

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular yang terdiri dari penyakit jantung dan stroke merupakan pembunuh nomor satu di seluruh dunia. Lebih dari 80% kematian terjadi di negara berkembang akibat penyakit kardiovaskular dan semakin banyak menimpa populasi umur produktif, di bawah 60 tahun. Kondisi ini berdampak pada perekonomian suatu negara, termasuk Indonesia (Rilantono, 2012).

Menurut data *World Health Organization* (WHO), 17,5 juta orang meninggal disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan penyakit lainnya pada tahun 2012, yaitu 46 % dari semua penyebab kematian penyakit tidak menular. Sekitar 7,4 juta kematian disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK), dan sekitar sepertiganya terjadi pada umur 30 sampai 70 tahun (WHO, 2015).

Menurut data Riskesdas tahun 2007, penyakit jantung menduduki peringkat ke tiga dengan prevalensi 7,2% dari semua penyakit tidak menular di Indonesia. Dengan proporsi kematian 9,3% oleh PJK dan 7,5% oleh penyakit jantung lainnya dari semua penyakit tidak menular (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan [BPPK], 2008).

Penyakit Jantung Koroner atau dikenal juga sebagai penyakit jantung iskemik paling sering diakibatkan oleh sumbatan trombosis plak ateroma pada arteri koroner. Plak ini dapat menyebabkan penyempitan lumen arteri koroner, sehingga dapat menimbulkan iskemia miokard. Bila plak ruptur, maka akan terjadi proses trombosis yang bersifat dinamis di pembuluh darah jantung dan

dapat menyebabkan oklusi total arteri koroner yang berakibat pada nekrosis miokard atau sering disebut dengan infark miokard (Rilantono, 2012).

Infark Miokard Akut (IMA) dapat dibagi menjadi Infark Miokard Akut Elevasi segmen ST (IMAEST) dan Infark Miokard Akut Non Elevasi segmen ST (IMANEST). Kedua infark miokard ini dibedakan berdasarkan ada atau tidaknya gambaran elevasi segmen ST di rekaman elektrokardiogram (EKG) (Juzar & Irmalita, 2012).

Angka kematian dan morbiditas yang tinggi pada PJK juga disebabkan oleh komplikasi yang sering terjadi. Komplikasi yang timbul setelah serangan IMA antara lain aritmia, gagal jantung, dan komplikasi kardiak lainnya seperti regurgitasi katup mitral, aneurisma ventrikel kiri, ruptur septum ventrikel, perikarditis, infark ventrikel kiri, dan gangguan anatomis lainnya (Perhimpunan Spesialis Kardiovaskular Indonesia [PERKI], 2015). Salah satu komplikasi yang sering muncul adalah aritmia (Scirica & Morrow, 2015).

Aritmia merupakan kondisi dimana jantung berdenyut dengan tidak normal yang meliputi frekuensi, konduksi, atau asal irama jantung (Lilihata & Wijaya, 2014). Pada saat terjadi aritmia, jantung akan berdenyut dengan tidak teratur, terlalu cepat (takikardia), terlalu lambat (bradikardia), bahkan tanpa denyut sama sekali (asistol). Secara klinis, aritmia dapat ringan tanpa keluhan maupun berat yang mengancam jiwa (Munawar, 2015).

Aritmia merupakan komplikasi yang sering timbul segera setelah serangan infark miokard akut. Pada monitor yang dipasang selama sebelas hari sejak IMA dilaporkan bahwa insidensi fibrilasi atrium awitan baru sebesar 28 %, VT yang tidak berlanjut sebesar 13%, blok AV derajat tinggi sebesar 10%, sinus bradikardi

sebesar 7%, henti sinus sebesar 5%, VT berkelanjutan sebesar 3% dan VF sebesar 3% (PERKI, 2015). Aritmia jenis fibrilasi atrium merupakan komplikasi aritmia yang paling sering muncul pada pasien Infark Miokard Akut (Alasady *et al.*, 2012).

Fibrilasi Atrium (FA) merupakan kelainan irama yang paling sering ditemukan pada praktek klinik sehari-hari yaitu berkisar 1-2% dan akan terus meningkat dalam 50 tahun mendatang (PERKI, 2014). Menurut data studi kohort *Framingham Heart Study* pada tahun 1948 yang melibatkan 5.209 subyek penelitian sehat, didapatkan bahwa dalam periode 20 tahun, angka kejadian FA adalah 2,1% pada laki-laki dan 1,7% pada perempuan (Morady & Zipes, 2015). Sementara itu, data dari Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPHK) menunjukkan bahwa persentase kejadian FA pada pasien rawat terus meningkat tiap tahunnya, yakni dari 7,1% pada tahun 2010, meningkat menjadi 9,0% (2011), 9,3% (2012), dan 9,8% (2013) (PERKI, 2015).

