

Pendekatan Holistik Penatalaksanaan Gagal Jantung NYHA *Functional Class III* pada Pasien Laki-Laki Usia 69 Tahun dengan Pekerjaan Pedagang Sembako

Fitria Saftarina, Febrina Dwiyanti

Bagian Kedokteran Komunitas-Okupasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gagal jantung kronik masih merupakan penyakit kardiovaskular dengan peningkatan beban hospitalisasi dan pengeluaran biaya perawatan kesehatan. Prevalensi gagal jantung meningkat dengan peningkatan usia harapan hidup, dengan gagal jantung diastolik yang dominan terjadi pada populasi lanjut usia. Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk insidensi dan progresifitas gagal jantung. Penyakit jantung hipertensi merupakan akibat abnormalitas termasuk di dalamnya hipertrofi ventrikel kiri, disfungsi sistolik dan diastolik, dan manifestasi kliniknya meliputi gagal jantung simptomatik. Penerapan prinsip pelayanan dokter keluarga yang holistik dan paripurna berbasis *evidence based medicine* pada pasien lanjut usia dengan mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis, serta prinsip penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien (*problem oriented*). Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis), pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, *home visit* untuk menilai kondisi rumah dan keluarga. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil disajikan dalam format *case report*. Laki-laki usia 69 tahun dengan keluhan sesak napas saat beraktivitas sejak lebih dari 5 tahun dan juga sesak napas saat beristirahat. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 25 tahun. Pada pemeriksaan didapatkan tekanan darah 180/100 mmHg, laju nadi 89x/menit. Terdapat murmur pansistolik dan peningkatan tekanan vena jugular 2 cm di atas normal. Pasien didiagnosa dengan gagal jantung NYHA kelas III dan diterapi dengan diuretik, penghambat ACE, ISDN, aspirin, diet rendah garam dan restriksi asupan cairan. Telah dilakukan penatalaksanaan pasien dengan prinsip pelayanan dokter keluarga yang holistik dan paripurna, berbasis *evidence based medicine*. Perbaikan klinis belum dapat dilihat pada akhir masa intervensi, karena membutuhkan waktu yang lama sesuai patofisiologi penyakit dan kerjasama antara pasien, keluarga dan provider pelayanan kesehatan. [JuKe Unila 2015; 5(9):61-68]

Kata kunci: *evidence based medicine*, gagal jantung, pelayanan dokter keluarga

Holistic Approach Management of Heart Failure NYHA Functional Class III on Patient Male Age 69 Years as Work Merchants Grocery

Abstract

Heart failure (HF) remains the only cardiovascular disease with an increasing hospitalization burden and an ongoing drain on health care expenditures. The prevalence of HF increases with advancing life span, with diastolic heart failure predominating in the elderly population. Hypertension is major risk factor for the incidence and progression of heart failure. Hypertensive heart disease is a constellation of abnormalities that includes left ventricular hypertrophy (LVH), systolic and diastolic dysfunction, and their clinical manifestation including symptomatic heart failure. Application of the principles of holistic family doctor services and plenary based on evidence based medicine in elderly patients with identified risk factors and clinical problems, as well as the principle of management of the patient based on the framework of settlement of the patient's problems (problem-oriented). Primary data were obtained through anamnesis (autoanamnesis and alloanamnesis), physical examination, investigation, home visit to assess the condition of the home and family. Early diagnosis based on a holistic assessment, the process and the final study quantitatively and qualitatively. The results are presented in the case report format. A 69-year-old man complains of exertional dyspnoea for the last 5 years. He has a history of hypertension for the last 25 years. On examination him BP is 180/100 mmHg, heart rate 89 bpm. There is an audible pansistolik murmur and the jugular venous pressure (JVP) is elevated 2 cm above normal. He was diagnosed with heart failure NYHA class III and treated with diuretics, ACE inhibitor, ISDN, aspirin, low-salt diet, and restriction of fluid intake. Has performed management of patients with the principles of holistic family doctor services and plenary, based on evidence based medicine. Clinical improvement can not be seen at the end of the intervention period, because it takes a long time according pathophysiology of the disease and cooperation between the patient, family and health care providers. [JuKe Unila 2015; 5(9):61-68]

