

PJK (Penyakit Jantung Koroner) dan SKA (Sindrome Koroner Akut) dari Prespektif Epidemiologi

CHD (Coronary Heart Disease) and ACS (Acute Coronary Syndrome) from an Epidemiological Perspective

Wahidah, Reni Agustina Harahap

Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM UINSU, Medan
Email: Wahidahtaniyah03@gmail.com, reniagustina@uinsu.ac.id

Abstrak: Penyakit jantung koroner (PJK) yaitu penyakit yang timbul akibat terdapat plak menumpuk di dalam arteri koroner yang mensuplai oksigen ke otot jantung. Tujuan Penelitian ini untuk melihat perbedaan antara PJK dengan SKA dengan pendekatan Epidemiologi. Metode penelitian dengan cara memanfaatkan Artikel yang sudah terindeksi SINTA 2-3 atau terindeks DOAJ dan sudah terpublis di Goegle Scholar dengan bantuan Kata Kunci PJK dan SKA dengan 10 Tahun terakhir. Hasil telaah artikel mendapatkan bahwa Penyakit jantung koroner dengan Sindrome akut memiliki gejala hampir sama akan tetapi ada beberapa gejala yang berbeda. perbedaan dari kedua penyakit ini seperti iskemia dan merasakan rasa tidak nyaman di bagian dada. Rasa tidak nyama pada PJK terjadi secara tiba-tiba namun SKA terjadi pada waktu istirahat. Kedua penyakit ini terjadi pada pria umur 45 tahun tetapi pada wanita >55 tahun. SKA bisa terjadi pada wanita dengan status penyandang hipertensi dan merokok. PJK dan SKA merupakan penyebab kematian di dunia. Kedua penyakit ini seringkali dianggap penyakit yang sama namun memiliki penyebab yang berbeda dan perlu dilakukan analisis perbedaan dari keduanya. PJK dan SKA merupakan dua penyakit yang berbeda dari segi gejala, patofisiologi yang perlu menjadi intervensi agar PJK tidak akan berlanjut menjadi SKA.

Kata Kunci: PJK; SKA; Studi Epidemiologi

Abstract: *Coronary heart disease (CHD) is a disease that arises from the accumulation of Flak in the coronary arteries that supply oxygen to the heart muscle. The purpose of this study was to see the differences between PJK and SKA with the epidemiological approach. The research method is by utilizing articles that have been indexed SINTA 2-3 or indexed DOAJ and have been published in Goegle Scholar with the help of keywords PJK and SKA with the last 10 years. The results of the review of the article found that coronary heart disease with acute syndrome has almost the same symptoms but there are several different symptoms. differences between these two diseases such as ischemia and feeling of discomfort in the chest. The discomfort in CHD occurs suddenly but SKA occurs at rest time. Both of these diseases occur in men aged 45 years but in women > 55 years. ACS can occur in women with hypertension and smoking status. CHD and SKA are the causes of death in the world. These two diseases are often considered the same disease but have different causes and it is necessary to analyze the differences between the two. PJK and ACS are two different diseases in terms of symptoms, pathophysiology that need to be an intervention so that PJK will not progress to ACS.*

Keywords: PJK; SKA; Epidemiological Studies

Pendahuluan

Penumpukkan plak dalam arteri koroner membawa oksigen ke otot jantung bisa menimbulkan penyakit jantung koroner (PJK). WHO mengatakan bahwa penyakit jantung serta pembuluh darah menjadi penyebab kematian di dunia peringkat satu. 17,9 juta orang meninggal akibat PJK di tahun 2016 yakni 31% dari semua kematian global. Lebih dari tiga perempat kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah di negara berkembang¹. Tahun 2016 PJK menyebabkkan 36,32% penyebab kematian. Prevalensi penyakit jantung didiagnosis dokter di semua kelompok umur tahun 2018 Indonesia sebesar 1,5%. Provinsi Kalimantan Utara tahun 2018 diagnosis gejala penyakit ini yaitu 2,2%.

Kematian akibat penyakit jantung koroner Akana meningkatkan tahun 2030 menjadi 25 juta di dunia.³ PJK bukan penyakit menular namun jika dibiarkan dapat terjadinya penurunan produktifitas masyarakat akibat tidak bisa melakukan aktivitas. PJK belum diketahui secara jelas dapat disembuhkan namun bisa dikendalikan rasa sakit dan serangan jantung.⁴ Keadaan ini bisa mempengaruhi kualitas hidup penderita. Beberapa penyebab PJK seperti usia, jenis kelamin. Pada pria relatif banyak ditemukan menderita PJK dibandingkan wanita. Namun wanita akan meningkat resikonya jika setelah mencapai menopause (50 tahun). Orang yang (>60 tahun) dinyatakan 20% laki-laki menderita PJK serta 12% ditemukan pada perempuan. Umur yang

bertambah akan mengakibatkan meningkat pula akan beresiko menderita PJK dikarenakan pembuluh darah berubah secara progresif dalam waktu lama. Perubahan yang tampak dirasakan setelah usia 20 tahun dan arteli mulai berubah jika usia sudah 40 tahun serta pada pria usia 35-44 tahun. Penelitian menunjukkan adanya hubungan usia dengan kadar kolesterol meningkat akibat usia semakin meningkat.⁵

