



MEDICINA

Published By

Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Laporan Kasus : Penanganan Fibrilasi Atrium Perioperatif

DOAJ
DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

CrossMark

Roy Lizal^{1*}, I Wayan Suranadi²

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the commonest cardiac arrhythmia; its incidence increases with age. Diabetes mellitus, hypertension and ventricular hypertrophy are commonly associated with non-valvular atrial fibrillation. Primary aims of management of AF are conversion to sinus rhythm, maintenance of sinus rhythm and prevention of thromboembolic complications. In elderly patients who are asymptomatic, adequate rate control of AF appears to offer the same benefits as rhythm control. Chronic AF carries a high risk of ischaemic stroke from thromboembolism; all patients at risk must receive adequate anticoagulation. Anticoagulation should be continued in patients with risk factors despite successful conversion to sinus rhythm.

Keywords: Atrial Fibrillation, Perioperative management.

Cite This Article: Lizal, R., Suranadi, I.W. 2021. Laporan Kasus : Penanganan Fibrilasi Atrium Perioperatif. *Medicina* 52(3): 140-142. DOI: 10.15562/medicina.v52i3.1086

ABSTRAK

Fibrilasi atrium adalah aritmia jantung yang paling sering dijumpai. Kejadian fibrilasi atrium meningkat seiring bertambahnya usia. Diabetes mellitus, hipertensi, dan hipertrofi ventrikel biasanya dikaitkan dengan fibrilasi atrium non-katup. Tujuan utama penatalaksanaan fibrilasi atrium adalah konversi ke irama sinus, pemeliharaan irama sinus, dan pencegahan komplikasi tromboemboli. Pada pasien usia lanjut yang asimtomatik, kontrol denyut nadi yang baik memberikan manfaat yang sama seperti kontrol ritme. Fibrilasi atrium kronis berisiko tinggi menimbulkan stroke iskemik akibat tromboemboli. Semua pasien yang berisiko harus menerima antikoagulan yang adekuat. Antikoagulan harus dilanjutkan pada pasien dengan faktor risiko meskipun telah dilakukan konversi menjadi irama sinus. Pada laporan kasus ini akan dibahas mengenai pasien dengan fibrilasi atrium yang akan menjalani operasi dekompresi stabilisasi fusi.

Kata kunci: Fibrilasi atrium, manajemen perioperatif.

Sitasi Artikel ini: Lizal, R., Suranadi, I.W. 2021. Laporan Kasus : Penanganan Fibrilasi Atrium Perioperatif. *Medicina* 52(3): 140-142. DOI: 10.15562/medicina.v52i3.1086

¹Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali

²Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali

*Korespondensi:

Roy Lizal;
Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali;
roylizal1988@gmail.com

Diterima: 29-09-2020

Disetujui: 22-10-2020

Diterbitkan: 05-10-2021

LATAR BELAKANG

Fibrilasi atrium adalah aritmia yang paling umum terjadi pada populasi global dan juga merupakan aritmia yang paling sering ditemukan di ruang operasi. Untuk ahli anestesi, sangat penting untuk memiliki kemampuan untuk mempertahankan hemodinamik dan mencegah komplikasi pasien yang mengalami fibrilasi

atrium perioperatif. Komplikasi yang dapat ditimbulkan meliputi kejadian tromboemboli, gagal jantung kongestif, dan bahkan kematian.

LAPORAN KASUS

Laki-laki, 56 tahun, dengan fraktur patologis pada rongga dada ke-12 akibat spondilitis Tuberkulosis, menjalani

operasi dekompresi stabilisasi fusi. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes selama 5 tahun dengan pengobatan oral. Pasien hanya bisa melakukan aktivitas ringan. Pasien dapat tidur dengan 2 bantal tanpa sesak. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien mengalami pembesaran jantung, denyut jantung tidak teratur dengan denyut nadi 140 kali per menit dengan tekanan darah 130/70

mmhg. Dari pemeriksaan xray ditemukan kardiomegali dengan edema paru dan efusi pleura bilateral ringan. Pada EKG didapatkan Fibrilasi Atrium dengan respon ventrikel cepat dengan denyut nadi 140 kali per menit.

