

HUBUNGAN ANTARA ATRIAL FIBRILASISIMTOMATIK DAN ASIMTOMATIK
DENGAN KLASIFIKASI GAGAL JANTUNG MENURUT NEW YORK
HEARTASSOCIATION (NYHA) DI RUANG TULIP RSUD
DR. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG

Eka Yudha Chrisanto¹, Linawati Novikasari², Triyoso³

¹Dosen Akademi Keperawatan Malahayati Bandar Lampung

Email: yudhachrisanto88@gmail.com

²Dosen PSIK Universitas Malahayati Bandar Lampung

Email: linawatinovikasari@gmail.com

³Dosen PSIK Universitas Malahayati Bandar Lampung

Email: triyoso@gmail.com

ABSTRACT: RELATIONSHIP BETWEEN ATRIAL FIBRILASISIMTOMATIC AND ASIMTOMATIC WITH CLASSIFICATION OF NEW YORK HEARTASSOCIATION (NYHA) HEART FAILURE IN TULIP ROOM RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG

Background: Atrial fibrillation (atrial fibrillation, AF) is supraventricular tachycardia with uncoordinated characteristics of atrial activation. The incidence of AF is increasing especially with increasing life expectancy. AF management is still a problem. Until now, there have been two basic intervention choices: restore and maintain a sinus rhythm or control the heart rate.

Purpose: To find out the relationship between symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation and heart failure classification according to the New York Heart Association in the Tulip Room of the RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province in 2018

Methods: The sampling technique used in this study used accidental sampling technique. The research institute uses a medical record. Data analysis using univariate (average) and bivariate (t test).

Results: Most of the patients at the Tulip Room of the Regional General Hospital Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province in 2018 is a patient with New York Heart Association (NYHA) 2-4 heart failure, which is 33 people (89.2%). Most of them are in the Tulip Room of the Regional General Hospital Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province in 2018 is a patient with Atrial Fibrillation, which is as many as 30 people (81.1%). There is a relationship between symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation with the classification of heart failure according to the New York Heart Association in the Tulip Room of the RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province in 2018 with p-value = 0.016 and OR = 2.046.

Conclusion: There is a relationship between symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation and the classification of heart failure according to the New York Heart Association in the Tulip Room of the RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province in 2018.

Keywords: Atrial Fibrillation Symptomatic, Asymptomatic, Heart Failure

INTISARI: HUBUNGAN ANTARA ATRIAL FIBRILASISIMTOMATIK DAN ASIMTOMATIK DENGAN KLASIFIKASI GAGAL JANTUNG MENURUT NEW YORK HEARTASSOCIATION (NYHA) DI RUANG TULIP RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG

Pendahuluan: Fibrilasi atrium (*atrial fibrillation*, AF) adalah takikardia supraventrikular dengan karakteristik aktivasi atrium yang tidak terkoordinasi. Insidens AF makin meningkat terutama dengan meningkatnya usia harapan hidup. Manajemen AF tetap merupakan masalah. Sampai saat ini, ada dua pilihan intervensi dasar: mengembalikan dan mempertahankan ritme sinus atau mengontrol laju jantung.

Tujuan: Untuk mengetahui Hubungan antara Atrial FibrilasiSimtomatik dan Asimtomatik dengan Klasifikasi Gagal Jantung menurut *New York Heart Association* di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2018

Metode: Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan medikal record. Analisis data secara univariat (rata-rata) dan bivariat (*t test*).

Hasil: Sebagian besar pasien di Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 adalah pasien dengan penyakit gagal jantung *New York Heart Association* (NYHA) 2-4 yaitu sebanyak 33 orang (89,2%).Sebagian besar pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 adalah pasien dengan Atrial Fibrilasi Simtomatik yaitu sebanyak 30 orang (81,1%). Ada hubungan antara atrial fibrilasi simtomatik dan asimtomatik dengan klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2018 dengan *p-value* = 0,016 dan OR = 2,046.

Kesimpulan: Ada hubungan antara atrial fibrilasi simtomatik dan asimtomatik dengan klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2018.

Kata Kunci: Atrial Fibrilasi Simtomatik, Asimtomatik, Gagal Jantung

Pendahuluan

Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal jantung atau Payah Jantung, Hipertensi dan Stroke (Pusdatin Kemenkes RI, 2014).

Di Amerika, prevalensi risiko berkembangnya gagal jantung adalah 20%

untuk usia ≥ 40 tahun, dengan kejadian >650.000 kasus baru yang didiagnosis gagal jantung selama beberapa dekade terakhir. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu 5 tahun (Yancy, 2013). Selain itu, karena terjadi peningkatan signifikan persentase populasi usia lanjut di Indonesia yaitu 7,74% (pada tahun 2000-2005) menjadi 28,68% (estimasi WHO tahun 2045-2050), maka angka kejadian atrial fibrilasi juga akan meningkat secara signifikan

Berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala

sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%), sedangkan Provinsi Maluku Utara memiliki jumlah penderita paling sedikit, yaitu sebanyak 144 orang (0,02%).

Berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Kep. Bangka Belitung, yaitu sebanyak 945 orang (0,1%) (Pusdatin, 2014; Naziah, Nuraini & Zainaro, 2017)

Di propinsi Lampung khususnya di RSUD dr. H. Abdul Moeloek, prevalensi penyakit gagal jantung menempati posisi pertama di laporan 10 penyakit terbanyak di Ruang Tulip RSUD dr. H. Abdul Moeloek yaitu sebanyak 905 pasien dari seluruh total pasien yang di rawat di ruang Tulip yaitu sebesar 1320 di tahun 2017. Berdasarkan presurvey yang telah dilakukan pada tanggal 18 Desember 2017 di ruang Tulip bahwa dari 12 orang pasien yang di rawat di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, 8 diantaranya adalah pasien gagal jantung NYHA I - IV dari 8 pasien tersebut 4 pasien atau 50 % adalah pasien gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi. 3 pasien atau 75% diantaranya memiliki gejala seperti palpitasi dan perasaan tidak enak pada dada. Penanganan pasien tersebut berfokus pada kontrol irama dan laju jantung. (Register Ruang Tulip. 2017) Prevalensi Atrial Fibrilasi mencapai 1-2% dan akan terus meningkat dalam 50 tahun mendatang. *Framingham Heart Study* yang merupakan suatu studi kohor pada tahun 1948 dengan melibatkan 5209 subjek penelitian sehat (tidak menderita penyakit kardiovaskular) menunjukkan bahwa dalam periode 20 tahun, angka kejadian Atrial Fibrilasi adalah 2,1% pada laki-laki dan 1,7% pada perempuan. Selain itu, karena terjadi peningkatan signifikan persentase populasi usia lanjut di Indonesia yaitu 7,74% (pada tahun 2000-2005) menjadi 28,68% (estimasi WHO tahun 2045-2050), maka angka kejadian Atrial Fibrilasi juga akan meningkat secara signifikan.

Menurut Pandey (2017) dalam jurnal yang berjudul *Predictors and Prognostic Implications of Incident Heart Failure in Patients With Prevalent atrial Fibrillation* dikatakan bahwa berdasarkan studi *cohort* kejadian gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi lebih tinggi dari yang dilaporkan yaitu meningkat sekitar 3 sampai 4 pasien dari 100 pasien pertahun (*Framingham Heart Study*).

Atrial Fibrilasi menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, termasuk gagal jantung serta penurunan kualitas hidup. Pasien dengan Atrial Fibrilasi memiliki risiko gagal jantung 3 kali lebih tinggi dibanding pasien tanpa Atrial Fibrilasi. (Yunadi, 2014).

Atrial Fibrilasi juga berkaitan erat dengan penyakit kardiovaskular lain seperti hipertensi, gagal jantung, penyakit jantung koroner, hipertiroid, diabetes melitus, obesitas, penyakit jantung bawaan seperti defek septum atrium, kardiomiopati, penyakit ginjal kronis maupun penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Gagal jantung simtomatik dengan kelas fungsional NYHA (*New York Heart Association*) II sampai IV dapat terjadi pada 30% pasien Atrial Fibrilasi, namun sebaliknya Atrial Fibrilasi dapat terjadi pada 30-40% pasien dengan gagal jantung tergantung dari penyebab dari gagal jantung itu sendiri. Atrial Fibrilasi dapat menyebabkan gagal jantung melalui mekanisme peningkatan tekanan atrium, peningkatan beban volume jantung, disfungsi katup dan stimulasi neurohormonal yang kronis. Distensi pada atrium kiri dapat menyebabkan Atrial Fibrilasi seperti yang terjadi pada pasien penyakit katup jantung dengan prevalensi sebesar 30% dan 10-15% pada defek septal atrium. (Yuniadi, 2013)

Menurut Yunadi (2013) pada atrial fibrilasi, fungsi ventrikel kiri juga terganggu dengan adanya irama tidak teratur dan cepat, yang menyebabkan hilangnya fungsi kontraksi atrium dan meningkatnya tekanan pengisian pada saat akhir diastolik ventrikel kiri. Sehubungan dengan hal tersebut maka akan adanya

tanda dan gejala yang ditimbulkan sebagai akibat dari kompensasi jantung.

Berdasarkan anamnesa pada pedoman tatalaksana Atrial Fibrilasi (Perhimpunan Dokter Kardiovaskuler Indonesia, 2014) bahwa Atrial Fibrilasi dapat terjadi mulai dari asimtomatik sampai dengan simtomatik dan berakhir dengan syok kardiogenik. Atrial Fibrilasi dengan asimtomatik bisa disebut juga *silent atrial fibrillation* adalah dimana episode Atrial Fibrilasi tidak menimbulkan gejala pada pasien. Atrial Fibrilasi simtomatik yaitu beberapa gejala ringan yang mungkin dikeluhkan pasien antara lain palpitasi, diekspresikan oleh pasien sebagai pukulan genderang, gemuruh guntur didalam dada. Mudah lelah atau toleransi rendah terhadap aktivitas fisik, presinkop atau sinkop, kelemahan umum, pusing. Selain itu, Atrial Fibrilasi juga dapat menyebabkan gangguan hemodinamik, kardiomiopati yang diinduksi oleh takikardia, dan tromboembolisme sistemik.

Yuniadi (2013) menyatakan bahwa, penanganan atrial fibrilasi di fokuskan pada dua hal yaitu penanganan kontrol irama jantung dan kontrol laju jantung. Mempertahankan irama sinus mempunyai beberapa keunggulan: meningkatkan hemodinamik dan respons ventrikel kiri; restorasi fungsi sistolik atrium; mengurangi laju jantung sehingga mencegah terjadinya takikardiomiopati; mencegah terjadinya remodeling miokard; mengurangi gejala dan meningkatkan kapasitas fisik; meningkatkan kualitas hidup; mengurangi episode *silent AF*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam atrial fibrilasi asimtomatik biasa terjadi pada pasien gagal jantung NYHA I dengan penanganan berupa kontrol laju jantung. Sedangkan atrial fibrilasi simtomatik terjadi pada pasien gagal jantung NYHA II - IV dengan fokus penanganan kontrol irama jantung lalu kontrol laju jantung (Yunadi, 2013)

Selain itu, menurut Efremidis dalam *European Journal* (2009) bahwa penanganan Atrial Fibrilasi berbeda dalam tiap kelas gagal jantung menurut NYHA. Pada kelas I-II penanganan Atrial Fibrilasi berupa pemberian β -blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors atau angiotensin receptor blockers dan

mineralocorticoid receptor blockers. Untuk kelas III - IV selain pemberian tersebut dapat dilakukan kardioversi. Kardioversi juga dapat dilakukan saat terapi tersebut belum menunjukkan hasil yang maksimal.

Pengklasifikasian gagal jantung menurut Brown n Co dalam *New York Heart Association Functional Clasification* (2016) NYHA lebih dapat diukur berdasarkan keadaan pasien secara langsung daripada menggunakan klasifikasi AHA (*American Heart Association*) yang harus menggunakan pemeriksaan tambahan untuk pengklasifikasiannya. Klasifikasi NYHA menyediakan cara sederhana untuk mengklasifikasikan tingkat gagal jantung. Ini menempatkan pasien dalam satu dari empat kategori berdasarkan seberapa kecil keterbatasannya selama aktivitas fisik; keterbatasan / gejala berkaitan dengan pernapasan normal dan derajat yang bervariasi dalam sesak napas dan / atau angina.

Sistem klasifikasi NYHA memberikan penilaian cepat mengenai status fungsional selama aktivitas fisik. Hal ini sangat mapan untuk memprediksi prognosis saat digunakan untuk membagi pasien secara dikotomis. Kemampuan prognostik yang kuat dari klasifikasi NYHA dapat menyebabkannya menjadi satu-satunya bagian dari penilaian rutin gagal jantung yang secara langsung berkaitan dengan olahraga. Teknik penilaian lain yang banyak digunakan, termasuk pemeriksaan, EKG dan ekokardiografi, dilakukan saat istirahat (Rapael, 2008).

Menurut Linda Brookes (2017) dalam artikel *Incorrect Classification of Patients by the AHA/ACC Stages of Heart Failure*, telah dilakukan studi retrospektif mengenai perbandingan antara AHA/ACC dan NYHA *Heart Failure Stages* dinyatakan bahwa dari 76 praktisi kardiologist yang tergabung dalam *Advancent in US* selama dua tahun mempublikasikan klasifikasi gagal jantung menurut ACC/AHA terjadi kesalahan sebesar 33% dalam mengklasifikasikan tingkatan gagal jantung.

Baik kelas NYHA dan ACC / AHA stadium gagal jantung memiliki validitas prediktif yang baik untuk menentukan fungsi kognitif. Namun, gangguan kognitif saat ini

bukanlah faktor risiko di antara pasien gagal jantung yang menjamin skrining. Kelas NYHA menunjukkan validitas prediktif yang baik untuk status fungsional dan harus digunakan oleh dokter dalam menentukan kelas fungsional NYHA (Athilingham, 2013) Di Lampung, berdasarkan data dari buku register Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung dari Bulan Januari - Desember 2016 terdapat 1044 pasien, 602 pasien atau sekitar 57,66% menderita gagal jantung NYHA I-IV dan dari data tersebut 308 pasien atau 51,16% diantaranya adalah pasien gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi. Data tersebut meningkat di tahun 2017 bahwa terdapat sebanyak 905 atau sekitar 68,56 % pasien gagal jantung dari seluruh total pasien yang di rawat di ruang Tulip yaitu sebesar 1320 di tahun 2017. Dan terdapat sekitar 53,01 % atau sekitar 479 pasien yang menderita gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian deskriptif korelasional, desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah Populasi dari penelitian ini adalah jumlah pasien gagal jantung NYHA I - IV yang dirawat di Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2017 yaitu sebanyak 1320 pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan medikal record. Analisis data secara univariat (rata-rata) dan bivariat (*t test*).

HASIL PENELITIAN

A. Gagal jantung berdasarkan klasifikasi menurut *New York Heart Association*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 adalah pasien dengan penyakit gagal jantung *New York Heart Association* (NYHA) 2-4 yaitu sebanyak 33 orang (89,2%). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 berusia 51-60

tahun sebanyak 21 orang (56,8%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 26 orang (70,3%).

Atrial fibrilasi asimtomatik biasa terjadi pada pasien gagal jantung NYHA I dengan penanganan berupa kontrol laju jantung. Sedangkan atrial fibrilasi simtomatik terjadi pada pasien gagal jantung NYHA II - IV dengan fokus penanganan kontrol irama jantung lalu kontrol laju jantung (Yunadi, 2013)

Menurut Pusdatin Kemenkes RI (2014) setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian "dini" tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal jantung atau Payah Jantung, Hipertensi dan Stroke.

Menurut *Framingham Heart Study* yang merupakan suatu studi kohor pada tahun 1948 dengan melibatkan 5209 subjek penelitian sehat (tidak menderita penyakit kardiovaskular) menunjukkan bahwa dalam periode 20 tahun, angka kejadian Atrial Fibrilasi adalah 2,1% pada laki-laki dan 1,7% pada perempuan.

Menurut Smeltzer (2013), Gagal Jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan. Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang ditandai dengan kelebihan beban (*overload*) cairan dan perfusi jaringan yang buruk. Mekanisme terjadinya gagal jantung kongestif meliputi gangguan kontraktilitas jantung (disfungsi sistolik) atau pengisian jantung (diastole) sehingga curah jantung lebih rendah dari nilai normal. Curah jantung yang rendah dapat memunculkan mekanisme kompensasi yang mengakibatkan peningkatan beban kerja jantung dan pada akhirnya terjadi resistensi pengisian jantung.

Sedangkan menurut Siswanto (2015) gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) terbagi atas empat kelas. Kelas I: Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi dan sesak napas, Kelas II: Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi dan sesak napas, Kelas III: Terdapat batasan aktivitas bermakna. Tidak ada keluhan saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak dan Kelas IV: tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas

B. Atrial Fibrilasi Simtomatik dan Atrial Fibrilasi Asimtomatik

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 adalah pasien dengan Atrial Fibrilasi Simtomatik yaitu sebanyak 30 orang (81,1%).

Menurut Yuniadi (2014), atrial fibrilasi adalah takiaritmia supraventrikular yang khas, dengan aktivasi atrium yang tidak terkoordinasi mengakibatkan perburukan fungsi mekanis atrium. Sedangkan menurut Corwin (2009) atrial Fibrilasi adalah disritmia atrium yang terjadi sewaktu atrium berdenyut dengan kecepatan lebih dari 350-650x/menit. Depolarisasi ventrikel menjadi ireguler dan mungkin dapat mengikuti depolarisasi atrium mungkin pula tidak. Pengisian ventrikel tidak secara total bergantung pada kontraksi atrium yang terorganisasi, sehingga aliran darah yang masuk dan keluar ventrikel biasanya cukup kecuali pada waktu - waktu terjadi peningkatan kebutuhan misalnya selama berolahraga.

Pada dasarnya mekanisme atrial fibrilasi terdiri dari 2 proses, yaitu proses aktivasi fokal dan *multiple wavelet reentry*. Pada proses aktivasi fokal bisa melibatkan proses depolarisasi tunggal atau depolarisasi berulang. Pada proses aktivasi fokal, fokus

ektopik yang dominan adalah berasal dari vena pulmonalis superior. Selain itu, fokus ektopik bisa juga berasal dari atrium kanan, vena cava superior dan sinus coronarius. Fokus ektopik ini menimbulkan sinyal elektrik yang dapat mempengaruhi potensial aksi pada atrium dan mengganggu potensial aksi yang dicetuskan oleh nodus sino-atrial (SA).

Berdasarkan anamnesa pada pedoman tatalaksana Atrial Fibrilasi PERKI (2014) bahwa Atrial Fibrilasi dapat terjadi mulai dari asimtomatik sampai dengan simtomatik dan berakhir dengan syok kardiogenik. Atrial Fibrilasi dengan asimtomatik bisa disebut juga *silent atrial fibrillation* adalah dimana episode Atrial Fibrilasi tidak menimbulkan gejala pada pasien.

Untuk Atrial Fibrilasi simtomatik yaitu beberapa gejala ringan yang mungkin dikeluarkan pasien antara lain palpitasi. Umumnya diekspresikan oleh pasien sebagai pukulan genderang, gemuruh guntur,. Mudah lelah atau toleransi rendah terhadap aktivitas fisik, presinkop atau sinkop, kelemahan umum, pusing. Selain itu, Atrial Fibrilasi simtomatik juga dapat menyebabkan gangguan hemodinamik, kardiomiopati yang diinduksi oleh takikardia, dan tromboembolisme sistemik.

C. Hubungan Antara Atrial Fibrilasi Simtomatik dan Asimtomatik dengan Klasifikasi Gagal Jantung Menurut *New York Heart Association*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa dari 30 orang responden Atrial Fibrilasi Simtomatik dengan klasifikasi gagal jantung NYHA 1 sebanyak 1 orang (3,3%), klasifikasi gagal jantung NYHA 2-4 sebanyak 29 orang (96,7%). Sedangkan dari 7 orang responden Atrial Fibrilasi Asimtomatik dengan klasifikasi gagal jantung NYHA 1 sebanyak 3 orang (42,9%), klasifikasi gagal jantung NYHA 2-4 sebanyak 4 orang (57,1%).

Hasil uji statistik dengan *Fisher Exact Test* diperoleh $p\text{-value} = 0,016$ ($p\text{-value} < \alpha = 0,005$) yang berarti ada hubungan antara atrial fibrilasi simtomatik dan asimtomatik dengan klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi

Lampung tahun 2018. Kemudian diperoleh nilai OR = 2,046 (95% CI = 1,004-4,556) yang berarti bahwa responden Atrial Fibrilasi Simtomatik berisiko sebesar 2,046 kali mengalami gagal jantung klasifikasi NYHA 2-4 dibandingkan dengan responden Atrial Fibrilasi Asimtomatik.

Menurut Yunadi (2014) Atrial Fibrilasi juga sering diklasifikasikan menurut lama waktu berlangsungnya, yaitu Atrial Fibrilasi akut dan Atrial Fibrilasi kronik. Atrial Fibrilasi akut dikategorikan menurut waktu berlangsungnya atau onset yang kurang dari 48 jam, sedangkan Atrial Fibrilasi kronik sebaliknya, yaitu Atrial Fibrilasi yang berlangsung lebih dari 48 jam.

Klasifikasi Atrial Fibrilasi berdasarkan ada tidaknya penyakit lain yang mendasari yaitu Atrial Fibrilasi primer dan Atrial Fibrilasi sekunder. Disebut Atrial Fibrilasi primer jika tidak disertai penyakit jantung lain atau penyakit sistemik lainnya. Atrial Fibrilasi sekunder jika disertai dengan penyakit jantung lain atau penyakit sistemik lain seperti diabetes, hipertensi, gangguan katub mitral dan lain-lain. Sedangkan klasifikasi lain adalah berdasarkan bentuk gelombang P yaitu dibedakan atas *Coarse Atrial Fibrilasi* dan *Fine Atrial Fibrilasi*. *Coarse Atrial Fibrilasi* jika bentuk gelombang P nya kasar dan masih bisa dikenali. Sedangkan *Fine Atrial Fibrilasi* jika bentuk gelombang P halus hampir seperti garis lurus (Yunadi, 2014).

Berdasarkan anamnesa pada pedoman tatalaksana Atrial Fibrilasi PERKI (2014) bahwa Atrial Fibrilasi dapat terjadi mulai dari asimtomatik sampai dengan simtomatik dan berakhir dengan syok kardiogenik. Atrial Fibrilasi dengan asimtomatik bisa disebut juga *silent atrial fibrillation* adalah dimana episode Atrial Fibrilasi tidak menimbulkan gejala pada pasien.

Untuk Atrial Fibrilasi simtomatik yaitu beberapa gejala ringan yang mungkin dikeluhkan pasien antara lain palpitasi. Umumnya diekspresikan oleh pasien sebagai pukulan genderang, gemuruh guntur, Mudah lelah atau toleransi rendah terhadap aktivitas fisik, presinkop atau sinkop, kelemahan umum, pusing. Selain itu, Atrial Fibrilasi simtomatik juga dapat menyebabkan gangguan hemodinamik,

kardiomiopati yang diinduksi oleh takikardia, dan tromboembolisme sistemik.

Menurut Ignatius Yansen dan Yoga Yuniadi, pada studi AFFRIM terdapat 23,1% pasien dengan riwayat gagal jantung kongestif, 9% dengan NYHA kelas fungsional \geq II. Pada studi ini tidak ditemukan perbedaan bermakna di antara kedua grup. Baru studi Atrial Fibrilasi- gagal jantung yang secara khusus membandingkan kedua strategi tata laksana pasien Atrial Fibrilasi dan disfungsi ventrikel kiri dengan fraksi ejection yang menurun dengan jumlah pasien cukup banyak. Penelitian ini tidak menemukan adanya perbedaan keluaran primer berupa kematian akibat penyakit kardiovaskular, juga pada keluaran sekunder berupa kematian akibat lain, *stroke* ataupun perburukan gagal jantung.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 adalah pasien dengan penyakit gagal jantung *New York Heart Association* (NYHA) 2-4 yaitu sebanyak 33 orang (89,2%).
2. Pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 dengan Atrial Fibrilasi Simtomatik yaitu sebanyak 30 orang (81,1%).
3. Pasiendi Ruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung tahun 2018 dengan Atrial Fibrilasi Asimtomatik yaitu sebanyak 7 orang (18,9%).
4. Adahubungan antara atrial fibrilasi simtomatik dan asimtomatik dengan klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung Tahun 2018 dengan *p-value* = 0,016 dan OR = 2,046.

Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka dapat diberikan beberapa saran antara lain:

1. Bagi Subjek Penelitian
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengetahuan tambahan agar dapat memberikan *Health Education* pada pasien gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi agar dapat menjalani pengobatan gagal jantung secara teratur
2. Bagi Ilmu Keperawatan
Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan kuantitas sumber buku bacaan ilmu keperawatan khususnya yang berkaitan dengan sistem kardiovaskuler.
3. Bagi Rumah Sakit
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya bagi pasien gagal jantung dengan Atrial Fibrilasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afni. (2012). *Studi Kasus Pasien dengan Atrial Fibrilasi*. Diakses: <http://anissacindy.blogspot.co.id/2013/03/studi-kasus-pasien-dengan-atrial-fibrilasi>
- Alpert, Craig T. January, Samuel Wann. (2014). *Guideline for The Management of Patients With Atrial Fibrillation*. Diakses: <http://circ.ahajournals.org/content/130/23/e199>.
- Ambarish Pandey, Curtiss Moore, Sunghee Kim. (2017). *Predictors and Prognostic Implications of Incident Heart Failure in Patients With Prevalent Atrial Fibrillation*. Diakses: <http://heartfailure.onlinejacc.org/content/5/1/44>.
- Aprina. (2017). *Riset Keperawatan*. Universitas Malahayati: Bandar Lampung.
- Bagian Rekam Medik RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (2016). *Laporan sepuluh Penyakit Terbanyak RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*.
- Bagian Rekam Medik RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (2017). *Laporan sepuluh Penyakit Terbanyak RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*.
- Brookes. (2008). *Incorect Classification of Patients by The AHA/ACC Stages of Heart Failure*. Diakses: <http://www.medscape.com/viewarticle/490041#vp2>.
- Brunner & Suddarth. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Burk C. (2015). *Development and Validation of The Atrial Fibrillation Effect on Quality of Life (AFEQT)*. Diakses: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/21160035>.
- Chugh. (2013). *World Health Organization Study: Atrial Fibrillation is a Growing Global Health Concern*. Diakses: <http://www.cerdas-sinai.org/content/cedars-sinai.html>.
- Cutugno, Christine L. (2015). *Atrial Fibrillation Updated management Guidelines and Nursing Implications*. Diakses: http://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2015/050000/CE_Atrial_Fibrillation_Updated_Management.20.aspx.
- Effendi. (2017). *Tatalaksana Fibrilasi Atrium*. Diakses: <http://cdk,249> vol.44 no.2 th.2017.
- Jagmeet P. Singh, Sunu s. Thomas. (2017). *Atrial Fibrillation and Heart Failure Prevention*. Diakses: <http://heartfailure.onlinejacc.org/content/5/1/53>.
- Jhon Camm. (2010). *Guidelines for The Management of Atrial Fibrillation : The Task for The Management of Atrial Fibrillation of The European Society of Cardiology*. Diakses: <http://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/31/19/2369/442190>.

