1. Tindakan untuk diagnosa PJK

Hasil observasi yaitu wawancara dengan Dokter spesialis Jantung Koroner yaitu:

a. Dr. Hariadi H, SpPD, SpJP (K) dari RS. Dr. Sardjito Yogyakarta

b Dr. Budi Yuli, SpPD, SpJp (K) dari RS. Dr. Sardjito Yogyakarta

Memberikan kesimpulan bahwa tingkat resiko penyakit Jantung Koroner dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu JK Ringan, JK Sedang, dan JK Berat, sedangkan untuk terapi yang dibutuhkan juga diklasifikasikan berdasarkan tingkatan penyakit Jantung Koroner, yaitu:

Tabel 3.6 Klasifikasi tindakan berdasarkan tingkat resiko PJK

|  |  |
| --- | --- |
| Tingkat resiko PJK | Tindakan |
| JK Ringan | Terapi gaya hidup |
| JK Sedang | Tindakan Noninfasif dan Terapi gaya hidup |
| JK Berat | Tindakan infasif dan Terapi gaya hidup |

1. Terapi Gaya hidup
2. Diet

* Makan cukup buah dan sayuran, sehingga akan mencukupi kebutuhan serat, vitamin dan mineral. Serat sangat bermanfaat untuk menurunkan kadar kolesterol.
* Makan rendah lemak.
* Kurangi asupan garam. Hindari makanan yang diawetkan.
* Hindari makan camilan-selain buah-buahan (sebagai sisipan antara makan pagi dan siang, dan sisipan antara makan siang dan malam).
* Tidak menambah gual sebagai pemanis dan hindari makanan padat kalori, seperti kue-kue dan makanan gorengan atau berlemak.

1. Aktifitas fisik dan olah raga

Fungsi olahraga antara lain membuang kelebihan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh, menghancurkan kandungan lemak dan memperbaiki metabolisme. Aktifitas fisik adalah segala gerakan tubuh yang melibatkan gerakan otot, sehingga terjadi penggunaan energi oleh otot dan otot jantung berkontraksi untuk memenuhi suplai oksigen ke berbagai jaringan (termasuk jaringan otot jantung). Aktifitas fisik dapat berupa: aktifitas kerja, aktifitas rumah, olah raga jadi, olah raga dengan aktifitas fisik yang lainnya adalah: olah raga dilakukan secara 3 tahap, yaitu tahap pemanasan sekitar 10 menit, tahap latihan sekitar 20-60 menit, dan tahap pendinginan sekitar 10 menit.

1. Berhenti merokok

Nikotin dalam asap rokok dapat merangsang hormon adrenalin yang bisa mengganggu metabolisme lemak. Proses ini bisa mengakibatkan darah lebih kental sehingga memudahkan timbulnya plak dan menghambat aliran darah.

1. Kendalikan stres

Stres membutuhkan seluruh jaringan tubuh kerja ekstra, termasuk jantung. Stres juga merangsang pembentukan adrenalin yang bisa berpengaruh buruk pada pembuluh jantung.

1. Tindakan non infasif yaitu obat-obatan untuk JK ringan dan sedang, hanya saja jika ada prognosis/ penakit penyerta lainnya maka obat maupun terapi bisa bertambah (muchid, 20006).
2. Aspirin dan Klopidogrel.

Jika aspirin intoleransi dan klopidogrel tidak dapat digunakan, gunakan:

1. Ticlopidine
2. Nitrat
3. Tablet sublingual atau spray atau IV (Kontraindikasi pada pasien yang menerima sildenafil dalam 24 jam ke belakang. Gunakan dengan perhatian pada pasien dengan gagal RV).
4. β-bloker oral (jika tidak kontraindikasi)
5. Antagonis kalsium non-dihidropiridin jika sukar untuk meneruskan pengobatan yang terdahulu.
6. Senyawa penurun lipid