Sebelum pembedahan, pasien dalam kondisi hemodinamik yang stabil, pasien diberikan digoksin 0,25 mg tiap 24 jam IV, Bisoprolol 2,5 mg tiap 24 jam PO, dan furosemid 20 mg tiap 24 jam PO. Kami mengevaluasi gejala pasien dan hemodinamik preoperatif.

Di ruang penerimaan operasi, pasien masih memiliki respon ventrikel yang cepat. Pasien juga mengalami febris dengan suhu 38,1 C dengan keluaran urin 0,3 ml / kg / menit. Kami memberikan kristaloid 1000 ml dan parasetamol 1000 mg IV, kemudian amiodaron 150 mg IV diberikan selama 10 menit dan 0,5 mg / menit untuk pemeliharaan. Nadi kemudian dapat diturunkan menjadi 102 kali per menit, intraoperatif kami menggunakan Midazolam sebagai agen induksi anestesia dan fentanyl sebagai agen analgesia untuk menjaga tekanan darah tetap stabil. Pasca operasi pasien dapat diekstubasi dan diobservasi di ruang ICU.

DISKUSI

Pada dasarnya, atrial fibrilasi tidak memberikan tanda dan gejala yang khas dan spesifik pada perjalanan penyakitnya.¹ Umumnya gejala dari atrial fibrilasi adalah peningkatan denyut jantung, ketidakteraturan irama jantung dan ketidakstabilan hemodinamik. Disamping itu, atrial fibrilasi juga memberikan gejala lain yang diakibatkan oleh penurunan oksigenisasi darah ke jaringan, seperti pusing, kelemahan, kelelahan, sesak n fibrilasi atriumas dan nyeri dada.² Akan tetapi, lebih dari 90% episode dari atrial fibrilasi tidak menimbulkan gejala-gejala tersebut. Tanda dan gejala lain pada atrial fibrilasi seperti palpitasi. Palpitasi merupakan salah satu gejala yang sering muncul pada pasien dengan atrial fibrilasi akibat respon ventrikel yang ireguler. Namun gejala palpitasi dapat juga terjadi pada pasien dengan penyakit jantung lainnya.³ Palpitasi belum menjadi gejala yang spesifik untuk mendasari pasien mengalami atrial fibrilasi. Untuk

menunjukkan adanya atrial fibrilasi, pasien biasanya disertai dengan keluhan kesulitan bernfibrilasi atriumas seperti sesak, syncope, pusing dan ketidaknyamanan pada dada. Gejala tersebut di atas dialami oleh pasien dimana pasien juga mengeluh adanya terasa seperti diikat, sesak n fibrilasi atriumas dan lemas. Sering pada pasien yang berjalan, pasien merasakan sakit kepala seperti berputar-putar dan melayang tetapi tidak sampai pingsan.⁴ Serta nadi tidak teratur, cepat, dengan denyut sekitar 140x/menit. Atrial fibrilasi dapat disertai dengan pingsan (syncope) ataupun dengan pusing yang tak terkendali. Kondisi ini akibat menurunnya suplai darah ke sitemik dan ke otak. Faktor Risiko Atrial Fibrilasi Faktor usia berpengaruh terhadap atrial fibrilasi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi resiko terjadinya atrial fibrilasi. Usia merupakan salah satu faktor terkuat dalam kejadian atrial fibrilasi.⁵ Sebuah studi di Framingham menyebutkan bahwa meningkatnya kejadian atrial fibrilasi pada beberapa kondisi yaitu usia di atas 50 tahun. Selain itu, untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian atrial fibrilasi tersebut harus dicari kondisi yang berhubungan dengan kelainan jantung maupun kelainan di luar jantung.⁶ Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan atrial fibrilasi dibagi berdasarkan: Kelainan jantung yang berhubungan dengan fibrilasi atrium: penyakit jantung koroner, kardiomiopati dilatasi, kardiomiopati hipertrofik, penyakit katup jantung: reumatik maupun non-reumatik, aritmia jantung: takikardia atrial, flutter atrial, AVNRT, sindrom WPW, sick sinus syndrome, perikarditis. Kelainan di luar Jantung yang berhubungan dengan fibrilasi atrium: Diabetes militus, hipertiroidisme, penyakit paru: penyakit paru obstruktif kronik, hipertensi pulmonal primer, emboli paru akut.⁷