PJK di Indonesia mengalami peningkatan yang berhubungan dengan status sosial ekonomi yang menimbulkan perubahan gaya hidup yang mengarah tidak sehat. contohnya timbulnya kebiasaan merokok, serta kurang aktivitas fisik, konsumsi makanan siap saji, jeroan dan gorengan yang rendah serat namun tinggi kadar lemak menimbulkan hiperkolesterolemi.⁶

Metode

Penelitian ini menggunakan kata kunci: PJK: SKA. Kriteria Inklusi : artikel yang terpublikasi pada jurnal SINTA 2-3 atau Terindeks DOAJ dalam 10 Tahun Terakhir dan Jurnal yang terpublikasi di Gogle Scholar.

Hasil Penelitian

Terdapat perbedaan antara penyakit jantung koroner akut (PJK) dengan sindrome koroner akut (SKA) berdasarkan gejala, patofisiologi, Epidemiologi berdasarkan Agent, Host dan Enviromental. Distribusi orang, tempat dan waktu.

Pembahasan

A. Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Gejala Klinis PJK

Adapun menurut Pedoman Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia Tahun 2004 Gejala klini PJK yakni :

1. Merasakan nyeri dan tidak nyaman bagian dada, substernal, dada kiri hingga menjalar ke leher, bahu kiri serta tangan dan punggung.
2. Merasakan ada tekanan, remasan, terbakar hingga tertusuk.
3. Merasakan keringat dingin, mual, muntah, lemas pusing hingga pingsan.
4. Merasakan secara tiba-tiba dengan kecepatan tinggi dan waktu bervariasi.

Patofisiologi

Awal mulai PJK terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah akibat plak. Plak ini tumbuh karena kadar kolesterol LDL yang relatif tinggi serta menumpuk dibagian dinding arteri akan mengganggu aliran darah serta merusak pembuluh darah. Penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah di sebut Aterosklerosis. Lesi-lesi bagian arteri menyumbat aliran darah ke jaringan dan organ-organ utama, yang di manifestasikan sebagai Penyakit koroner arteri, infark miokard, penyakit vaskuler Perifer, aneurisma dan kecelakaan serebravaskular (stroke).⁷ Menurut Majid patologi PJK dapat dilihat sebagai berikut:

a. Iskemia

Keadaan ini ditandai dengan kekurangan kesediaan oksigen yang bersifat sementara dan reversibel. Hal ini menimbulkan perubahan pada sel, jaringan dan fungsi miokardium. Kebutuhan oksigen yang berlebihan oleh pembuluh yang terserang penyakit menimbulkan Iskemia miokardium local.⁷

b. Angina Pektoris

Adalah gejala disertai kelainan morfologis secara permanen pada miokardium. Gejala yang menjadi ciri khas yaitu nyeri bagian dada dengan tekanan berat, panas dan seperti diremas. Rasa nyeri selalu menjalar kebagian lengan kiri, leher, daerah maksila hingga dagu, punggung sampai ke lengan kanan. Merasakan hal itu sekitar 1-5 menit dan akan hilang ketika istirahat. Terjadinya angina dikarenakan meningkatnya kebutuhan

oksigen akan miokardium, latihan fisik, stress dan udara dingin. Keadaan ini bis aterjadi berulang-ulang jika ketersediaan dan keseimbangan oksigen terganggu.⁷

c. Infark Miokardium

Infark miokardium biasanya menyerang ventrikel kiri.⁷ Infark miokardium mempunyai fungsi bisa mengalami perubahan bagian iskemia yakni terjadinya data kontraksu menurun, terjadi gerakan abnormal menurun, terjadinya perubahan dinding ventrikel kembang, fraksi ejeksi berkurang, curah sekuncup berkurang dan volume akhir diastolik dan sistolik berkurang bagian ventrikel dan tekanan akhir ventrikel kiri diatolik menjngkat.⁷

d. Payah Jantung

Keadaan ini diakibatkan terdapat beban volume darah secara berlebihan dari bagian struktur jantung. Keadaan ini sering kali didahului penyakit lain dan bisa menimbulkan penyakit jantung koroner.kondisi ini bisa membuat sirkulasi darah menjadi gagal.⁷

e. Penderita Mati Secara Mendadak

Dalam hal ini secara waktu yang cepat dapat mengalami kematian dan 50% terjadi Kematian mendadak pada PJK tanpa gejala. 20% berdasarkan iskemia miokardium merasakan beberapa Minggu atau hari.⁸

Epidemiologi

Host

Adapun karakteristik Host yang beresiko terhadap Penyakit Jantung Koroner yaitu:

1. Usia

Usia yang berpotensi untuk menderita PJK untuk alki-laki usia 45 tahun dan banyak penyandang hipertensi sedangkan perempuan setelah umur 55 tahun beresiko dibandingkan dengan laki-laki.⁹

2. Pekerjaan

Tingkat pekerjaan dan pendidikan mempengaruhi risiko PJK yaitu wanita yang memiliki pekerjaan diluar rumah memiliki resiko yang minim PJK daripada wanita ibu mengurus rumah tangga dikarenakan aktivitas fisik rendah dan rendahnya tingkat pendidikan.¹⁰

3. Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang berpotensi menderita PJK yaitu pada pria. Hal ini berhubungan dengan IMT dan PJK jika wanita memiliki IMT yang besar maka berpeluang kepada wanita. Di Australia PJK belum dapat informasi valid diderita wanita.

