

[Case Report]

## PEREMPUAN 66 TAHUN DENGAN ATRIAL FIBRILASI

### 66-Year-Old Woman with Atrial Fibrillation

**Hafish Harfian Rajendra<sup>1</sup>, Nanda Nurkusumasari<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Jantung dan Pembuluh Darah, RS PKU Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Hafish Harfian Rajendra. Alamat email: j510215292@student.ums.ac.id

#### ABSTRAK

*Atrial fibrilasi atau fibrilasi atrium merupakan aritmia jantung yang memiliki karakteristik RR interval yang ireguler dan tidak repetitif pada pemeriksaan EKG, tidak terdapat gelombang P yang jelas, dan siklus atrial bervariasi dengan kecepatan >300 kali per menit (<200ms). Atrial fibrilasi sebenarnya bukan keadaan yang mengancam jiwa secara langsung, tetapi atrial fibrilasi berhubungan dengan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pasien terutama pada penyakit stroke. Stroke yang terjadi pada seseorang yang menderita atrial fibrilasi memiliki risiko lima kali lebih tinggi dibandingkan orang tanpa atrial fibrilasi. Selain itu, stroke akibat atrial fibrilasi memiliki risiko dua kali lebih tinggi untuk kekambuhan menjadi stroke kembali hingga berakibat kematian. Dasar diagnosis dari atrial fibrilasi berdasarkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tatalaksana atrial fibrilasi dengan cara pemberian obat antitrombotik yang berguna untuk mencegah terjadinya stroke, serta obat lain yang berfungsi untuk pengendalian laju dan irama. Kami melaporkan kasus seorang perempuan berusia 66 tahun dengan atrial fibrilasi.*

**Kata Kunci:** Atrial Fibrilasi, Penatalaksanaan Atrial Fibrilasi, Fibrilasi Atrium Katup

#### ABSTRACT

*Atrial fibrillation or atrial fibrillation is a cardiac arrhythmia characterized by irregular and non-repetitive RR intervals on the ECG, no clear P waves, and the atrial cycle varying at a rate of >300 times per minute (<200ms). Atrial fibrillation is not actually a directly life-threatening condition, but atrial fibrillation is associated with increased patient morbidity and mortality rates, especially in Stoke's disease. Strokes that occur in someone suffering from atrial fibrillation have a five times higher risk than people without atrial fibrillation. In addition, strokes due to atrial fibrillation have a two times higher risk of recurrence becoming another stroke and resulting in death. The basic diagnosis of atrial fibrillation is based on the history, physical examination and supporting examinations. Treatment of atrial fibrillation is by administering antithrombotic drugs which are useful for preventing strokes, as well as other drugs which function to control rate and rhythm. We report the case of a 66-year-old woman with atrial fibrillation.*

**Keywords:** Atrial Fibrillation, Management of Atrial Fibrillation, Valve Atrial Fibrillation

## PENDAHULUAN

Atrial fibrilasi merupakan jenis aritmia jantung yang paling umum terjadi dibandingkan jenis aritmia jantung lainnya. Hal ini disebabkan oleh aktivitas listrik abnormal di dalam atrium jantung, yang menyebabkan fibrilasi. Aritmia ini mungkin bersifat paroksismal (kurang dari tujuh hari) atau persisten (lebih dari tujuh hari). Karena ritmenya yang tidak teratur, aliran darah melalui jantung menjadi bergejolak dan memiliki risiko untuk membentuk trombus (gumpalan darah), yang pada akhirnya dapat copot dan menyebabkan stroke (Nesheiwat *et al*, 2023 & Aishehri, 2019).

Faktor risiko dari aritmia ini diantaranya usia lanjut, tekanan darah tinggi, penyakit jantung dan paru-paru, penyakit jantung bawaan. Manifestasi dari penyakit ini bervariasi dari tanpa gejala hingga gejala seperti nyeri dada, jantung berdebar, detak jantung cepat, sesak napas, mual, pusing, diaphoresis (berkeringat parah), dan kelelahan umum. Manajemen dari atrial fibrilasi diantaranya obat

antikoagulasi, pengontrol laju dan pengontrol irama (Moulton *et al*, 2023 & Setiati, 2014).

