Jurnal Penelitian Perawat Profesional
Volume 5 Nomor 1, Februari 2023
e-ISSN 2715-6885; p-ISSN 2714-9757
http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP

PENATALAKSANAAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF PADA PRIA USIA 73 TAHUN DENGAN PRINSIP PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Yunisa Arini Putri*, Fakhira Arminda, RE Rizal Effendi
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Soemantri Brojonegoro No.1 Gedong Meneng, Rajabasa. Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia
*yunisaarinip99@gmail.com

ABSTRAK

Gagal jantung kongestif merupakan suatu kondisi dimana cairan menumpuk di ruang interstitial dan kompartemen intravaskular akibat ginjal yang gagal mengekskresikan garam dan air sehingga tekanan pengisian jantung meningkat. Prevalensi gagal jantung di Indonesia tahun 2018 sebesar 1,5% , dengan persentase usia 65 – 74 tahun sebesar 4,6%, sedangkan prevalensi di Provinsi Lampung sebesar 1,2%. Tujuan penelitian adalah untuk menerapkan pelayanan kedokteran keluarga secara komprehensif dan holistik. Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah memberikan data primer. Rekam medis pasien berfungsi sebagai sumber utama data sekunder. Dari awal, melalui proses, dan pada akhir penelitian, diagnosis holistik disajikan sebagai dasar penilaian kuantitatif dan kualitatif. Teori dan jurnal terkait telah digunakan untuk mendiagnosis dan menangani hasil kasus. Pengetahuan meningkat dan perilaku pasien dan keluarga berubah setelah intervensi. Kesimpulan penelitian adalah diagnosis dan pengobatan pasien ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan dokter keluarga yang berpusat pada pasien, berpusat pada keluarga, dan berpusat pada masyarakat.

Keywords: gagal jantung kongestif; hipertensi; kedokteran keluarga

MANAGEMENT OF MEN 73 YEARS OLD WITH CONGESTIVE HEART FAILURE THROUGH THE FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Congestive heart failure is a condition of fluid accumulation in the intravascular compartment and interstitial space caused by retention of sodium and water by the kidneys that can increase the pressure of filling the heart. The prevalence of heart failure in Indonesia in 2018 was 1.5% with a percentage of 65-74 years of age of 4.6%, while the prevalence in Lampung was 1.2%. The purpose of this study is comprehensive and holistic family doctor services. The study is a case report. Anamnesis, physical examination, and home visits provided the primary data. The patient's medical record served as the primary source of secondary data. From the beginning, through the process, and at the conclusion of the study, a holistic diagnosis served as the foundation for the quantitative and qualitative assessment. The theory and related journals have been used to diagnose and treat the case's outcomes. Knowledge increased and patient and family behavior changed after the intervention. The study's conclusion is that this patient's diagnosis and treatment were carried out using a family doctor's patient-centered, family-centered, and community-centered approach.

Keywords: congestive heart failure; family medicine; hypertension

PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif keadaan cairan menumpuk di ruang interstitial dan kompartemen intravaskular sebagai akibat dari gagalnya ginjal untuk mengeksresikan garam dan air sehingga tekanan dalam jantung meningkat. Gagal jantung juga digambarkan sebagai adanya tekanan diastolik akhir ventrikel kiri yang meningkat sehingga menimbulkan dispnea, rales paru, dan edema, yang merupakan ciri khas dari kondisi tersebut (PERKI, 2020).

Insidensi gagal jantung kongestif menurut *Global Health Data Exchange* tahun 2020, terdapat 64,34 juta kasus gagal jantung kongestif dan 8,52 per 1000 orang terdiagnosa dengan gagal jantung di seluruh dunia (Lippi *et all,* 2020). Gagal jantung memiliki angka kesakitan dan kematian yang besar dan berkontribusi akan peningkatan pembiayaan perawatan kesehatan di seluruh dunia (Savarse et al, 2017). Gagal jantung menjadi sebab kematian terbesar kedua di Indonesia pada tahun 2019 setelah stroke, menurut Global Burden of Disease (GBD 2019 Disease and Injuries Collaborators, 2020). Berdasarkan Riskesdas tahun 2018, CHF memiliki prevalensi sebesar 1,5% secara keseluruhan dengan persentase usia 65 – 74 tahun sebesar 4,6%, sedangkan prevalensi di Provinsi Lampung sebesar 1,2%. Insidensi dari gagal jantung semakin meningkat akibat kerusakan jantung akut dapat terus berlanjut menjadi gagal jantung kronik (Kemenkes RI, 2021).