Manajemen fibrilasi atrium meliputi 3 objektif utama yaitu identifikasi dan penanganan faktor kausatif terkait (misalnya hipertensi, penyakit jantung iskemik, gagal jantung, tirotoksikosis, dan lain-lain), pemilihan strategi terapi rata control atau rhytm control, dan penilaian terhadap trombo emboli dan prevensinya.⁸ Jenis fibrilasi atrium akan menentukan pemilihan strategi terapi dan

fokus objektif manajemen. Pada kasus fibrilasi atrium paroksismal, target terapi umumnya adalah mereduksi aritmia yang terjadi dan mempertahankan irama sinus. Sedangkan pada fibrilasi atrium permanen, pendekatan rate control lebih menjadi pilihan.⁹ Namun apapun jenis fibrilasi atriumnya, upaya prevensi resiko tromboemboli, meredakan gejala klinis dan hemodinamik serta penanganan komorbid merupakan aspek penting manajemen keseluruhan.

Pasien fibrilasi atrium onset baru dengan ketidak stabilan hemodinamik dikarenakan respon ventrikular cepat harus segera dilakukan kardioversi emergensi dan dirawat lebih lanjut.¹⁰

KESIMPULAN

Fibrilasi atrium dengan respon ventrikel cepat yang menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik adalah keadaan darurat medis yang membutuhkan kardioversi listrik. Tujuannya adalah untuk memulihkan ritme sinus dan menstabilkan hemodinamik. Pada pasien ini, pasien memiliki fibrilasi atrium permanen dengan hemodinamik stabil, sehingga lebih dipilih strategi untuk mengurangi laju nadi. Kontrol denyut nadi bertujuan untuk mengontrol denyut ventrikel tanpa mengembalikan aritmia ke ritme sinus, yang terutama dicapai dengan pengobatan. Amiodarone adalah pilihan yang tepat untuk mengendalikan fibrilasi atrium.

Fibrilasi atrium adalah aritmia paling umum yang mungkin dihadapi ahli anestesi dan sebenarnya meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Ahli anestesi harus ahli dalam penatalaksanaan pasien dengan fibrilasi atrium simptomatik dan ketidakstabilan hemodinamik selama periode perioperatif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, dkk. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001;285(18):2370-5.
2. European Heart Rhythm Association, European Association for CardioThoracic Surgery, Camm AJ, Kirchhoff P, Lip

- GY, Schotten U, dkk. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2010;31(19):2369-429.
3. Wolf PA, Benjamin EJ, Belanger AJ, Kannel WB, Levy D, D'Agostino RB. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: The Framingham Study. *Am Heart J*. 1996;131(4):790-5.
 4. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, dkk. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002;347(23):1825-33
 5. Stewart S, Murphy NF, Walker A, McGuire A, McMurray JJ. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK. *Heart* 2004;90(3):286-92.
 6. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, dkk. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation--developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J*. 2012;33(21):2719-47.
 7. Issa ZF. Atrial Fibrillation. In: Miller JM, Zipes DP, eds. *Clinical arrhythmology and electrophysiology: a companion to Braunwald's heart disease*. Edisi 2. Philadelphia: Saunders; 2012.
 8. Bettoni M, Zimmermann M. Autonomic tone variations before the onset of paroxysmal atrial fibrillation. *Circulation* 2002;105(23):2753-9.
 9. Po SS, Scherlag BJ, Yamanashi WS, Edwards J, Zhou J, Wu R, dkk. Experimental model for paroxysmal atrial fibrillation arising at the pulmonary vein-atrial junctions. *Heart Rhythm*. 2006;3(2):201-8. 114 | Pedoman Fibrilasi Atrium Non-valvular PERKI 2019
 10. Daoud EG, Bogun F, Goyal R, Harvey M, Man KC, Strickberger SA, dkk. Effect of atrial fibrillation on atrial refractoriness in humans. *Circulation* 1996;94(7):1600-6.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution