



PERAN DOKTER UMUM DALAM PERAWATAN PASIEN PASKA SINDROM KORONER AKUT: SUATU TINJAUAN PUSTAKA

Sidhi Laksono¹, Erina Imronikha²

¹Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular – Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka, Tangerang

²Fakultas Kedokteran, Universitas YARSI, Jl. Letjen Suprpto No.Kav. 13, RT.10/RW.5, Cemp. Putih Tim., Kec. Cemp. Putih, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10510

Corresponding Author: Sidhi Laksono, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, FK UHAMKA

Email: sidhilaksono@uhamka.ac.id

Received 23 Desember 2022; **Accepted** 27 Desember 2022; **Online Published** 17 Januari 2023

Abstrak

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan penyakit kardiovaskular yang menyebabkan kematian serta perawatan yang tinggi di Rumah Sakit. Pasien yang menderita SKA mendapatkan pengobatan meliputi farmakoterapi dan terapi reperfusi seperti intervensi koroner perkutan primer dan terapi fibronolitik. Setelah perawatan di rumah sakit, pasien melanjutkan perawatan paska SKA di rumah, terdapat beberapa kasus yang seringkali muncul seperti SKA yang berulang maupun resiko-resiko lain yang mengakibatkan pasien dirawat inap kembali. Untuk mendapatkan terapi yang maksimal salah satu faktor pendukung adalah pentingnya peran dokter umum dalam perawatan pasien paska Sindrom Koroner Akut. Artikel ini bertujuan untuk melihat peran dokter umum dalam perawatan paska SKA dengan metode penelitian berupa tinjauan pustaka

Keywords: Peran Dokter Umum; Perawatan Paska Sindrom Koroner Akut

PENDAHULUAN

Sindrom Koroner Akut merupakan penyakit kegawatdaruratan kardiovaskular dimana berkurangnya oksigen untuk sel jantung. Terapi yang akan diberikan berupa terapi reperfusi dan farmako.¹ Intervensi koroner perkutan primer merupakan salah satu terapi reperfusi.² Ditemukan bahwa pasien yang menjalani intervensi perkutan primer 4,7% dirawat

kembali dalam waktu 30 hari dan hampir setengahnya (2,1%) diklasifikasikan sebagai SKA berulang. Sehingga pasien harus menerima manajemen medis yang tepat dari faktor resiko koroner dan dukungan untuk menerapkan gaya hidup sehat serta keterlibatan tenaga profesional.³

Pada studi kohort kontemporer, ditemukan 1 dari 8 (12,2%) pasien memerlukan rawat inap ulang paska intervensi koroner perkutan primer.

Hal ini dibutuhkan follow-up yang baik oleh tenaga medis terutama dokter umum dilapangan.⁴

Menurut *European Society of Cardiology*, pedoman untuk terapi SKA berupa STEMI maupun Non-STEMI harus dengan strategi yang baik dalam perawatan rumah sakit maupun perawatan setelah di keluar dari rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk pencegahan sekunder. Terutama untuk hal tindak lanjut setelah keluar dari rumah sakit sering tidak optimal sedangkan resiko residual tetap ada. Hal ini bisa diakibatkan karena komunikasi antara dokter spesialis jantung dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat langsung dalam perawatan kardiovaskular rawat jalan seperti dokter umum, apoteker, perawat dan fisioterapis atau resiko perawatan lain yang dapat mempengaruhi system kardiovaskular (ahli bedah, ahli anastesi, ahli bedah gigi) serta ketersediaan obat dan pengetahuan antara tingkat tenaga profesional dan pasien.⁵

Berdasarkan pedoman berbasis bukti, tindak lanjut jangka panjang (*follow-up*) serta intervensi yang akan dilakukan secara komprehensif dapat mengurangi resiko terjadinya SKA berulang. Dan maka dari itu, peran dokter umum sangat krusial dalam keberhasilan terapi.⁵

Tabel 1. Surat Kepulangan Pasien

Nama RS
Nama Spesialis Jantung
Nama Dokter Umum
Nama Pasien
Umur

ISI

METODE PENELITIAN

Artikel ini merupakan tinjauan pustaka yang diambil 10 tahun terakhir dalam bentuk publikasi teks lengkap dari 21 pustaka yang berhubungan dengan peran dokter umum dalam perawatan pasien paska Sindrom Koroner Akut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dokter Umum