Fibrilasi Atrium menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, seperti stroke, gagal jantung, dan penurunan kualitas hidup (Bang, 2014). Pasien FA memiliki risiko stroke lima kali lebih tinggi dan risiko gagal jantung tiga kali lebih tinggi daripada pasien tanpa FA. Stroke merupakan salah satu komplikasi FA yang paling dikhawatirkan, karena stroke akibat FA mengakibatkan kematian dua kali lipat dan biaya perawatan 1,5 kali lipat lebih mahal (PERKI, 2014).

Dengan meningkatnya penggunaan Intervensi Koroner Perkutan (IKP) dan prevensi sekunder, insiden FA dapat diturunkan pada pasien IMA. Pasien tua atau gagal jantung memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadinya Fibrilasi Atrium. Sindroma Koroner Akut (SKA), termasuk IMA, dengan FA mempunyai risiko

mortalitas, stroke dan gagal jantung yang lebih tinggi sehingga butuh penanganan yang lebih cepat (PERKI, 2014).

Sampai saat ini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya Fibrilasi Atrium. Ada beragam faktor risiko yang menyebabkan terjadinya FA sehingga dianggap sebagai penyakit yang multifaktorial. Faktor risiko tersebut antara lain, usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, merokok, alkohol, apnea tidur, obesitas, hipertensi, diabetes, penyakit sistemik lainnya, dan juga penyakit jantung, salah satunya Infark Miokard Akut (Magnani *et al.*, 2011).

Beberapa penelitian menyatakan bahwa terjadinya FA dalam keadaan IMA merupakan prediktor independen untuk semua kasus kematian (Morady & Zipes 2015). FA tidak hanya meningkatkan risiko stroke iskemik selama perawatan namun juga selama *follow up*, bahkan pada FA paroksismal yang telah kembali menjadi irama sinus saat dipulangkan. FA dapat muncul pada pasien IMA dalam jangka singkat karena total oklusi yang terjadi pada arteri koroner dan dalam jangka panjang karena fibrosis miokard (Arslan *et al.*, 2016).

Pasien FA dengan faktor risiko tromboemboli seperti IMA perlu diterapi dengan antikoagulasi secara benar dan juga pemilihan stent jenis *Drug Eluting Stent* (DES) saat re-stenosis perlu dipertimbangkan secara hati-hati terhadap risiko perdarahan yang serius. Kendali laju pada SKA tidak disarankan untuk menggunakan digoksin, karena dapat meningkatkan konsumsi oksigen miokard, sehingga digunakan penyekat beta atau mungkin antagonis kalsium baik oral maupun intravena (PERKI, 2015).

Berdasarkan hal di atas, penulis ingin mengetahui bagaimana karakteristik klinis dan tatalaksana pada pasien IMAEST dengan FA di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana karakteristik klinis dan tatalaksana pada pasien IMAEST dengan FA di RSUP Dr. M. Djamil Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik klinis dan tatalaksana pada pasien IMAEST FA di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengetahui prevalensi pasien IMAEST dengan FA di RSUP Dr. M. Djamil.
- 2 Mengetahui faktor risiko FA pada pasien IMAEST dengan FA.
- 3 Mengetahui lokasi infark miokard pada pasien IMAEST dengan FA.
- 4 Mengetahui klasifikasi FA pada pasien IMAEST dengan FA.
- 5 Mengetahui stratifikasi risiko stroke dan perdarahan dalam penentuan tatalaksana pada pasien IMAEST dengan FA.
- 6 Mengetahui jenis tatalaksana yang dipilih dalam manajemen pasien IMAEST dengan FA.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Memberikan sumbangan ilmu pengetahuan yang dapat digunakan sebagai informasi tentang IMAEST dan FA.

1.4.2 Bagi Praktisi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi tenaga kesehatan dalam melakukan perawatan, agar dapat memberikan perhatian lebih khusus kepada pasien IMAEST dengan FA.

1.4.3 Bagi Institusi

Menambah referensi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Andalas untuk proses pendidikan ataupun penelitian selanjutnya.

