60	75	40	60	60			
1	1	1	2	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	20	50	0	0	50	50	0	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	75	40	75	40	60	60		
1	1	2	2	1	2	4	6	6	4	4	6	6	4	4	4	4	4	3	2	50	50	50	50	50	0	50	100	50	100	100	100	0	0	0	100	0	0	100	75	100	75	40	100	100	
1	1	1	2	3	2	5	4	5	4	4	5	3	4	4	4	3	4	2	4	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	60	75	20	60	80		
2	2	1	1	1	1	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	3	3	3	3	50	75	50	50	50	50	50	50	50	50	100	0	0	100	0	100	100	0	100	100	100	40	80	80		
1	1	1	2	3	2	4	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3	20	75	50	50	50	50	50	50	50	50	100	0	0	0	0	0	0	0	75	60	75	40	80	80		
1	1	1	2	2	2	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	3	2	50	75	50	50	50	50	50	50	50	100	0	0	100	0	0	0	0	75	80	75	40	80	80			
1	1	1	2	3	2	2	4	2	2	2	4	4	2	4	3	3	2	4	3	50	75	50	50	50	0	50	100	50	50	50	50	50	100	0	0	0	0	0	0	75	60	75	80	60	20
1	1	1	1	3	2	1	5	5	1	1	5	5	1	5	4	4	2	4	3	50	75	0	50	50	50	50	50	50	100	0	0	0	0	0	0	0	100	60	75	100	80	80			
2	2	1	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	2	3	3	3	20	20	50	50	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	100	100	0	75	40	75	40	60	60			
2	2	1	1	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	50	75	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	0	0	100	100	0	100	80	75	60	60	60			
2	2	2	1	3	2	4	6	6	1	4	6	4	3	4	5	4	2	4	2	20	75	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	100	100	100	60	75	40	100	100	
2	2	2	1	2	1	2	6	4	2	4	5	6	4	4	3	4	4	4	2	50	75	50	50	50	50	0	100	50	100	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100	80	100	80	100	60	
2	2	1	1	1	1	4	5	5	4	4	5	5	4	5	3	3	3	3	3	50	75	50	50	100	50	50	100	50	50	100	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	40	80	80		
1	1	1	2	5	2	5	3	5	3	4	4	4	3	4	3	2	3	3	3	20	20	50	50	50	100	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	0	75	20	75	20	40	80		
1	2	2	2	1	1	1	4	6	6	1	2	6	6	2	5	4	3	3	4	50	100	50	50	50	50	50	50	50	50	50	3	0	0	0	0	100	100	75	100	100	100	60	100		
2	2	2	1	1	2	4	6	6	1	2	6	5	1	5	4	3	3	4	2	50	100	0	0	50	50	50	100	50	100	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100	100	75	40	100	100	
1	1	1	1	2	1	3	5	6	3	4	6	5	4	5	4	4	3	4	2	50	100	50	50	100	50	50	100	50	50	100	100	0	0	100	0	0	0	0	100	80	100	60	80	100	
2	2	1	1	2	1	4	5	6	3	4	5	4	3	5	3	4	3	4	2	50	100	50	50	100	50	50	100	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	80	100	40	80	100	
1	1	1	2	4	3	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	4	1	50	75	50	50	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	0	75	40	50	100	20	20		
1	1	2	1	2	1	4	6	6	2	3	4	4	2	4	3	4	2	4	2	0	50	0	50	50	100	100	100	50	100	100	100	0	0	0	0	0	0	100	100	80	100	40	100	100	
1	1	1	1	2	2	1	6	6	1	1	6	6	4	4	3	2	1	2	2	75	75	0	50	100	50	100	50	50	100	100	0	0	0	0	0	0	0	100	80	75	100	100	100		
1	1	2	2	4	3	2	4	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	20	75	0	0	0	0	50	50	50	50	50	100	100	0	0	0	0	0	100	75	40	50	80	60	40		
2	2	1	2	1	1	1	5	5	1	1	5	4	1	4	3	2	2	4	1	50	100	0	50	50	50	100	100	50	50	100	100	0	0	0	0	100	100	0	75	100	100	100	80	80	
2	2	1	1	1	1	1	6	6	1	3	5	5	2	4	5	4	4	4	4	50	75	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	
2	2	2	1	1	1	1	6	6	1	1	6	1	1	5	5	5	3	5	1	75	75	0	0	50	0	0	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
2	2	2	4	2	4	5	6	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	50	75	50	50	50	50	0	100	50	100	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100	80	100	80	100	60			



