



The Indonesian Journal of General Medicine

Karakteristik Pasien Nyeri Dada di Puskesmas Belawa Tahun 2025

¹ Irma Rusnu

¹ Puskesmas Belawa, Indonesia

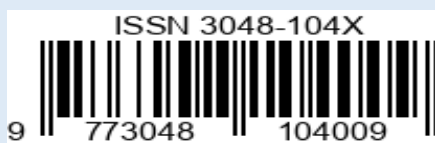
Email Korespondensi : rusnuirma@gmail.com

Article History :

Received date : 2026/04/05
Revised date : 2026/05/23
Accepted date : 2026/06/09
Published date : 2026/07/15



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (BY NC) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



ABSTRAK

Latar belakang: Nyeri dada merupakan keluhan yang sering ditemukan di layanan kesehatan primer dengan spektrum etiologi yang luas dan potensi keterlibatan kondisi kardiovaskular. Informasi mengenai karakteristik pasien nyeri dada di fasilitas layanan primer pedesaan masih terbatas, padahal data tersebut diperlukan untuk menggambarkan pola kasus yang ditangani dalam praktik pelayanan rutin.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik demografi dan klinis pasien dengan keluhan nyeri dada di puskesmas pedesaan selama tahun 2025.

Metode: Penelitian ini merupakan studi observasional deskriptif dengan desain potong lintang menggunakan data sekunder dari rekam medis elektronik. Seluruh pasien dengan diagnosis nyeri dada berdasarkan kode ICD-10 (I20.x dan R07.x) selama periode Januari–Desember 2025 diikutsertakan melalui metode total sampling. Variabel yang dianalisis meliputi usia, jenis kelamin, indeks massa tubuh, tekanan darah, faktor risiko

perilaku, diagnosis klinis, serta penatalaksanaan awal. Analisis dilakukan secara deskriptif.

Hasil: Sebanyak 19 pasien dianalisis dengan rerata usia $52,1 \pm 18,6$ tahun dan median 54,9 tahun (rentang 19,5–90,5 tahun), dengan 78,9% berusia ≥ 40 tahun. Distribusi jenis kelamin relatif seimbang antara laki-laki (52,6%) dan perempuan (47,4%). Sebagian besar pasien memiliki status gizi normal (68,4%) dan tekanan darah dalam batas normal (73,7%), sedangkan 21,1% termasuk kategori prehipertensi. Faktor risiko perilaku tidak tercatat dalam rekam medis. Sebagian besar diagnosis merupakan kondisi kardial, yaitu angina pectoris atau unstable angina (63,2%), sedangkan 36,8% merupakan nyeri dada non-spesifik.

Kesimpulan: Profil pasien nyeri dada di puskesmas pedesaan tahun 2025 didominasi oleh kelompok usia ≥ 40 tahun dengan proporsi diagnosis kardial yang cukup besar. Temuan ini mencerminkan karakteristik kasus yang ditangani berdasarkan data pelayanan rutin di satu fasilitas layanan kesehatan primer. Interpretasi hasil perlu mempertimbangkan keterbatasan jumlah sampel, penggunaan data sekunder rekam medis, dan pelaksanaan penelitian pada satu fasilitas. Penelitian dengan cakupan yang lebih luas diperlukan untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif.

Kata Kunci : Nyeri dada, Layanan kesehatan primer , Penyakit kardiovaskular, Puskesmas pedesaan

PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab utama kematian di dunia dan terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, terutama di negara berkembang dengan keterbatasan sumber daya pelayanan kesehatan.¹⁻³ Beban penyakit ini semakin relevan pada sistem layanan primer karena sebagian besar pasien pertama kali datang dengan keluhan yang tidak spesifik namun berpotensi mencerminkan kondisi kardial yang serius.^{4,5}

Nyeri dada merupakan salah satu keluhan yang paling sering dijumpai dalam praktik klinis dan mencakup spektrum etiologi yang luas, mulai dari kondisi muskuloskeletal atau gastrointestinal yang bersifat jinak hingga sindrom koroner akut yang mengancam jiwa.^{6,7} Dalam konteks layanan primer, presentasi nyeri dada sering tidak terklasifikasi dengan jelas, sehingga menuntut pendekatan klinis yang sistematis untuk membedakan penyebab kardial dan nonkardial secara tepat waktu.^{1,3}

