

IMA

(Infark Miokard Akuta)

OLEH:

FRANSISCA SYLVANA S.KED

(00700037)

GABRIELA DA C.M. S.KED

(01700247)

Disusun untuk melaksanakan tugas kepaniteraan klinik di UPF
Ilmu Penyakit Dalam.
RSUD dr.Moh.Saleh Probolinggo

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS WIJAYA KUSUMA SURABAYA
2005

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan YME karena berkat rahmatNya kami dapat menyelesaikan makalah Dengan judul 'Infark Miokard Akuta'.

Adapun makalah ini disusun untuk memenuhi tugas penunjang pada kepaniteraan klinik di SMF Ilmu Penyakit Dalam RSUD dr.Moh.Saleh Probolinggo.

Pada kesempatan ini pula penyusun menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada dr.Moh.Taufik,Sp.PD selaku pembimbing kami. Penyusun menyadari bahwa dalam penusunan makalah masih banyak terdapat kekurangan,maka segala kritik dan saran membangun dari para pembaca sangat kami harapkan demi kesempurnaan makalah ini.

Akhir kata penyusun mengucapkan terimakasih,semoga makalah ini bermanfaat bagi kita semua.

Probolinggo,Agustus 2005

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I : PENDAHULUAN

BAB II : ISI

II.1 Definisi

II.2 Etiologi

II.3 Patofisiologi

II.4Gejala Klinis

II.5 Diagnosa

II.6 Diagnosa Banding

II.7 Penatalaksanaan

II.8 Prognosa

II.9 Komplikasi

BAB III : KESIMPULAN

DAFTAR PUSTAKA

BAB I PENDAHULUAN

Infark miokard biasanya disebabkan oleh trombus arteri koroner. Terjadinya trombus disebabkan oleh ruptur plak yang kemudian diikuti oleh pembentukan trombus dan trombosit. Lokasi dan luasnya miokard infark tergantung pada arteri yang oklusi dan aliran darah kolateral. Oklusi arteri koronaria bisa juga tidak sampai menimbulkan infark bila daerah yang diperdarahi arteri yang oklusi tersebut mendapat pasok oleh kolateral pembuluh arteri lainnya.

Namun demikian penderita dengan IMA hendaknya segera mendapat pertolongan oleh karena angka kematian sangat tinggi, terutama dalam jam-jam pertama serangan. Adapun faktor-faktor yang mempermudah terjadinya IMA antara lain: merokok, hipertensi, obesitas.

Di Indonesia sejak sepuluh tahun terakhir IMA lebih sering ditemukan, apalagi dengan adanya fasilitas diagnostic dan unit-unit perawatan penyakit jantung koroner yang semakin tersebar merata. Kemajuan dalam pengobatan IMA di unit perawatan jantung koroner intensif berhasil menurunkan angka kematian IMA.

BAB II

II.1 Definisi

Infark Miokard Akut adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung yang terganggu. Hal ini bisa disebabkan trombus arteri koroner oleh ruptur plak yang dipermudah terjadinya oleh faktor-faktor seperti hipertensi, merokok dan hiperkolesterolemia.

II.2 Etiologi

Terjadinya Infark Miokard Akut biasanya dikarenakan aterosklerosis pembuluh darah koroner. Nekrosis miokard akut terjadi akibat penyumbatan total arteri koronaria oleh trombus yang terbentuk pada plak aterosklerosis yang tidak stabil. Juga sering mengikuti ruptur plak pada arteri koroner dengan stenosis ringan. Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya IMA antara lain: merokok, hipertensi, obesitas, hiperkolesterolemia, Diabetes Mellitus, kepribadian yang neurotik.

II.3 Patofisiologi

Infark Miokard yang disebabkan trombus arteri koroner dapat mengenai endokardium sampai epikardium, disebut infark transmural. Namun bisa juga hanya mengenai daerah subendokardial, disebut infark subendokardial. Setelah 20 menit terjadinya sumbatan, infark sudah dapat terjadi pada subendokardium, dan bila berlanjut terus rata-rata dalam 4 jam telah terjadi infark transmural. Kerusakan miokard ini dari endokardium ke epikardium menjadi komplisit dan ireversibel dalam 3-4 jam. Meskipun nekrosis miokard sudah komplisit, proses *remodeling* miokard yang mengalami *injury* terus berlanjut sampai beberapa minggu atau bulan karena daerah infark meluas dan daerah non infark mengalami dilatasi.

