

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan masalah kesehatan dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi di dunia. Menurut data *World Health Organization* (WHO), penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian terbesar di dunia, diperkirakan 17,3 juta orang meninggal dunia karena penyakit kardiovaskuler setiap tahunnya dan 45% diantaranya diakibatkan oleh penyakit jantung koroner (PJK) (WHO, 2011).

Laporan Asosiasi Jantung Amerika memperkirakan 83,6 juta populasi dewasa di Amerika memiliki lebih dari satu penyakit kardiovaskuler. Dari jumlah ini, lebih dari 25% populasi masyarakat di Amerika menderita penyakit kardiovaskuler dan sekitar 18,5% dari populasi tersebut menderita PJK (Go, *et al.*, 2014).

Menurut Riskesdas (2013), PJK di Indonesia yang didiagnosis oleh dokter memiliki prevalensi sekitar 0,5% dan sekitar 1,5% bila jumlah yang didiagnosis ditambah dengan pasien yang memiliki gejala yang mirip dengan PJK. Prevalensi PJK lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah dan tidak bekerja. Berdasarkan PJK didiagnosis dokter, prevalensi lebih tinggi di perkotaan, namun berdasarkan didiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi di pedesaan. Prevalensi PJK berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter dan gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 2,0% dan 3,6%, menurun sedikit pada kelompok umur  $\geq 75$  tahun (0,4%). Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan

diagnosis dokter dan gejala lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibandingkan dengan laki-laki (0,1%) (Depkes RI, 2013).

Dalam *International Classification of Diseases 10th Revision Clinical Modification/ICD-10CM* (2015) disebutkan bentuk-bentuk umum dari penyakit jantung koroner yang akut, yakni: Angina Pektoris Tidak Stabil (APTS), Infark Miokard Akut dengan ST Elevasi (IMA-EST) dan Infark Miokard Akut Non ST Elevasi (IMA-nEST) (WHO, 2015).

*The Thai Registry of Acute Coronary Syndrome* (TRACS) melaporkan bahwa dari data yang dikumpulkan dalam kurun waktu Oktober 2007 sampai Desember 2008 terhadap 2007 pasien, didapatkan angka kejadian IMA-EST sebesar 55%, IMA-nEST sebesar 33% dan APTS sebesar 12% dimana angka mortalitas rumah sakit dari pasien IMA-EST adalah sebesar 5,3%, IMA-nEST sebesar 5,1%, dan pasien APTS sebesar 1,7% (Srimahachota, *et al.*, 2012). Bahkan dalam penelitian sebelumnya oleh Seghieri, *et al* (2012) yang menilai angka kematian 30 hari pasca infark miokard akut didapatkan 7,99% pasien meninggal dalam 30 hari setelah masuk rumah sakit dan mortalitas rumah sakit dalam 30 hari secara signifikan lebih tinggi pada pasien IMA-EST (9,89%) dibandingkan dengan IMA-nEST (6,29%).

Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tercatat frekuensi paling tinggi pasien IMA berada direntang usia 40-59 tahun (51,72% dari keseluruhan pasien IMA). Frekuensi terbanyak pasien IMA berjenis kelamin laki-laki (Fathila, 2015).

Tingginya angka kejadian dan angka kematian akibat infark miokard, terutama IMA-EST tidak terlepas dari berbagai faktor risiko, kecepatan dan ketepatan diagnosis serta tatalaksana yang dilakukan dokter. Kecepatan

penanganan dinilai dari *time window* antara onset nyeri dada sampai tiba di rumah sakit dan mendapat penanganan di rumah sakit.

*American College of Cardiology/American Heart Association dan European Society of Cardiology* merekomendasikan tatalaksana pasien dengan IMA-EST dengan terapi reperfusi, berupa terapi fibrinolitik maupun Intervensi Koroner Perkutan (IKP). Selain itu juga diberikan terapi lain seperti anti-platelet (aspirin, klopidoqrel, thienopyridin), anti-koagulan seperti *Unfractionated Heparin* (UFH) / *Low Molecular Weight Heparin* (LMWH), nitrat, penyekat beta, ACE-inhibitor, dan *Angiotensin Receptor Blocker* (Werf, *et al.*, 2008; Thygesen, *et al.*, 2012).

Dalam penelitian sebelumnya oleh Farissa (2012), di RSUP Dr. Kariadi Semarang, didapatkan bahwa dari 105 pasien terdiagnosis IMA-EST, 21 diantaranya mendapat terapi reperfusi (12 pasien dengan terapi IKP, 9 pasien dengan terapi fibrinolitik) dan 84 lainnya mendapat terapi non reperfusi dan diberikan obat antara lain heparin, enoxaparin, klopidoqrel, isosorbid dinitrat, aspilet, kaptopril, bisoprolol, dan ranitidin (Farissa, 2012).

Secara garis besar, faktor risiko IMA-EST dikelompokkan menjadi faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Adapun faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskuler dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, dislipidemia, merokok, diabetes melitus, obesitas, aktifitas fisik yang kurang dan alkoholik (Masic I, *et al.*, 2011).

Sebenarnya penyakit kardiovaskuler dapat dicegah dan jumlah kematian akibat dapat ditekan dengan mengendalikan faktor risikonya (WHO, 2013). Namun banyak faktor risiko tersebut telah menjadi kebiasaan masyarakat yang

sulit diubah dan seiring dengan perkembangan teknologi yang semakin mempermudah pekerjaan manusia, serta aktivitas fisik semakin jarang dilakukan.

Berdasarkan uraian diatas dengan berbagai masalah yang terkait serta belum adanya data yang menunjukkan mengenai profil pasien IMA-EST di di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil, peneliti merasa tertarik untuk mengetahui bagaimana Gambaran Faktor Risiko dan Manajemen Reperfusi Pasien Infark Miokard Akut Elevasi Segmen ST (IMA-EST) di di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2013 A Desember 2014.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, dapat dituliskan rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran faktor risiko dan manajemen reperfusi pasien IMA-EST di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2013-Desember 2014.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran faktor risiko dan manajemen reperfusi pasien IMA-EST yang ditemukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2013-Desember 2014.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran karakteristik pasien IMA-EST di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan umur, jenis kelamin.
2. Mengetahui distribusi frekuensi dan persentase pasien IMA-EST di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan faktor risiko (hipetensi, dibates melitus, merokok, dislipidemia).



3. Mengetahui distribusi frekuensi dan persentase pasien IMA-EST di di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan manajemen reperfusi.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi peneliti**

Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai profil pasien infark miokard akut elevasi segmen ST (IMA-EST) di RSUP Dr. M. Djamil Padang sehingga dapat dipahami secara mendalam.

##### **1.4.2 Bagi ilmu pengetahuan**

1. Memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan mengenai karakteristik pasien IMA-EST di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi penatalaksanaan pasien IMA-EST di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

##### **1.4.3 Bagi masyarakat**

Memberikan informasi kepada masyarakat mengenai karakteristik pasien IMA-EST, dengan harapan masyarakat mengenali dan waspada terhadap faktor risikonya serta dapat mencegah serta tanggap terhadap kejadian infark miokard demi mencapai masyarakat yang sehat dan sejahtera.