CHF adalah kondisi kompleks yang mencakup beberapa etiologi dan komorbiditas. Pengobatan etiologi yang mendasari dapat menghentikan atau memperlambat perkembangan penyakit dan pengobatan komorbiditas sangat penting dalam mengoptimalkan kesehatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup. Dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi secara klinis, personal, budaya, ekonomi, dan psikososial, penatalaksanaan dengan pendekatan keluarga yang komprehensif diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan mengidentifikasi faktor risiko, permasalahan klinis, dan manajemen pasien berbasis *evidence based medicine*, penelitian ini bertujuan untuk mengimplementasikan pelayanan kedokteran keluarga secara komprehensif dan holistik.

METODE

Laporan kasus digunakan sebagai studi. Pengumpulan data primer dilakukan melalui pemeriksaan fisik, kunjungan rumah, dan anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari pasien dan istri pasien). Rekam medis pasien berfungsi sebagai sumber utama data sekunder. Dari awal hingga akhir penelitian, penilaian didasarkan pada diagnosis yang komprehensif, baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Pasien Tn. MJ usia 73 tahun, datang ke Poliklinik Puskesmas Rawat Inap Kemiling ditemani istrinya pada tanggal 5 November 2022 dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak 3 hari sebelum datang ke Puskesmas. Keluhan sesak dirasakan hilang timbul sejak 1 bulan lalu dan memberat 3 hari sebelum datang ke Puskesmas. Keluhan baru pertama kali dirasakan oleh pasien. Sesak napas yang dialami pasien tidak dipengaruhi oleh debu, cuaca ataupun emosi. Pasien merasa sesak napas jika beraktivitas sedang-berat seperti berjalan. Sesak akan berkurang jika beristirahat dan tidak disertai rasa nyeri di dada. Sejak 3 hari terakhir, pasien sulit tidur berbaring akibat keluhan sesak tersebut sehingga pasien memilih tidur dengan posisi duduk bersandar. Keluhan sesak lebih sering muncul ketika malam hari dan disertai batuk berdahak yang dirasakan sudah 1 bulan namun tidak kunjung sembuh walaupun sudah minum obat batuk.

Pasien juga mengeluhkan pembengkakan pada kedua kaki yang disadari pasien muncul sejak 2 hari terakhir. Sebelum mengalami keluhan sesak, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi namun tidak rutin melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Pasien dirujuk ke dokter jantung dan didiagnosis gagal jantung kongestif. Menurut pasien, bapak dan saudara kandung pasien memiliki riwayat hipertensi namun tidak ada yang mengalami penyakit jantung. Pasien mengaku makan 2-3 kali sehari dengan menu yaitu nasi, sayur, dan sumber protein yang diperoleh dari tempe, tahu, telur dan terkadang ikan atau ayam. Pasien sudah berhenti merokok sekitar 9 tahun terakhir namun masih minum kopi atau teh 1-2 cangkir/hari. Keluhan yang dialami pasien telah mengganggu aktivitas sehari-hari pasien sehingga pasien datang berobat ke Puskesmas. Pasien khawatir keluhan pasien ini bertambah parah dan membuat pasien tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya. Pasien menganggap

penyakitnya tersebut akibat usia pasien yang sudah tua. Pasien belum mengetahui penyebab dan komplikasi dari penyakit tersebut.

HASIL

Anamnesis

Tn. MJ, 73 tahun, tiba di Puskesmas tiga hari stelah keluhan muncul berupa sesak nafas berat. Sejak sebulan lalu, keluhan sesak napas datang silih berganti, dan semakin parah tiga hari sebelum ke Puskesmas. Keluhan dirasakan pertama kali oleh pasien. Pasien merasa sesak napas jika beraktivitas sedang-berat seperti berjalan. Sesak akan berkurang jika beristirahat dan tidak disertai rasa nyeri di dada. Sejak 3 hari terakhir, pasien sulit tidur berbaring akibat keluhan sesak tersebut sehingga pasien memilih tidur dengan posisi duduk bersandar. Keluhan sesak lebih sering muncul ketika malam hari dan disertai batuk berdahak yang dirasakan sudah 1 bulan namun tidak kunjung sembuh walaupun sudah minum obat batuk. Pasien juga mengeluhkan pembengkakan pada kedua kaki yang disadari pasien muncul sejak 2 hari lalu. Pasien memiliki riwayat hipertensi namun tidak rutin melakukan pengobatan. Menurut pasien, bapak dan saudara kandung pasien pernah menderita hipertensi namun tidak ada yang mengalami penyakit jantung.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit sedang; tekanan darah: 153/91 mmHg; Frekuensi nadi: 116 x/menit; Frekuensi napas: 24 kali/menit dan suhu tubuh: 36,5^{o}C. BB: 60 kg dan TB: 163 cm dengan perhitungan IMT: 22,58 kg/m^2, status gizi normal.