Keywords: evidence based medicine, family physician services, heart failure

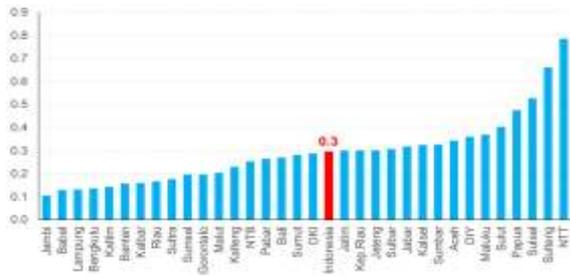
Korespondensi: dr. Fitria Saftarina, M.Sc., alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro No. 1, HP 085788515128, e-mail fitria205@yahoo.co.id

Pendahuluan

Gagal jantung (*heart failure*, HF) menghasilkan kualitas hidup (*quality of life*, QOL) yang buruk bagi penderitanya dan

menempatkan beban ekonomi pada sistem kesehatan.¹ Pada negara-negara maju gagal jantung adalah kondisi umum yang biasanya mengkonsumsi 1-2% dari sumber daya

kesehatan. Para ahli percaya bahwa gagal jantung akan segera menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di negara-negara berkembang seperti Indonesia.²



Gambar 1. Prevalensi Gagal Jantung Usia ≥ 15 Tahun Menurut Provinsi³

Prevalensi gagal jantung semakin meningkat di seluruh dunia dan memiliki kecenderungan yang semakin memburuk. Keadaan tersebut dipengaruhi oleh peningkatan usia dan adanya risiko kardiovaskular seperti hipertensi dan diabetes mellitus. Lebih dari 80% pasien dengan gagal jantung berusia lebih dari 65 tahun.⁴

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi prognosis penderita *heart failure*, diantaranya usia, tekanan darah, klasifikasi fungsional NYHA, kapasitas latihan, resistensi insulin, keberadaan kondisi promorbid seperti penyakit jantung koroner, dan gaya hidup seperti merokok. Diagnosis dan penatalaksanaan gagal jantung pada penderita lanjut usia merupakan tantangan besar. Dengan keterampilan dan pengalaman klinik yang baik, penderita geriatri dengan HF dapat didiagnosa dan ditatalaksana dengan tepat.⁵

Prinsip pelayanan dokter keluarga pada pasien ini adalah menatalaksana masalah kesehatan dengan memandang pasien sebagai individu yang utuh terdiri dari unsur biopsikososial, serta penerapan prinsip pencegahan penyakit promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Proses pelayanan dokter keluarga dapat lebih berkualitas bila didasarkan pada hasil penelitian ilmu kedokteran terkini (*evidence based medicine*).

Tujuan penulisan sebagai penerapan pelayanan dokter keluarga yang holistik dan paripurna berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis serta prinsip penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien (*problem oriented*).

Kasus

Tn. H, laki-laki 69 tahun, datang ke Puskesmas X dengan keluhan sesak. Pasien ingin kontrol tekanan darah dan mengambil obat antihipertensi dan obat untuk gagal jantung yang dideritanya.

Pasien mengaku bahwa ia menderita sesak napas yang dirasakan bertambah dengan aktivitas ringan seperti mandi atau berjalan kurang lebih sejauh sepuluh meter dan berkurang pada saat pasien istirahat. Pasien juga sering merasakan tiba-tiba terbangun pada malam hari karena sesak dan lebih nyaman tidur dengan dua sampai tiga bantal hingga posisi setengah duduk. Keluhan terkadang disertai batuk berdahak, dahak berwarna putih berbuih, dan batuk lebih sering dirasakan pada malam hari saat akan tidur. Keluhan juga disertai nyeri dada sebelah kiri yang terasa berat serta dada terasa berdebar-debar.

Pasien mengetahui dirinya menderita tekanan darah tinggi sejak sekitar 25 tahun yang lalu. Sejak saat diketahui menderita tekanan darah tinggi, pasien tidak rutin meminum obat antihipertensi tetapi pasien hanya meminum obatnya bila pasien merasa nyeri kepala. Pasien mengetahui jantungnya membesar sejak 5 tahun yang lalu, saat itu pasien memeriksakan diri ke rumah sakit dengan keluhan sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai. Sejak itu pasien diberitahu bahwa dirinya menderita gagal jantung. Pasien menyangkal adanya riwayat kencing manis.