II.4 Gejala Klinis

Keluhan utama adalah sakit dada yang terutama dirasakan di daerah sternum, bisa menjalar ke dada kiri atau kanan, ke rahang, ke bahu kiri dan kanan dan pada lengan. Penderita melukiskan seperti tertekan, terhimpit, diremas-remas atau kadang hanya sebagai rasa tidak enak di dada. Walau sifatnya dapat ringan, tapi rasa sakit itu biasanya berlangsung lebih dari setengah jam. Jarang ada hubungannya dengan aktifitas serta tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitrat. Pada sejumlah penderita dapat timbul berbagai penyulit: aritmia, renjatan kardiogenik, gagal jantung.

II.5 Diagnosis

A. Anamnesis

Adanya nyeri dada yang lamanya lebih dari 30 menit di daerah prekordial, retrosternal dan menjalar ke lengan kiri, lengan kanan dan ke belakang interskapuler. Rasa nyeri seperti dicekam, diremas-remas, tertindih benda padat, tertusuk pisau atau seperti terbakar. Kadang-kadang rasa nyeri tidak ada dan penderita hanya mengeluh lemah, banyak keringat, pusing, palpitasi, dan perasaan akan mati.

B. Pemeriksaan fisik

Penderita nampak sakit, muka pucat, kulit basah dan dingin. Tekanan darah bisa tinggi, normal atau rendah. Dapat ditemui bunyi jantung kedua yang pecah paradoksial, irama gallop. Kadang-kadang ditemukan pulsasi diskinetik yang tampak atau teraba di dinding dada pada IMA inferior.

C. EKG

Pada EKG terdapat gambaran gelombang Q yang patologis serta perubahan segmen ST-T dimana terdapat ST elevasi, ST depresi, dan T terbalik. (Lihat gambar)

D. Pemeriksaan laboratorium

Adanya peningkatan enzim SGOT, CPK, LDH. (Lihat gambar)
Apabila terdapat 3 dari 4 gejala tersebut di atas maka diagnose dari IMA dapat ditegakkan.

II.6 Diagnose Banding

1. Angina Pectoris tidak stabil/insufisiensi koroner akut.

Pada kondisi ini angina dapat berlangsung lama tetapi EKG hanya memperlihatkan depresi segmen ST tanpa disertai gelombang Q yang patologis dan tanpa disertai peningkatan enzim.

2. Diseksi aorta.

Nyeri dada disini umumnya amat hebat dapat menjalar ke perut dan punggung. nadi perifer dapat asimetris dan dapat ditemukan bising diastolik dini di parasternal kiri. Pada foto rontgen dada tampak pelebaran mediastinum.

3. Kelainan saluran cerna bagian atas (Hernia diafragmatika, esofagitis refluks).

Nyeri berkaitan dengan makanan dan cenderung timbul pada waktu tidur. Kadang-kadang ditemukan EKG non spesifik.

4. Kelainan lokal dinding dada.

Nyeri umumnya setempat, bertambah dengan tekanan atau perubahan posisi tubuh.

5. Kompresi saraf (terutama C-8).

Nyeri terdapat pada distribusi saraf tersebut.

6. Kelainan intra abdominal.

Kelainan akut atau pankreatitis tanpa menyerupai IMA.

II.7 Penatalaksanaan

Pengobatan ditujukan untuk sedapat mungkin memperbaiki kembali aliran pembuluh koroner sehingga reperfusi dapat mencegah kerusakan miokard lebih lanjut serta mencegah kematian mendadak dengan memantau dan mengobati aritmia maligna. Adanya obat-obat trombolisis yang dapat diberikan sebelum dibawa ke rumah sakit, dapat menurunkan angka kematian sebesar 40%. Obat yang dipakai ialah streptokinase dengan cara pemberian: 1,5 juta unit streptokinase dilarutkan dalam 100 ml dekstrosa, diberikan intravena selama 1 jam.