Dokter umum adalah suatu profesi tenaga medis yang menangani segala penyakit gejala umum.⁶ Dokter umum mempunyai peran penting dalam berkolaborasi dengan dokter spesialis, tenaga farmasi, fisioterapis maupun tenaga medis lain serta menjalin hubungan dengan pasien dan keluarganya untuk mencapai suatu keberhasilan terapi.⁷

Peran Dokter Umum - *Follow Up* Perawatan Pasien Paska SKA

Perawatan pasien paska SKA diawali setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit. Kepulangan pasien harus memenuhi standar. Dibawah ini tabel list informasi yang terdapat pada surat pemulangan pasien.⁵

Jenis Kelamin			
Tempat Tinggal			
Tanggal Kepulangan			
Diagnosis Terakhir			
Informasi Klinis			
Komorbiditas dan Faktor Resiko			
Nilai Troponin Rawat Inap			
LVEF Rawat Jalan			
Penyakit Pembuluh Darah			
Informasi PCI			
Tehnik			
Gambar (DICOM-DVD)			
Hasil			
Komplikasi selama PCI			
Jumlah arteri yang diterapi			
Jumlah stent yang dipasang			
Tipe Stent: BMS, DES atau BVS			
Pasien sudah diberikan materi edukasi (pencegahan, medikasi, pengenalan gejala, apa yang harus dilakukan apabila gejala muncul),			
Obat pulang			
DAPT	Nama Obat/Dosis	Rekomendasi Durasi	< 1 tahun / > 1 tahun
Resiko Perdarahan / Iskemik			
OAC			
B- Bloker			
<i>Lipid Lowering Therapy</i>			
ACE Inhibitor / ARBs			
ALT/ AST (Pedoman HAS Dislipidemia)			
Rekomendasi <i>Follow – Up</i>	Dokter Umum : 3 Bulan	Sp. Jantung: Bulan ke 1, 6, 12	

