

Bab 8: Gejala AF dan Cara Membedakannya dari Keluhan Lain

Pada bab sebelumnya kita melihat bahwa fibrilasi atrium, atau AF, bukan sekadar “denyut cepat”. Pada AF, sinyal listrik di atrium berjalan kacau sehingga atrium tidak berkontraksi dengan rapi. Akibatnya, denyut yang sampai ke ventrikel dapat menjadi tidak teratur, kadang cepat, kadang terasa melompat-lompat, dan kadang tidak terlalu terasa sama sekali.

Sekarang kita masuk ke wilayah yang sangat dekat dengan pengalaman sehari-hari:

> “Dada saya berdebar. Apakah ini AF?” > “Saya cepat lelah. Apakah karena jantung?” > “Saya sesak. Apakah ini bahaya?” > “Saya cemas. Apakah cemasnya yang membuat jantung berdebar, atau AF yang membuat saya cemas?” > “Saya punya pacu jantung. Kalau denyut tidak enak, apakah alatnya bermasalah?”

Pertanyaan-pertanyaan seperti ini wajar. Pasien yang hidup dengan pacu jantung, riwayat AF, ablasi, trombus, atau kardiomiopati sering menjadi lebih peka terhadap tubuhnya sendiri. Setiap perubahan kecil dapat terasa besar. Bab ini tidak bertujuan menggantikan penilaian dokter. Tujuannya adalah membantu kita membaca gejala dengan lebih tertib, sehingga kita dapat membedakan mana keluhan yang mungkin berkaitan dengan AF, mana yang mungkin berasal dari penyebab lain, dan kapan keluhan perlu dinilai segera.

Pedoman klinis menyebutkan bahwa AF dapat menimbulkan berbagai gejala seperti berdebar, mudah lelah, sesak napas, nyeri atau rasa tidak nyaman di dada, pusing, penurunan kemampuan aktivitas, tetapi AF juga dapat tidak bergejala dan baru diketahui dari EKG, monitor irama, atau alat implan seperti pacu jantung (Hindricks et al., 2021; Joglar et al., 2024). Karena itu, satu pelajaran penting sejak awal adalah:

> Gejala membantu memberi petunjuk, tetapi diagnosis irama jantung tetap membutuhkan bukti rekaman irama, seperti EKG, Holter, monitor jantung, atau data pacu jantung yang dinilai tenaga medis.

Gejala adalah “bahasa tubuh”, bukan vonis diagnosis

Gejala adalah sesuatu yang kita rasakan: berdebar, lelah, sesak, nyeri, pusing, atau cemas. Gejala berbeda dari tanda klinis, yaitu sesuatu yang dapat diamati atau diukur, misalnya tekanan darah, saturasi oksigen, hasil EKG, denyut nadi, atau hasil pemeriksaan darah.

Contoh sederhana:

- “Saya merasa jantung berdebar” adalah gejala.
- “Denyut nadi saya 132 kali per menit dan tidak teratur” adalah data pengukuran.
- “EKG menunjukkan fibrilasi atrium” adalah bukti irama.

Mengapa pembedaan ini penting? Karena satu gejala dapat memiliki banyak penyebab. Berdebar bisa karena AF, tetapi juga bisa karena kecemasan, kafein, kurang tidur, anemia, demam, gangguan tiroid, obat tertentu, dehidrasi, atau aritmia lain. Sesak bisa karena AF, tetapi juga bisa karena gagal jantung, penyakit paru, infeksi, anemia, atau kecemasan. Nyeri dada bisa ringan dan berasal dari otot, tetapi juga bisa menjadi tanda masalah jantung serius.

Jadi, tujuan kita bukan langsung memberi label. Tujuan kita adalah menyusun petunjuk.

Bayangkan gejala seperti potongan puzzle. Satu potongan belum cukup untuk melihat gambar utuh. Tetapi bila kita mencatat waktu, durasi, denyut, tekanan darah, pemicu, obat yang diminum, dan keluhan penyerta, gambar itu menjadi lebih jelas bagi dokter.