* Inhibitor HMG-CoA reduktase dan diet LDL-c> 2.6 mmol/L (100 mg/dL) dimulai dalam 24-96 jam setelah masuk RS. Dilanjutkan pada saat keluar RS
* Fibrat atau niasin jika HDL-c < 1 mmol/L (40 mg/dL) muncul sendiri atau dalam kombinasi dengan obnormalitas lipid lain

1. Heparin (tidak dilanjutkan jika diagnosa enzim kardiak sekunder normal) test stress direkomendasikan meskipun selama berada di RS atau dalam 72 jam
2. Tindakan Infasif yaitu tindakan yang memerlukan penangganan lebih lanjut dengan Dokter Spesialis Jantung (Muchid, 2006)

Pengobatan sakit Iskemia:

1. Nitrat

* Tablet sublingual atau spray(max 3 dosis)
* Jika sakit tidak berkurang, lanjutkan dengan pemakaian IV
* Nitrogliserin IV lazimnya diganti dengan nitrat oral dalam 24 jam periode bebas sakit
* Regimen dosis oral seharusnya memiliki interval bebas nitrat untuk mencegah berkembangnya toleransi.
* Kontraindikasi pada pasien yang menerima sildenafil dalam 24 jam yang lalu.
* Gunakan dengan perhatian pada pasien dengan gagal RV

1. β-bloker

* direkomendasikan jika tidak ada kontraindikasi
* jika sakit dada berlanjut, gunakan dosis pertama IV yang diikuti dengan tablet oral
* semua β-bloker itu keefektifannya sama, tetapi β-bloker tanpa aktivitas simpatomimetik
* intrinsik lebih disukai

1. Morfin sulfat

* Direkomendasikan jika sakit tidak kurang dengan terapi anti iskemia yang cukup dan jika terdapat kongesti pulmonary atau agitasi parah
* Dapat digunakan dengan nitrat selama tekanan darah dimonitor
* 1-5 mg IV setiap 5-30 menit jika diperlukan
* Perlu diberikan juga obat anti muntah
* Penggunaan disertai perhatian jika terjadi hipotensi pada penggunaan awal nitrat

Pilihan pengobatan lain untuk Iskemia:

1. Antagonis Kalsium

* Dapat digunakan ketika β-bloker kontra indikasi (verapamil dan diltiazem lebih disukai)
* Antagonis kalsium dihidropiridin dapat digunakan pada pasien yang sulit sembuh hanya setelah gagal menggunakan nitrat dan β-bloker

1. Inhibitor ACE

* Diindikasikan pada hipertensi yang tetap (walaupun sedang menjalani pengobatan dengan nitrat dan β-bloker ), disfungsi sistolik LV, CHF.

1. Terapi Antiplatelet dan Antikoagulan

* Esensial untuk memodifikasi proses penyakit dan kemungkinan perkembangannya menuju kematian, MI atau MI berulang.

1. Aspirin dan Klopidogrel

* Sebaiknya diinisiasi dengan baik.

Untuk pasien intoleransi aspirin dan ketika klopidogrel tidak dapat digunakan:

1. Heparin

* Heparin bobot molekul rendah (LMWH = low molecular weight heparin) secara subkutan atau heparin tidak terfraksinasi (UFH = unfractioned heparin) secara IV dapat ditambahkan sebagai terapi antiplatelet.

1. Antagonis GP Iib/IIIa

* Penggunaannya direkomendasikan sebagai tambahan aspirin dan UFH pada pasien dengan iskemia berlanjut atau dengan risiko tinggi lainnya dan untuk pasien yang intervensi koroner percutaneous direncanankan.

1. Modifikasi risiko

Senyawa menurun lipid.

* Inhibitor HMG-CoA reduktase dan diet untuk LDL-c> 2,6 mmol/L (100mg/dL) dimulai dengan 24-96 jam setelah masuk RS Diteruskan saat keluar RS.
* Fibrat atau niasin jika HDL-c < 1 mmol/L (40 mg/dL) muncul sendiri atau kombinasi dengan abnormalitas lipid lain.