Status Generalis

Mata tidak didapatkan konjungtiva anemis maupun sklera ikterik. Telinga, normal tidak terdapat sekret, dan tidak tampak hiperemis. Hidung, normal tidak terdapat sekret, dan tidak tampak hiperemis. Leher tidak ada perubahan pada ukuran kelenjar getah bening, namun terdapat peningkatan pada JVP yaitu 5+3 cmH20. Pada pemeriksaan pulmonal, inspeksi tampak simetris dan tidak adanya retraksi dinding dada anterior, pada palpasi fermitus taktil simetris dan tidak ditemukan nyeri tekan, pada perkusi terdengar sonor, dan pada auskultasi terdengar vesikuler tanpa adanya ronkhi ataupun mengi. Pada pemeriksaan jantung inspeksi tidak tampak ictus cordis, pada palpasi ictus cordis dapat dirasakan di ICS V linea midclavicula sinistra, pada perkusi batas jantung kanan di ICS IV linea parasternal dekstra. Batas jantung kiri di ICS V linea axilaris anterior sinistra dan pada auskultasi jantung terdengar reguler tanpa adanya gallop ataupun murmur. Abdomen datar, bising usus 6x/menit, tidak didapatkan organomegali. Fungsi motorik dan sensorik normal. Status neurologis normal. Inspeksi regio ekstrimitas superior dalam batas normal dan ekstremitas inferior didapatkan: edem pitting (+/+), crt < 2 detik, akral hangat. Klasifikasi gagal jantung pasien: NYHA Kelas II dimana penyakitnya ini dapat menimbulkan batasan pada aktivitas fisik berat, saat istirahat keluhannya hilang.

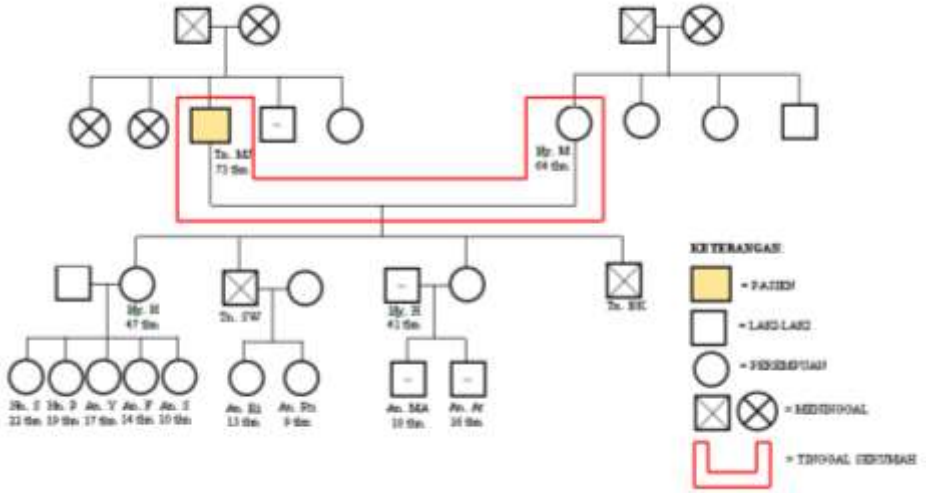
Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pada pasien. Dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien berstatus mandiri dengan skor 100 berdasarkan hasil penilaian *Activity of Daily Living* yang dilakukan dengan menggunakan *Modified Barthel Index Instrument*. Hal ini menunjukkan bahwa pasien tidak memerlukan bantuan orang lain untuk melakukan aktivitasnya. Pasien kemudian diberi skor 3 pada Skala Depresi Geriatri dimana ia tidak mengalami depresi. Skor MMSE pasien 27 saat pemeriksaan lebih lanjut, hasil tersebut menunjukkan tidak ada gangguan kognitif pada pasien. Pasien memperoleh waktu 10 detik dari pemeriksaan penilaian risiko jatuh pada lansia menggunakan *time up and go test* yang menunjukkan tidak

adanya risiko jatuh pada pasien. Pada pemeriksaan Skrining Spiritual menggunakan Skala Kesejahteraan Spiritual (A'la, Yosep, dan Agustina, 2017) didapatkan skor 102, yang menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi kesehatan spiritual yang baik.