Berdebar: rasa jantung “tidak biasa”

Keluhan yang paling sering dikaitkan dengan AF adalah berdebar, atau dalam istilah medis sering disebut palpitasi. Palpitasi berarti kesadaran yang tidak nyaman terhadap denyut jantung. Orang menggambarkannya dengan berbagai kalimat:

- “Jantung saya berlari.”
- “Dada seperti bergetar.”
- “Denyutnya tidak beraturan.”
- “Seperti ada yang melompat.”
- “Kadang cepat, kadang hilang.”
- “Seperti mesin tidak stabil.”

Pada AF, berdebar sering terasa tidak teratur. Bukan hanya cepat, tetapi ritmenya kacau: jeda pendek, jeda panjang, lalu denyut kuat. Ini terjadi karena sinyal listrik dari atrium yang kacau diteruskan ke ventrikel secara tidak beraturan melalui nodus AV, yaitu “gerbang listrik” antara atrium dan ventrikel. Namun, tidak semua orang dengan AF merasakan berdebar. Sebagian pasien bahkan tidak sadar sedang AF sampai alat pacu jantung merekam episode tersebut atau EKG dilakukan saat kontrol (Hindricks et al., 2021; Joglar et al., 2024).

Contoh:

> Pak Arif merasa dada berdebar setelah makan malam. Jam tangan menunjukkan denyut 118, kadang 95, kadang 130. Ia merasa ritmenya tidak rapi. Saat diperiksa, EKG menunjukkan AF. Dalam kasus ini, gejala berdebar sesuai dengan temuan irama.

Tetapi contoh lain bisa berbeda:

> Ibu Lestari merasa dada berdebar saat akan kontrol dokter. Denyutnya 92 dan teratur. EKG menunjukkan irama sinus. Ternyata ia kurang tidur dan cemas menunggu hasil pemeriksaan. Berdebarnya nyata, tetapi penyebabnya bukan AF saat itu.

Keduanya sama-sama valid sebagai pengalaman tubuh. Yang membedakan adalah bukti irama.

Berdebar cepat, berdebar tidak teratur, dan denyut “melompat”

Saat pasien berkata “berdebar”, dokter biasanya ingin tahu: cepat atau tidak teratur? Karena keduanya tidak selalu sama.

Denyut cepat berarti jumlah denyut per menit meningkat. Misalnya 120 kali per menit. Denyut cepat dapat terjadi pada olahraga, demam, nyeri, cemas, dehidrasi, atau aritmia.

Denyut tidak teratur berarti jarak antar denyut tidak sama. Pada AF, ketidakteraturan ini sering menjadi petunjuk penting. Tetapi denyut tidak teratur juga dapat terjadi karena denyut ekstra, misalnya ekstrasistol, yaitu denyut tambahan yang muncul lebih awal dari jadwal normal. Banyak orang menggambarkannya sebagai “jantung loncat” atau “denyut hilang satu”.

Contoh perbedaannya:

- Saat berjalan cepat, denyut naik menjadi 115 tetapi ritmenya teratur. Ini bisa merupakan respons normal terhadap aktivitas.
- Saat duduk diam, denyut terasa 80-130 dan jaraknya tidak beraturan. Ini lebih mencurigakan sebagai aritmia, termasuk AF.
- Saat istirahat, terasa satu hentakan kuat sesekali, lalu normal lagi. Ini bisa sesuai dengan denyut ekstra, meskipun tetap perlu dinilai bila sering, berat, atau disertai gejala lain.

Pada pasien dengan pacu jantung, rasa berdebar dapat lebih rumit. Pacu jantung dapat mencegah denyut terlalu lambat, tetapi tidak selalu mencegah AF. Saat AF terjadi, alat dapat melakukan mode switch, yaitu perubahan mode otomatis agar pacu jantung tidak mengikuti sinyal atrium yang terlalu cepat. Istilah ini telah kita bahas di bab laporan kontrol. Bagi pasien, yang terasa bisa berupa denyut tidak teratur, penurunan stamina, atau kadang tidak terasa apa-apa.