Pasien mengetahui bahwa dirinya harus meminum obat untuk penyakitnya selama seumur hidup sejak 5 tahun terakhir. Sejak saat itu, pasien mulai rutin untuk mengonsumsi obatnya. Namun, terkadang pasien telat untuk mengambil obatnya, sehingga obat tersebut sering terputus selama 1 sampai 2 hari, dan dilanjutkan kembali setelah pasien telah mengambil obatnya di Puskesmas.

Pasien memiliki kebiasaan makan yang cukup baik, ia mengonsumsi makanan yang dimasak di rumah serta menyukai makanan berserat seperti sayuran. Pasien jarang berolahraga, pasien juga memiliki riwayat merokok kurang lebih 30 tahun, sebanyak 2-3 bungkus rokok per hari. Pasien mengaku hingga sekarang ia terkadang masih merokok, namun pasien mengurangi konsumsi rokoknya, ia mengonsumsi 1 sampai 2 batang rokok seharinya.

Penampilan tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 180/100 mmHg, laju nadi 89x/menit reguler, laju napas 24x/menit, suhu afebris. Berat badan 65 kg, tinggi badan 169 cm, dengan IMT 22,8 yang termasuk dalam kisaran normal. Pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva tidak pucat, JVP meningkat 2 cm di atas nilai normal, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening colli, pulmo dalam batas normal. Pada perkusi jantung; batas jantung kiri 3 jari lateral linea midclavicular sinistra pada ICS V dan batas jantung kanan 1 jari lateral linea parasternalis dekstra pada ICS IV, bunyi jantung I dan II reguler, terdengar pansistolik murmur grade 2/6 di apeks, dan tidak terdengar gallop. Hepar dan lien tidak teraba, *shifting dullness* tidak ada, bising usus normal. Ekstremitas superior dan inferior dalam batas normal, tidak sianosis, tidak oedem dan akral hangat. Status neurologis: reflek fisiologis normal, reflek patologis (-).

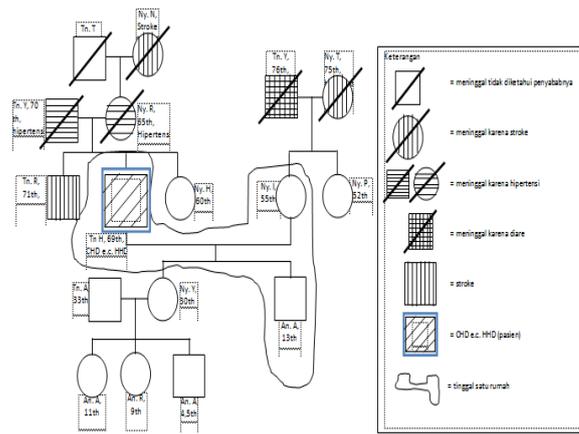
Skor kuisioner *Minnesota Living with Heart Failure* yaitu 55, dengan rata-rata skor tersebut menunjukkan *heart failure* memiliki efek *moderate* terhadap *health related quality of life* pada pasien. Terdapat satu pernyataan dalam kuisioner yang dirasakan cukup besar berpengaruh pada kehidupan pasien, yaitu pasien merasa menjadi beban bagi keluarga.

Penilaian terhadap penyakit komorbid pada pasien dengan *Charlson Comorbidity Index* didapatkan hasil angka mortalitas 1 tahun kedepan adalah sedang yaitu sebesar 10,14%. Angka harapan hidup 10 tahun kedepan adalah 21,36%.

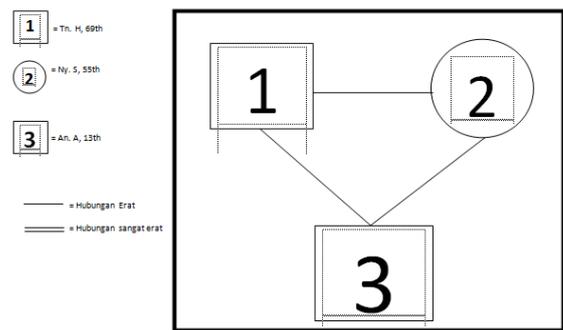
Penilaian terhadap derajat depresi yang dilakukan pada pasien dengan menggunakan *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* menunjukkan pasien mengalami *minor depression* dengan skor total 13.