4. Merokok

Pada pria yang merokok berat akan beresiko menderita PJK 2 sampai 4 kali dan juga berpotensi pada perempuan yang merokok berat atau jumlah dihisap 20 batang per hari.¹¹

5. DM]

Penderita DM akan berpengaruh pada pembuluh darah dan 1 dari 2 orang pasien DM bagian pembuluh darahnya akan rusak. Kerusakan ini dapat terjadi Jika aktivitas kurang dan pola makan yang tidak sehat yang berpengaruh pada kerja jantung.¹²

6. Penderita Hipertensi

Tekanan darah mempunyai hubungan dengan semua bagian tubuh yang berperan penting seperti jantung, ginjal, mata dan pembuluh darah. Komplikasi akan terjadi dan disesuaikan dengan tingginya darah dan hjangka waktu merasakannya.¹³

7. Keturunan

Individu yang memiliki orangtua laki-laki menderita PJK maka akan beresiko 2 kali bahkan lebih untuk menderita PJK.¹⁴

Agent

Penyebab PJK yakni berkaitan dengan status sosial ekonomi akhirnya membuat perilaku hidup kurang sehat dan bukan merupakan penyakit disebabkan virus, bakteri ataupun parasit.¹²

Environment

Lingkungan yang berpotensi dalam menderita PJK adalah lingkungan kerja yang berada dibawah tekanan sehingga mengakibatkan stress dan mempengaruhi kerja jantung.¹⁵

Riwayat Alamiah Penyakit

Dapat dilihat bahwa PJK itu terjadi dalam beberapa Tahap.¹⁶

- 1) Tahap Pre-patogenesis pada tahap ini terlihat ada faktor resiko yang berkembang dalam hal-hal kehidupan seperti kadar kolesterol, hipertensi, kebiasaan merokok, DM, obesitas dan riwayat keturunan hingga stres dan kurangnya aktivitas fisik dikalangan masyarakat.
- 2) Pada tahan inkubasi penyakit ini tidak bisa ditentukan secara pasti dapat terjadi dan menularkan ke orang lain akan tetapi waktu inkubasi terjadinya PJK ditentukan dengan melihat faktor resiko yang dialami seseorang dalam jangka waktu lama atau tidak.
- 3) Penyakit Dini : dapat terjadi dengan ditandai adanya rasa nyeri atau tidak nyaman bagian dada dan terjadi dalam skala ringan jika jantung mengalami kekurangan darah.
- 4) lanjutan dapat berupa menjadi keadaan yang memburuk.
- 5) Tahap Akhir penyakit ini bisa sembuh dengan total yang dilihat dari tidak terdapat penyumbatan pembuluh darah oleh flak. Dapat bersifat kronis yakni tidak merujuk ke sehat dan berat namun masih merasakan sakit dan meninggal dunia akibat tidak dapat disembuhkan penyumbatan pembuluh darah akibat flak.

Distribusi OTW

Orang

PJK lebih banyak diderita oleh pria jika dibandingkan dengan wanita dan dianggap PJK banyak menyerang pria¹⁷ Faktor yang tidak bisa diubah berpotensi terhadap PJK adalah usia.¹⁸ rentang usia 35 sampai 45 tahun dengan rata-rata 65,8 dan 70,4 tahun menyerang pria dan wanita.¹⁹ Pada wanita lebih berisiko yang sudah mencapai masa menopause > 55 tahun 2 kali lipat berisiko dibandingkan premenopause.²⁰

Faktor yang bisa berpengaruh terhadap PJK yaitu status ekonomi, pendidikan, pekerjaan. Erta dukungan sosial terdapat hubungan pada wanita dan pria untuk berisiko PJK²¹ Menyatakan bahwa perempuan yang berpendapatan rendah, rasa cemas dan kurang menikmati liburan serta kesepian dapat berpotensi untuk menderita PJK.¹⁷

Tahun 2018 untuk Indonesia ada 1,5% PJK dan relatif tinggi di Kalimantan Timur 2,2%.² PJK di dunia terdapat 17,9 juta yang meninggal Tahun 2016 serta 31% dari jumlah kematian.¹ Di Amerika Serikat PJK menjadi urutan nomor 1 dari 6 kematian di tahun 2010. Menurut Rikesdas tahun 2013 prevalensi PJK dikalimantan selatan diagnosis dokter 0,5% atau gejala 2,2%. Banjarmasin prevalensi PJK dengan diagnosis dokter 0,4% dan gejala sebesar 0,8%.²²

