

Diagnosis dan Manajemen Sindroma Koroner Akut

Bambang Widyantoro, MD, PhD

Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
RS Sentra Medika Cibinong

Pendahuluan

Sindroma Koroner Akut (SKA) atau serangan jantung koroner merupakan kegawatan kardiovaskular yang sering dijumpai sehari-hari. Namun, tantangan besar yang harus dihadapi adalah masih cukup banyak kasus SKA yang tidak terdiagnosis secara tepat di lini depan pelayanan kesehatan sehingga tidak tertangani dengan cepat dan baik, akibatnya angka kematian yang disebabkan henti jantung mendadak pada SKA masih tinggi.

Sindroma Koroner Akut (SKA)

SKA merupakan spektrum klinis kumpulan gejala yang disebabkan oleh terganggunya perfusi miokardium akibat pecahnya plak aterosklerosis pada arteri koroner yang menyebabkan trombotik akut, ditandai dengan agregasi trombosit/platelet dan aktivasi jalur koagulasi. Kurangnya perfusi miokardium pada SKA menyebabkan keluhan iskemia berupa nyeri dada (angina), dan bila pasokan oksigen terhenti selama lebih dari 20 menit akan menyebabkan nekrosis miokardium (infark).

Klasifikasi SKA terbagi dua kelompok besar yaitu SKA dengan ST elevasi (*ST Elevation Myocard Infarction/STEMI*) dan SKA tanpa ST elevasi. SKA tanpa elevasi ada dua bentuk yaitu Angina Pectoris Tidak Stabil/APTS (*Unstable Angina Pectoris*) dan *non-ST Elevation Myocard Infarction* (NSTEMI) seperti ditunjukkan pada gambar 1.

Diagnosis SKA

Anamnesis

Keluhan nyeri dada (angina) yang khas/tipikal ditandai dengan karakteristik nyeri di area retrosternal seperti ditekan, tertindih beban berat, diremas (*squeezing*), atau panas (*heartburn*). Angina pada SKA memiliki penjaluran yang khas ke rahang, punggung, bahu dan lengan kiri. Pada SKA yang berat keluhan dapat disertai oleh peningkatan aktivitas simpatis dan parasimpatis seperti mual, muntah, keringat dingin sampai dengan pingsan. Keluhan angina dapat juga tidak khas seperti nyeri ulu hati, sesak napas yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, lemas mendadak dan rasa tidak nyaman di dada. Keluhan angina atipikal ini lebih sering dijumpai pada pasien usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes dan penyakit ginjal kronik.

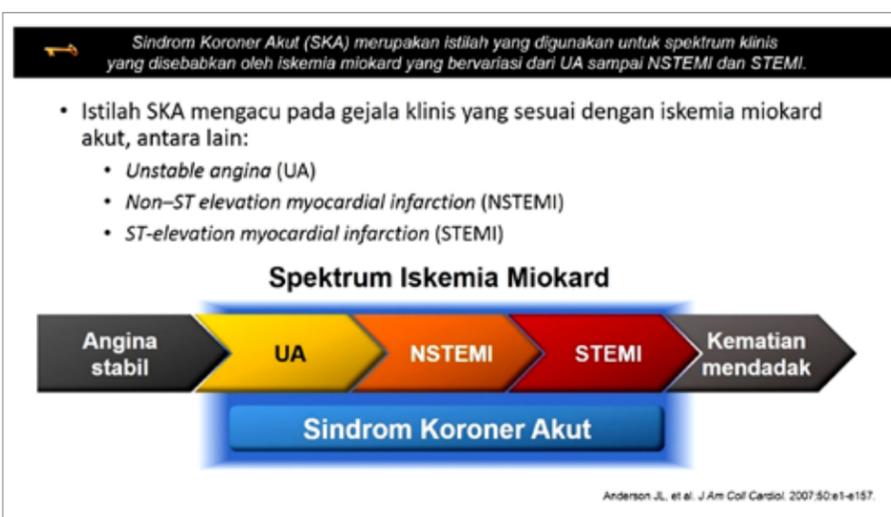
Keluhan angina harus dicurigai kuat sebagai SKA bila ditemukan pada pasien dengan karakteristik laki-laki, diketahui memiliki satu atau lebih faktor risiko aterosklerosis (hipertensi,