Data Keluarga

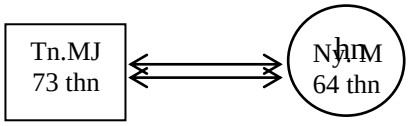
Usia pasien 73 tahun dengan bentuk keluarga adalah keluarga inti (*nuclear family*). Berikut genogram Tn. MJ:



APGAR Score Keluarga

Adaptasi : 2
Hubungan antar keluarga : 2
Kesempatan untuk tumbuh : 1
Afeksi : 2
Penyelesaian masahalah : 1
Total skor : 8 (Fungsi keluarga baik)

Family Map



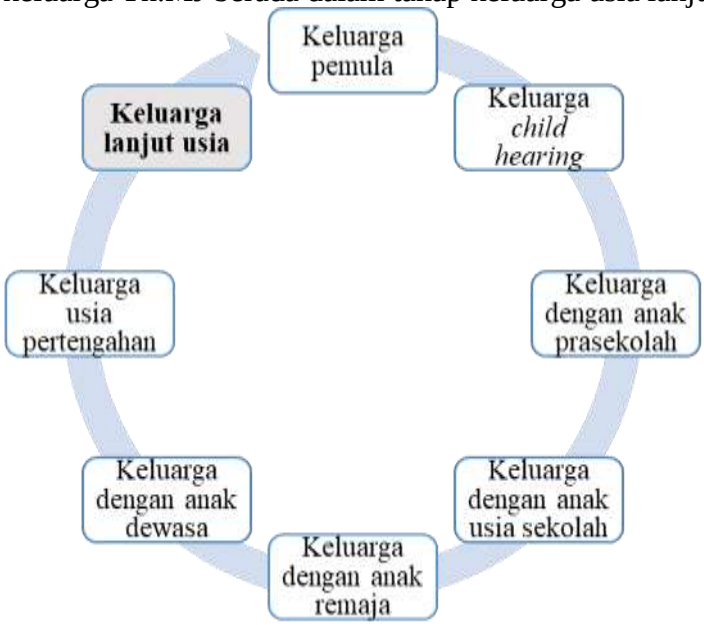
Keterangan:

: Hubungan erat

: Hubungan sangat erat

Family Lifecyle

Siklus hidup keluarga Tn.MJ berada dalam tahap keluarga usia lanjut.



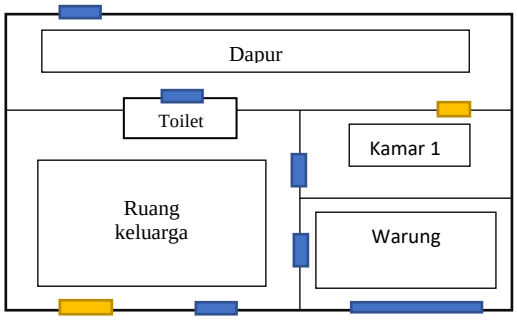
Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama istrinya di rumah milik anaknya. Rumah berukuran 36 m². Terdapat warung, ruang berkumpul keluarga, kamar tidur, dapur dan kamar mandi dengan wc jongkok di dalam rumah masing-masing berjumlah satu buah yang sudah diterangi dengan listrik. Lantai rumah bagian depan beralas keramik sedangkan bagian belakang beralas semen, dinding tembok dengan atap seng. Ventilasi terkesan cukup baik dimana masih terdapat jendela pada kamar tidur yang tertutup serta rumah bagian belakang yang tidak memiliki jendela, oleh karena itu pertukaran udara pada rumah bagian belakang kurang baik, pencahayaan di dalam rumah baik karena beberapa sisi atap seng dibuat dengan model yang transparan. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat dengan jalanan terbuat dari aspal. Jarak antar rumah menempel antar satu rumah dengan rumah lainnya. Keadaan rumah secara keseluruhan cukup bersih dan cukup rapih. Pasien memiliki sumur bor sebagai sumber air.

Keterangan:

: Pintu

: Jendela



Diagnostik Holistik Awal

1. **Aspek Personal**
   a. Alasan kedatangan: sesak napas yang memberat sejak 3 hari sebelum memeriksakan diri di Puskesmas.
   b. Kekhawatiran: keluhan pasien menjadi semakin parah dan mengganggu aktivitas pasien
   c. Persepsi: pasien menganggap keluhan disebabkan karena pasien yang sudah bertambah tua.
   d. Harapan: segera sembuh dari penyakitnya

2. **Aspek Klinik**
   Congestive Heart Failure (ICD X: I50, ICPC 2: K77); Hipertensi (ICD X: I10, ICPC 2: K87).
3. **Aspek Resiko Internal**
   a. Usia 73 tahun (ICD X : R54)
   b. Pengetahuan yang kurang seputar penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi
   c. Kurang mengetahui mengenai pola makan yang sesuai angka kebutuhan gizi pasien dan aktivitas fisik yang dapat dilakukan untuk penderita hipertensi dan gagal jantung.
   d. Pola pengobatan hanya dilakukan ketika terdapat keluhan.
   e. Faktor psikologis: Rasa takut keluhan sesak napas semakin memberat.

4. **Aspek Resiko Eksternal**
   a. Keluarga yang kurang mengetahui mengenai definisi, faktor risiko, gejala, pengobatan dan pencegahan penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi
   b. Pola berobat keluarga kuratif.
5. **Derajat Fungsional**
   Derajat dua yaitu pasien mulai mengurangi aktivitas, namun masih bisa melakukan pekerjaan ringan secara mandiri.