Waktu

Menurut risikesda tahun 2018 1,5% (RISKESDAS tahun 2013 mengatakan prevalensi PJK di Indonesia diagnosis dokter maupun gejala yakni 1,5%. WHO memprediksi terdapat kematian di tahun 2030 meningkat sebanyak 25 juta

Etiologi PJK

Penyebab penyakit jantung koroner karena adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan dan penyumbatan bisa

menghentikan aliran darah ke otot jantung ditandai rasa nyeri. Jika keadaan yang buruk fungsi jantung untuk memompa darah akan berhenti. Keadaan ini bisa merusak sistem pengontrol irama jantung serta berakhir kematian.

PJK memiliki faktor pemicu dapat menimbulkan aterosklerosis. Faktor-faktor risiko besar meliputi:

a. Usia

Usia adalah faktor risiko paling penting dengan 80% dari kematian PJK umur 65 tahun bahkan lebih. Meningkatnya umur individu maka berpotensi untuk menderita PJK dalam jangka waktu ini digunakan untuk terjadi penumpukkan plak dan proses kerapuhan dinding pembuluh darah semakin panjang. laki-laki kejadian puncak manifestasi klinis PJK 50-60 tahun, perempuan umur 60-70 tahun serta perempuan sekitar 10-15 tahun lebih lambat dibandingkan laki-laki dan risikonya meningkat secara drastis setelah masa menopause.²³

b. Jenis kelamin

PJK lebih beresiko pada laki-laki dibandingkan perempuan, dengan setengah dari laki-laki dan sepertiga dari perempuan usia menengah sampai tu di negara Amerika beresiko. Data dari Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome menyatakan orang usia 40 tahun memiliki risiko seumur hidup untuk penderita PJK 49% laki-laki dan perempuan 32%.²⁴

c. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)

Pada pasien hipertensi, ditemukan terdapat defect dalam regulasi pengendalian tekanan darah. Jantung bisa berkontribusi dalam terjadinya hipertensi melalui mekanisme peningkatan cardiac output dan curah jantung akibat aktivitas berlebih dari saraf simpatis. Pembuluh darah berkontribusi dalam hipertensi melalui resisten pembuluh darah Perifer akibat terjadinya konstruksi akibat peningkatan aktivitas simpatis, regulasi abnormal dari tonus vaskuler oleh nitrit oksida, endotelin, serta faktor-faktor natriuretik, defek kanal ion di otot polos pembuluh darah.²⁵

d. Hiperlipidemia

Hiperlipidemia yaitu tingginya kadar lemak dalam darah (kolesterol, trigliserida maupun keduanya). Lemak atau lipid yakni zat yang kaya energi, berfungsi sebagai sumber energi untuk proses metabolisme tubuh. Klien mempunyai kadar kolesterol >300 ml/dl mempunyai risiko 4 kali menderita PJK memiliki kadar 200 ml/dl penelitian Wongkar yaitu ada hubungan antara profil lipid LDL, hipertensi, DMT2 serta jenis kelamin pada kejadian PJK ($p < 0,05$) dengan nilai $OR = 9,077$.

e. Merokok

Orang merokok sigaret memiliki 2-3 kali untuk meninggal akibat PJK dibandingkan dengan tidak merokok. Orang meroko akan terjadi penurunan kadar HDL (High Density Lipoprotein). Mengakibatkan penebalan dinding pembuluh darah meningkat⁷ Hal ini dapat juga terjadi pada perokok pasif.⁷

f. Riwayat keluarga

Seseorang yang mempunyai riwayat keluarga akan 2 kali berpotensi untuk menderita PJK. Beresiko lima kali untuk merasakan PJK dibandingkan tidak memiliki keturunan ($OR = 5, p = 0,00$).²⁶

Pencegahan PJK

Primordial Prevention

Pencegahan ini berupa dalam mencegah untuk tidak timbulkan faktor berpotensi PJK seperti pengontrolan tekanan darah dan kebijakan nasional industri makanan impor dan ekspor dalam pencegahan hipertensi dan aktivitas fisik.²⁷

Primary Prevention

Tujuan pencegahan ini untuk meningkatkan kesehatan dikalangan masyarakat dan mengurangi faktor pemicu timbulnya PJK dengan melakukan penyuluhan pada kelompok beresiko tinggi dan kalangan anak muda dalam hal mengurnagi stress, aktif berolahraga serta menjaga kadar lemak serta mengubah pola hidup yang sehat.²⁷

Secondary Prevention

Pencegahan ini dilakukan pada sasaran orang yang sakit dengan tujuan untuk tidak terjadinya kondisi yang semakin memburuk dan menurunkan kejadian serangan berulang.²⁸ Pencegahan ini dapat dilakukan konsumsi obat yang rutin, gaya hidup Yangs what serta mampu mengendalikan stress.²⁹ Pencegahan ini memiliki prioritas dalam perubahan kebiasaan hidup serta adanya rehabilitas setelah terjadinya serangan jantung. Tenaga medis berperan penting dalam melakukan upaya ini.