Bentuk keluarga pada pasien ini adalah keluarga inti. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap VII, dimana keluarga anak usia remaja.

Genogram Keluarga Tn. H, tanggal pembuatan Sabtu, 23 Agustus 2014, dibuat oleh Febrina Dwiyantri, S.Ked (Gambar 2).

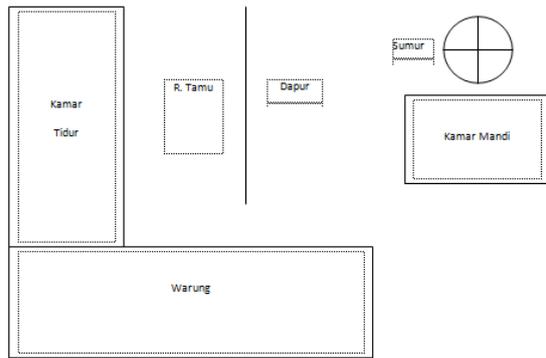


Gambar 2. Genogram Keluarga Tn. H



Gambar 3. Family Map Keluarga Tn. H

Pasien tinggal bersama istrinya (Ny. S, 55 tahun) dan 1 anak yaitu An. A, 13 tahun. Kondisi rumah kurang bersih dan rapih, fisik bangunan semipermanen dengan lantai terbuat dari semen tanpa di plester, dinding terbuat dari batu bata tanpa di plester dan atap tanpa plafon, secara umum rumah cukup untuk mereka bertiga. Penerangan dalam rumah dengan listrik cukup namun ventilasi kurang terutama di daerah kamar tidur sehingga terkesan kamar tidur tampak gelap dan lembab. Sumber air minum dari sumur timba. Selain itu, air tersebut juga digunakan untuk mandi dan mencuci. Jarak antara sumur dengan *septic tank* sekitar 3 meter. Rumah memiliki satu kamar mandi dan satu jamban yang terletak di luar rumah dengan bentuk jamban jongkok. Lantai kamar mandi terbuat dari semen tanpa di plester dan tidak licin. Kondisi rumah secara keseluruhan kurang baik. Mereka tinggal di lingkungan yang padat penduduknya, jarak antara rumah berdekatan. Bagian depan rumah berhadapan langsung dengan rel kereta api.



Gambar 4. Denah Rumah Keluarga Tn. H

Pasien sehari-hari bekerja bersama istrinya sebagai penjual sembako di warung miliknya di rumah. Penghasilan keluarga tidak menentu perbulannya dimana keluarga pasien memperoleh penghasilan antara Rp.500.000,00-Rp.800.000,00 per bulan.

Dilakukan intervensi terhadap faktor eksternal dan internal, dengan melakukan sebanyak 3x kunjungan rumah. Intervensi meliputi konseling terhadap pasien dan keluarga.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: kontrol dan mengambil obat antihipertensi dan gagal jantung yang dideritanya.
- Kekhawatiran: pasien tidak dapat sembuh dan penyakitnya semakin memburuk;
- Harapan: penyakit tidak semakin memburuk dan masih dapat bekerja menjaga warung di rumahnya.

2. Aspek Klinik

Diagnosis klinis awal: gagal jantung (*heart failure*, HF) (ICD-10: I11.0).

3. Aspek Risiko Internal

- Pria, 69 tahun, memiliki perilaku mencari pengobatan sendiri (ICD-10: Z 76.89);
- Merasa jenuh karena harus meminum obat rutin dan seumur hidup (ICD-10: Z 91.128);
- Aktivitas olah raga yang kurang (ICD-10: Z 72.3);
- Pasien masih merokok (ICD-10: X 76);
- Pasien bekerja sebagai pedagang sembako, terkadang harus mengangkat beban berat seperti sekarung beras;
- Pengetahuan tentang penyakit yang kurang (ICD-10: Z 55.9).