Lelah: gejala yang sering diremehkan

Lelah adalah salah satu gejala yang sulit karena sangat umum. Semua orang bisa lelah. Tetapi pada AF, lelah dapat muncul karena koordinasi pompa jantung terganggu. Saat atrium tidak berkontraksi rapi dan ventrikel berdetak tidak teratur atau terlalu cepat, pengisian dan pemompaan darah dapat menjadi kurang efisien. Pada sebagian orang, terutama yang memiliki kardiomiopati atau fungsi pompa jantung menurun, efek ini bisa terasa besar.

Lelah karena AF sering digambarkan seperti:

- "Tenaga tiba-tiba turun."
- "Aktivitas biasa jadi berat."
- "Naik tangga yang dulu mudah sekarang terasa melelahkan."
- "Badan seperti habis baterai."
- "Saya tidak sesak berat, tetapi stamina hilang."

Pedoman AF menekankan bahwa penurunan kapasitas aktivitas dan kualitas hidup merupakan bagian penting dari dampak AF pada pasien (Hindricks et al., 2021; Joglar et al., 2024). Namun, lelah juga dapat berasal dari banyak penyebab lain, misalnya kurang tidur, anemia, gangguan tiroid, infeksi, efek obat, tekanan darah terlalu rendah, depresi, penyakit ginjal, atau gagal jantung. Pada gagal jantung, gejala umum dapat mencakup sesak napas, cepat lelah, dan penurunan toleransi aktivitas karena jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh secara memadai (McDonagh et al., 2021).

Contoh:

> Seseorang merasa lelah setiap kali denyutnya cepat dan tidak teratur. Setelah AF dikendalikan, energinya membaik. Ini memberi petunjuk bahwa AF berperan besar.

Contoh lain:

> Seseorang tetap lelah walaupun EKG menunjukkan irama teratur dan pacu jantung bekerja baik. Pemeriksaan darah menunjukkan hemoglobin rendah. Dalam kasus ini, anemia mungkin ikut menjelaskan keluhan.

Karena itu, jangan menganggap semua lelah pasti AF. Tetapi juga jangan mengabaikan lelah yang baru, berat, atau jelas menurunkan kemampuan aktivitas.

Sesak napas: ketika tubuh merasa kekurangan ruang

Sesak napas, atau dispnea, adalah rasa sulit bernapas, napas pendek, atau tidak puas saat menarik napas. Pada AF, sesak dapat terjadi karena denyut terlalu cepat, irama tidak teratur, atau kemampuan pompa jantung yang terbatas. Bila ventrikel tidak sempat terisi dengan baik, aliran darah ke tubuh dapat berkurang. Bila ada penyakit jantung lain seperti kardiomiopati atau gagal jantung, sesak bisa lebih mudah muncul.

Sesak perlu dibaca dengan hati-hati. Kita dapat menanyakan beberapa hal:

- Apakah sesak muncul saat aktivitas atau juga saat istirahat?
- Apakah sesak memburuk saat berbaring?
- Apakah perlu menambah bantal saat tidur?
- Apakah terbangun malam karena sesak?
- Apakah ada bengkak di kaki?
- Apakah disertai batuk berbusa, nyeri dada, demam, atau mengi?
- Apakah denyut saat itu sangat cepat atau tidak teratur?

Sesak saat naik tangga bisa menunjukkan penurunan stamina. Sesak saat berbaring atau terbangun malam dapat mengarah pada penumpukan cairan akibat gagal jantung, meskipun diagnosis tetap perlu pemeriksaan dokter. Pedoman gagal jantung memang menempatkan sesak, cepat lelah, dan tanda penumpukan cairan sebagai bagian penting dari penilaian klinis (McDonagh et al., 2021).

Contoh:

> Saat AF kambuh, Pak Budi merasa napas pendek setiap berjalan 50 meter. Denyutnya 140 dan tidak teratur. Setelah terapi pengendalian frekuensi, denyut turun dan sesak membaik. Ini menunjukkan sesak mungkin berkaitan dengan AF cepat.

Contoh lain:

> Ibu Rina merasa sesak dengan demam dan batuk berdahak. Denyutnya agak cepat tetapi teratur. Pemeriksaan menunjukkan infeksi paru. Dalam kasus ini, sesak bukan terutama karena AF.

Sesak berat, sesak saat istirahat, bibir kebiruan, kebingungan, atau saturasi oksigen rendah bila diukur dengan alat yang benar adalah alasan untuk mencari pertolongan segera.

Pusing, melayang, hampir pingsan, dan pingsan

Pusing dapat berarti banyak hal. Ada yang menggunakan kata pusing untuk kepala berputar, ada yang berarti ringan seperti melayang, ada yang merasa hampir jatuh. Dalam pembahasan jantung, kita perlu membedakan beberapa istilah:

- Vertigo: sensasi lingkungan berputar, sering berkaitan dengan sistem keseimbangan telinga atau saraf.
- Presinkop: rasa hampir pingsan, seperti gelap, melayang, lemas mendadak, atau akan jatuh.
- Sinkop: pingsan sementara karena aliran darah ke otak menurun sesaat.

AF dapat menyebabkan pusing bila denyut terlalu cepat, terlalu lambat, atau tekanan darah turun. Pada pasien dengan pacu jantung, pusing juga bisa muncul bila ada masalah lain seperti dehidrasi, obat penurun tekanan darah, gangguan irama lain, atau kondisi non-jantung.

Pingsan perlu dianggap serius, terutama pada orang dengan riwayat penyakit jantung, pacu jantung, atau aritmia. Pedoman sinkop menekankan pentingnya evaluasi untuk mencari penyebab, termasuk penyebab jantung yang dapat berisiko lebih tinggi (Shen et al., 2017).

Contoh:

> Seseorang berdiri mendadak dari tempat tidur, merasa gelap, lalu membaik setelah duduk. Tekanan darahnya mungkin turun saat perubahan posisi. Ini berbeda dari AF, meskipun keduanya bisa terjadi pada orang yang sama.

Contoh lain:

> Seseorang sedang duduk, tiba-tiba berdebar cepat, sangat lemas, hampir pingsan, dan tekanan darah rendah. Ini lebih mengkhawatirkan dan perlu penilaian segera.

Bila pusing disertai nyeri dada, sesak berat, kelemahan satu sisi tubuh, bicara pelo, pingsan, atau denyut sangat tidak stabil, jangan menunggu kontrol rutin.

Nyeri dada: jangan terburu-buru menyimpulkan

Nyeri dada adalah keluhan yang memerlukan kehati-hatian. Nyeri dada tidak selalu berasal dari jantung. Bisa berasal dari otot dada, tulang iga, lambung, kerongkongan, paru, kecemasan, atau saraf. Tetapi nyeri dada juga dapat menjadi tanda kondisi serius seperti serangan jantung, gangguan pembuluh darah besar, emboli paru, atau irama jantung yang tidak stabil.

Pada AF, sebagian orang merasakan dada tidak nyaman karena denyut cepat dan tidak teratur. Rasanya bisa seperti tekanan ringan, penuh, atau tidak enak. Namun, nyeri dada yang berat, menekan, menjalar, atau disertai gejala lain harus dinilai sebagai potensi keadaan darurat sampai terbukti bukan.

Pedoman evaluasi nyeri dada menekankan bahwa nyeri dada akut perlu dinilai berdasarkan risiko, gejala penyerta, pemeriksaan fisik, EKG, dan pemeriksaan lain yang sesuai, karena tujuan utamanya adalah mengenali kondisi yang mengancam jiwa seperti sindrom koroner akut (Gulati et al., 2021).

Contoh keluhan yang lebih mengkhawatirkan:

- dada terasa ditekan berat;
- nyeri menjalar ke lengan kiri, rahang, punggung, atau ulu hati;
- disertai keringat dingin, mual, muntah, sesak, atau pingsan;
- muncul saat aktivitas dan membaik dengan istirahat;
- berlangsung lebih dari beberapa menit atau berulang;
- terasa berbeda dari keluhan biasa.

Contoh yang mungkin lebih ringan, tetapi tetap perlu dinilai bila berulang:

- nyeri tajam yang muncul saat posisi tertentu;
- nyeri saat ditekan di dinding dada;
- rasa panas ulu hati setelah makan;
- dada tidak nyaman saat panik.

Kuncinya: kita tidak perlu menjadi dokter untuk memutuskan diagnosis. Tetapi kita perlu cukup bijak untuk tidak menyepelekan nyeri dada yang berat atau baru.

