

## Prasinkop pada RBBB: Apa yang harus dilakukan?

Yoga Yuniadi

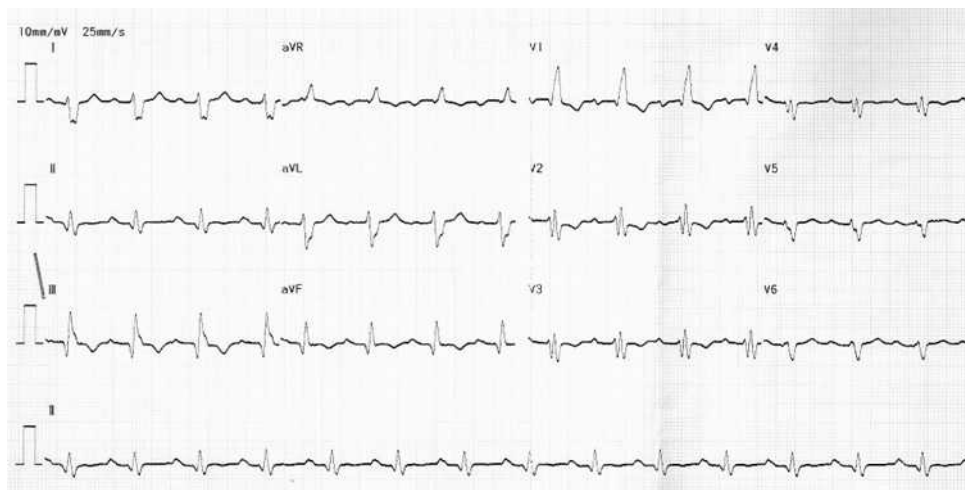
### Kasus

Seorang pria, 65 tahun datang ke poli aritmia dengan keluhan sering melayang serasa mau jatuh. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah yang tinggi, sedangkan pemeriksaan lain dalam batas normal. Rekaman EKG memperlihatkan gambaran di bawah ini:

Apa kemungkinan penyebab prasinkop pada pasien ini? Dapatkah gambaran EKG di atas memberikan dugaan kausa prasinkop?

### Pembahasan

Gambaran EKG di atas bukanlah suatu RBBB yang



**Gambar 1.** Irama sinus dengan RBBB yang khas. Tampak aksis frontal deviasi ke kanan. Durasi QRS 160 mdet dan interval PR 260 mdet.

### Alamat korespondensi:

Dr. dr. Yoga Yuniadi, SpJP, Divisi Aritmia, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler FKUI dan Pusat Jantung Nasional Harapan, Kita, Jl S Parman Kav 87 Jakarta 11420, E-mail: [yogayun@yahoo.com](mailto:yogayun@yahoo.com)

biasa. Perhatikan selain morfologi khas RBBB di sadapan V1 dan V6, rekaman ini juga menunjukkan aksis frontal yang mengarah ke kanan dan interval PR yang memanjang (260 mdet). Gambaran yang demikian sesuai dengan Trifasikular blok.

Lalu kenapa suatu trifasikular blok menimbulkan gejala prasinkop?

Beberapa penelitian lama menunjukkan bahwa 2 hingga 14% bifasikular blok kronis akan berkembang menjadi total AV blok. Hal ini lebih sering terjadi pada pasien dengan penyakit jantung. Pada trifasikular blok, kejadian total AV blok lebih kerap ditemukan.

Interval PR dan HV diidentifikasi sebagai prediktor total AV blok dan bahkan kematian jantung mendadak pada pasien dengan blok bifasikular. Akan tetapi bila penyebab pemanjangan interval PR itu adalah pelambatan pada level nodal AV (suprahis), maka korelasinya dengan kemungkinan total AV blok dan kematian di masa datang tidak jelas. Sebaliknya bila level pelambatan di infrahis yang ditandai dengan pemanjangan interval HV maka pemasangan pacu jantung menetap sangat disarankan sekalipun asimtomatik. Bila interval HV  $\geq 100$  ms maka indikasi yang kuat untuk pemasangan pacu jantung menetap karena kejadian total AV blok tinggi.

Maka pemeriksaan lanjutan perlu dilakukan, yaitu Holter untuk upaya dokumentasi episode total

AV blok atau aritmia lain. Jika Holter tidak konklusif maka dapat dilakukan studi elektrofisiologi untuk menentukan level pelambatan konduksi di nodal AV.

Pemeriksaan Holter menunjukkan episode total AV blok berulang yang berkaitan dengan gejala melayang. Dengan demikian terjadi total AV blok yang intermiten pada bifasikular blok kronis disertai pemanjangan interval PR. Menurut panduan ACC/AHA/HRS 2008, pemasangan alat pacu jantung pada pasien ini termasuk dalam indikasi kelas I dengan level bukti B.

## Daftar Pustaka

1. Wiberg TA, Richman HG, Gobel FL. The significance and prognosis of chronic bifascicular block. *Chest*. 1977; 71: 329-34
2. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, dkk. ACC/AHA/HRS 2008 guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51: e1-62.