Tujuan ini untuk mempertahankan kesehatan yang maksimal dalam mengurangi terjadinya komplikasi yang buruk ataupun kematian. Dapat dilakukan rehabilitas jantung pada penderita PJK dan yang pernah mengalami serangan jantung atau setelah melakukan operasi jantung.²⁷

Quartenary Prvention

Pencegahan ini dilakukan untuk memantau penanganan yang tidak seharusnya diberikan atau berlebihan dalam sistem kesehatan penyakit jantung coroner.³⁰

B. SKA (Sindrome Koroner Akut)

Epidemiologi

Host

1. Usia

Penderita SKA terjadi umur > 45 tahun pada pria dan perempuan <55 tahun dan seiring bertambahbusia bisa mempengaruhi fungsi jantung. Umur 40-60 tahun dapat meningkat 5 kali dan 45-54 tahun banyak menderita SKA I.³¹

2. Jenis Kelamin

Pendapat WHO menyatakan pasien mengalami SKA relatif banyak pada pria.

3. Merokok

Kebiasaan merokok akan berpotensi untuk menderita SKA tergantung Jangka waktu dan jumlahnya karena dapat mengganggu proses pengaliran oksigen dan bisa menimbulkan pembentukan flak.³²

4. Penderita Hipertensi

Keadaan ini dapat membuat beresiko SKA akibat dari kurangnya gaya hidup sehat dan dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis.

5. Keturunan

Orang yang mempunyai keturunan penyakit kardiovaskuler sedikit ditemui menderita SKA jika dibandingkan dengan keturunan keluarga menderita gagal jantung yang bisa berujung mengalami SKA.³³

Agent

Penyakit ini bukan disebabkan oleh virus,bakteri ataupun parasit tetapi perilaku hidup tidak baik/sehat seperti konsumsi makanan tinggi lemak berakibat tinggi kadar kolesterol jika dalam jangka panjang dapat terjadi penyumbatan aliran darah ke jantung.³⁴

Enviroment

Karakteristik lingkungan yang berpotensi untuk SKA yaitu hidup didaerah yang rendahnya pengetahuan akan kesehatan dalam hidup, lingkungan merokok dan memiliki keturunan keluarga menderita penyakit kardiovaskuler dan gagal jantung.³⁵

Distribusi OTW

Orang

Orang yang rentan terhadap SKA yakni usia 56-65 tahun (42,5%).³⁶ Berjenis kelamin pria sebanyak 77%.³⁷ Orang yang merokok terdapat 42 orang.³⁸ Orang memiliki status hipertensi (57,7%).³⁹

Tempat

SKA menjadi kematian di Dunia menurut WHO Tahun 2015 sebanyak 7,4 juta. Di Banjarmasin tahun 2016 terdapat 87 orang, 2017 sebanyak 90 dan 2018 101 penderita SKA (Data Rekam Medik RSUD Ulin Banjarmasin).

Waktu

SKA akan meningkat menjadi 23,30 juta kematian di tahun 2030 di dunia.⁴⁰ Tahun 2016 di kota Banjarmasin terdapat 87 penderita SKA dari 559 orang, tahun 2017 90 orang dan tahun 2018 sebanyak 101 penderita SKA.

Etiologi SKA

Penyebab SKA yakni aterosklerosis adalah pembentukan flak mengakibatkan intima bagian arteri membentuk trombus menyebabkan lumen menyempit dan suplai darah terganggu membuat kekuatan kontraksi oto jantung relatif rendah. Ketika thrombus pecah maka terjadi nekrosis total jaringan distal dan timbullah infark pada miokardium.³¹

Perbedaan Penyakit Jantung Koroner Dengan Sindrome Koroner Akut

Tabel 1. Deskripsi Gejala Klinis

No	PJK	SKA
1	Rasa nyeri atau tidak nyaman bagian dada, substernal menjalar ke leher, bahu kiri serta punggung dengan terasa diremas-remas, terbakar, tertusuk dan disertai keringat dingin, mual, muntal, pusing melayang, muntah, mual bahkan pingsan dan terjadi secara mendadak disertai tingkatan tinggi dan bervariasi.	Terdapat iskemia dan disertai rasa nyeri dada, pada epigastrium mengalami rasa tidak nyaman, dispnea, ekstremitas atas, dinkop, mual dan nyeri. Rasa nyeri ini bisa terjadi saat istirahat dan menjalar ke kedua lengan, bahu kanan dan lengan kiri.