Identifikasi dini etiologi nyeri dada menjadi krusial karena keterlambatan diagnosis dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada kondisi seperti angina pectoris dan sindrom koroner akut.^{4,5} Penilaian awal yang mencakup karakteristik nyeri, faktor risiko kardiovaskular, serta gejala penyerta seperti dispnea atau diaforesis terbukti membantu dalam stratifikasi risiko dan menentukan kebutuhan observasi atau rujukan lebih lanjut.^{3,5}

Fasilitas layanan kesehatan primer memiliki peran strategis sebagai titik kontak pertama dalam sistem pelayanan kesehatan, terutama dalam melakukan triase, stabilisasi awal, dan pengambilan keputusan rujukan pada pasien dengan nyeri dada.^{8,9} Melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta penggunaan alat diagnostik dasar seperti elektrokardiografi, layanan primer berfungsi sebagai penyaring awal untuk mengidentifikasi kasus berisiko tinggi yang memerlukan penanganan lanjutan.^{5,10}

Peran ini menjadi semakin kompleks di wilayah pedesaan, di mana keterbatasan fasilitas diagnostik lanjutan seperti pemeriksaan troponin sensitivitas tinggi, ekokardiografi, atau akses cepat ke layanan kardiologi memaksa tenaga kesehatan untuk lebih mengandalkan pertimbangan klinis dalam menegakkan diagnosis dan menentukan keputusan rujukan.¹⁻³ Dalam kondisi tersebut,

keputusan klinis sering didasarkan pada waktu onset gejala, tanda vital, riwayat penyakit, serta penilaian risiko berbasis pengalaman klinis.³

Selain keterbatasan sistem, karakteristik pasien di wilayah pedesaan juga dapat berbeda dibandingkan dengan populasi di fasilitas tingkat lanjut, dipengaruhi oleh faktor demografi, hambatan geografis, kondisi sosioekonomi, serta keterlambatan dalam mencari pertolongan medis.^{10,11} Pasien pedesaan umumnya berusia lebih tua, memiliki prevalensi faktor risiko kardiovaskular yang lebih tinggi, serta sering datang dengan gejala yang lebih lanjut atau tidak khas akibat keterbatasan akses dan literasi kesehatan.^{7,12}

Meskipun layanan primer memainkan peran penting dalam penanganan awal nyeri dada, informasi mengenai profil pasien pada tingkat ini masih terbatas, khususnya dalam konteks pusat kesehatan masyarakat di wilayah pedesaan.^{13,14} Keterbatasan data tersebut menghambat pemahaman mengenai pola demografi, karakteristik klinis, serta distribusi faktor risiko yang sebenarnya dihadapi oleh fasilitas layanan primer.^{15,16}

Data mengenai karakteristik pasien nyeri dada di layanan primer diperlukan untuk menggambarkan pola kasus yang ditangani, meningkatkan akurasi stratifikasi risiko, serta mendukung perencanaan pelayanan dan sistem rujukan yang lebih efektif sesuai dengan kebutuhan populasi setempat.^{14,17} Informasi tersebut juga penting untuk mengoptimalkan alokasi sumber daya dan memperkuat fungsi layanan primer sebagai gerbang utama dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular.^{4,5}

Berdasarkan pertimbangan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik pasien dengan keluhan nyeri dada yang datang ke Puskesmas pedesaan selama tahun 2025.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi observasional deskriptif dengan desain potong lintang (cross-sectional) yang dilakukan di Puskesmas [Nama Puskesmas], sebuah fasilitas layanan kesehatan primer di wilayah pedesaan, dengan periode penelitian Januari hingga Desember 2025. Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang datang ke puskesmas selama periode tersebut dengan keluhan

nyeri dada atau diagnosis yang berkaitan dengan nyeri dada. Sampel penelitian diambil menggunakan metode total sampling. Kriteria inklusi meliputi pasien dengan diagnosis berdasarkan klasifikasi ICD-10 kode I20.x (angina pectoris) dan R07.x (chest pain) yang tercatat dalam rekam medis elektronik selama periode penelitian. Kriteria eksklusi adalah kunjungan kontrol tanpa keluhan nyeri dada aktif serta data rekam medis yang tidak lengkap pada variabel utama, yaitu usia atau jenis kelamin.

Data penelitian diperoleh secara retrospektif dari rekam medis elektronik puskesmas. Variabel yang dikumpulkan meliputi karakteristik demografi (usia dan jenis kelamin), karakteristik klinis (keluhan utama dan diagnosis berdasarkan ICD-10), faktor risiko (status merokok, konsumsi alkohol, pola konsumsi sayur dan buah, serta indeks massa tubuh), parameter klinis (tekanan darah dan tanda vital), serta penatalaksanaan awal dan status rujukan apabila tersedia. Usia pasien dihitung berdasarkan tanggal lahir dan tanggal kunjungan.

Data dianalisis secara deskriptif menggunakan perangkat lunak statistik. Variabel numerik disajikan dalam bentuk rerata dan simpangan baku atau median dan rentang, sedangkan variabel kategorik disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Penelitian ini menggunakan data sekunder tanpa mencantumkan identitas pasien, dan seluruh data dianonimkan sebelum proses analisis untuk menjaga kerahasiaan pasien.

HASIL PENELITIAN

Sebanyak 19 pasien dengan keluhan nyeri dada dianalisis dalam penelitian ini. Rata-rata usia pasien adalah $52,1 \pm 18,6$ tahun dengan median 54,9 tahun (rentang 19,5–90,5 tahun). Sebagian besar pasien berusia ≥ 40 tahun (78,9%), dengan kelompok usia terbanyak pada rentang 60–69 tahun (31,6%). Distribusi jenis kelamin relatif seimbang antara laki-laki (52,6%) dan perempuan (47,4%). Berdasarkan indeks massa tubuh, mayoritas pasien memiliki status gizi normal (68,4%), sedangkan 26,3% termasuk overweight atau obesitas.

Table 1. Karakteristik Pasien Nyeri Dada (n = 19)

Variabel	n (%) / Nilai
Usia (mean $\pm$ SD)	52,1 $\pm$ 18,6 tahun

Usia median (min–max)	54,9 (19,5–90,5)
Kelompok umur <40 tahun	4 (21,1)
Kelompok umur 40–49 tahun	4 (21,1)
Kelompok umur 50–59 tahun	3 (15,8)
Kelompok umur 60–69 tahun	6 (31,6)
Kelompok umur ≥ 70 tahun	2 (10,5)
Laki-laki	10 (52,6)
Perempuan	9 (47,4)
IMT Kurang	1 (5,3)
IMT Normal	13 (68,4)
IMT Overweight	3 (15,8)
IMT Obesitas	2 (10,5)

Sebagian besar pasien memiliki tekanan darah dalam batas normal (73,7%), sedangkan 21,1% termasuk kategori prehipertensi. Tidak ditemukan pasien yang melaporkan kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, maupun kurang konsumsi sayur dan buah berdasarkan data rekam medis. Rata-rata tekanan darah pasien adalah 121/80 mmHg.

Tabel 2. Karakteristik Klinis dan Faktor Risiko (n = 19)

Variabel	n (%) / Nilai
Tekanan darah normal	14 (73,7)
Prehipertensi	4 (21,1)
Hipotensi	1 (5,3)
Merokok (Ya)	0 (0)
Merokok (Tidak)	19 (100)

Konsumsi alkohol (Ya)	0 (0)
Konsumsi alkohol (Tidak)	19 (100)
Kurang konsumsi sayur/buah (Ya)	0 (0)
Kurang konsumsi sayur/buah (Tidak)	19 (100)
Tekanan sistolik (rata-rata)	121 mmHg
Tekanan diastolik (rata-rata)	80 mmHg

Sebagian besar pasien didiagnosis dengan kondisi kardiak, yaitu angina pectoris atau unstable angina (63,2%). Sisanya merupakan nyeri dada non-spesifik (36,8%). Penatalaksanaan awal umumnya dilakukan di puskesmas, dengan sebagian pasien mendapatkan rujukan untuk evaluasi lanjutan sesuai indikasi klinis.