Rencana Intervensi

Intervensi mengenai penyakit jantung dang hipertensi pasien berupa terapi medikamentosa agar keluhan berkurang dan pencegahan agar tidak terjadi komplikasi. Selain itu, pasien dan keluarga juga diberikan edukasi yang mendalam mengenai hipertensi dan gagal jantung secara lengkap. Kunjungan dengan pasien akan dilaksanakan sebanyak tiga kali, masing-masing untuk mengecek kelengkapan biodata pasien, melakukan intervensi dan mengevaluasi hasil intervensi yang telah diberikan.

Patient Center

Non-Medikamentosa

1. Edukasi mengenai gagal jantung kongestif dan hipertensi secara lengkap dan mendalam dengan bahasa dan metode yang mudah diterima pasien.
2. Edukasi mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan tidak hanya saat memiliki keluhan (pola pengobatan preventif).
3. Edukasi terkait pola makan yang sesuai angka kebutuhan gizi dan aktivitas fisik yang dapat dilakukan untuk penderita gagal jantung.

Medikamentosa:

Terapi farmakologis terdiri dari obat oral.

1. Spironolakton 25 mg (1x1)
2. Bisoprolol 1,25 mg (1x1)
3. Ramipril 5 mg (1x1)
4. Furosemide 40 mg (1x1)
5. ISDN 5 mg (1x1)

Family Focused

1. Memberikan edukasi kepada keluarga terkait penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi secara lengkap dan mudah dimengerti.

2. Edukasi keluarga mengenai pola makan yang sesuai angka kebutuhan gizi dan aktivitas fisik yang dapat dilakukan untuk penderita gagal jantung.
3. Edukasi keluarga mengenai pentingnya peran keluarga untuk melakukan pemeriksaan rutin ke layanan kesehatan sebagai upaya preventif bagi keluarga yang berisiko.

Community Oriented

1. Informasi mengenai gagal jantung kongestif dan hipertensi diberikan pula pada komunitas sekitar baik edukasi secara langsung maupun melalui media cetak dan informasi.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

a. Alasan kedatangan: keluhan sesak sudah mulai berkurang.
b. Kekhawatiran: pasien sudah berkurang kekhawatirannya mengenai keluhan sesak yang bertambah parah dikarenakan pengetahuan pasien sudah mengalami peningkatan terkait penyakit gagal jantung.
c. Harapan: tidak memiliki keluhan terhadap penyakitnya, penyakit dapat terkontrol dan tidak memburuk.
d. Persepsi: Pasien telah mengetahui mengenai penyebab dan faktor risiko dari penyakit yang diderita dan terkait pengobatan teratur serta pentingnya gaya hidup dan pola makan yang sehat.

2. Aspek Klinik

Congestive Heart Failure (ICD X: I50, ICPC 2: K77); Hipertensi (ICD X: I10, ICPC 2: K87).

3. Aspek Resiko Internal

a. Usia 73 tahun (ICD X :R54)
b. Setelah dilakukan komparasi antara skor pre-test dan post-test, pengetahuan pasien terkait penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi sudah meningkat.
c. Perubahan pola makan yang mencukupi angka kebutuhan gizi dan peningkatan aktivitas fisik sebagai upaya gaya hidup sehat.
d. Pasien memiliki perilaku pengobatan yang mulai mengarah ke preventif.

4. Aspek Resiko Eksternal

a. Pengetahuan keluarga mengenai penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi sudah meningkat
b. Keluarga sudah mulai paham mengenai pentingnya perilaku pengobatan yang bersifat prevetif.

5. Derajat Fungsional

Derajat dua yaitu pasien mulai mengurangi aktivitas, namun masih bisa melakukan pekerjaan ringan secara mandiri.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada laki-laki 73 tahun berjenis kelamin laki-laki yang mengalami sesak napas yang semakin dirasa memberat sejak 3 hari sebelum ke Puskesmas. Alasan

dilakukannya binaan keluarga kepada pasien ini yaitu penyakit kronis yang dialami pasien membutuhkan kerjasama antara pasien, anggota keluarga, dan layanan kesehatan guna menjaga kepatuhan pengobatan serta pentingnya gaya hidup yang sehat. Tujuannya adalah agar pengelolaan gagal jantung kongestif dan hipertensi yang diderita pasien dapat dikelola secara aktif juga oleh anggota keluarga lainnya.