Prevalensi atrial fibrilasi mencapai 1-2% dan berdasarkan usia, prevalensinya akan terus meningkat dimulai dari usia 40-50 tahun (0,5%) hingga 80-89 tahun (9%). Pada pasien dengan stroke, atrial fibrilasi terjadi pada 1 dari 20 penderita stroke walaupun sebagian atrial fibrilasi banyak yang tidak terdiagnosa. Penderita atrial fibrilasi memiliki risiko stroke 5 kali lebih tinggi dan risiko gagal jantung 3 kali lebih tinggi dibanding pasien tanpa atrial fibrilasi (Tsao *et al*, 2022). Selain itu, stroke akibat atrial fibrilasi ini mengakibatkan kematian dua kali lipat karena stroke yang diakibatkan oleh atrial fibrilasi mempunyai risiko kekambuhan yang lebih tinggi (Khariri, 2021 & PERKI, 2014)

## LAPORAN KASUS

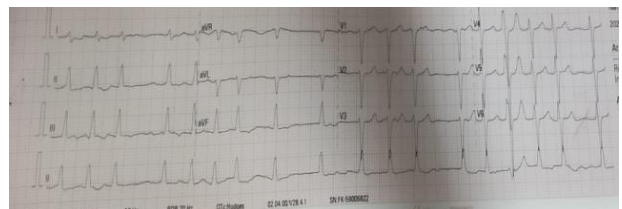
Seorang perempuan 66 tahun datang dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu. Sesak muncul kadang-

kadang, meningkat terutama pada saat aktifitas dan malam hari. Sesak membaik pada saat istirahat. Pasien juga mengeluhkan batuk, batuk tidak berdahak, Mual (+), muntah (+) terkadang. Keluhan lain seperti demam, mata berkunang-kunang, pusing, telinga berdenging, nyeri dada dan gangguan dalam BAK & BAB disangkal. Pasien dulu memiliki obat rutin furosemide (kp), spironolactone 1x25mg, candesartan 1x8mg, concor 1x10mg, rosuvastatin 1x10, warfarin 1x2mg, icobal 1x1, codein 3x1, cetirizine 1x1.

Pada hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum lemah, tampak sakit berat, BB 44 kg, TB 155 cm, GCS 15 dengan vital sign 86/64 mmHg, nadi 131x/menit, frekuensi nafas 26x/menit, suhu 36.2 derajat celcius dan SpO2 95+NK 3lpm. Pada pemeriksaan kepala didapatkan konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pupil reflek (+/+), respon cahaya (+/+). Pemeriksaan leher yaitu pembesaran limfonodi (-), tiroid tidak membesar. Pada hasil pemeriksaan dada, thorax retraksi (-), simetris kanan

dan kiri, paru: SDV (+/+), ronkhi (+/+), wheezing (-/-). Jantung: batas jantung atas: SIC 2, linea parasternalis sinistra, batas kanan: SIC 4 linea parasternalis dextra, batas kiri jantung: SIC 5 linea axilaris anterior sinistra dan bising holosistolik SIC 5 parasternalis dextra, pemeriksaan abdomen didapatkan hasil supel, bising usus (+) normal, timpani, nyeri tekan hipogastrik (-). Pemeriksaan ekstremitas yaitu nyeri tekan sendi lutut dan siku (-/-), pitting oedema (-/-), akral hangat (+/+), CRT<2 detik.

Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan, darah rutin: leukosit 7.3, eritrosit 3.6, haemoglobin 11.3, hematorkit 33.5, trombosit 186.000, netrofil 60.4, limfosit 41.4, monosit 7.4, MCV 97.2, MCH 28.5, MCHC 29.4, MPV 8.5 dengan tambahan pemeriksaan laboratorium SGOT 42, SGPT 26, kreatinin 2.6, ureum 92.0, GDS 138.0, PT 28.1, INR 2.58.