Perawatan IMA antara lain:

1. Perawatan intensif dan mobilisasi.

Penderita beristirahat dan diberikan diet makanan lunak serta jangan terlalu panas atau dingin. Bila perlu diberikan obat-obat penenang.

2. Mengatasi nyeri.

Obat pilihan untuk nyeri pada IMA adalah morphine dosis 5 mg i.v., bila tidak ada dapat diganti meperidine dengan dosis 75 mg i.m. Preparat nitrat sub-lingual atau oral.

3. Pemberian O₂.

Untuk sedikit menambah oksigenasi miokard.

II.8 Prognosis

Pada 25% episode IMA kematian terjadi mendadak dalam beberapa menit setelah serangan, karena itu banyak yang tidak sampai ke rumah sakit. Mortalitas keseluruhan 15-30%. Risiko kematian tergantung pada faktor: usia penderita, riwayat penyakit jantung koroner, adanya penyakit lain-lain dan luasnya infark. Mortalitas serangan akut naik dengan meningkatnya umur. Kematian kira-kira 10-20% pada usia dibawah 50 tahun dan 20% pada usia lanjut.

II.9 Komplikasi

1. Trombo-embolisme
2. Perikarditis
3. Aneurisma ventrikel
4. Renjatan kardiogenik
5. Bradikardia sinus
6. Fibrilasi atrium
7. Gagal jantung

BAB III KESIMPULAN

1. Infark Miokard Akuta ialah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung yang terganggu. Hal ini bisa disebabkan trombus arteri koroner oleh ruptur plak yang dipermudah terjadinya oleh faktor-faktor seperti hipertensi, merokok dan hiperkolesterolemia.

2. Infark Miokard yang disebabkan trombus arteri koroner dapat mengenai endokardium sampai epikardium, disebut infark transmural. Namun bisa juga hanya mengenai daerah subendokardial, disebut infark subendokardial.

3. Diagnostik dari Infark Miokard Akut Adalah sebagai berikut:

- a. Klinis (Nyeri dada yang khas)
- b. EKG
- c. Enzimologi

Apabila terdapat 2 dari 3 diagnostik tersebut diatas maka diagnose dari IMA dapat ditegakkan.

4. Perawatan Infark Miokard Akut:

- Perawatan intensif
- Pemantauan penyulit yang mungkin timbul
- Meringankan beban jantung dengan;
 - * menenangkan penderita

*menghilangkan nyeri iskemia

*mengatur tekanan darah dan frekuensi jantung

-Memberikan O₂

-Revaskularisasi dengan pengobatan trombolitik.

5. Tiga faktor penting dalam prognosis yaitu:

a. Potensi terjadinya aritmia yang gawat (aritmia ventrikel dan lain-lain)

b. Potensial serangan iskemia lebih jauh.

c. Potensial pemburukan gangguan hemodinamik lebih jauh (bergantung terutama pada luas daerah infark).

Hal di atas dapat dievaluasi dengan melakukan pemeriksaan uji latihan jantung, monitoring EKG, pemeriksaan elektrofisiologi, ekokardiogram dengan pembebanan dan kateterisasi jantung.

DAFTAR PUSTAKA

1. Boedi Warsono; Diagnostik dan Pengobatan Penyakit Jantung:

Lektor Madya Fakultas kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
1984, hal 93-100.

2. Elliott M. Antman, Eugene Braunwald; Acute Myocardial Infarction; Harrison's Principles of Medicine 15th edition, 2005, page 1-17.

3. Lily Ismudiati Rilantono, dkk.; Buku Ajar Kardiologi; Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2004, hal 173-181.

4. Pramonohadi Prabowo; Penyakit Jantung Koroner, Lab/UPF Ilmu Penyakit Jantung; FK Unair RSUD dr. Soetomo, Surabaya, 1994, hal 33-36.

5. Prof. dr. H.M. Sjaifoellah Noer, dkk.; Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I, Edisi ketiga; Balai Penerbit FK UI Jakarta, 1996, Hal 1098-1108.