Tabel 3. Distribusi Diagnosis

Diagnosis	n (%)
Angina pectoris	8 (42,1)
Unstable angina	4 (21,1)
Chest pain unspecified	7 (36,8)

DISKUSI

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien nyeri dada berusia ≥ 40 tahun dengan rerata usia sekitar dekade kelima kehidupan, suatu pola yang sejalan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular seiring bertambahnya usia.^{14,18} Peningkatan usia berkaitan dengan akumulasi paparan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, diabetes, dan kebiasaan merokok, yang secara progresif meningkatkan kemungkinan keterlibatan koroner pada pasien dengan keluhan nyeri dada.¹⁴ Dalam konteks layanan primer pedesaan, distribusi usia yang lebih tua juga sering dikaitkan dengan keterlambatan pencarian pertolongan serta tingginya prevalensi komorbid,

sehingga kelompok usia ini menjadi populasi dominan dalam evaluasi nyeri dada di fasilitas kesehatan tingkat pertama.^{7,12} Studi pada layanan primer menunjukkan bahwa usia lanjut tetap merupakan prediktor independen nyeri dada asal kardiak, bahkan pada populasi dengan variasi karakteristik geografis dan akses layanan kesehatan.^{7,14}

Distribusi jenis kelamin yang relatif seimbang antara laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini mencerminkan pola kunjungan nyeri dada di layanan primer yang tidak menunjukkan dominasi gender yang bermakna.^{19,20} Data layanan rawat jalan menunjukkan bahwa perempuan dapat mencakup hingga setengah atau lebih dari konsultasi nyeri dada, yang mencerminkan sifat universal keluhan ini lintas gender di tingkat pelayanan primer.¹⁹ Selain itu, prevalensi penyebab kardiovaskular pada pasien nyeri dada dilaporkan relatif sebanding antara laki-laki dan perempuan pada setting layanan primer, meskipun terdapat perbedaan epidemiologi penyakit jantung koroner pada populasi umum.^{20,21} Dalam konteks pedesaan, kesamaan distribusi gender juga dapat dipengaruhi oleh kesamaan paparan faktor risiko gaya hidup dan kondisi sosioekonomi yang relatif homogen pada populasi yang dilayani.^{20,22}

Sebagian besar pasien dalam penelitian ini memiliki status gizi normal, namun keberadaan kelompok overweight dan obesitas tetap relevan dalam profil pasien nyeri dada di layanan primer.²³ Kelebihan berat badan berhubungan dengan perubahan metabolik dan vaskular, termasuk dislipidemia aterogenik dan disfungsi endotel, yang berkontribusi terhadap perkembangan penyakit jantung iskemik sebagai salah satu penyebab nyeri dada.²³ Studi pada populasi pedesaan menunjukkan bahwa prevalensi overweight dan obesitas terus meningkat dan sering berasosiasi dengan hipertensi serta diabetes, yang merupakan faktor risiko utama pada pasien dengan keluhan kardiovaskular.²³ Meskipun status gizi normal tetap mendominasi, keberadaan subkelompok dengan kelebihan berat badan menunjukkan adanya heterogenitas risiko kardiometabolik yang perlu dipertimbangkan dalam evaluasi pasien nyeri dada di layanan primer pedesaan.^{23,24}

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tekanan darah dalam batas normal, namun keberadaan kelompok prehipertensi menandakan adanya populasi dengan risiko kardiovaskular laten pada layanan primer.^{25,26} Prahipertensi, yang berada pada rentang tekanan darah sistolik 120–139 mmHg atau diastolik 80–89 mmHg, merefleksikan kondisi transisi yang

berkaitan dengan peningkatan beban vaskular dan kecenderungan progresi menuju hipertensi serta penyakit kardiovaskular di kemudian hari.^{27,28} Pada pasien dengan keluhan nyeri dada di layanan primer, kondisi ini memiliki relevansi klinis karena prahipertensi telah dilaporkan sebagai prediktor independen peningkatan kejadian penyakit jantung koroner dan kejadian kardiovaskular mayor setelah penyesuaian terhadap faktor risiko lainnya.^{25,29} Dalam konteks populasi pedesaan, prevalensi prahipertensi dilaporkan cukup tinggi dan sering berkelompok dengan faktor risiko metabolik seperti obesitas dan diabetes, sehingga memperkuat profil risiko kardiovaskular yang tidak selalu tampak dari pengukuran tekanan darah tunggal pada saat kunjungan.^{27,30}

Keberadaan kelompok prahipertensi pada layanan kesehatan primer juga mencerminkan pentingnya peran fasilitas tingkat pertama dalam mengidentifikasi risiko kardiovaskular subklinis, khususnya pada pasien yang datang dengan gejala nonspesifik seperti nyeri dada.^{25,31} Pendekatan berbasis skrining faktor risiko di layanan primer menjadi relevan pada setting dengan sumber daya terbatas, karena intervensi gaya hidup pada fase ini dilaporkan efektif dalam memperlambat progresi menuju hipertensi dan mengurangi beban penyakit kardiovaskular pada populasi pedesaan.^{27,30}

