

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan sekelompok gejala klinis akut yang muncul akibat rupturnya plak aterosklerosis pada pembuluh darah koroner, sehingga menyebabkan penurunan atau terhentinya aliran darah ke jantung yang mengakibatkan iskemia bahkan kematian otot-otot jantung, bila tidak ditangani dengan segera (Anies, 2015). Sindrom koroner akut terbagi menjadi tiga yaitu *Unstable Angina Pectoris* (UAP), ST Elevasi Miocard *Infark (STEMI)*, dan *Non ST Elevasi Miocard Infark (NSTEMI)* (Mutarobin, 2018).

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan suatu masalah kardiovaskuler utama yang menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi (PERKI, 2015). Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 mengungkapkan bahwa 70% kematian di dunia disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular (PTM), 45% disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah yaitu 17,7 juta dari 39,5 juta kematian. Pada tahun 2019 WHO juga memperkirakan bahwa sekitar 17,9 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskuler, 85% kematian yang diakibatkan oleh penyakit kardiovaskular disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, dan yang diakibatkan sindrom koroner akut sebesar 7,4 juta kematian (WHO, 2021).

Menurut data nasional berdasarkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2019 menyebutkan bahwa prevalensi SKA yang terdiagnosis oleh profesional kesehatan mencapai 1,5% dari penyakit tidak menular lainnya, dengan prevalensi kematian mencapai 12,9% dari penyebab kematian lainnya. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (2018), prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sekitar 1,5%, sedangkan di Kalimantan Barat (Kalbar) sebesar 0,9%. Hal ini menunjukkan persentase SKA di Kalbar masih di bawah rata-rata nasional.

Kasus SKA saat ini semakin meningkat seiring terjadinya peningkatan faktor resiko. Faktor resiko SKA terdiri dari dua yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor resiko yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga, dan suku. Sedangkan factor resiko yang dapat diubah yaitu seperti hipertensi, kolesterol, kebiasaan merokok, obesitas, diabetes mellitus, aktivitas fisik, stress dan gaya hidup. Faktor resiko yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga, dan suku, termasuk dalam kategori faktor *sociodemographic* yang menjadi penyebab terbesar masalah henti jantung.

Berdasarkan survey faktor usia merupakan faktor terbanyak yang dapat memicu terkena penyakit jantung. Seseorang akan lebih tinggi terkena risiko penyakit jantung seiring bertambahnya usia, tidak hanya kelompok usia lanjut bahkan usia yang relatif muda atau sekitar 20 sampai 40 tahun sudah terkena penyakit jantung. Penyebab terjadinya penyakit jantung sendiri karena kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, kurangnya aktivitas fisik, dan obesitas sehingga memberikan tekanan pada sistem kerja kardiovaskuler. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Capewell *et al* bahwa kelompok usia terbanyak pasien yaitu 45-54 tahun. Seiringnya bertambahnya usia kerentanan individu terhadap aterosklerosis semakin meningkat. Pada usia 40-60 tahun insiden SKA seperti IMA meningkat sebanyak 5 kali (Capewell *et al.*, 2010). Hasil penelitian lain dari Faridah *et al.*, bahwa kelompok umur terbanyak yang menderita SKA yaitu 56-65 tahun sebanyak 34 atau (42,5%) (Faridah *et al.*, 2016).

Faktor jenis kelamin juga salah satu faktor yang tidak dapat diubah sebagai penyebab seorang mengalami penyakit jantung. Pria lebih rentan terkena penyakit jantung, dari sejumlah kasus serangan jantung yang pernah terjadi lebih banyak pada pria. Hal ini dipengaruhi oleh faktor hormonal seorang wanita. Sebelum wanita memasuki masa menopause produksi hormon estrogen yang banyak dalam tubuh membuat pembuluh

darahnya lentur. Tetapi, setelah menopause resiko wanita terkena penyakit jantung sama halnya dengan laki-laki, karena setelah menopause tidak ada lagi perlindungan hormone, kurangnya aktivitas dan perubahan postur tubuh seperti lebih gemuk yang beresiko dapat mengalami penyakit jantung. Hasil pernyataan WHO juga menyatakan bahwa pasien yang terdiagnosis sindrom koroner akut mayoritas terjadi pada laki-laki. Penelitian lain juga dari Indrawati et al., juga menyebutkan bahwa penderita SKA terbanyak pada laki-laki dengan jumlah 44 orang 77% dari 71 responden (Indrawati et al., 2018).