Kunjungan pertama diawali dengan pengenalan kepada pasien dan penjelasan maksud dan tujuan kunjungan, dilanjutkan dengan anamnesis penyakit pasien. Diagnosis Gagal Jantung Kongestif pada pasien ditegakkan atas dasar keluhan yaitu sesak napas yang sejak 1 bulan lalu dan semakin mengganggu sejak 3 hari sebelum memeriksakan diri di Puskesmas. Pasien merasa sesak napas jika beraktivitas sedang-berat seperti berjalan. Sesak akan berkurang jika beristirahat dan tidak disertai rasa nyeri di dada. Keluhan sesak disertai batuk berdahak lebih sering muncul ketika pasien sedang hendak tidur atau malam hari. Pasien juga mengeluhkan pembengkakan pada kedua kaki. Pasien juga menderita penyakit kronis lainnya yaitu hipertensi. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang; tekanan darah: 153/91 milimeter air raksa; Frekuensi nadi: 116 kali per menit; JVP meningkat 5+3 cmH20; pada inspeksi ekstremitas inferior didapatkan edem pitting (+/+).

Sindrom klinis gagal jantung terjadi ketika jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Gangguan pengisian ventrikel atau ejeksi darah ke sirkulasi sistemik menjadi penyebab penyakit ini. Pasien biasanya mengalami kelelahan dan dispnea, penurunan toleransi olahraga, dan retensi cairan (edema paru dan perifer). Berdasarkan kriteria Framingham minimal terdapat dua gejala mayor atau satu gejala mayor dan satu gejala minor (Malik A, et al, 2022). Pada pasien didapatkan 2 kriteria mayor dan 3 kriteria minor sehingga memenuhi diagnosis gagal jantung.

Tabel 1.
Kriteria Framingham

Kriteria Mayor	Kriteria Minor
• Edema pulmo akut • Kardiomegali • Refleks Hepatojugular • JVP meningkat • PND atau orthopnea • Murmur • Suara gallop S3	• Edema ekstremitas • Dispnea • Hepatomegali • Batuk malam • Efusi pleura • Takikardi (>120 kali per menit)

Fungsi ventrikel dapat diukur melalui pemeriksaan ekokardiografi agar dapat menentukan fraksi ejeksi pasien, dimana pemeriksaan ini dapat sangat membantu diagnosis gagal jantung dan/atau disfungsi jantung, yang sebaiknya dilakukan sejak dini (PERKI, 2020). Klasifikasi gagal jantung didasarkan pada gejala dan perhitungan fraksi ejeksi ventrikel kiri. Ada tiga jenis gagal jantung yang disebabkan oleh disfungsi ventrikel kiri: gagal jantung dengan fraksi ejeksi rendah, gagal jantung dengan fraksi ejeksi tinggi, dan gagal jantung dengan fraksi ejeksi sedang (Nussbaumerova & Rosolova, 2018).

Pasien dengan CHF memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dan harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan dengan mereka pada usia yang sama pada populasi umum. Faktor risiko CHF perlu diidentifikasi agar bisa mengembangkan strategi yang efektif untuk pencegahan CHF dalam populasi umum. Faktor risiko tersebut terdiri diantaranya yaitu umur, ras, genetik, perilaku merokok, penyakit hipertensi, obesitas, dan diabetes, jarang berolahraga, serta kadar kolesterol yang tinggi. Pasien memiliki faktor risiko diantaranya yaitu usia serta riwayat

keturunan (tidak dapat dimodifikasi) dan perilaku merokok dan tidak pernah kontrol tekanan darah yang merupakan faktor yang masih dapat diubah sehingga harapannya penyakit pasien tidak bertambah parah (Lawson *et al,* 2020).

Tujuan pencegahan serta pengobatan CHF yaitu untuk mengurangi tingkat derajat kesakitan dan jumlah risiko kematian pasien. Mengenai tatalaksana penyakit jantung, tentunya memiliki tujuan penting untuk mencegah perburukan penyakit jantung tersebut. Pasien diharapkan dapat melakukan perawatan mandiri berupa melakukan aktivitas untuk menjaga stabilitas fisik, tidak melakukan hal yang dapat memperparah penyakit dan dapat mengetahui tanda-tanda awal perburukan gagal jantung, contohnya seperti mengurangi berat badan, melakukan latihan fisik, dan restriksi cairan 900 ml – 1,2 liter sehari. Kepatuhan berobat juga sangat penting untuk menjaga kualitas hidup pasien tetap baik. Akan tetapi, faktanya berdasarkan literatur, diperkirakan hanya 20-60% pasien yang patuh terhadap terapi pengobatan gagal jantung (Yancy e*t al*, 2020).

Pada kasus ini, pasien ditatalaksana dengan obat golongan *ACE-I, β Blocker,* dan *aldosterone antagonist* sebagai 3 pilar terapi utama gagal jantung yaitu Ramipril 5 mg 1 kali sehari, Bisoprolol 1,25 mg 1 kali sehari, dan Spironolakton 25 mg 1 kali sehari. Penelitian menyebutkan bahwa pemberian obat golongan *ACE-I, β Blocker,* dan *aldosterone antagonist* dapat memperbaiki kualitas hidup dengan membaiknya fungsi ventrikel, menghindari perburukan gejala gagal jantung sehingga dapat menurunkan kemungkinan perawatan rumah sakit, serta meningkatkan angka kelangsungan hidup (Heidenreich PA, et al, 2022).

