
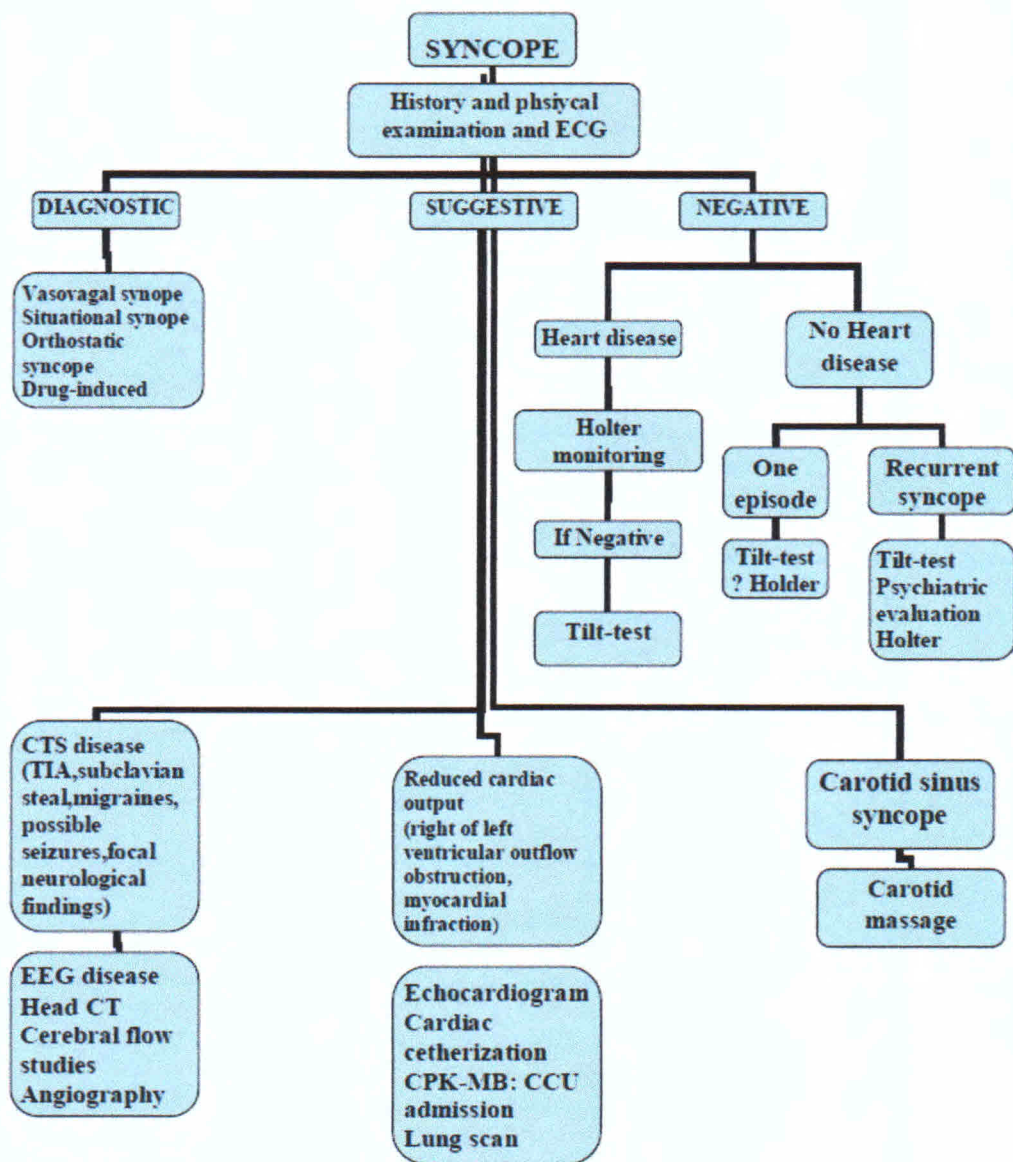
 TERAKREDITASI PARIPURNA	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM KARDIOLOGI DAN KEDOKTERAN VASKULER RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>  <u>drg. Wan Fairiatul Mamnunah, Sp.KG</u> NIP. 19780618 200903 2 001
<p>SYNCOPE</p>		
<p>1.Definisi</p>	<p>Suatu gejala dengan karakteristik klinik kehilangan kesadaran yang tiba-tiba dan bersifat sementara, dan biasanya menyebabkan jatuh. Onsetnya relatif cepat dan terjadi pemulihan spontan. Kehilangan kesadaran tersebut terjadi akibat hipoperfusi serebral.</p>	
<p>2.Anamnesis</p>	<p>Pertanyaan seputar keadaan saat sebelum serangan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien (duduk, terlentang atau berdiri)• Aktivitas (istirahat, perobahan posisi, sedang/habis melakukan latihan fisik, sedang atau sesaat setelah berkemih, buang air besar, batuk atau menelan).• Faktor-faktor predisposisi (misalnya tempat ramai atau panas, berdiri dalam waktu lama, saat setelah makan) dan faktor yang memberatkan (misalnya ketakutan, nyeri hebat, pergerakan leher) <p>Pertanyaan mengenai saat terjadinya serangan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mual, muntah, rasa tidak enak diperut, rasa dingin, berkeringat, nyeri pada leher atau bahu, penglihatan kabur. <p>Pertanyaan mengenai serangan yang terjadi (saksimata):</p> <ul style="list-style-type: none">• Bagaimana cara seseorang tersebut jatuh (merosot atau berlutut), warna kulit (pucat, sianosis, kemerahan), lamanya hilangnya kesadaran, jenis pernafasan (mengorok), pergerakan (tonik, klonik, tonik-klonik), lama kejadiannya, jarak antara timbulnya pergerakan tersebut dengan kejadian jatuh, lidah tergigit) <p>Pertanyaan mengenai latar belakang:</p> <ul style="list-style-type: none">• Riwayat keluarga dengan kematian mendadak, penyakit jantung aritmogenik congenital atau pingsan.• Riwayat penyakit jantung sebelumnya.• Riwayat kelainan neurologis (parkinsonisme, epilepsi, narkolepsi)• Gangguan metabolik (misalnya diabetes mellitus)• Obat-obatan (anti hipertensi, anti depresan, antiaritmia, diuretika dan obat-obatan yang dapat membuat QT memanjang)• Bila terjadi sinkop berulang, keterangan mengenai berulangnya sinkop misalnya waktu dari saat episode sinkop pertama dan jumlah rekurensi yang terjadi.	