Penyakit jantung akan semakin meningkat seiring dengan pola hidup yang modern dan meningkatnya penyakit degeneratif. Saat ini faktor riwayat penyakit keluarga ternyata juga menjadi pemicu terjadinya penyakit jantung. Penderita dengan penyakit jantung yang memiliki orang tua atau saudara kandung dengan riwayat penyakit jantung sebelum usia 55 tahun untuk pria dan 65 tahun untuk wanita cenderung beresiko tinggi terkena penyakit jantung. Penyebab faktor genetik karena berupa adanya mutasi atau polimorfisme pada gen-gen tertentu. Faktor genetik digolongkan sebagai faktor yang tidak dapat dikendalikan. Mutasi atau polimorfisme yang terjadi ada akan diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Berdasarkan penelitian *the british heart foundation*, setiap penderita SKA memiliki sekurang-kurangnya dua saudara kandung yang juga menderita penyakit jantung. Menurut penelitian lain dari Niluh & et al menunjukkan bahwa yang mempunyai riwayat penyakit keluarga lebih banyak ditemui pada pasien dengan diagnosis gagal jantung dari pada sindrom koroner akut (Niluh & et al., 2016).

Masyarakat Indonesia merupakan masyarakat plural yang memiliki beragam perbedaan diantaranya ras, etnik, suku bangsa, agama dan kelas sosial. Selain ketiga faktor diatas ras dan etnik juga menjadi faktor resiko terjadinya penyakit jantung. Secara umum, ada tiga etnis besar di kalimantan barat yakni melayu, dayak, dan tionghoa. Pola hidup masyarakat etnik melayu yang memiliki kebiasaan merokok cenderung

dapat meningkatkan resiko atherosclerosis pada jantung. Sedangkan masyarakat dengan etnis cina atau tionghoa yang berkulit putih lebih berisiko terkena penyakit jantung dibandingkan dengan ras kulit hitam. Pada kelompok masyarakat kulit putih maupun kulit berwarna, laki-laki mendominasi kematian akibat penyakit jantung koroner, tetapi lebih nyata pada kulit putih dan lebih sering ditemukan pada usia muda daripada usia lebih tua. *Onset* penyakit jantung koroner pada wanita kulit putih umumnya 10 tahun lebih lambat sekitar 7 tahun. Penelitian Anand et al, 2000 di Kanada menunjukkan bahwa ras Asia Timur mengalami peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan ras eropa dan ras cina. Ras eropa memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan ras cina. Peneliti menyebutkan bahwa ras Asia timur juga mengalami peningkatan konsentrasi fibrinogen plasma, plasminogen activator inhibitor 1, lipoprotein a dan homosistein studi lain menunjukkan ada peningkatan prevalensi aterosklerosis pada orang kulit putih dibandingkan hispanik dan ras kulit hitam (Titin, *et al* 2016). Sedangkan menurut penelitian Anggraini novita, *dkk* tahun 2023 faktor sosiodemografi seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, dan faktor social ekonomi masih termasuk juga kedalam karakteristik sosiodemografi yang menjadi penyebab kejadian sindrom koroner akut.

Faktor social ekonomi dan faktor tingkat pendidikan juga mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap kesehatannya, tingkat pendidikan yang rendah cenderung berisiko mengalami sindrom koroner akut yang lebih tinggi. Pendapatan yang rendah juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Selain itu, mereka cenderung memiliki tingkat melek huruf yang lebih rendah, pemahaman yang menurun tentang penyakit dan gejala serangan jantung. Studi sebelumnya telah melaporkan risiko sindrom koroner akut yang secara signifikan lebih tinggi bagi mereka yang memiliki pendidikan kurang dari SMA dibandingkan dengan lulusan SMA. Hasil penelitian dari Lewis, *dkk* menyatakan juga bahwa mereka yang berpenghasilan rendah dan pendidikan rendah memiliki kejadian

SKA tertinggi 95% orang pertahun. Setelah penyesuaian penuh, mereka yang berpenghasilan rendah dan pendidikan rendah memiliki risiko kejadian PJK yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang berpenghasilan tinggi atau pendidikan tinggi (*Lewis, dkk 2015*).

Faktor pekerjaan juga mempengaruhi seseorang mengalami penyakit jantung. Individu dengan tingkat aktifitas sedang dan berat dapat menurunkan resiko penyakit jantung koroner, dibandingkan dengan yang melakukan aktifitas ringan cenderung memiliki resiko lebih tinggi terserang penyakit jantung koroner. Aktifitas fisik dapat mempengaruhi metabolisme tubuh, dengan meningkatkan metabolisme glukosa dengan cara meningkatkan sensitifitas insulin serta menurunkan kadar lemak berlebih dalam darah, namun dipengaruhi oleh durasi dan frekuensi dari aktifitas fisik itu sendiri. Menurut penelitian lain dari Mulyadi tahun 2018 hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan status pekerjaan swasta lebih banyak 19 pasien (31,7%), dibandingkan pekerjaan yang lain yang mengalami sindrom koroner akut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadini *et al* (2017), adanya perbedaan pekerjaan menyebabkan kesenjangan rutinitas yang berbeda. Pekerjaan yang membutuhkan aktifitas sedang sampai tinggi dan dilakukan secara teratur dapat mencegah terjadinya serangan Sindrom Koroner Akut, tetapi setelah mengidap SKA aktifitas yang ringan pun dapat memicu timbulnya nyeri dada (Ramadini, 2017).

Faktor sosiodemografis diatas masih menjadi penyebab utama meningkatnya sindrom koroner akut. Namun, faktor usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga dan suku menurut penelitian sebelumnya merupakan faktor yang sering menjadi penyebab terjadinya sindrom koroner akut. Sedangkan faktor tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan pekerjaan menurut beberapa penelitian memiliki pengaruh hanya saja tidak berpengaruh langsung terhadap kejadian sindrom koroner akut.

Penderita dengan sindrom koroner akut akan menunjukkan beberapa tanda gejala yang khas yang sering muncul biasanya yaitu

penderita merasa nyeri yang spesifik dibagian dada kiri hingga menjalar ke leher, bahu, tangan dan punggung kemudian disertai keringat dingin, lemas, mual, muntah, dan juga pusing serta bisa pingsan yang terjadi secara tiba-tiba dengan intensitas tinggi (Wahidah & Harahap, 2021).

Banyaknya kejadian SKA yang terjadi tentunya diperlukan penatalaksanaan awal yang tepat dan akurat. Penatalaksanaan awal untuk kasus SKA yang dapat dilakukan dirumah sakit secara umum adalah bedrest total, pemasangan IVFD (*Intravenous Fluid Drip*) dan pemberian obat-obatan yang biasa dikenal dengan MONACO (morfin, oksigen, nitrat sublingual, aspirin, dan clopidogrel). Bedrest total diperlukan untuk mengurangi kerja jantung, Oksigen diberikan pada pasien yang mengalami distress pernafasan atau saturasi oksigen kurang dari 95%. Oksigen juga dapat diberikan pada 6 jam pertama tanpa melihat saturasi oksigen. Pemberian aspirin 160-320 mg dengan cara dikunyah pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap aspirin. Pemberian isosorbid dinitrat 5 mg dibawah lidah (sublingual), dapat diulang maksimal sampai tiga kali pemberian, jika tidak berespon segera ke rumah sakit untuk mendapatkan terapi nitrogliserin intravena (PERKI, 2015).

Penatalaksanaan awal ini bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas. Tingginya risiko mortalitas yang dapat diakibatkan oleh SKA, serta komplikasi yang ditimbulkan maka diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai penyakit ini. Dengan diketahuinya karakteristik penderita sindrom koroner akut maka dapat dilakukan pencegahan primer untuk meningkatkan kesehatan dan menurunkan faktor risiko, pencegahan sekunder untuk menangani gejala dengan cepat secara optimal sehingga mencegah keadaan yang lebih parah dan rehospitalisasi, serta pencegahan tersier untuk mempertahankan kesehatan secara optimal melalui dukungan dan kekuatan yang ada pada diri penderita (Indrawati, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di poli jantung Rumah Sakit Untan Pontianak pada bulan April didapatkan data awal pada tahun 2022 jumlah pasien sindrom koroner akut yaitu 482

kasus, pasien yang mengalami sindrom koroner akut terdiri dari jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 288 penderita dan perempuan 194 penderita dengan usia rata-rata 40-60 tahun ke atas bahkan sampai ≥ 65 tahun yang mengalami SKA, dan kebanyakan pasien dengan BPJS.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Karakteristik *Sociodemografic* Dengan Kejadian Sindrom Koroner Akut”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah pada penelitian ini yaitu “Apakah Ada Hubungan Karakteristik *Sociodemografic* Dengan Kejadian Sindrom Koroner Akut (SKA) Pada Pasien Poli Jantung di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Kota Pontianak ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik *sociodemografic* terhadap kejadian sindrom koroner akut (SKA) pada pasien poli jantung di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Kota Pontianak.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien SKA meliputi usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga, suku, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, dan pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi hubungan faktor usia terhadap kejadian SKA pada pasien SKA
- c. Mengidentifikasi hubungan faktor jenis kelamin terhadap kejadian SKA pada pasien SKA

- d. Mengidentifikasi hubungan faktor riwayat penyakit keluarga terhadap kejadian SKA pada pasien SKA
- e. Mengidentifikasi hubungan faktor ras atau suku terhadap kejadian SKA pada pasien SKA
- f. Mengidentifikasi hubungan tingkat pendidikan terhadap kejadian SKA pada pasien SKA
- g. Mengidentifikasi hubungan social ekonomi terhadap kejadian SKA pada pasien SKA
- h. Mengidentifikasi hubungan pekerjaan terhadap kejadian SKA pada pasien SKA

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Menambah ilmu pengetahuan dalam membantu memprediksi derajat keparahan sindrom koroner akut (SKA) berdasarkan karakteristik sosiodemografi (faktor usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga ras atau suku, tingkat pendidikan, status social, dan pekerjaan).

2. Bagi pengembangan penelitian

Sebagai pengembangan untuk penelitian selanjutnya dalam memprediksi derajat keparahan sindrom koroner akut (SKA) karakteristik sosiodemografi (faktor usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga ras atau suku, tingkat pendidikan, status social, dan pekerjaan).

3. Bagi responden

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi pasien dan keluarga tentang karakteristik sosiodemografi yang mempengaruhi terjadinya sindrom koroner akut.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Penulis	Variabel	Metodologi	Hasil	Perbedaan
1	Hubungan faktor resiko terjadinya penyakit jantung koroner di Poliklinik Jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	Daud Yusuf Rumbrawer, Nandang A. Waluya	Faktor resiko dan penyakit jantung koroner	Metode survey analitik dengan pendekatan case control study	Hasil penelitian diketahui ada hubungan bermakna antara hipertensi dan PJK (p: 0,027), terdapat hubungan bermakna antara merokok dan PJK (p: 0,034), dan ada hubungan bermakna antara obesitas dan PJK (p: 0,046).	Beda tempat penelitian, metode penelitian, kriteria responden, hasil penelitian, dan cara pengambilan sampel
2	Hubungan Faktor Risiko Terhadap Kejadian Sindroma Koroner Akut pada Pasien Dewasa Muda di RSUP Dr. M. Djamil Padang	Anggita Tiara Pramadiya, Muhammad Fadil, Henny Mulyani	Faktor Risiko dan Kejadian Sindroma Koroner Akut	Metode penelitian analitik observasional dengan desain potong lintang	Hasil uji chi-square menunjukkan terdapat hubungan antara hipertensi dan riwayat keluarga dengan kejadian SKA pada dewasa muda. Pasien dewasa muda dengan hipertensi berisiko terkena SKA 0,301 kali lebih besar. Hipertensi merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian SKA pada pasien dewasa muda.	Beda tempat penelitian, metode penelitian, kriteria responden, hasil penelitian, dan cara pengambilan sampel
3	Faktor-Faktor Resiko Yang	Reno Angriyanto	Faktor-Faktor Resiko dan	Metode survey analitik dengan	Hasil penelitian menunjukkan terdapat	Beda tempat penelitian, metode

	Mempengaruhi Kejadian Sindrom Koroner Akut Usia ≤ 45 Tahun Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih		Kejadian Sindrom Koroner Akut	rancangan <i>cross sectional</i>	hubungan antara hiperlipidemia dengan kejadian SKA usia ≤ 45 tahun dengan nilai p value $< \alpha$ ($p = 0,027$), terdapat hubungan antara hipertensi dengan kejadian SKA usia ≤ 45 tahun dengan nilai p value $< \alpha$ ($p = 0,042$), terdapat hubungan antara diabetes mellitus dengan kejadian SKA usia ≤ 45 tahun dengan nilai p value $< \alpha$ ($0,016$), dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor merokok dengan kejadian SKA usia ≤ 45 tahun, dengan nilai p value $> \alpha$ ($p = 0,170$).	penelitian, kriteria responden, hasil penelitian, dan cara pengambilan sampel
--	---	--	-------------------------------	----------------------------------	--	---