Ilustrasi kasus 1

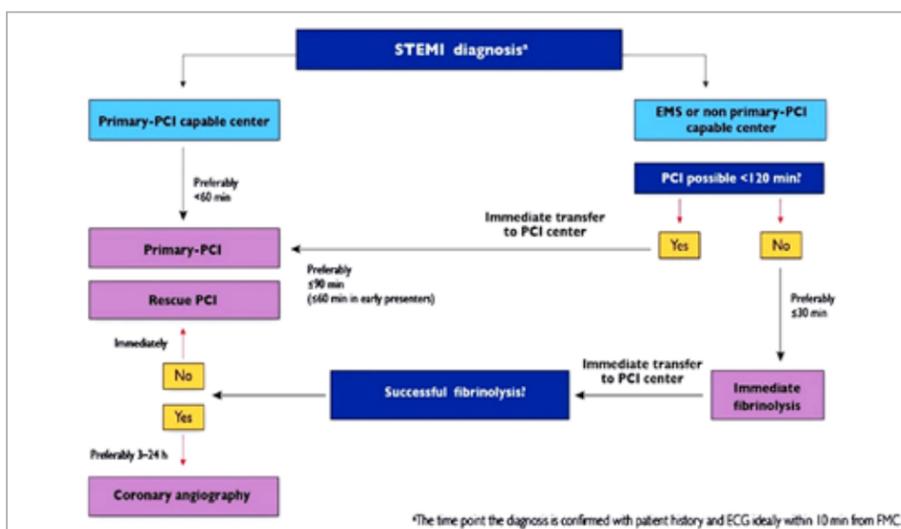
Laki-laki 62 tahun masuk IGD dengan keluhan nyeri dada sejak 8 jam SMRS. Nyeri seperti ditindih beban berat, menjalar ke rahang dan bahu kiri disertai keringat dingin. Riwayat hipertensi dan merokok 12 batang/hari. EKG menunjukkan irama sinus dengan ST depresi di V2-V4. Pasien didiagnosis sebagai Non ST-Elevasi SKA (*unstable angina DD/ NSTEMI*), diberikan terapi di IGD berupa loading dose dual anti platelet, statin, anti angina (nitrat SL dan morfin IV) dan anti koagulan subkutan.

Ilustrasi kasus 2

Wanita usia 49 tahun dengan riwayat DM tidak terkontrol, berobat ke klinik umum dengan keluhan nyeri ulu hati dan mual sejak 2 jam sebelumnya. Pasien didiagnosis sebagai dispepsia, dipulangkan dan mendapatkan obat anti mual dan obat lambung. Tiga jam kemudian nyeri bertambah berat, terasa sampai ke punggung, disertai keringat dingin dan sesak. Pasien kemudian datang ke IGD dan diperiksa lengkap. Hasil EKG menunjukkan irama sinus dengan ST elevasi di II-III-aVF. Pasien didiagnosis dengan SKA dengan ST elevasi (*STEMI inferior*) onset 5 jam. Diberikan oksigen, nitrat SL, dual anti platelet dan statin. RS tersebut tidak memiliki fasilitas IKPP dan bila dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas IKPP memerlukan waktu tempuh >2 jam. Pasien diputuskan untuk direvascularisasi dengan agen fibrinolitik, setelah berhasil, kemudian dikirim ke rumah sakit rujukan untuk dilakukan *early angiography* dalam 3-24 jam paska fibrinolitik.



Gambar 1. Spektrum Sindroma Koroner Akut (SKA)



Gambar 2. Algoritma strategi revaskularisasi pada STEMI

merokok, dislipidemia, DM, riwayat penyakit jantung koroner (PJK) usia muda pada keluarga).