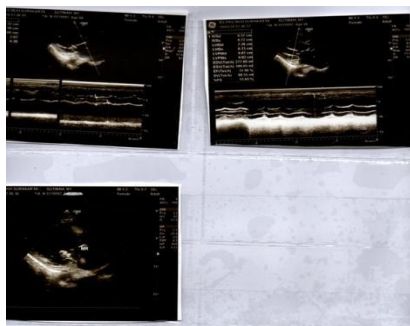


Gambar 1. EKG

Hasil pemeriksaan EKG HR 105x, AFRVR, RVH. Pemeriksaan rontgen thorax didapatkan cardiomegaly dengan odema pulmonum disertai bronkopneumonia. echocardiography didapatkan LV dilatasi, Fungsi sistolik global LV normal dengan EF 32%, Hipokinetik segmental, Fungsi diastolik LV normal tidak dapat dinilai, Fungsi sistolik RV normal, MR severe, MS mild. Hasil pemeriksaan urin rutin leukosit 5-10, eritrosit 5-10 dengan natrium 131.5 dan kalium 4.07.



Gambar 2. Rontgen Thorax



Gambar 3. Echocardiography

Berdasarkan keluhan,

pemeriksaan fisik, dan penunjang tersebut, pasien didiagnosis Atrial Fibrilasi, MR Severe, Hipotensi, Edem Pulmo, AKI dd CKD. Pasien di tatalaksana dengan Inf. RL 10 TPM, S.P NE 5cc/jam, Inj. Furosemid 2 ampul/8 jam, Inj. omeprazole 1ampul/12 jam, Inj. Cefoperazone 1gram/12 jam, Spironolakton 1x25mg, Rosuvastatin 1x10mg, Amiodaron 3x200mg, BicNat 3x500mg, NAC 2x1, Asam folat 2x1.

## PEMBAHASAN

Kasus ini menggambarkan presentasi klinis pada pasien dengan atrial fibrilasi. Penegakan diagnosis atrial fibrilasi melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis yang meliputi lama timbulnya (episode pertama, paroksismal, persisten, permanen), menentukan beratnya gejala yang menyertai (berdebar-debar, lemah, sesak napas terutama saat aktivitas, pusing, gejala yang menunjukkan adanya iskemia atau gagal jantung kongestif), serta penyakit jantung yang mendasari

atau penyebab lain misalnya hipertiroid. Pemeriksaan fisik, meliputi pemeriksaan tanda vital denyut nadi berupa kecepatan dan regularitasnya, tekanan darah, tekanan vena jugularis, ronki pada paru menunjukkan kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif, irama gallop S3 pada auskultasi jantung menunjukkan kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif, terdapatnya bising pada auskultasi kemungkinan adanya penyakit katup jantung, hepatomegali kemungkinan terdapat gagal jantung kanan, edema perifer kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif (ESC, 2020 & PERKI, 2014). Pada pasien ini ditemukan episode persisten, sesak terutama saat beraktivitas. Pada pemeriksaan fisik ditemukan peningkatan nadi yang ireguler, peningkatan vena jugularis, ronkhi, bising holosistolik di SIC 5.

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan misalnya: laboratorium hematokrit (anemia), TSH, enzim jantung bila dicurigai terdapat iskemia jantung,

EKG (irama, hipertrofi ventrikel kiri, identifikasi adanya iskemia), foto rontgen toraks dan ekokardiografi untuk melihat antara lain kelainan katup, ukuran dari atrium celan ventrikel, hipertrofi ventrikel kiri, fungsi ventrikel kiri, obstruksi outflow dan TEE (Trans Esophago Echocardiography) untuk melihat trombus di atrium kiri (Setiati, 2014 & PERKI, 2014). Pada pasien ini EKG ditemukan kelainan irama dan pembesaran ventrikel kanan, Rontgen ditemukan kardioemgali & edema pulmo, ekokardiografi ditemukan MR severe dan MS mild.

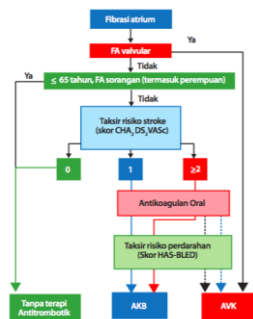
Tabel 1. EHRA

Kelas EHRA	Penjelasan
EHRA I	Tanpa gejala
EHRA II	Gejala ringan, aktivitas harian normal tidak terganggu
EHRA III	Gejala berat, aktivitas harian terganggu
EHRA IV	Gejala melumpuhkan, aktivitas harian terhenti

EHRA (European Heart Rhythm Association) merupakan sistem skoring sederhana yang dapat digunakan untuk menilai perkembangan gejala selama penanganan atrial fibrilasi. Skor klinis ini hanya memperhitungkan derajat gejala yang benar-benar disebabkan oleh atrial fibrilasi, dan diharapkan skor tersebut dapat berkurang seiring dengan konversi

ke irama sinus atau dengan kendali laju yang efektif (ESC, 2020 & PERKI, 2014).