Penurunan stamina: sinyal halus yang sering lebih jujur

Kadang AF tidak datang sebagai berdebar dramatis. Ia datang sebagai perubahan kecil tetapi konsisten:

- biasanya kuat berjalan 30 menit, sekarang 10 menit sudah berhenti;

- biasanya naik tangga satu lantai mudah, sekarang harus berhenti di tengah;
- biasanya pekerjaan rumah ringan tidak masalah, sekarang membuat napas pendek;
- biasanya tidur cukup membuat segar, sekarang tetap lemah.

Ini disebut penurunan toleransi aktivitas atau penurunan kapasitas fungsional. Istilah ini berarti tubuh tidak lagi sanggup melakukan aktivitas pada tingkat yang sebelumnya biasa. Pada pasien dengan AF, pacu jantung, dan kemungkinan kardiomiopati, gejala ini penting karena dapat mencerminkan perubahan irama, pengendalian denyut yang kurang baik, efek obat, atau perubahan fungsi pompa jantung.

Contoh:

> Setelah ablasi pertama, seseorang merasa setahun lebih stabil. Ia bisa berjalan pagi 20-30 menit. Lalu perlahan ia merasa cepat lelah, denyut sering tidak teratur, dan kontrol alat menunjukkan episode AF meningkat. Dalam kasus seperti ini, penurunan stamina menjadi petunjuk klinis yang penting.

Penurunan stamina yang bertahap tidak selalu darurat, tetapi sebaiknya dicatat dan dibawa saat kontrol. Penurunan stamina yang mendadak, berat, atau disertai sesak, nyeri dada, pingsan, atau bengkak cepat perlu dinilai lebih cepat.

Kecemasan: teman yang sering muncul, tetapi bukan alasan untuk mengabaikan gejala

Hidup dengan pacu jantung dan AF bukan hanya pengalaman fisik. Ia juga pengalaman mental. Ada alat di dalam tubuh. Ada kontrol berkala. Ada kemungkinan episode AF. Ada riwayat ablasi. Ada kekhawatiran trombus dan stroke. Wajar bila tubuh menjadi lebih waspada.

Kecemasan adalah respons tubuh dan pikiran terhadap ancaman atau ketidakpastian. Saat cemas, sistem saraf simpatis aktif. Denyut jantung dapat naik, napas menjadi lebih cepat, dada terasa sempit, tangan dingin, perut tidak nyaman, dan pikiran berputar. Gejala ini dapat menyerupai AF.

Tetapi hubungan kecemasan dan AF tidak satu arah. Ada tiga kemungkinan:

1. Cemas membuat jantung terasa berdebar, tetapi irama sebenarnya normal.
2. AF muncul lebih dulu, lalu sensasi berdebar memicu cemas.
3. AF dan cemas muncul bersama, saling memperkuat.

Contoh:

> Seseorang merasakan dada berdebar setelah membaca hasil kontrol. Ia panik, napas cepat, tangan kesemutan. Saat EKG dilakukan, irama sinus. Dalam hal ini, kecemasan mungkin berperan besar.

Contoh lain:

> Seseorang sedang santai, tiba-tiba denyut menjadi tidak teratur dan cepat. Ia takut, lalu napas makin cepat. EKG menunjukkan AF. Dalam hal ini, AF adalah pemicu awal, kecemasan adalah respons yang dapat memperberat rasa tidak nyaman.

Karena itu, kalimat “mungkin hanya cemas” perlu digunakan dengan hati-hati. Gejala yang baru, berat, atau disertai tanda bahaya tetap perlu dinilai. Setelah kondisi berbahaya disingkirkan, barulah strategi menenangkan sistem saraf menjadi bagian penting dari perawatan.

Cara praktis membaca gejala: waktu, pola, pemicu, dan bukti

Untuk membedakan AF dari keluhan lain, kita tidak harus menghafal semua diagnosis. Kita dapat memakai empat pertanyaan sederhana.

1. Kapan gejala mulai dan berapa lama?

AF dapat muncul tiba-tiba dan berhenti sendiri, atau menetap lebih lama. Catatan waktu membantu dokter memahami pola.