Tiga jenis obat beta blocker telah terbukti efektif dalam mengurangi risiko kematian pada pasien dengan gagal jantung dan reduksi ejeksi freksi, yaitu bisoprolol, metoprolol lepas lambat (suksinat), dan carvedilol. Bahkan ketika tanpa gejala, atau ketika gejala ringan atau membaik dengan terapi lain, terapi beta-blocker penting dan tidak boleh ditunda sampai gejala kembali atau perkembangan penyakit didokumentasikan. Data menunjukkan bahwa beta blocker dapat dimulai dengan aman, asalkan pasien stabil secara klinis dan tidak memerlukan terapi inotropik intravena untuk gagal jantung. Jika gejala atau fraksi ejeksi ventrikel kiri membaik, pengobatan jangka panjang dengan beta blocker dan penggunaan dosis target harus dipertahankan untuk mengurangi risiko perkembangan disfungsi ventrikel kiri atau kejadian kardiovaskular lain. Penghentian terapi beta-blocker secara tiba-tiba dapat menyebabkan perburukan gejala klinis dan harus dihindari kecuali dalam keadaan tertentu (Halliday BP et al, 2018).

Obat golongan ACE-I telah terbukti menghambat remodelling maladaptif pada pasien dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri yang berkurang. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ACE-I mengurangi mortalitas serta rawat inap akibat penyakit gagal jantung, dan perkembangan menjadi gagal jantung berat dibandingkan dengan plasebo. Seperti namanya, penghambat ACE memblokir enzim pengubah angiotensin yang mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Berkurangnya produksi angiotensin II mencegah otot polos jantung dan remodeling miosit, meningkatkan natriuresis, dan menurunkan tekanan darah. Hal ini juga dapat menurunkan preload dan afterload, serta tekanan arteri dan vena (PERKI, 2020; Herman LL et al, 2022).

Uji coba terkontrol dengan diuretik menunjukkan efeknya untuk meningkatkan ekskresi natrium urin dan mengurangi tanda-tanda fisik retensi cairan. Penggunaan diuretik dapat menurunkan mortalitas dan rawat inap untuk penyakit gagal jantung dibandingkan dengan tanpa penggunaan diuretik. Diuretik loop yang paling umum digunakan untuk pengobatan

CHF adalah furosemide. Pada pasien rawat jalan dengan gagal jantung, terapi diuretik biasanya dimulai dengan dosis rendah, dan dosis ditingkatkan sampai urin output meningkat dan berat badan menurun, umumnya 0,5 hingga 1,0 kg setiap hari (Faselis et al, 2020).

Kunjungan kedua dilakukan pemberian intervensi kepada pasien dan keluarga pasien melalui media poster yang berisi tentang informasi seputar penyakit pasien, faktor risiko, gejala, pencegahan, pengobatan, pola makan yang sesuai dengan kebutuhan gizi serta aktivitas fisik yang dapat dilakukan. Selanjutnya, pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah: 140/90 mmHg, denyut jantung: 98 kali per menit, laju pernapasan: 20 kali per menit, suhu: 36,6 ^{o}C. Sebelum diberikan intervensi pasien diberikan soal pre-test terlebih dahulu. Tujuan pre-test ini untuk menilai tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit hipertensi dan gagal jantung kongestif yang nanti hasilnya akan dibandingkan dengan hasil post-test setelah intervensi. Pertanyaan pre-test mengenai pengertian, faktor risiko, gejala, pencegahan serta pengobatan hipertensi dan gagal jantung kongestif dalam bentuk pilihan ganda dan berjumlah 10 buah. Pada pre-test pasien memperoleh skor 40 yang tergolong masih belum baik. Sehingga bisa disimpulkan bahwa pengetahuan pasien mengenai hipertensi dan gagal jantung kongestif masih belum cukup baik. Selain itu, dilakukan juga *food recall* pada pasien agar dapat mengetahui asupan gizi pasien dalam satu hari.

Family focused yang diberikan dengan menggunakan media edukasi yang tercantum dalam poster. Poster tersebut berisi: 1) Edukasi pasien dan keluarga mengenai definisi, faktor yang dapat meningkatkan risiko penyakit, tanda-tanda penyakit, serta usaha cara mencegah dan mengobati hipertensi dan gagal jantung, 2) Menjelaskan tentang pengaturan pola makan gagal jantung dan hipertensi, 3) Edukasi mengenai aktivitas fisik untuk pasien gagal jantung, 4) Edukasi pasien dan keluarga untuk kontrol teratur memeriksakan tekanan darah, 5) Mengedukasi keluarga agar mengingatkan pasien tentang gaya hidup sehat dan meminum obat serta pentingnya dukungan dan motivasi kepada pasien dari keluarga.