Pemeriksaan Fisik

Dilakukan untuk mengidentifikasi faktor pencetus iskemia, komplikasi dan menyingkirkan diagnosis banding. Adanya hipotensi, tanda kongesti sampai edema paru menunjukkan bahwa pasien mengalami SKA dengan risiko tinggi

sehingga perlu penanganan yang khusus.

Elektrokardiogram

Semua pasien dengan keluhan nyeri dada atau keluhan lain yang mengarah pada iskemia harus menjalani pemeriksaan EKG dalam 10 menit pertama pasien tiba di fasilitas kesehatan. Gambaran EKG yang dapat dijumpai pada SKA sangat bervariasi, mulai dari normal (tidak ada

tanda iskemia) – mencakup 10-15% dari pasien dengan UAP; tanda iskemia (ST depresi 1 mm atau lebih), LBBB baru dan ST elevasi persisten (>20 menit) pada sadapan yang bersisian (mewakili area miokardium tertentu).

EKG ini sangat penting untuk menentukan apakah SKA-nya berupa STEMI atau SKA tanpa ST elevasi. Perlu diingat bahwa gambaran EKG normal tidak menyingkirkan suatu SKA (*unstable angina pectoris*) bila didapatkan angina yang khas pada pasien dengan faktor risiko PJK yang kuat.

Diagnosis SKA harus dapat ditegakkan dari anamnesis yang baik dan terarah. Bila sudah dicurigai SKA dari anamnesis, maka hasil EKG menentukan apakah suatu STEMI atau SKA tanpa ST elevasi. SKA tanpa elevasi kemudian dibedakan menjadi *unstable angina* atau NSTEMI berdasarkan pemeriksaan biomarker jantung yaitu CKMB dan Troponin T.

Manajemen SKA di IGD

Prinsip tata laksana SKA adalah tirah baring total, suplementasi oksigen (sesuai kebutuhan); pemberian anti angina dengan obat golongan morfin intravena maupun nitrat (diberikan sublingual, dapat dilanjutkan dengan drip intravena); dual anti platelet dan statin.

Untuk SKA tanpa ST elevasi (UAP/NSTEMI) pengobatan dilanjutkan dengan pemberian anti koagulan, dan dilakukan restratifikasi risiko oleh dokter spesialis jantung dan pembuluh darah untuk menentukan tata laksana selanjutnya, seperti pada contoh kasus 1.

Bila pasien didiagnosis sebagai SKA dengan ST Elevasi (STEMI), maka harus selalu dipikirkan untuk tindakan revaskularisasi apabila onset angina kurang dari 12 jam seperti pada contoh kasus 2. Metode revaskularisasi ada 2 macam, yaitu dengan terapi farmakologis (menggunakan agen fibrinolitik) dan reperfusi mekanikal dengan tindakan intervensi koroner perkutan primer/IKPP (*primary percutaneous coronary angioplasty/PPCI*). Mengingat masih belum meratanya fasilitas IKPP di Indonesia, maka reperfusi STEMI dengan agen fibrinolitik harus diupayakan untuk dapat menyelamatkan miokardium dari bahaya infark yang meluas (lihat algoritma pada gambar 2).

Penutup

Diagnosis dan manajemen awal SKA yang tepat sangat penting untuk mengurangi angka kematian akibat SKA. Para sejawat dokter jaga di IGD atau dimanapun yang menjadi lini terdepan dalam menerima pasien SKA seyogyanya selalu membekali diri dengan pengetahuan terkini untuk mendiagnosis dan memberikan tata laksana awal pada kasus SKA, dan diharapkan memahami kapan dan kemana harus merujuk.

Pilot project jejaring sistem rujukan untuk revaskularisasi pada kasus STEMI yang saat ini sudah berjalan dengan dimotori oleh SPDGT Pusat Jantung Nasional Harapan Kita di wilayah Jakarta Barat – Kepulauan Seribu semoga dapat berlanjut dan diikuti oleh daerah lain dalam lingkup nasional. MD