4. Aspek Psikososial Keluarga

- Hubungan dengan istri baik dan harmonis;
- Hubungan dengan anak baik dan harmonis;
- Hubungan dengan lingkungan tetangga baik;
- Pasien merasa menjadi beban bagi keluarga dan menunjukkan adanya *minor depression* (ICD-10-F32.0)
- Status pendidikan yang rendah (ICD-10-Z551);
- Kurangnya pengetahuan tentang penyakit (ICD-10-Z 55.9);
- Pendapatan keluarga cukup rendah (ICD-10-Z596).

5. Derajat Fungsional

Skala fungsional 3 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari (*daily activities-COOP/WONCA functional health status*).

Penatalaksanaan

Non-Medikamentosa:

1. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien;
2. Memberikan penjelasan tentang komplikasi dari penyakit HF dan bagaimana cara pencegahannya;
3. Memberikan penjelasan tentang diet pada pasien HF dengan HHD serta aktivitas fisik pasien HF;
4. Memberikan penjelasan mengenai pengaruh rokok terhadap pasien dan memotivasi untuk berhenti merokok;
5. Memotivasi pasien untuk meminum obat secara teratur dan;
6. Memotivasi pasien untuk kontrol bila obat sudah mau habis.

Medikamentosa:

1. Captopril 2x25 mg
2. Furosemide 3x40 mg
3. Spironolactone 1x12,5 mg
4. Aspirin 1x75 mg
5. Isosorbide dinitrate 3x5 mg (sub lingual)

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: obat anti hipertensi dan gagal jantung yang rutin dikonsumsi pasien sudah terambil;

- Kekhawatiran: kekhawatiran pasien tentang kesembuhan dan perburukan penyakitnya sudah berkurang;
- Harapan: harapan terkait tidak memburuknya kondisi pasien dan kemampuannya untuk tetap dapat menjaga warung semakin besar.

2. Aspek Klinik

Diagnosis klinis: gagal jantung (*heart failure*, HF) NYHA *class III* (ICD-10: I11.0) *et causa hypertensive heart disease* (ICD-10: I10)

3. Aspek Risiko Internal

- Pria, lansia (69 tahun), memiliki perilaku mencari pengobatan sendiri (ICD-10-Z76.89);
- Kesadaran pentingnya untuk meminum obat secara rutin meningkat dan rutin kontrol ke puskesmas setiap minggunya;
- Melakukan olah raga minimal 1x dalam seminggu;
- Mengetahui bahaya mengonsumsi rokok bagi penyakitnya;
- Keluarga mengetahui untuk mengawasi dan membantu pasien pada saat pasien melakukan pekerjaan yang berat baginya;
- Mengetahui tentang penyakit HF yang dideritanya, komplikasi dan cara pencegahannya.

4. Aspek Psikososial Keluarga

- Termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien minum obat secara teratur;
- Termotivasinya keluarga untuk memberi pujian kepada pasien atas pekerjaan yang dapat dilakukan pasien;
- Meningkatnya pengetahuan tentang penyakit gagal jantung dan komplikasinya.

5. Derajat Fungsional

Skala fungsional 3 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari (*daily activities-COOP/WONCA functional health status*).

Pembahasan

Diagnosis penyakit pada pasien ini berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Kasus diatas memenuhi kriteria diagnosis untuk HF. Pada kasus, pasien mengeluh sesak nafas bertambah dengan aktifitas ringan seperti mandi atau berjalan kurang lebih

sejauh sepuluh meter, keluhan sedikit berkurang dengan istirahat, pasien juga sering tiba-tiba terbangun pada malam hari karena sesak, dan lebih nyaman bila tidur dengan dua sampai tiga bantal, serta adanya batuk berdahak berwarna putih berbuih yang lebih sering dirasakan pada malam hari. Pada perkusi jantung; batas jantung kiri 3 jari lateral linea midclavícula sinistra pada ICS V dan batas jantung kanan 1 jari lateral linea parasternalis dekstra pada ICS IV, bunyi jantung I dan II reguler, terdengar pansistolik murmur grade 2/6 di apeks. Hal-hal tersebut menunjukkan gejala dan tanda gagal jantung, diikuti adanya faktor risiko utama yaitu riwayat hipertensi sejak 25 tahun.