Berdasarkan dari Tabel 1 terlihat bahwa ada beberapa kemiripan gejala dari kedua penyakit yakni Penyakit Jantung koroner dengan Sindrome Koroner Akut. Namun ada perbedaan gejala dari keduanya seperti pada sindrom koroner akut terdapat gejala Iskemia sedangkan pada Penyakit Jantung koroner gejala klinis belum menimbulkan iskemia namun dalam waktu panjang dan penyakit semakin berkembang akan menimbulkan gejala iskemia. Sindrome koroner akut merasakan nyeri di dada dan sifatnya lebih difus disbanding terlokalisasi namun pada penyakit jantung koroner merasakan tidak nyaman dan tidak spesifik yang dirasakan di bagian dada kemudian di sertai keringat dingin, mual, muntah, lemas dan pusing serta bisa pingsang. Rasa tidak nyaman pada SKA terjadi ketika istirahat sedangkan pada penyakit jantung terjadi secara tiba-tiba dengan intensitas tinggi

Tabel 2. Deskripsi Karakteristik Host

No	PJK	SKA
1	Usia lebih dari 45 tahun banyak diderita Laki-laki dan sesudah usia 55 tahun beresiko besar pada wanita.	Terjadi kepada pria dengan usia >45 tahun dan wanita berumur < 55 tahun.
2	Pekerjaan Ibu rumah tangga lebih beresiko	-
3	Berjenis kelamin pria	Mayoritas pada laki-laki.
4	Orang merokok baik laki-laki maupun perempuan.	orang yang merokok
5	Penderita Diabetes Melitus (DM)	-
6	Penderita Hipertensi	Penderita hipertensi
7	Keturunan atau riwayat dari keluarga.	Riwayat keluarga dari penderita penyakit kardiovaskuler (PJK).

Berdasarkan tabel 2 diatas bahwa terlihat dari karakteristik host ada perbedaan antara kedua penyakit yakni PJK pada wanita jika telah menginjak umur 55 tahun tahun sedangkan sindrome koroner akut terjadi pada perempuan kurang dari 55 tahun dan tidak ditemukan bahwa penderita DM dan bekerja sebagai ibu rumah tangga beresiko terhadap sindrome koroner akut karena sindrome koroner akut memiliki karakteristis host yang gaya hidup yang tidak memperhatikan asupan makanan yang dimakan karena sinrome ini terjadi karena adanya penumpukan plak akibat makanan yang berlemak dan tidak sehat.

Tabel 3. Deskripsi Karakteristik Agent

No	PJK	SKA
1	Bukan disebabkan oleh virus, bakteri tetapi disebabkan perubahan gaya hidup dan berkaitan dengan sosial ekonomi.	Tidak disebabkan virus atau bakteri akan tetapi akibat dari gaya hidup yang tidak memperhatikan asupan makanan.

Berdasarkan tabel 3 diatas bahwa karakteristik agent kedua penyakit ini merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh virus, bakteri akan tetapi disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat namun pada penyakit jantung koroner penyebabnya juga berkaitan dengan sosial ekonomi.

Tabel 4. Deskripsi Karakteristik Enviroment

No	PJK	SKA
1	Suasana Lingkungan Kerja	Lingkungan yang rendah pengetahuan.

Berdasarkan pada tabel 4 diatas bahwa terlihat penyakit ini berasal dari karakteristik enviromental yang berbeda seperti dari penyakit jantung koroner berasal dari suasana lingkungan kerja yang dapat menimbulkan strees dan kecemasan sehingga menjadi beban pikiran dalam kehidupan individu sedangkan pada sinrome koroner akut karakteristik enviromen berasal dari lingkungan yang rendah pengetahuan bisa dalam hal pengelolaan makanan atau mengenai penyakit yang sekarang menjadi penyebab kematian.

Tabel 5. Deskripsi Etiologi

No	PJK	SKA
1	Penyebab PJK akibat terjadinya penyempitan, kelainan pembuluh arteri koroner serta penyumbatan. Hal ini dapat terjadi otot jantung nyeri sehingga akan berhenti. Jantung dalam memompa darah akan hilang fungsinya jika dalam kondisi parah. Sistem pengontrol irama jantung akan hilang dan mengakibatkan kematian.	SKA disebabkan aterosklerosis yakni pada intima dari arteri dapat berproses terjadinya plak dan membuat lumen menyempit serta membentuk thrombus, hal ini dapat mengakibatkan kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Terbentuknya infark miokardium jika thrombus pecah.

Berdasarkan tabel 5 diatas bahwa penyebab kedua penyakit berbeda namun sama-sama menghambat aliran darah akan tetapi penyebab utamanya berbeda yakni pada penyakit jantung korone disebabkan adanya penyempitan, penyumbatan atau kelainan pembuluh arteri sehingga hal inilah dapat menghentikan aliran darah ke oto jantung. Pada sindrome koroner akut disebabkan oleh aterosklerosis dan berakhir pada kekuatan kontraksi otot jantung menurun dalam menyuplai darah.

Deskripsi Distribusi OTW

Tabel 6. Deskripsi Distribusi Orang

No	PJK	SKA
1	Insidensi penyakit jantung koroner lebih besar terjadi pada pria usia 65,8 Tahun dibandingkan wanita (70,4 tahun) dan dahulu PJK dianggap penyakit yang terutama menyerang pria,	Kelompok umur 56-65 tahun sebanyak 34 (42,5%), penderita Sindrome koroner akut dominan pada pria (77%), Sindrome koroner akut relatif tinggi terjadi pada populasi hipertensi (57,7%).

Berdasarkan tabel 6 diatas bahwa terlihat kedua penyakit ini lebih besar terjadi pada pria namun pada penyakit jantung koroner juga berpeluang terjadi pada wanita jika sudah masuk pada masa menopause. Namun pada penyakit sindrome koroner akut itu juga berpeluang pada wanita merokok/ penderita hipertensi. Penyakit ini akibat dari penumpukan plak yang ditemukan pada orang merokok dan tekanan darah tinggi.

Tabel 7. Deskripsi Distribusi Tempat

No	PJK	SKA
1	Di Indonesia Tahun 2018 terdapat 1,5% dan relatif banyak di Kalimantan Utara dengan 2,2%. Kematian dunia nomor satu akibat penyakit pembuluh darah dan penyakit jantung. Tahun 2016 17,9 juta diperkirakan meninggal akibat PJK. Di Amerika serita PJK menjadi kematian satu dari eam kematian. Banjarmasin Prevalensi PJK diagnosis dokter 0,4% dan gejala sebesar 0,8%.	SKA menjadi kematian nomor satu di dunia menyumbang 7,4 juta. Tahun 2016 kota Banjarmasin terjadi 87 kasus SKA. penderita penyakit jantung. Tahun 2017 (90) orang dan 2018 ada 101 untuk bulan Januari sampai Maret.

Berdasarkan pada tabel 7 diatas bahwa kedua penyakit ini sama-sama sebagai penyebab kematian di dunia. Penyakit ini tidak asing lagi dikalangan dunia dan indonesia karena penyakit ini

sudah pernah terjadi baik di dunia maupun di indoensia meskipu tidak semua tempat dijelajah oleh penyakit ini. Namun penyakit ini sudah diakui menjadi penyebab kematian di dunia.

Tabel 8. Deskripsi Distribusi Waktu

No	PJK	SKA
1	WHO memprediksi kematian diseluruh dunia meningkat 25 juta pada tahun 2030 akibat pembuluh darah dan penyakit jantung. Tahun 2013 dan 2018 penderita PJK di Indonesia sebesar 1,5%. Kalimantan Selatan berdasarkan diagnosis dokter 0,5% dan gejala 2,2% di Tahun 2013.	Tahun 2030 SKA diprediksi mencapai 23,3 Juta kematian. Kejadian SKA 87 kasus saat Tahun 2016. SKA terjadi 90 kasus Tahun 2017, Bulan Januari sampai Maret terdapat 101 penderita.

Pada tabel 8 diatas bahwa terlihat kedua penyakit ini setiap tahunnya terdapat penderitanya meskipun tidak dalam jumlah besar akan tetapi kedua penyakit ini mematikan karena penyakit ini menyerang pusat sentral di organ tubuh kita seperti jantung. Kedua penyakit ini erat kaitannya dengan penderita hipertensi karena jika tekanan darah relatif tinggi yang tidak normal dapat membuat jantung dan pembuluh darah tegang yang bisa beresiko terkena serangan jantung.

Kesimpulan

Dalam pandangan epidemiologi bahwa ada beberapa indikator yang membedakan anatra penyakit jantung koroner akut (PJKA) dengan sindrome koroner akut (SKA).

Daftar Pustaka

1. WHO. 2016. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Kemenkes, 2018, *Hasil Utama Riskesdas 2018*, Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
3. WHO, 2013. *Cardiovascular diseases (CVDs)*. (Serial Online).
4. Widiarti Lita. 2012. "Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Poliklinik Jantung RSUD Banyumas", *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan Medisains, Vol. X No. 1*, <http://medisains.ump.ac.id>, 1 April 2012.
5. Supriyono, M. 2008. Faktor-faktor yang Berpengaryh Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Kelompok Usia ≤ 45 Tahun. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
6. Yadi, A. Dwi H, A. dan Ridha, A. 2013. "Faktor Gaya Hidup dan Stress yang Beresiko terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Pasien Rawat Jalan". *Jurnal Mahasiswa dan Penelitian Kesehatan*. 87 – 101.
7. Majid, A. 2017. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
8. Nadianto. 2018. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Oral dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner di Poli Jantung RSUD Hardjono Ponorogo. (online), (<http://eprints.umpo.ac.id/3913/3/BAB%25202.pdf>) diakses pada 24 Juli 2020.
9. Pattel, C., 1998. *Petunjuk Praktis Mencegah dan mengobati Penyakit Jantung Koroner*, Gramedia, Jakarta.
10. Carson, Rose, Diane, Roux, Muntaner, & Wyatt. 2009. Employment status, coronary heart diseases, and stroke among woman. *Ann Epidemiol: 19(9): 630–636*. Viewed on January 5, 2011.
11. Kromhout, D., Bloemberg B, Feskens E, Menotti A, Nissinen A.2000, Saturated Fat, Vitamin C and Smoking predict long term population all-cause mortality rate in the seven Countries Study. *International Journal Of Epidemiology*.