Contoh catatan yang berguna:

> “Mulai pukul 19.30 saat sedang duduk. Dada berdebar tidak teratur. Berlangsung sekitar 45 menit. Denyut di alat rumah 120-140. Membaik setelah istirahat.”

Ini jauh lebih membantu daripada:

> “Saya sering tidak enak.”

Bukan karena keluhan kedua tidak penting, tetapi karena dokter membutuhkan detail untuk menghubungkan gejala dengan irama.

2. Denyut terasa teratur atau tidak teratur?

Denyut cepat yang teratur dapat terjadi saat olahraga, demam, atau irama cepat tertentu. Denyut cepat yang tidak teratur lebih mencurigakan untuk AF, walaupun tetap perlu bukti EKG.

Jika bisa, raba nadi di pergelangan tangan selama 30–60 detik. Jangan hanya menghitung jumlahnya; rasakan juga polanya. Apakah jaraknya rapi, atau kacau?

Namun, pengukuran nadi sendiri tidak sempurna. Jam tangan pintar, tensimeter, atau aplikasi dapat membantu memberi petunjuk, tetapi tidak menggantikan diagnosis medis. Pedoman AF menekankan bahwa diagnosis AF memerlukan dokumentasi irama dengan EKG atau rekaman irama yang dapat diinterpretasikan (Joglar et al., 2024).

3. Apa pemicunya?

Pemicu bukan selalu penyebab utama, tetapi dapat memberi petunjuk. Beberapa orang merasakan episode setelah:

- kurang tidur;
- infeksi atau demam;
- dehidrasi;
- alkohol;
- makan besar;
- stres emosional;
- aktivitas berat mendadak;
- lupa obat;
- perubahan dosis obat;
- konsumsi kafein berlebihan pada individu yang sensitif.

Contoh:

> Bila berdebar selalu muncul saat demam, maka demam mungkin memicu denyut cepat. Tetapi bila irama tidak teratur dan ada riwayat AF, tetap perlu dipastikan apakah AF ikut terjadi.

4. Apa gejala penyertanya?

Gejala penyerta sering menentukan tingkat urgensi. Berdebar ringan tanpa keluhan lain berbeda dari berdebar dengan pingsan, nyeri dada berat, atau sesak berat.

Catat apakah ada:

- nyeri dada;
- sesak;

- pusing berat;
- pingsan;
- kelemahan satu sisi tubuh;
- bicara pelo;
- keringat dingin;
- mual hebat;
- bengkak kaki;
- perdarahan bila memakai antikoagulan.

Gejala penyerta membantu dokter menentukan apakah ini dapat menunggu kontrol, perlu konsultasi lebih cepat, atau harus ke IGD.

Pada pasien pacu jantung: gejala tidak selalu berarti alat rusak

Penting untuk mengulang satu hal: pacu jantung terutama membantu mencegah denyut terlalu lambat atau jeda listrik tertentu. Pada pacu jantung double chamber, alat membantu koordinasi atrium dan ventrikel dalam batas program yang ditentukan. Tetapi pacu jantung bukan “perisai mutlak” terhadap semua aritmia. AF masih bisa muncul.

Bila pasien pacu jantung merasa berdebar atau lelah, beberapa kemungkinan yang dapat dipertimbangkan dokter antara lain:

- AF atau aritmia atrium lain;
- denyut ventrikel terlalu cepat saat AF;
- denyut terlalu lambat karena pengaturan, obat, atau kondisi tertentu;
- respons pacu terhadap aktivitas belum optimal;
- episode mode switch;
- denyut ekstra;
- tekanan darah terlalu rendah;
- efek obat;
- perubahan fungsi jantung;
- masalah non-jantung seperti anemia, infeksi, gangguan paru, atau kecemasan.

Ini sebabnya laporan kontrol pacu jantung sangat berharga. Alat dapat memberi informasi tentang episode atrium cepat, persentase pacing, mode switch, dan data lain. Tetapi data alat tetap harus dikaitkan dengan cerita pasien. Angka tanpa cerita bisa kurang bermakna; cerita tanpa data bisa sulit dipastikan. Keduanya saling melengkapi.

Contoh:

> Pasien merasa sangat lelah setiap sore. Laporan pacu jantung menunjukkan banyak episode atrial high-rate pada jam yang sama. Ini membantu dokter mencurigai hubungan antara gejala dan AF.

Contoh lain:

> Pasien merasa berdebar, tetapi laporan alat tidak menunjukkan AF pada waktu itu. Dokter lalu mempertimbangkan denyut ekstra, tekanan darah, obat, kecemasan, atau penyebab lain.

Kapan gejala perlu dinilai segera?

Tidak semua gejala AF adalah keadaan darurat. Banyak episode dapat ditangani melalui rencana dokter, penyesuaian obat, atau kontrol terjadwal. Tetapi ada gejala tertentu yang tidak boleh ditunda.

Carilah pertolongan medis segera, misalnya ke IGD atau layanan darurat setempat, bila terjadi:

- nyeri dada berat, menekan, atau menjalar, terutama bila disertai keringat dingin, mual, sesak, atau pingsan;
- sesak napas berat, sesak saat istirahat, atau tampak kebiruan;
- pingsan atau hampir pingsan yang berat;
- gejala stroke, seperti wajah mencong mendadak, kelemahan atau kebas satu sisi tubuh, bicara pelo, sulit bicara, gangguan penglihatan mendadak, bingung mendadak, atau gangguan keseimbangan mendadak;
- denyut sangat cepat disertai lemah berat, nyeri dada, sesak, atau tekanan darah rendah;
- denyut sangat lambat disertai pusing berat, hampir pingsan, atau pingsan;
- perdarahan serius, terutama bila memakai antikoagulan, misalnya muntah darah, BAB hitam seperti aspal, perdarahan yang tidak berhenti, kencing berdarah banyak, atau sakit kepala berat setelah benturan kepala;
- kelemahan mendadak yang tidak biasa, kebingungan, atau penurunan kesadaran.

Daftar ini bukan untuk menakut-nakuti. Justru sebaliknya: daftar ini memberi batas. Bila tidak ada tanda bahaya, kita dapat lebih tenang mencatat gejala dan menghubungi dokter sesuai rencana. Bila ada tanda bahaya, kita tidak membuang waktu untuk menebak-nebak.

Membuat catatan gejala yang berguna

Catatan gejala sebaiknya sederhana, tetapi konsisten. Kita dapat memakai buku kecil, catatan ponsel, atau lembar khusus. Format yang praktis:

- tanggal dan jam;
- aktivitas saat gejala mulai;
- keluhan utama;
- denyut nadi dan tekanan darah bila tersedia;
- apakah denyut terasa teratur atau tidak;
- durasi;
- obat yang baru diminum atau terlupa;
- pemicu yang mungkin;
- gejala penyerta;
- apa yang dilakukan dan apakah membaik;
- apakah ada rekaman EKG, jam tangan, Holter, atau data pacu jantung.

Contoh catatan:

> 12 Mei, 20.15. Sedang menonton TV. Dada berdebar tidak teratur, lemas ringan, tidak nyeri dada, tidak sesak. Denyut di tensimeter 126, tekanan darah 118/76. Berlangsung 30 menit. Minum obat rutin sesuai jadwal. Membaik setelah istirahat. Akan ditanyakan saat kontrol.

Contoh lain yang lebih mendesak:

> 18 Mei, 07.40. Saat berjalan ke kamar mandi, dada terasa ditekan berat, sesak, keringat dingin, hampir pingsan. Denyut sulit dihitung. Ini bukan catatan untuk menunggu kontrol; ini alasan mencari pertolongan segera.

Catatan seperti ini membantu dokter melihat pola. Apakah gejala muncul saat AF? Apakah terkait aktivitas? Apakah muncul setelah perubahan obat? Apakah makin sering? Apakah ada tanda gagal jantung? Apakah perlu Holter, pemeriksaan pacu jantung, echo, pemeriksaan darah, atau evaluasi lain?