Sesak napas merupakan gejala paling umum *left-sided heart failure*. Dapat terjadi pada saat beraktivitas (NYHA II atau III) atau pada kasus yang lebih berat, yaitu pada saat beristirahat (NYHA IV). Gejala ini termasuk ke dalam kriteria minor diagnosis *heart failure (Framingham criteria)*. Ortopnea yang memberat segera pada saat pasien berbaring, yang disebabkan peningkatan segera *venous return*. *Paroxysmal nocturnal dyspnoea* terjadi beberapa jam setelah pasien berbaring untuk tidur; sebagai akibat redistribusi *central* cairan ekstraselular dimana terjadi peningkatan progresif *venous return*.⁶⁻⁸

Keluhan mudah lelah dan lemas pada pasien disebabkan oleh perfusi ke jaringan otot yang tidak adekuat. Selain itu terdapat juga rasa tidak nyaman pada dada, pasien merasakan adanya nyeri dada sebelah kiri yang terasa berat serta dada terasa berdebar-debar merupakan gejala yang disebabkan rendahnya perfusi darah ke pembuluh koroner.^{9,10}

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak lama. Hipertensi diidentifikasi sebagai prekursor utama terjadinya *left ventricular hypertrophy* (LVH). Prinsip adaptasi struktural jantung terhadap peningkatan beban tekanan adalah LVH, secara esensial menyebabkan peningkatan penebalan dinding ruang jantung. Dibandingkan dengan subjek normotensif, individu dengan hipertensi ringan memiliki dua sampai tiga kali lipat risiko terjadinya LVH dan risiko ini meningkat seiring dengan keparahan hipertensi. Berkembangnya LVH berkaitan dengan perubahan degeneratif progresif pada miosit kardial yang mengalami hipertrofi, dan akumulasi abnormal kolagen pada ruang

interstitial. Rangkaian kejadian ini yang tersering menyebabkan disfungsi diastolik.¹¹⁻¹³

Dari data-data di atas dapat ditegaskan diagnosis pasien ini adalah *heart failure NYHA class III et causa hipertensive heart disease (HHD)* (ICD-10: I11.0; I 10).

Penatalaksanaan pada pasien HF terbagi atas dua, yaitu terapi nonfarmakologi maupun farmakologi. *Dietary sodium restriction* secara umum direkomendasikan pada pasien dengan HF dan didukung oleh berbagai *guideline*, AHA merekomendasikan restriksi sodium sampai 1500 mg/hari terlihat sesuai pada kebanyakan pasien dengan HF stage C dan D.^{5,14}

Pengobatan ditujukan untuk memperbaiki gejala dan meningkatkan fungsi pompa jantung. *ACE inhibitors* dapat menurunkan risiko kematian dan menurunkan hospitalisasi pasien HF. Manfaat *ACE inhibitor* terlihat pada pasien dengan HF ringan, sedang, sampai berat dan pada pasien dengan *coronary artery disease*. Terapi dengan *ACE inhibitor* harus dimulai dengan dosis awal yang rendah, diikuti dengan peningkatan dosis bertahap sampai dengan dosis optimal.^{5,15,16}

Diuretik menghambat reabsorpsi sodium. Loop diuretik yang paling disukai sebagai agen diuretik untuk digunakan pada kebanyakan pasien HF. *Controlled trials* menunjukkan kemampuan diuretik untuk meningkatkan ekskresi sodium dan menurunkan tanda retensi cairan pada pasien dengan HF. Diuretik merupakan satu-satunya obat yang digunakan dalam terapi HF yang dapat secara adekuat mengontrol retensi cairan pada HF. *Aldosterone receptor antagonists* (e.g., spironolakton) juga direkomendasikan pada pasien dengan HF NYHA kelas II-IV dan yang memiliki *left ventricular ejection fraction* LVEF $\leq 30\%$.^{2,17}

Melihat dari keadaan rumah terutama keadaan kamar rumah pasien, yang gelap dan lembab walaupun sudah ada jendela namun kondisi jendela tidak dibuka dan ditutupi dengan kain sehingga patut diberikan konseling terkait dengan keadaan ruangan yang sehat sehingga menghindari keadaan yang lembab dimana dapat menyebabkan mikroorganisme patogen bertahan dalam ruangan tersebut. Adanya penyakit gagal jantung pada pasien membuat pasien lebih rentan mengalami infeksi saluran napas. Oleh karena itu selain konseling, juga dilakukan intervensi berupa meminta keluarga membuka jendela sehingga

cahaya dan ventilasi udara menjadi lebih terang dan baik serta menjaga kebersihan rumah.