Selanjutnya, intervensi yang telah dilakukan dievaluasi pada kunjungan ketiga. Tujuannya untuk mengevaluasi pengetahuan keluarga pasien dan perubahan perilaku dan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien. Pada kunjungan ketiga ini, pasien merasa keluhan sesak yang dirasakan sudah berkurang. Pemeriksaan tanda vital pasien didapatkan TD 130/80 mm air raksa, HR: 92 kali per menit, saturasi 98%, dan RR:20 kali per menit. Pada kunjungan ini juga dilakukan post-test kepada pasien untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit gagal jantung dan hipertensi setelah diberikan intervensi. Hasil post-test didapatkan skor 90 yang berarti pengetahuan pasien mengenai penyakit gagal jantung dan hipertensi sudah sangat baik., dimana nilai pre test sebelumnya skor 40, sehingga terjadi peningkatan 50 skor.

Hasil evaluasi didapatkan bahwa pasien sudah mengikuti saran yang diberikan saat intervensi. Pasien dan istri mengatakan bahwa mereka mulai mengubah pola diet sehat yang sudah disarankan dan selalu rutin minum obat. Serta pasien mulai melakukan jalan pagi selama 5-10 menit beserta istri pasien. Penyakit gagal jantung kongestif pada pasien adalah bentuk penyakit yang bersifat kronis. Pengontrolan yang sesuai dalam jangka waktu yang lama diperlukan untuk penyakit kronis ini. Penyakit gagal jantung kongestif hanya bisa dikontrol agar tidak terjadi komplikasi. Oleh karena itu, pasien diharapkan dapat melakukan kunjungan rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan guna memeriksa penyakit yang dideritanya. Diharapkan juga agar pasien dan keluarga pasien terus termotivasi untuk melakukan perilaku hidup sehat sehingga kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya dapat meningkat.

SIMPULAN

Pasien lansia berusia 73 tahun, pengetahuan pasien dan keluarga yang kurang tentang penyakit yang diderita yaitu hipertensi dan penyakit gagal jantung, pola makan yang tidak sesuai angka kebutuhan gizi pasien, pola pengobatan keluarga kuratif. Setelah mendiagnosis dan merawat pasien menggunakan pendekatan kedokteran keluarga yang berpusat pada keluarga, berpusat pada pasien, dan berorientasi pada komunitas, didapatkan peningkatan pengetahuan mengenai gagal jantung kongestif dan hipertensi serta perubahan perilaku pasien dan keluarga terkait pengaturan pola makan sesuai angka kecukupan gizi berdasarkan *food recall*, serta kepatuhan pasien terhadap rekomendasi terapi baik farmakologi maupun non farmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

A'la MZ, Yosep I, Agustina HR. (2017). Pengaruh Bereavement Life Review terhadap Kesejahteraan Spiritual pada Keluarga Pasien Stroke. JKP 5(2): 214-226.

Faselis C, Arundel C, Patel S, et al. (2020). Loop diuretic prescription and 30-day outcomes in older patients with heart failure**.**J Am Coll Cardiol; 76:669–679.

GBD 2019 Disease and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 coutries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet; 396:1204-22.

Halliday BP, Wassall R, Lota AS, et al. (2019). Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): an open-label, pilot, randomised trial. Lancet.393:61–73

Heidenreich PA, et al. (2022). Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. America. Circulation. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063. Circulation. 2022;145:e895–e1032

Herman LL, Padala SA, Ahmed I, et al. (2022). Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Kemenkes RI. (2021). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Gagal Jantung. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4801/2021.

Lawson CA, Zaccardi F, Squire I, et al. (2020). Risk factors for heart failure: 20-year population-based trends by sex, socioeconomic status, and ethnicity. *Circ Hear Fail.*

Lippi G, Gomar, FS. (2020). Global Epidemiology and future trends of heart failure. Vol 5. AME Medical Journal.

Malik A, Brito D, Vaqar S, et al. Congestive Heart Failure. (2022). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Nussbaumerová B, Rosolová H. (2018). Diagnosis of heart failure: the new classification of heart failure. Vnitr Lek. Fall;64(9):847-851.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2020). Konsensus Tatalaksana Cairan pada gagal Jantung. PERKI.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2020). Pedoman Tatalaksana

Gagal Jantung. PERKI

Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.

Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. Card Fail Rev. 2017 Apr;3(1):7-11.

Yancy C, Jessup M, Bozkurt B. (2020). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Associationtask force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 62(16):155.