- Jhon Camm. (2015). *European Hearth Rhythm Association score of atrial Fibrillation*. Diakses: <http://www.European Hearth Rhythm Association.ac.id>.
- Judith. (2012). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Diagnosis Nanda, Intervensi Nic, Kriteria Hasil Noc*. Edisi 9. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kriswiastiny. (2014). *Hubungan kadar glukosa darah puasa dan 2 jam postprandial pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kejadian penyakit jantung koroner di rsud dr. H. Abdoel moeloek*. Diakses: <http://www.ejournal malahayati.ac.id>.
- Melly. (2017). *Laporan Kasus Stroke Non Hemoragic di RS. Pertamina Bintang Amin*. Diakses: <http://www.laporankasusstroke.universitasmalahayati.ac.id>.
- Michalis Efremidis, Loukas Pappas. (2009). *Atrial Fibrillation in Heart Patients ECR Journal*. Diakses : <http://www.ecrjournal.com/articles/atrial-fibrillation-heart-failure-patients>.
- Notoadmojo. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, Kusuma. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis : Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc dalam Berbagai Kasus*. Jilid 1. Jogjakarta: Mediaction Jogja.
- Prima. (2016). *Klasifikasi CCS untuk Angina Pectoris*. Diakses: <http://documents/klasifikasi-ccs-untuk-angina-pektoris-html>.
- Pusdatin. (2013). *Prevalensi Gagal Jantung di Indonesia*. Diakses: <http://www.depkes.go.id.pusdatin.pdf>.
- Rapael (2008). *Sistem klasifikasi Fungsional New York Health Association*. Diakses: <http://newyorkhealthassociationclassification.go.id>.
- Siswanto. (2015). *Pedoman tata Laksana Gagal Jantung*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia.
- Smeltzer S, Brenda G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Vol 2. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Syamsudin. (2011). *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskuler dan Renal*. Jakarta: Salemba Medik.
- Trisnawati. (2015). *Jurnal Hubungan Hipertensi dengan Kejadian Penyakit Gagal Jantung di RS Pertamina Bintang Amin*. Diakses: <http://www.ejournalmalahayati.ac.id>.
- Tumiwa. (2009). *Journal Mengatasi Fibrilasi Atrium RVR dengan Bisoprolol*. Diakses: <http://jurnal biomedikvol.1>
- Yancy. (2013). *Prevalensi Gagal Jantung*. Diakses: <http://yancy.blogspot.co.id/2013/03/prevalensi-gagal-jantung>.
- Yuniadi. (2014). *Pedoman Tata Laksana Fibrilasi Atrium*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia.
- Naziah, N., Nuraini, N., & Zainaro, M. A. (2018). PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA BOOKLET TENTANG PENCEGAHAN PRIMER & SEKUNDER TERHADAP PENGETAHUAN PASIEN CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) DI KLINIK SEHAT NATURAL CILEDUG TANGERANG SELATAN TAHUN 2016. *HOLISTIK JURNAL KESEHATAN*, 12(1), 10-20.