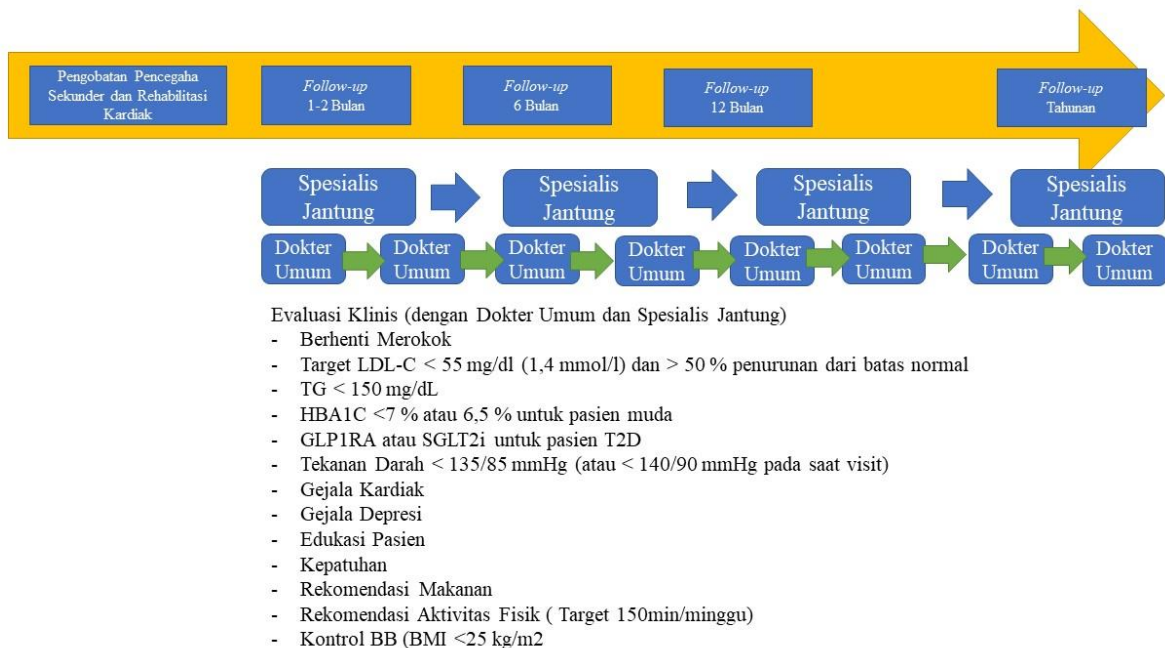
Tabel 2. Ceklis Pasien *Follow-Up*

Kategori	Target	Rekomendasi
Merokok	Berhenti merokok	-Konseling berhenti merokok -Penggantian Nikotin -Bupropion dan antidepresan
Detak Jantung	50-70 bpm	Menaikan dosis B-Bloker
Left Ventricular Function	N/A	N/A
Berat Badan	BMI <25 kg/m ²	Diet, nnutrisi dan pengontrolan BB
Diet	Diet Sehat dan Seimbang	
Lingkar Pinggang	<102 cm pada laki-laki dan < 88 cm pada perempuan	
Gaya Hidup	Olahraga >150 min/minggu	Dorongan untuk aktivitas, dengan rehabilitasi

Dislipidemia	<1.4 mmol/l (55 mg/dl) pada resiko tinggi, dengan penurunan >50% dari normal	Obat statin dosis tinggi Pertimbangkan obat <i>lipid-lowering therapy</i> Pertimbangkan terapi kombinasi
Glukosa Darah	HbA1c ,7%	<i>Glucose-lowering Therapy</i>
Tekanan Darah	<140/90 mmHg	Antihipertensi
Prevensi sekunder	Perhatian kepada semua tindakan preventif	Tambahan terapi Pertimbangkan rehabilitasi jantung
Gejala Klinis	Kesadaran akan gejala klinis akut yang muncul	Pemeriksaan setiap visit dilakukan dengan seksama
Depresi	Evaluasi dan terapi jika dibutuhkan	Pemeriksaan setiap visit dilakukan dengan seksama

Follow-up akan dilakukan secara bertahap. Menurut AFSSAP (*French National Health Agency*) pertemuan pertama *follow-up* dilakukan pada minggu 4-6 dan dilanjutkan

pada 4-6 minggu setelahnya. Hal ini harus dilengkapi dengan kunjungan *follow-up* dokter umum secara regular setiap 3 bulan sekali terutama jika ada masalah dari bagian lain.⁵



Gambar 1 Gambaran *Follow-Up* bertahap

Hasil dari *follow-up* pertama selama 1 sampai 6 bulan setelah mengalami ACS. Pasien akan ditinjau tentang kualitas hidupnya, menentukan pasien dapat kembali bekerja dan melakukan aktivitas sehari-hari. Pasienpun akan ditinjau

gejala baru setelah tindakan serta pasien akan dilakukan pemeriksaan penunjang untuk pertimbangan obat yang sesuai dengan pasien tersebut. Selanjutnya, hasil dari *follow-up* selama bulan ke 6 dan 12, resiko iskemik dan

perdarahan akan ditinjau ulang untuk menilai durasi pengobatan.⁵ Hasil *follow-up* kedua selama 6 sampai 12 bulan mendatang melihat apakah ada faktor resiko yang muncul.⁸ Pasien juga akan dilakukan pemeriksaan penunjang yang lebih dalam seperti *ischemic tests*.⁵

Kunjungan follow-up secara berkala dapat menurunkan angka mortalitas dan masuk kembalinya pasien ke rumah sakit dengan penyakit jantung iskemik. Hasil dari penelitian menunjukkan pentingnya jadwal follow-up dokter umum untuk pencegahan penyakit sekunder.⁹

Peran Dokter Umum - Edukasi

STEMI ACCF/AHA 2013 merekomendasikan agar pasien menerima intervensi Pendidikan berupa edukasi. Edukasi dilakukan oleh dokter umum kepada pasien beserta keluarga pasien secara detail.¹⁰ Edukasi terkait dengan penyakitnya, faktor resiko beserta pencegahan faktor resiko, perjalanan penyakit, gejala-gejala yang bisa berulang, rencana terapi dan yang paling penting perawatan pasien pas SKA.⁵

Informasi dan dukungan untuk modifikasi gaya hidup seperti berhenti merokok, modifikasi pola makan dan aktivitas fisik juga harus diberikan kepada pasien.¹¹

Peran Dokter Umum – Perawatan Transisi

Baik spesialis Jantung maupun dokter umum memainkan peran penting dalam tindak lanjut perawatan paska SKA. Mereka akan saling berkolaborasi untuk melakukan penilaian ulang resiko iskemik dan perdarahan secara teratur, kepatuhan pengobatan, pengelolaan efek samping reaksi, penyakit komorbid, manajemen faktor resiko, rencana tahap lanjut keputusan medis.⁵

Selain itu, dokter umum merupakan ahli yang akan pertama kali menangani gejala pasien dan bertanggung jawab dalam perkembangan penyakit pasien. Dengan demikian, adanya kebutuhan untuk meningkatkan kolaborasi dan komunikasi serta berbagi rekam medis pasien.⁵

Peran Dokter Umum – Obat Paska SKA

Pasien harus diresepkan obat sesuai pedoman terapi.¹¹ Pemahaman dan kemampuan untuk mematuhi pengobatan harus ditinjau oleh tenaga kesehatan. Konseling paska pulang perawatan oleh dokter umum dapat meningkatkan pengetahuan pasien mengenai obat.¹²

Tabel 3 Terapi sekunder pada pasien ACS

Kategori Obat	Terapi	Tingkat
Antiplatelet	Jika tidak ada kontraindikasi, Terapi dengan Aspirin dosis rendah (75-100 mg/hari)	IA
	Clopidogrel pada pasien intoleran Aspirin	IB

	Jika tidak ada kontraindikasi, DAPT (Aspirin + Inhibitor P2Y12, pada pasien dengan PCI	IA
	DAPT sampai 12 bulan (kecuali jika muncul kontraindikasi)	IC
	Penambahan Inhibitor P2Y12 pada Aspirin lebih dari 1 tahun setelah asesmen pasien dengan resiko iskemik dan perdarahan	IIB
	DAPT sampai 1 tahun pada pasien tanpa stent	IIA
	Pada pasien dengan indikasi yang jelas, OAC (VKA atau NOAC) pada pasien dengan terapi antiplatelet NOAC	IC
OAC	DOAC lebih direkomendasikan. Durasi DAPT diminimalkan untuk mengurangi resiko perdarahan (7 Hari)	IC
Inhibitor SGLT2	Gagal jantung dengan pengurangan fraksi ejeksi (HFrEF), Diabetes dan Gagal Ginjal Kronik	
Inhibitor ACE atau ARB	ARB sebagai alternatif inhibitor ACE pada pasien gagal jantung atau disfungsi sistolik jantung kiri, pasien intoleran inhibitor ACE	IB
	Semua pasien tanpa kontraindikasi	IIaB
Vericiguat	Pasien dengan gagal jantung kiri (LVEF \leq 40%)	IA
<i>Lipid Lowering Teraphy</i>	Inisiasi dengan Statin dosis tinggi pada pasien tanpa kontraindikasi atau Riwayat intoleran tanpa melihat nilai kolesterol	IA
	Penambahan LLT pada golongan Statin jika LDL-C target tidak tercapai (<1.4 mmol/l (55 mg/dl) dengan dosis Statin tertinggi	IIaA
	Jika LDL-C target tidak tercapai dengan toleransi tertinggi dari Statin dan ezetimib, inhibitor PCSK9 direkomendasikan diatas LLT; atau tunggal ataupun kombinasi dengan ezetimib pada pasien statin intoleran	IA
	Pasien paska SKA dengan (1) Resiko kardiovaskular yang besar, (2) Hiperkolestremia familial, (3) Batas	IIbC

	konsentrasi LDL-C yang mencegah target dari dosis statin, kombinasi dengan ezetimib dapat direkomendasikan	
	NSTEMI – SKA [2] Rekomendasi	STEMI [1] Rekomendasi
Ticagelor (90 mg bid)	Resiko sedang sampai tinggikardiovaskular tanpa kontraindikasi, tanpa terapi inisiasi dan termasuk yang mendapatkan clopidogrel (IB)	Ticagelor lebih direkomendasikan dari Clopidogrel (IA)
Prasugrel (10 mg (5 mg pada pasien < 60 kg)	Pasien yang direncanakan PCI (IB) tanpa kontraindikasi Tidak direkomendasikan untuk pasien dengan anatomi pembuluh darah koroner yang tidak diketahui (IIB)	Prasugrel lebih direkomendasikan dari Clopidogrel (IA)
Clopidogrel (75 mg)	Pasien yang tidak dapat mendapatkan Ticagelor atau Prasugrel atau yang mendapatkan OAC (IB)	Lebih diutamakan Ketika Prasugrel dan Ticagelor tidak ada atau kontraindikasi (IC)

Pedoman ESC 2017 dan 2020 merekomendasikan bahwa pasien ACS harus menerima DAPT (Aspirin dan inhibitor P2Y12. Saat ini, terapi DAPT 12 bulan dianggap sebagai strategi yang sesuai. Obat Ticagelor dan Clopidogrel juga direkomendasikan untuk semua tipe ACS. Namun jika terdapat riwayat stroke dan pasien yg tidak bisa mendapatkan clopidogrel dapat diberikan prasugrel.⁵

Terapi antiplatelet ganda mengurangi tingkat kejadian kardiovaskular pada pasien dengan SKA. Kombinasi spesifik dan durasi terapi harus didasarkan pada resiko perdarahan pasien.¹³

Berdasarkan pedoman, terapi inisial semua pasien ACS tanpa kontraindikasi diberikan dosis tinggi statin (atorvastatin 40-80 mg dan rosuvastatin 20-40 mg).⁵ Terdapat 3 terapi baru berupa penghambat PCSK9, ASO ApoB dan penghambat MTTP untuk menurunkan kadar LDL-C dan apoB plasma yang tinggi.¹⁴

Peran Dokter Umum – Kepatuhan Pengobatan Pasien

Terdapat beberapa faktor yang menghambat kepatuhan pengobatan pasien, diantaranya, Riwayat pengobatan yang tidak lengkap dan akurat ketika awal masuk pasien, perubahan obat selama masuk yang tidak komprehensif, instruksi kepatuhan yang di komunikasikan

dengan buruk, kurangnya pemahaman tentang isi ulang obat serta faktor internal pasien seperti kesulitan keuangan pasien.¹⁵ Dokter umum dan tenaga Kesehatan yang lainnya memegang peranan penting dengan cara memastikan bahwa pasien mendapatkan pengobatan dengan tepat sesuai jadwal, pasien mempunyai tanggung jawab yang jelas oleh dirinya atau masukan positif tentang asuransi kesehatan, pasien dan keluarga menerima konseling pemulangan secara detail.⁹

Komunikasi yang terbuka antara pasien dan dokter umum serta semua tenaga kesehatan yang terlibat sangat berdampak positif dalam perawatan pasien paska SKA.¹⁵

Peran Dokter Umum – Memastikan Kesenambungan Perawatan Paska SKA

Peran dokter umum dalam memastikan kesinambungan perawatan pasien paska SKA adalah dengan membantu membuat jadwal pasien untuk *follow-up*. Kunjungan dokter umum secara teratur juga membantu dalam kepatuhan pasien jangka panjang.¹⁵

Peran Dokter Umum – Membuat Rujukan dan Solusi Rehabilitasi Jantung

Sesuai dengan pedoman rehabilitasi jantung 2018, ACA/AHA merekomendasikan untuk membuat rujukan semua pasien yang memenuhi persyaratan rawat jalan untuk mengikuti program rehabilitasi jantung secara komprehensif.¹⁶ Rehabilitasi ini sebaiknya dilakukan sebelum keluar dari rumah sakit atau selama kunjungan rawat jalan pertama untuk

meningkatkan kualitas hidup pasien dan menurunkan resiko kejadian. Tim rehabilitasi jantung umumnya termasuk spesialis jantung, perawat jantung, terapis fisik, ahli diet, psikolog, spesialis olahraga dan terapi okupasi. Tim ini harus aktif terlibat dan berkomunikasi secara efektif dengan dokter umum.^{15,20}

Ada beberapa hambatan untuk mengikuti rehabilitasi jantung termasuk kurangnya rujukan, rendahnya tingkat kepatuhan, kesulitan keuangan terkait asuransi, masalah transportasi dan kurangnya koordinasi antara dokter rawat inap dan rawat jalan. Sehingga disini peran dokter umum untuk membantu solusi tersebut juga dibutuhkan.¹⁵

Peran Dokter Umum – Diagnosis Banding Penyakit Lain

Jika pasien mengalami beberapa keluhan, peran dokter umum adalah untuk mempertimbangkan beberapa diagnosis banding dan melakukan tindakan rencana terapi.¹⁷ Seperti halnya pada pasien yang mengalami keluhan lesu yang persisten paska SKA, dokter umum harus mempertimbangkan beberapa diagnosis termasuk depresi, hipotensi, hipovolemi atau efek samping obat.^{18,19}

KESIMPULAN

Dokter umum mempunyai peran penting dalam perawatan pasien paska SKA untuk melakukan follow-up, edukasi, perawatan transisi, pemilihan obat paska SKA, kepatuhan pengobatan pasien, memastikan kesinambungan perawatan pasien SKA, membuat rujukan dan rehabilitasi jantung pasien serta memikirkan diagnosis banding penyakit lain. Sehingga,

diharapkan dokter umum dapat melakukan peran tersebut agar pasien dapat melalui pengobatan paska SKA dengan optimal.