12. IPD Badan Litbangkes, 2009, *Analisis Faktor Lingkungan dan Perilaku Sebagai Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner pada Masyarakat di Indonesia*, <http://digilib.litbang.depkes.go.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jkpkbppk-gdl-res2009-researcher-3205>, diakses tanggal 28 Agustus 2012.
13. Soeharto, I, 2002. *Kolesterol dan Lemak Jahat Kolesterol, Lemak baik dan proses Terjadinya serangan Jantung dan Stroke*, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama. Cetakan Kedua.
14. Rissanen, A. M., 1991. Determinants Of Weight gain and Overweight in adult Finns. *Eur J Clin Nutr*, 45: 419-430.
15. Bustam, M.N. 2002. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*, Rineka Cipta, Jakarta.
16. Husyaini, A. 2010. *Riwayat Alamiah Penyakit*.
17. Zhao M, Vaartjes I, Graham I, et al. 2017. Sex differences in risk factor management of coronary heart disease across three regions *Heart*;103:1587-1594.
18. Bare, G.B & Smeltzer, S.C.,. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC kedokteran.
19. Kavita S, Martha G. 2013. Coronary Artery Disease in Women: A Update, *Global Heart*, Volume 8, Issue 2, 2013, Pages 105-112, ISSN 2211-8160, <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2013.02.001>
20. Garcia, M., Mulvagh, S. L., Merz, C. N. B., Buring, J. E., & Manson, J. E. 2016. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circulation Research*, 118(8), 1273–1293. <http://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547>
21. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Liu Z, West R, Thompson DR, Taylor RS.2015. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD002902*.
22. Kementerian Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar*. 2013. <http://www.depkes.go.id>.
23. Supriono, M. 2008. Faktor-Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Kelompok Usia ≤ 45 Tahun. [http://eprints.undip.ac.id/18090/&ved=\)](http://eprints.undip.ac.id/18090/&ved=) diakses pada 24 Juli 2020.
24. Sanchis-Gomar, F, C Perez-Quilis, R Leischik, A Lucia. 2016 Epidemiology of Coronary Heart Disease and Acute Coronary Syndrome. NCBI. (online), ([http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958723/.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958723/)) diakses pada 24 Juli 2020.
25. Ramandityo, D. 2016. Hubungan hipertensi dengan keparahan penyakit jantung koroner berdasarkan Sullivan vessel score. (<http://repository.uinjkt.ac.id>) diakses pada 24 Juli 2020.
26. Rahmadiana, N. 2014. *Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Di RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2014*.
27. American Heart Association. 2012. *My Heart and Stroke News*. Coronary Artery Disease-The ABCS of CAD.
28. Indrawati, L. 2012. *Analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta*. Jakarta: Universitas Indonesia.
29. Handayani, S. 2013. *Gambaran Tindakan pencegahan sekunder pada klien penyakit jantung koroner*, Hal. 39–46.
30. Gofrit Aktif, Sheme J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Pencegahan Kuarter: Pandangan baru terhadap tantangan lama. *Isr Med Assoc J*. 2000;2 (7): 498-500.
31. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American heart assosiation. *Circulation*. 2014;129:e28-e292.
32. Cardiovascular Risk Factor. 2015. World Heart Federation.

33. Niluh, E.C. & et al. 2016. Gambaran Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Gagal Jantung yang Menjalani Rawat Inap di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Periode September-November, *Jurnal eClinic (eCL)*, Universitas Sam Ratu Langi Manado; Vol.4 (2).
34. Asikin.M., Nuralamsyah, M. & Susaldi. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardio Vaskular*, Jakarta, Erlangga.
35. Rosmiatin, M. 2012. *Analisis Faktor-Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Wanita Lanjut Usia di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*, Depok, FIK UI.
36. Faridah, E.N., Pangamenan, J.A. & Rampengan, S.H. 2016. *Gambaran Profil Lipid pada Penderita Sindrom Koroner Akut di RSUP. Prof.DR.R.D. Kandou Periode Januari-September 2015, Manado*, Universitas Sam Ratulangi Manado.
37. Indrawati, N.G.A., Mulyadi & Maykel, K. 2018. Hubungan Aktifitas Fisik dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof.Dr.R.D.Kandou Manado,*eJournal Keperawatan (e-Kp)*; Vol.6 (1): 1-7.
38. Pramadias, A.T., Fadil, M. & Mulyani, H. 2016. Hubungan Faktor Risiko Terhadap Kejadian Sindrom Koroner Akut pada Pasien Dewasa Muda di RSUP Dr. M. Djamil Padang, *Jurnal Kesehatan Andalas, FK UNAND*:330-34.
39. Budiman, Sihombing, R. & Pradina,P. 2015. Hubungan Dislipidemia, Hipertensi dan Diabetes Melitus dengan Kejadian Infark Miokard Akut, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*: 32-37.
40. Smith JN, Jenna MN, Megha BM, Emily MH, and Anthony JV. Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: An Evidence Based Update. *J Am Board Fam Med* 2015;28:283-293.