Peningkatan risiko terjadi stroke pada pasien atrial fibrilasi disebabkan karena darah berjalan lebih lambat di dalam jantung seiring dengan terjadinya fibrilasi yang menghambat tekanan tinggi yang seharusnya terjadi di sepanjang jantung dan arteri (Setiati, 2014).



Gambar 4. Algoritma penelaksanaan atrial fibrilasi

(AVK: Antagonis vitamin K (warfarin dan coumadin), AKB: Antikoagulan baru (dabigatran, rivaroxaban dan apixaban))

Pasien dengan atrial fibrilasi yang berlangsung < 48 jam dan tanpa risiko stroke dapat diberikan low molecular weight heparin (LMWH), namun apabila atrial fibrilasi berlangsung lebih dari 48 jam atau diragukan durasi terjadinya aritmia, dapat digunakan Transesofageal Echocardiography untuk melihat adanya trombus di dalam jantung terutama di Left Atrial Appendages. Pasien dengan atrial

fibrilasi paroksismal yang memiliki faktor risiko yang sama dengan pasien yang persisten dan permanen dalam mengalami stroke. Oleh karena itu, penting sekali mengidentifikasi pasien atrial fibrilasi yang memiliki risiko tinggi stroke dan tromboemboli (Jame & Barnes, 2020).

Tujuan yang ingin dicapai dalam penatalaksanaan atrial fibrilasi adalah mengembalikan ke irama sinus, mengontrol laju irama ventrikel dan pencegahan komplikasi khususnya tromboemboli. Dalam penatalaksanaan atrial fibrilasi perlu diperhatikan apakah pada pasien tersebut dapat dilakukan konversi ke irama sinus atau cukup dengan pengontrolan laju irama ventrikel. Pada pasien yang masih dapat dikembalikan ke irama sinus perlu segera dilakukan konversi, sedangkan pada atrial fibrilasi permanen sedikit sekali kemungkinan atau tidak mungkin dikembalikan ke irama sinus, alternatif pengobatan dengan menurunkan laju irama ventrikel harus dipertimbangkan (Andika *et al*, 2021 & PERKI, 2014).

Risk factors	Score	CHADS2-VASc score and Annual stroke risk (%)
Congestive heart failure	1	Score 1 = 1.3
Hypertension	1	2 = 2.2
Age > 75 years	2	3 = 3.2
Diabetes mellitus	1	4 = 4
Stroke/TIA/systemic embolism	2	5 = 6.7
Vascular disease	1	6 = 9.8
Age 65 to 74 years	1	7 = 9.6
Sex (female)	1	8 = 6.7
		9 = 15.2

HAS-BLED Criteria	Score	Total Score	Bleeds per 100 patient years
Hypertension	1	0	1.13
Abnormal renal or liver function (1 point each)	1 or 2	1	1.02
Stroke	1	2	1.88
Bleeding	1	3	3.74
Labile INRs	1	4	8.7
Elderly (> 65 years)	1	5	12.5
Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2		

Gambar 5. Skor CHADS2-VASc dan Kriteria HAS-BLED

Berikut manajemen pengelolaan pasien dengan atrial fibrilasi menurut NHS (GRASP-AF tool):

- Penemuan pasien atrial fibrilasi
- Pertimbangkan faktor risiko
- Hitung skor CHA2DS2VASc / CHADS
- Pengobatan sedang dijalani saat ini
- Pertimbangkan perlu mendapatkan antikoagulan / tidak
- Faktor risiko stroke pada pasien (Nesheiwat *et al*, 2023 & Moulton *et al*, 2023)