Optimization Software:
www.balesio.com

											Dimensi Kualitas Hidup								
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	Σ	Fungsi Fisik	Peranan Fisik	Peranan Emosi	Energi	Kesehatan Jiwa	Fungsi Sosial	Nyeri	Kesehatan Umum
80	60	80	60	80	60	100	75	75	75	50	76,0	80	75	67	65	88	100	67,5	55,6
100	80	80	80	40	60	50	75	75	75	100	67,8	95	0	0	80	64	75	100	65,4
100	100	100	100	100	80	75	75	75	75	20	66,1	55	0	100	95	100	87,5	67,5	49,4
100	80	100	100	80	80	50	75	50	75	75	61,7	30	25	100	85	96	75	90	55,8
60	40	80	60	40	60	50	75	75	50	75	55,6	70	0	33	60	64	75	45	55,6
100	80	100	100	100	80	100	100	100	75	75	90,8	85	100	100	85	100	100	90	70,4
80	80	100	60	80	80	75	75	50	75	75	54,9	55	0	33	75	72	75	57,5	55,6
60	100	100	100	80	100	100	100	75	100	100	88,1	75	100	100	100	88	100	90	75,6
40	40	60	60	40	40	50	50	50	50	50	43,3	55	0	0	45	64	62,5	57,5	40,6
60	40	80	40	80	40	50	75	50	50	50	45,3	40	25	33	40	72	62,5	45	45,8
0	80	40	100	20	20	100	75	50	75	75	73,2	70	100	100	70	36	87,5	87,5	55,6
100	100	20	100	80	60	50	75	100	100	100	83,5	80	100	100	85	76	75	67,5	75,6
60	40	60	80	40	40	25	25	20	75	75	48,9	75	0	0	55	52	37,5	67,5	39,6
80	40	20	40	80	0	25	25	20	50	75	43,2	45	50	0	45	48	37,5	57,5	34,6
80	40	40	60	60	60	75	50	20	50	20	49,4	75	0	33	55	52	62,5	45	28,8
80	40	60	60	60	60	75	50	75	75	75	44,2	30	0	0	60	72	87,5	100	55,8
80	60	60	60	80	40	50	25	75	50	75	65,1	80	0	100	60	80	62,5	65	45,6
80	80	80	20	40	60	75	50	75	75	50	64,0	60	75	33	65	72	75	80	50,6
80	60	80	100	80	60	25	50	50	50	50	68,2	90	50	33	70	80	50	87,5	40,6
100	100	100	0	100	80	100	100	50	100	100	77,2	40	100	100	70	100	100	100	70,4
80	80	1						75	75	75	87,5	80	100	100	85	92	100	100	60,4
100	80	1						100	100	100	82,6	85	50	67	85	100	100	67,5	80,6
100	40	1						75	20	100	61,8	65	0	67	65	84	37,5	100	54,6
100	80	1						75	75	75	79,2	70	100	67	80	100	87,5	77,5	60,6
100	40							75	20	100	52,8	75	0	0	60	76	37,5	30	49,6
100	40	1						75	50	50	53,5	10	100	67	55	88	75	45	45,6
100	100	1						25	20	100	53,8	40	25	33	70	100	62,5	57,5	44,8
100	100	100	100	100	100	100	100	75	75	100	93,1	85	100	100	100	100	100	100	70,6
80	40	60	40	80	60	25	75	50	75	75	66,5	50	100	100	55	64	50	77,5	55,6
80	80	60	40	80	40	25	50	50	50	50	62,6	50	100	100	60	52	50	77,5	40,6
60	40	80	60	80	60	75	75	75	75	75	54,6	55	25	0	50	76	87,5	67,5	60,6



60	60	100	100	80	80	75	75	75	75	75	58,3	40	25	33	70	84	87,5	100	60,6
80	60	100	100	80	60	100	100	75	75	75	65,0	75	0	0	70	92	100	100	65,6
40	40	60	60	40	60	75	75	50	75	50	53,3	50	0	100	50	52	87,5	67,5	50,6
60	40	60	60	40	60	50	50	50	50	50	35,8	30	0	0	50	56	62,5	57,5	40,8
40	40	100	100	40	60	75	75	20	50	75	58,8	65	25	33	60	76	75	87,5	44,6
40	40	80	40	40	60	75	50	20	25	20	26,4	5	0	0	40	60	75	67,5	23,8
40	40	80	60	40	80	75	50	50	50	50	58,1	55	25	67	55	64	87,5	100	40,6
20	40	60	80	40	60	75	75	50	75	50	46,7	55	0	0	55	56	75	67,5	50,8
40	20	80	60	40	60	75	75	50	50	75	50,8	55	25	0	45	64	75	77,5	50,6
80	80	60	60	80	60	50	50	75	75	50	50,4	50	25	0	70	60	62,5	67,5	50,6
100	100	80	80	100	80	75	75	75	75	50	55,8	50	0	0	90	88	87,5	67,5	55,6
40	20	60	60	40	60	50	25	50	50	50	44,3	50	0	67	45	52	62,5	57,5	35,8
40	40	60	60	40	60	75	50	50	50	50	57,9	55	50	67	55	52	87,5	77,5	40,6
100	40	100	60	60	60	100	75	75	75	75	49,7	10	0	100	50	92	100	67,5	60,8
80	40	80	100	40	60	50	75	20	75	75	63,6	65	0	100	70	72	75	90	49,6
40	40	80	80	40	80	50	50	50	50	50	66,3	65	75	67	60	64	75	100	40,6
60	40	60	60	60	60	50	25	50	50	50	39,3	50	0	0	45	60	62,5	47,5	35,8
0	100	20	100	0	20	100	75	50	50	20	53,4	50	0,75	67	80	36	87,5	100	39,6
100	80	100	80	100	80	75	50	50	75	75	67,5	60	0	100	70	100	87,5	87,5	50,6
60	40	100	80	40	80	75	75	50	75	75	61,7	70	25	0	65	76	87,5	90	55,6
60	40	80	60	60	80	50	75	50	75	75	72,4	65	100	67	55	76	75	90	55,6
80	80	0	0	80	20	50	0	100	75	100	32,4	15	0	0	50	40	62,5	45	55,6
80	60	60	60	80	60	50	75	75	75	75	60,3	75	0	33	55	84	75	90	61
100	100	100	100	40	60	50	25	100	25	75	60,6	70	0	0	90	88	75	77,5	45,4
60	40	40	20	80	40	50	50	50	50	50	42,2	35	25	33	45	56	62,5	45	40,8
100	100	80	60	100	60	50	25	75	75	100	65,6	65	0	67	80	88	62,5	100	55,6
100	60	80	80	80	60	100	75	20	75	20	70,1	65	50	67	75	92	100	100	38,6
100	100	100	0	100	80	100	100	50	100	100	77,2	40	100	100	70	100	100	100	70,4
80						50	75	20	75	75	63,6	65	0	100	70	72	75	90	49,6