Pada penelitian ini tidak ditemukan pasien dengan riwayat merokok, konsumsi alkohol, maupun kebiasaan diet yang tidak sehat berdasarkan data rekam medis, namun temuan tersebut perlu dipahami dalam konteks kualitas dokumentasi layanan primer.^{32,33} Berbagai studi menunjukkan bahwa faktor risiko perilaku sering tidak tercatat secara konsisten dalam rekam medis layanan primer, dengan data yang hilang mencapai sekitar 16–18% untuk status merokok dan konsumsi alkohol pada beberapa sistem pencatatan kesehatan.³² Keterbatasan dokumentasi ini sering terjadi pada kunjungan dengan keluhan akut seperti nyeri dada, di mana fokus konsultasi lebih diarahkan pada penilaian klinis segera dibandingkan pengumpulan riwayat sosial secara komprehensif.^{32,33}

Dalam konteks layanan kesehatan pedesaan, kesenjangan pencatatan dapat semakin dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya, beban kerja tenaga kesehatan yang tinggi, serta sistem rekam medis yang belum terstandarisasi secara optimal.³² Selain faktor sistem, hambatan komunikasi dan norma sosial pada populasi tertentu juga dapat memengaruhi pelaporan kebiasaan seperti merokok atau konsumsi alkohol selama konsultasi singkat.³² Studi populasi pedesaan menunjukkan bahwa prevalensi perilaku berisiko tetap ditemukan pada tingkat komunitas, meskipun tidak selalu

tercermin dalam data rekam medis rutin, sehingga ketidakterdokumentasian tidak dapat diartikan sebagai tidak adanya faktor risiko secara nyata.³²

Sebagian besar diagnosis pada penelitian ini merupakan kondisi kardiak, terutama angina pectoris dan angina tidak stabil, yang menunjukkan bahwa keluhan nyeri dada di layanan primer pedesaan memiliki proporsi yang bermakna terkait penyakit jantung iskemik.^{34,35} Pola ini sejalan dengan laporan bahwa pasien yang datang dengan nyeri dada di fasilitas kesehatan tingkat pertama sering memiliki faktor risiko kardiovaskular seperti hipertensi, diabetes, dan usia lanjut, yang meningkatkan kemungkinan etiologi kardiak dalam spektrum sindrom koroner.³⁴ Dalam konteks wilayah pedesaan, keterlambatan pencarian pertolongan dan hambatan akses terhadap layanan spesialis juga dilaporkan berkontribusi terhadap tingginya proporsi kondisi kardiak pada saat evaluasi awal di layanan primer.^{10,11}

Temuan ini menegaskan peran penting fasilitas layanan kesehatan primer sebagai garda terdepan dalam deteksi dini dan penatalaksanaan awal penyakit kardiovaskular di komunitas pedesaan.^{9,36} Layanan primer berada pada posisi strategis untuk melakukan identifikasi awal melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan dasar seperti elektrokardiografi, yang memungkinkan pengenalan dini kondisi berisiko tinggi dan stabilisasi sebelum rujukan.^{5,10} Studi pada sistem pelayanan pedesaan menunjukkan bahwa intervensi awal di fasilitas tingkat pertama dapat menurunkan keterlambatan prarumah sakit dan memperbaiki alur penanganan kasus kardiovaskular akut.⁹

Dalam praktik nyata di wilayah pedesaan, penegakan diagnosis nyeri dada sering kali lebih bergantung pada penilaian klinis dibandingkan pemeriksaan penunjang lanjutan akibat keterbatasan sumber daya.^{1,2} Ketiadaan akses rutin terhadap pemeriksaan seperti high-sensitivity troponin, ekokardiografi, atau fasilitas kateterisasi memaksa tenaga kesehatan primer melakukan stratifikasi risiko berdasarkan karakteristik nyeri, tanda vital, waktu onset gejala, serta riwayat faktor risiko pasien.^{1,3} Pendekatan ini mencerminkan kondisi praktik dunia nyata di layanan primer pedesaan, di mana kecakapan klinis menjadi komponen utama dalam pengambilan keputusan diagnostik dan manajemen awal.³