Menenangkan diri tanpa mengabaikan keselamatan

Saat gejala muncul, terutama pada orang dengan riwayat AF, tubuh mudah masuk mode panik. Kita dapat membuat langkah awal yang aman:

1. Berhenti beraktivitas dan duduk. Jangan memaksa berjalan jauh saat pusing atau berdebar berat.
2. Amati gejala utama. Apakah ada nyeri dada berat, sesak berat, pingsan, atau tanda stroke?
3. Ukur bila tersedia. Denyut, tekanan darah, dan saturasi oksigen dapat membantu, tetapi jangan menunda pertolongan bila gejala berat.
4. Ikuti rencana dokter. Sebagian pasien memiliki instruksi khusus tentang kapan minum obat tertentu atau kapan ke IGD.
5. Catat waktunya. Bila aman, tulis jam mulai gejala.
6. Hubungi bantuan bila ada tanda bahaya.

Latihan napas perlahan dapat membantu bila kecemasan ikut meningkat, tetapi latihan napas bukan pengganti penanganan medis bila ada tanda bahaya. Kalimat yang baik untuk diri sendiri adalah:

> “Saya akan tenang, tetapi saya juga akan waspada. Saya tidak perlu panik, tetapi saya tidak akan mengabaikan tanda serius.”

Ringkasan bab

AF dapat terasa sebagai berdebar, lelah, sesak, pusing, nyeri dada, atau penurunan stamina. Tetapi gejala-gejala itu tidak khusus untuk AF. Banyak kondisi lain dapat menimbulkan keluhan serupa. Karena itu, kita perlu menggabungkan pengalaman tubuh dengan data: denyut, tekanan darah, EKG, Holter, laporan pacu jantung, dan pemeriksaan dokter.

Pada pasien pacu jantung, gejala tidak otomatis berarti alat rusak. Pacu jantung dapat membantu mencegah denyut lambat, tetapi AF masih dapat terjadi. Laporan alat justru dapat menjadi jembatan penting antara apa yang dirasakan pasien dan apa yang terjadi pada irama jantung.

Yang paling penting: kenali tanda bahaya. Nyeri dada berat, sesak berat, pingsan, gejala stroke, perdarahan serius, atau denyut sangat tidak stabil dengan keluhan berat perlu dinilai segera. Untuk keluhan yang tidak darurat, catatan gejala yang rapi akan membuat kontrol dokter jauh lebih efektif.

Bab berikutnya akan melanjutkan ke salah satu alasan mengapa AF perlu diperhatikan dengan serius walaupun gejalanya kadang ringan: risiko stroke, pembentukan trombus, dan peran antikoagulan.

References

Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E., Bhatt, D. L., Birtcher, K. K., Blankstein, R., Boyd, J., Bullock-Palmer, R. P., Conejo, T., Diercks, D. B., Gentile, F., Greenwood, J. P., Hess, E. P., Hollenberg, S. M., Jaber, W. A., Jneid, H., Joglar, J. A., Morrow, D. A., ... Shaw, L. J. (2021). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain. *Circulation*, 144(22), e368-e454.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001029>

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G.-A., Dilaveris, P. E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J. M., La Meir, M., Lane, D. A., Lebeau, J.-P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., ... Watkins, C. L. (2021). 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. *European Heart Journal*, 42(5), 373-498.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M., Deswal, A., Eckhardt, L. L., Goldberger, Z. D., Gopinathannair, R., Gorenek, B., Hess, P. L., Hlatky, M., Hogan, G., Ibeh, C., Indik, J. H., Kido, K., Kusumoto, F., Link, M. S., ... Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Circulation*, 149(1), e1-e156.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Shen, W.-K., Sheldon, R. S., Benditt, D. G., Cohen, M. I., Forman, D. E., Goldberger, Z. D., Grubb, B. P., Hamdan, M. H., Krahn, A. D., Link, M. S., Olshansky, B., Raj, S. R., Sandhu, R. K., Sorajja, D., Sun, B. C., & Yancy, C. W. (2017). 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope. *Circulation*, 136(5), e

Document information

Bab 8: Gejala AF dan Cara Membedakannya dari Keluhan Lain

Project	Hidup Bersama Pacu Jantung
Document	Document 1.12
Author	terry.mart
Verifier	Not verified
Downloaded	July 04, 2026 22:48 KST
Status	Working
Document link	https://theorytrace.com/projects/hidup-bersama-pacu-jantung/documents/bab-8-gejala-af-dan-cara-membedakannya-dari-keluhan-lain/