REFERENSI

1. Bermark BA, Mathenge N, Merlini PA, et al. Acute Coronary Syndrome. PubMed Central. 2022 ; 399 (10332):1347-1358.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018; 39 : 119-77.
3. Bhagwat MM, Woods JA, Dronavalli M, Hamilton SJ, et al. Evidence-based interventions in primary care following acute coronary syndrome in Australia and New Zealand: a systematic scoping review. *BMC Cardiovascular Disorder*. 2016; 16 : 214.
4. Yudi MB, Clark DJ, Farouque O, Andrianopulos N, Ajani AE, et al. Trends and predictors of recurrent acute coronary syndrome hospitalizations and unplanned revascularization after index acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal*. 2019 ; 212: 134
5. Sabouret P, Lemesle G, Bellemain-Appaix A, Aubry P, et al. Post-discharge and long-term follow-up after an acute coronary syndrome: International Collaborative Group of CNCF position paper. *Arch Med Sci*. 2022 ; 18 (4): 839–854.
6. Last JM, dkk. The Iceberg: ‘Completing the clinical picture’ in general practice. School of Public Health and Tropical Medicine, University of Sydney, Australia. 2013 ; 42 : 1608–1613
7. Sietske, Molleman GRM, Kujipers A, Sande RVD, Fransen GAJ, et al. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. *BMC Primary Care*. 2018 ; 40
8. Mehran R, Baber U, Steg PG, et al. Cessation of dual antiplatelet treatment and cardiac events after percutaneous coronary intervention (PARIS): 2 years results from a prospective observational study. *Lancet*. 2013 ; 382 : 1714-22.
9. Einarsdottir K, Preen DB, Emery JD, Holman DJ, et al. Regular Primary Care Plays a Significant Role in Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease in a Western Australian Cohort. *PubMed*. 2013. 26 (10) : 1092–1093

10. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *AHA Journal*. 2013 ; 61 (4) : e78–e140.
11. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis R G, et al. (2014). AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014 ; 64 (24) : e139–e228.
12. Bell SP, Schnipper JL, Goggins K, et al. Effect of pharmacist counseling intervention on health care utilization following hospital discharge: a randomized control trial. *PubMed*. 2016 ; 31(5) :470–477.
13. Kamran H, Jneid H, et al. Oral Antiplatelet Therapy After Acute Coronary Syndrome: A Review. *Pubmed*. 2021 ; 15 :1545-1555.
14. Sahebkar A, et al. New LDL-Cholesterol Lowering Therapies: Pharmacology, Clinical Trials, and Relevance to Acute Coronary Syndromes. *Elsevier*. 2013 ; 35: 1082-1098.
15. Goldman JD, Harte FM. Transition of care to prevent recurrence after acute coronary syndrome: the critical role of the primary care provider and pharmacist. *Postgraduated Medicine*. 2020 ; 5: 426 – 432.
16. Thomas RJ, Balady G, Banka G, et al. ACC/AHA clinical performance and quality measures for cardiac rehabilitation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on performance measures. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018 ; 1814-1837.
17. Mckelvie S, Moore A, Croxson C, et al. Challenges and strategies for general practitioners diagnosing serious infections in older adults: A UK qualitative interview study. *BMC Family Practice*. 20. 2019 ; 56
18. Vickery A, Thompson PL. Eight challenges faced by general practitioners caring for patients after an acute coronary syndrome. *The Medical Journal of Australi*. 2014.

19. Villanueva TGR, Humber D, Liberman J, et al. A guide for effective quality improvement: improving acute coronary syndrome care for hospitalized patients. 2019.

20. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. PubMed. 2020 ; 42 : 1289-367

21. Grol SM, Molleman GRM, Sande RVD, Fransen GAJ, et al. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. BMC Primary Care. 2018 ; 40.