Penatalaksanaan awal yang dilakukan di puskesmas sebelum keputusan rujukan lebih lanjut menunjukkan fungsi layanan primer sebagai gatekeeper dalam sistem pelayanan kesehatan.^{4,8} Model pelayanan ini memungkinkan sebagian pasien berisiko rendah ditangani secara lokal, sementara pasien dengan kecurigaan kondisi kardiak atau fitur risiko tinggi dirujuk untuk evaluasi lanjutan sesuai indikasi klinis.^{5,8} Studi pada jalur nyeri dada di layanan primer pedesaan menunjukkan bahwa pendekatan stratifikasi risiko terstruktur dapat mengurangi rujukan yang tidak perlu sekaligus mempertahankan keamanan klinis dalam periode tindak lanjut.^{3,5}

Jumlah kasus yang relatif kecil dalam penelitian ini mencerminkan volume nyata pasien dengan keluhan nyeri dada yang datang selama periode pengamatan serta menggambarkan pola praktik klinis sehari-hari di fasilitas layanan kesehatan primer pedesaan.^{14,15} Variasi jumlah kasus pada layanan primer pedesaan telah dilaporkan berkaitan dengan ukuran populasi yang dilayani, keterbatasan akses, serta kecenderungan pasien untuk menunda pencarian pertolongan hingga gejala dianggap berat, sehingga jumlah kunjungan tidak selalu mencerminkan beban penyakit yang sebenarnya di komunitas.^{7,10} Dalam konteks tersebut, data berbasis pelayanan rutin tetap memberikan nilai kontekstual karena merepresentasikan spektrum kasus yang benar-benar ditangani pada praktik klinis di tingkat fasilitas pertama.^{16,17}

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari rekam medis, sehingga kualitas informasi sangat bergantung pada kelengkapan dan konsistensi pencatatan klinis pada saat pelayanan.^{32,33} Studi pada layanan primer menunjukkan bahwa variabel tertentu, terutama faktor risiko perilaku dan riwayat sosial, sering tidak terdokumentasi secara sistematis karena fokus konsultasi lebih diarahkan pada penanganan keluhan akut dan keterbatasan waktu pelayanan.³² Keterbatasan sistem pencatatan, beban kerja tenaga kesehatan, serta belum optimalnya penggunaan rekam medis elektronik di beberapa fasilitas pedesaan juga dilaporkan berkontribusi terhadap kemungkinan data yang hilang atau tidak lengkap.^{32,33}

Penelitian ini dilakukan pada satu puskesmas, sehingga hasil yang diperoleh mencerminkan karakteristik populasi lokal dan tidak dapat digeneralisasikan secara langsung ke populasi yang lebih luas.^{13,14} Perbedaan karakteristik demografi, kondisi sosioekonomi, akses layanan kesehatan, serta variasi kapasitas fasilitas antarwilayah pedesaan dapat memengaruhi profil pasien dan pola diagnosis

nyeri dada di layanan primer.^{11,12} Variabilitas sistem pelayanan dan sumber daya antar fasilitas juga dilaporkan berperan dalam menentukan pola rujukan, pendekatan diagnostik, serta distribusi kasus yang tercatat di tingkat layanan pertama.^{5,8}

Meskipun memiliki keterbatasan tersebut, penelitian ini memberikan gambaran nyata mengenai karakteristik pasien nyeri dada berdasarkan data pelayanan rutin di layanan kesehatan primer pedesaan, suatu konteks yang masih relatif terbatas dalam literatur.^{15,16} Data berbasis praktik dunia nyata penting untuk memahami pola kasus yang dihadapi tenaga kesehatan di lapangan, terutama pada setting dengan keterbatasan sumber daya di mana keputusan klinis sangat bergantung pada penilaian awal dan stratifikasi risiko.^{1,3} Informasi kontekstual semacam ini juga berkontribusi dalam mendukung perencanaan pelayanan dan penguatan fungsi layanan primer sebagai titik kontak awal dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular.^{5,17}

Penelitian selanjutnya dengan jumlah sampel yang lebih besar serta melibatkan beberapa fasilitas layanan kesehatan primer diperlukan untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai karakteristik pasien nyeri dada di wilayah pedesaan.^{13,14} Pendekatan multicenter juga memungkinkan evaluasi variasi antar fasilitas serta meningkatkan representativitas data terhadap populasi yang lebih luas, sehingga dapat memperkuat dasar perencanaan layanan dan pengembangan sistem rujukan pada tingkat pelayanan primer.^{4,5}

KESIMPULAN

Pasien dengan keluhan nyeri dada yang datang ke puskesmas pedesaan selama tahun 2025 didominasi oleh kelompok usia ≥ 40 tahun dengan rerata usia sekitar dekade kelima kehidupan dan distribusi jenis kelamin yang relatif seimbang. Sebagian besar pasien memiliki status gizi normal dan tekanan darah dalam batas normal, meskipun sebagian berada pada kategori prehipertensi berdasarkan data rekam medis. Faktor risiko perilaku tidak tercatat dalam dokumentasi pelayanan.