Terapi antitrombotik tidak direkomendasikan pada pasien atrial fibrilasi yang berusia <65 tahun dan atrial

fibrilasi episode pertama karena keduanya termasuk risiko rendah dengan tingkat kejadian stroke yang sangat rendah. Keputusan pemberian trombotprofilaksis perlu diseimbangkan dengan risiko perdarahan akibat antikoagulan, khususnya perdarahan intrakranial yang bersifat fatal atau menimbulkan disabilitas. Evaluasi risiko perdarahan pada setiap pasien FA harus dilakukan dan jika skor HAS-BLED  $\geq 3$  maka perlu perhatian khusus, pengawasan berkala dan upaya untuk mengoreksi faktor-faktor risiko yang dapat diubah. Skor HAS-BLED tidak digunakan untuk melakukan eksklusi pemakaian antikoagulan tetapi sebagai panduan sistematis dalam menaksir risiko perdarahan dan memikirkan faktor-faktor risiko yang dapat dikoreksi seperti tekanan darah yang belum terkontrol, penggunaan aspirin atau non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAID). Hal yang penting untuk diperhatikan bahwa pada skor HAS-BLED yang sama, risiko perdarahan intrakranial dan perdarahan mayor lain dengan pemberian aspirin atau warfarin sama saja

(PERKI, 2014 & Nesheiwat *et al*, 2023).

Pada pasien Pada pasien ini atrial fibrilasi valvular maka pilihannya adalah AVK dengan skor CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS = 2 dan skor HAS-BLED = 2.

Tatalaksana atrial fibrilasi selain pemberian trombofilaksis juga diberikan obat untuk mengendalikan laju dan irama. Obat-obat yang sering dipergunakan untuk mengontrol kendali laju adalah digoksin, CCB (verapamil, diltiazem) dan beta bloker serta amiodaron. Laju irama yang dianggap terkontrol adalah di antara 60-80 kali/menit pada saat istirahat dan 90-115 kali/menit pada saat aktivitas. Sedangkan obat yang diberikan untuk mengendalikan irama yang tersedia di Indonesia hanya amiodaron (PERKI, 2014). Pemberian propafenon oral (450-600 mg) dapat mengonversi irama AF menjadi irama sinus. Oleh karena itu, propafenon dapat dibawa dalam saku untuk dipergunakan sewaktu-waktu pasien memerlukan (pil dalam saku – pildaku) (Jame & Barnes, 2020). Pada pasien ini amiodaron dipilih sebagai pengendali laju dan pengendali irama.

## KESIMPULAN

Kasus ini menggambarkan kasus atrial fibrilasi. Penegakan diagnosis pasien ini dengan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Kasus ini menekankan pada pentingnya diagnosis dan pengobatan optimal dalam pengendalian risiko terjadinya stroke serta pengendalian laju dan irama pada penderita atrial fibrilasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aishehri AM (2019). Stroke in atrial fibrillation: Review of risk stratification and preventive therapy. *J Family and Community Medicine*.
- Andika GA, Sukohar A, Yonata A (2021). Tatalaksana Aritmia: Fibrilasi Atrial. *J Medula*.
- European Society of Cardiology (ESC) (2020). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *J European Heart*.
- Jame S, Barnes G (2020). Stroke and thromboembolism prevention in atrial fibrillation. *Heart*.
- Khariri S (2021). Transisi Epidemiologi Stroke sebagai Penyebab Kematian pada Semua Kelompok



---

Usia di Indonesia. Seminar  
Nasional Riset Kedokteran.

Moulton KP, Bhutta BS, Mullin JC  
(2023). Evaluation of Suspected  
Cardiac Arrhythmia. StatPearls  
[Internet]. Treasure Island (FL):  
StatPearls Publishing.

Nesheiwat Z, Goyal A, Jagtap M (2023).  
Atrial Fibrillation. StatPearls  
[Internet]. Treasure Island (FL):  
StatPearls Publishing.

Perhimpunan Dokter Spesialis  
Kardiovaskular Indonesia  
(PERKI) (2014). Pedoman Tata  
Laksana Fibrilasi Atrium. Jakarta:  
Centra Communication.

Setiati S (2014). Buku Ajar Ilmu Penyakit  
Dalam Edisi VI. Jakarta: Interna  
Publishing.

Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, *et al*  
(2022). Heart Disease and Stroke  
Statistics—2022 Update: A  
Report from the American Heart  
Association. *Circulation*.