

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan istilah yang untuk gejala klinis yang berhubungan dengan iskemik miokardial akut yang dihasilkan dari ketidakseimbangan antara kebutuhan dan ketersediaan oksigen miokardial (Spinler, 2008). Pada sebagian besar pasien, keadaan ini dapat disebabkan oleh adanya aterosklerosis pada arteri koroner. Keadaan ini dapat terjadi karena adanya *rupture* plak aterosklerosis yang akan memicu terjadinya trombosis yang menyumbat aliran darah arteri koronaria sehingga ketersediaan darah yang kaya nutrisi tidak mencukupi (Jaffe, 2002).

Menurut WHO 2008, penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian terbesar dari seluruh kematian yang disebabkan penyakit jantung (sekitar 45% dari semua penyakit jantung) sebesar 7,2 juta orang meninggal setiap tahun atau 12% dari kematian dunia. Pada tahun 2008, sebanyak 88.000 orang meninggal atau 12% dari total kematian di Inggris disebabkan karena penyakit jantung koroner (Beltrame, 2012).

Sindrom koroner akut merupakan salah satu bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dan saat ini telah menempati angka prevalensi 7,2 % pada tahun 2007 di Indonesia (data Riskesdas 2007). Walaupun angka prevalensi PJK tidak setinggi penyakit lain seperti penyakit infeksi, PJK masih dianggap sebagai penyumbang angka kematian tertinggi di Indonesia. Hasil dari Jakarta *cardiovascular study* pada tahun 2008 mencatat prevalensi infark miokard pada wanita mencapai 4,12% dan 7,6% pada pria, atau 5,29 secara keseluruhan.

Angka tersebut jauh di atas prevalensi infark miokard pada tahun 2000, yakni hanya 1,2% saja. Hal ini mendukung hasil survei Departemen Kesehatan RI yang menunjukkan bahwa prevalensi PJK di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun (Melati, 2008).

Sindrom Koroner Akut disebabkan oleh adanya bentukan trombus pada arteri koroner. Terjadinya ruptur plak aterosklerosis akan mengaktifasi pembentukan dan agregasi platelet, inisiasi faktor koagulasi, dan pembentukan trombin sehingga membentuk trombus. Penggunaan terapi antitrombotik seperti antikoagulan dan antiplatelet merupakan faktor penting untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien SKA (Bassand, 2013).

Agen antikoagulan digunakan sebagai terapi reperfusi tambahan disamping fibrinolitik. Adanya keterbatasan dalam terapi fibrinolitik seperti ketidaksempurnaan reperfusi dan terjadinya reoklusi arteri koroner, menyebabkan antikoagulan digunakan sebagai terapi tambahan untuk mencegah terjadinya reoklusi koroner dan reinfark. Dalam percobaan *The Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction* (TAMI), Ohman *et al* melaporkan terdapat hubungan antara terjadinya reoklusi koroner yang terjadi setelah penggunaan fibrinolitik dengan peningkatan mortalitas pada pasien CHD. Dengan adanya regimen terapi antitrombotik, *post-fibrinolytic reinfarction rate* dapat menurun sebanyak 6% (Jolicoeur dan Granger, 2008).

Pada penelitian ini studi penggunaan obat pada terapi SKA difokuskan pada penggunaan antikoagulan yang memiliki peran penting dalam koagulasi darah (*blood clotting*) dimana *clot* akan menghambat aliran darah ke jantung.