3.Pemeriksaan Fisik	<p>Tergantung etiologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika etiologi karena kelainan struktur jantung dapat ditemukan adanya murmur, gallop, dan lain-lain. • Jika etiologi karena kelainan irama dapat ditemukan kelainan pada EKG
4.Kriteria Diagnosis	<p>Gambaran EKG yang menunjukkan sinkop akibat aritmia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blok bifasikular (didefinisikan sebagai blok berkas cabang kiri atau blok berkas cabang kanan atau blok fasikular posterior kiri). • Abnormalitas/kelainan konduksi intraventrikular lain (durasi QRS>0,12 detik). • Blok atrioventrikular derajat dua Mobitz I • Bradikardia sinus asimtomatik (<50 derajat permenit) atau blok sinoatrial. • Komplek QRS praeksitasi. • Interval QT memanjang. • Pola blok berkas cabang kanan dengan elevasi ST pada sadapan V1-V3 (sindrom Brugada) • Gelombang T negatif pada sadap prakordial kanan, gelombang epsilon dan kelambatan ventrikular yang berpotensi pada dugaan dispasia ventrikular kanan aritmogenik. • Gelombang Q diduga infark miokard.
5.Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> • Sinkop vasovagal • Sinkop vaskular • Sinkop psikogenik • Sinkop neurologik-serebrovaskular • Hipoglikemia
6.Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan darah rutin • Pemeriksaan elektro kardiografi • Ekokardiografi • Uji elektrofisiologi • Pemijatan sinus karotis • <i>Tilt-Table testing</i> • Kateterisasi jantung dan angiografi • Exercise testing
7.Terapi	<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana tergantung penyebab, mencakup terapi farmakologi, pemasangan pacu jantung dan terapi bedah. • Pasien dengan kardiomiopati hipertropi dapat berespon dengan terapi farmakologi dengan menggunakan <i>beta bloker</i>, <i>calcium channel blocker</i> dan obat antiaritmia lainnya. • Pasien dengan kelainan irama jantung diperlukan pemasangan alat pacu jantung. • Pasien yang penyebab sinkop kardiaknya disebabkan kelainan struktur jantung seperti Stenosis Aorta, terapi

	<p>bedah mungkin diperlukan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penatalaksanaan pasien sinkop karena kelainan irama <ol style="list-style-type: none"> a. Klas I : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang menderita sinkop karena aritmia jantung dan kondisi yang mengancam kehidupan atau trauma dengan resiko tinggi harus mendapat terapi yang cepat. b. Klas II : <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan dilakukan bila culprit arrhythmia tidak ada dan aritmia yang mengancam kehidupan diperkirakan dari data pengganti. • Pengobatan dilakukan bila ada culprit arrhythmia tapi tidak mengancam kehidupan atau ada resiko tinggi
8.Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> • Penting diketahui riwayat kejadian disaat-saat sebelum terjadinya sinkop tersebut untuk menentukan penyebab sinkop serta menyingkirkan diagnosis banding yang ada. • Gambaran klinis yang muncul pada setiap pasien sangat penting untuk diketahui terutama faktor-faktor yang dapat merupakan predisposisi terjadinya sinkop beserta akibatnya.
9.Prognosis	<ul style="list-style-type: none"> • Bervariasi tergantung dari etiologi sinkop • Pasien dengan sinkop kardiak ini mempunyai resiko kematian tertinggi dalam 1 sampai 6 bulan. • Tingkat mortalitas pada tahun pertama 18-33 %
10.Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> • Topol, Textbook of Cardiovascular Medicine, 3rd edition • Guidelines on management (diagnosis and treatment)of syncope, <i>European Heart Journal</i> (2001) 22, 1256–1306