Sebagian besar kasus didiagnosis sebagai kondisi kardiak, terutama angina pectoris dan unstable angina, sedangkan sisanya merupakan nyeri dada non-spesifik. Penatalaksanaan awal umumnya dilakukan di tingkat puskesmas, dengan rujukan pada kasus yang memerlukan evaluasi lanjutan sesuai pertimbangan klinis.

Temuan ini menggambarkan profil pasien nyeri dada yang ditangani dalam praktik pelayanan rutin di satu fasilitas layanan kesehatan primer pedesaan. Interpretasi hasil perlu mempertimbangkan keterbatasan penelitian, termasuk jumlah sampel yang terbatas, penggunaan data sekunder rekam medis dengan kemungkinan ketidaklengkapan informasi, serta pelaksanaan penelitian pada satu fasilitas kesehatan.

Penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar dan melibatkan beberapa fasilitas layanan kesehatan primer diperlukan untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai karakteristik pasien nyeri dada di wilayah pedesaan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Guo W, Sylvia S, Umble K, Chen Y, Zhang X, Yi H. The competence of village clinicians in the diagnosis and treatment of heart disease in rural China: A nationally representative assessment. *Lancet Reg Heal - West Pacific*. 2020;2.
2. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *Bmj*. 2009;338(apr20 1):b946-b946.
3. T. N, J. Y, J. SJ, et al. Implementation and evaluation of a rural general practice assessment pathway for possible cardiac chest pain using point-of-care troponin testing: A pilot study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e044801.
4. Bösner S, Haasenritter J, Abu Hani M, et al. Accuracy of general practitioners' assessment of chest pain patients for coronary heart disease in primary care: cross-sectional study with follow-up. *Croat Med J*. 2010;51(3):243-249.
5. Miller R, Nixon G, Pickering JW, et al. A prospective multi-centre study assessing the safety and effectiveness following the implementation of an accelerated chest pain pathway using point-of-care troponin for use in New Zealand rural hospital and primary care settings. *Eur Hear J Acute Cardiovasc Care*. 2022;11(5):418-427.
6. Johnson Ken, Ghasemzadeh Sasán. Chest Pain(Archived). *Man Pediatr Card Care Vol 1*, Second Ed. 2022;1:387-389.
7. Roche T, Gardner G, Lewis P. Retrospective observational study of patients who present to

- Australian rural emergency departments with undifferentiated chest pain. *Aust J Rural Health*. 2014;22(5):229-234.
8. MacKinney AC, Mohr NM. Chest Pain in a Rural Hospital. *Patient Saf Netw*. 2018.
 9. Williams K-L, Crocker P, Dubrowski A. Chest Pain on the Ward: A Simulation Scenario for Rural Family and Emergency Medicine Trainees. *Cureus*. 2020.
 10. Shen C, Li C, Wang J, et al. In-depth look into urban and rural disparities in prehospital delay in patients with acute ST-elevation myocardial infarction and its impact on prognosis: a prospective observational study. *BMJ Open*. 2022;12(11).
 11. Loccoh EC, Joynt Maddox KE, Wang Y, Kazi DS, Yeh RW, Wadhera RK. Rural-Urban Disparities in Outcomes of Myocardial Infarction, Heart Failure, and Stroke in the United States. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(3):267-279.
 12. Karlson BW, Karlsson T, Kalin B, Svensson L, Zehlertz E, Herlitz J. Patients admitted to the emergency department with acute chest pain--is there a difference between patients in an urban and a rural area? *Eur J Emerg Med*. 2000;7(4):277-286.
 13. Hoorweg BBN, Willemsen RTA, Cleef LE, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. *Heart*. 2017;103(21):1727-1732.
 14. Mateen S, Masakputra V, Siddiqi Z, Fatima J. Incidence, Pattern, Causes, and Outcome of Acute Chest Pain Among Patients Presenting in the Emergency Department of a Tertiary Care Hospital in North India. *Cureus*. 2024.
 15. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: Epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract*. 2009;15(3):141-146.
 16. Buch V, Ralph H, Salas J, Hauptman PJ, Davis D, Scherrer JF. Chest Pain, Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk, and Cardiology Referral in Primary Care. *J Prim Care Community Heal*. 2018;9.
 17. Cheng K, Zheng W, Wang J, et al. Incidence, management and outcomes of patients with acute chest pain presenting to the emergency departments in China: findings from a prospective multicentre registry. *BMJ Open*. 2025;15(3).
 18. Geyser M, Smith S. Chest Pain Prevalence, Causes, And Disposition In The Emergency