Gambar 3. Evaluasi pasien dengan sinkop.⁽⁷⁾

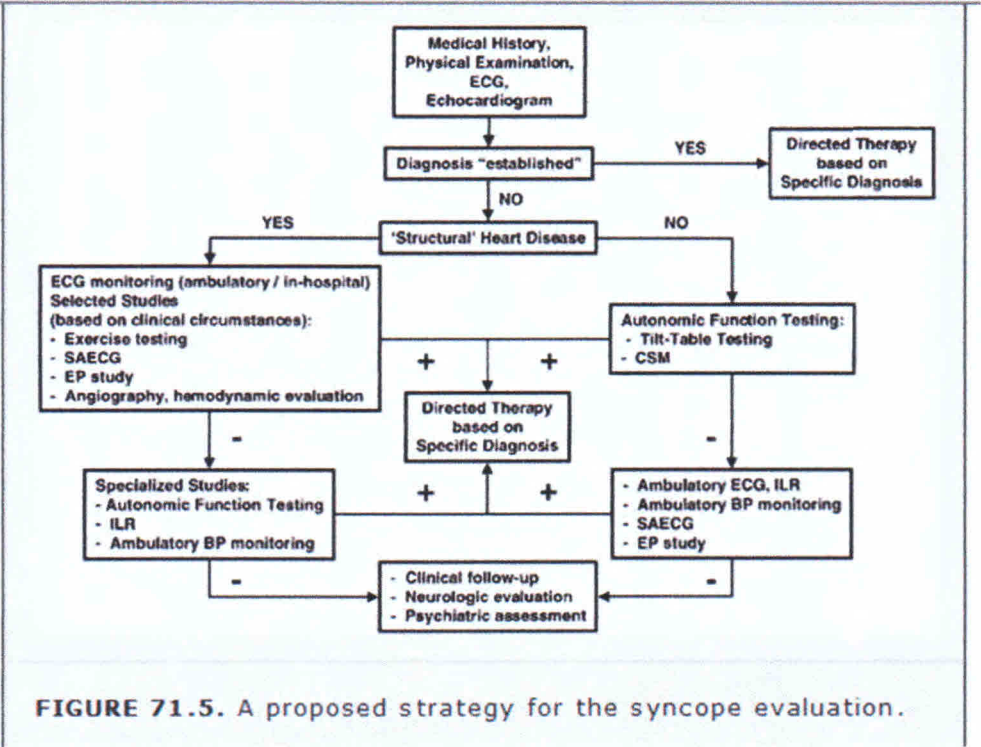


FIGURE 71.5. A proposed strategy for the syncope evaluation.

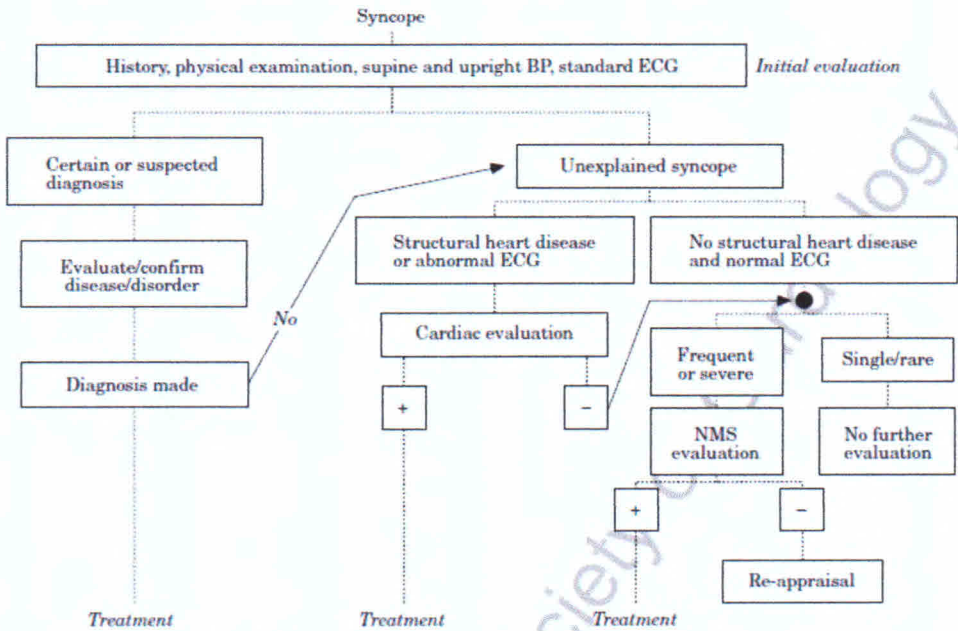


Figure 2 The figure shows the flow diagram proposed by the Task Force on Syncope of an approach to the evaluation of syncope. BP=blood pressure; ECG=electrocardiogram; NMS=neurally mediated syncope.