- Department Of A Regional Hospital In Pretoria. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2021;8(1).
19. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Women's Heal*. 2018;14.
 20. Baljepally VS, Wilson DC. Gender-Based Disparities in Rural Versus Urban Patients Undergoing Cardiac Procedures. *Cureus*. 2021.
 21. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, et al. Gender bias revisited: New insights on the differential management of chest pain. *BMC Fam Pract*. 2011;12.
 22. M.G. VDM, Y. A, K.H.G. R, et al. Are there gender disparities in symptom presentation or triage of patients with chest discomfort at primary care out-of-hours services? An observational study. *BMJ Open*. 2019;9(11).
 23. Meshram II, Sunu P V., Sreeramakrishna K, et al. Cardiometabolic risk factors among adults in rural, urban, and urban slum population in eight states of India. *Indian Heart J*. 2025;77(5):337-347.
 24. McMurray RG, Harrell JS, Bangdiwala SI, Deng S. Cardiovascular disease risk factors and obesity of rural and urban elementary school children. *J Rural Heal*. 1999;15(4):365-374.
 25. Li Z, Guo X, Zheng L, et al. Prehypertension in rural northeastern China: Results from the Northeast China rural cardiovascular health study. *J Clin Hypertens*. 2014;16(9):664-670.
 26. Huang Y, Wang S, Cai X, et al. Prehypertension and incidence of cardiovascular disease: A meta-analysis. *BMC Med*. 2013;11(1):1-9.
 27. Han M, Li Q, Liu L, et al. Prehypertension and risk of cardiovascular diseases: A meta-Analysis of 47 cohort studies. *J Hypertens*. 2019;37(12):2325-2332.
 28. Liszka HA, Mainous AG, King DE, Everett CJ, Egan BM. Prehypertension and cardiovascular morbidity. *Ann Fam Med*. 2005;3(4):294-299.
 29. Huang Y, Cai X, Liu C, et al. Prehypertension and the risk of coronary heart disease in Asian and Western populations: a meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(2).
 30. Zhao L, Meng X, Zhang Q-Y, Dong X-Q, Zhou X-L. A narrative review of prehypertension and the cardiovascular system: effects and potential pathogenic mechanisms. *Ann Transl Med*.

2021;9(2):170-170.

31. Niyibizi JB, Ntawuyirushinteg S, Nganabashaka JP, et al. Community Health Worker-Led Cardiovascular Disease Risk Screening and Referral for Care and Further Management in Rural and Urban Communities in Rwanda. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(9).
32. Hosang S, Kithulegoda N, Ivers N. Documentation of Behavioral Health Risk Factors in a Large Academic Primary Care Clinic. *J Prim Care Community Heal*. 2022;13.
33. Roche TE, Gardner G, Lewis PA. Effectiveness of an emergency nurse practitioner service for adults presenting to rural hospitals with chest pain: Protocol for a multicentre, longitudinal nested cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(2).
34. T. B, S. M, C. M-G, S. B. Chest pain in rural communities; balancing decisions and distance. *EMA - Emerg Med Australas*. 2011;23(3):337-345.
35. Bellicini MG, Shams P. Chest Pain: Evaluation and Exclusion of Myocardial Infarction and Angina. *StatPearls*. 2025.
36. Ricci D, Schmitt H, Ngov H, et al. Enhancing Primary Care Capacity for Cardiovascular Disease Management Through the ECHO+ Model: A Multistate Rural Collaboration Among West Virginia, Arkansas, and Oklahoma. *J Prim Care Community Heal*. 2025;16.