Pekerjaan pasien sebagai penjual sembako juga patut diperhatikan dikarenakan pasien juga melakukan aktivitas seperti mengangkat beban berat seperti karungan beras. Mengingat secara patofisiologi kemampuan fisik pada pasien berkurang maka dilakukan konseling bagi keluarga untuk mengawasi dan membantu pasien ketika melakukan aktivitas tersebut.

Riwayat merokok pada pasien juga dapat menjadi faktor yang memperberat penyakit gagal jantung yang dideritanya. Merokok dapat mengurangi aktivitas rambut-rambut silia pada saluran pernapasan sehingga fungsi silia yang mengantarkan kotoran, kuman-kuman dari bawah ke atas tidak berfungsi dengan baik.¹⁸ Oleh karena itu dilakukan konseling pada pasien mengenai bahaya merokok bagi penyakit yang dideritanya.

Dari beberapa masalah pada pasien yaitu penyakit gagal jantung, diet, pola hidup dan kebersihan rumah, maka dilakukan beberapa rencana intervensi berupa edukasi pada pasien dan keluarga untuk memberikan pemahaman pada pasien dan keluarga bahwa sakit yang diderita pasien yaitu gagal jantung yang merupakan penyakit yang serius yang dapat mengakibatkan komplikasi yang berat apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Oleh karena itu dibutuhkan kesadaran dan disiplin pada pasien serta dukungan dari keluarga untuk mengontrol penyakit gagal jantung yang diderita pasien.

Rencana intervensi yang dilakukan yaitu:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang merupakan masalah pada HF;
2. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit HF;
3. Menatalaksanai pasien dengan modifikasi gaya hidup berupa:
 - a. Diet rendah garam dan mengkonsumsi makanan yang seimbang;
 - b. Menjaga kebersihan, kelembapan dan pencahayaan di dalam rumah;
 - c. Latihan fisik atau olah raga teratur;
 - d. Memotivasi pasien untuk menghentikan kebiasaan merokok pasien.

Adapun intervensi yang telah kami lakukan yaitu pada tanggal 26 Agustus 2014

berupa identifikasi faktor-faktor yang merupakan masalah pada pasien HF dan didapatkan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 25 tahun serta merokok, ruangan kamar di dalam rumah yang gelap dan lembab.

Selain itu dilakukan konseling terkait dengan penyakit HF berupa: definisi penyakit HF, patogenesisnya, gejala, cara pencegahan komplikasi dan pengobatan HF.

Penulis juga memberikan edukasi tentang pentingnya latihan fisik atau berolah raga pada pasien. Studi epidemiologis menunjukkan bahwa aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk status kesehatan fungsional dan untuk mengurangi semua penyebab kematian dan risiko penyakit kardiovaskular.

Simpulan

Telah ditegakkan diagnosis Gagal jantung (*heart failure*, HF) NYHA *class III* (ICD-10: I11.0) *et causa hypertensive heart disease* (ICD-10: I10) atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik serta telah ditatalaksana dengan pemberian edukasi tentang pengobatan secara teratur, rutin memeriksakan penyakitnya di pelayanan kesehatan dan motivasi pasien. Dari intervensi yang telah dilakukan diketahui bahwa keadaan rumah pasien yang gelap dan lembab dan kebiasaan merokok pasien maka dianjurkan untuk mengubah pola hidup pasien dan keluarga dan menjaga kebersihan rumah. Pekerjaan pasien sebagai pedagang sembako juga memerlukan pengawasan dari keluarga ketika pasien melakukan pekerjaan yang berat baginya.

Pasien dan keluarganya telah mengetahui bahwa HF merupakan sindrom klinik kompleks yang didasari oleh adanya gangguan struktural atau fungsional jantung yang berakibat pada gangguan kemampuan jantung memompakan darah ke seluruh jaringan tubuh secara adekuat yang dapat mengakibatkan angka kesakitan atau morbiditas dan angka kematian atau mortalitas tinggi.

Daftar Pustaka

1. Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, Perkins SM. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2010; 25(3):189-98.
2. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT. The Seattle heart failure model: prediction of survival in heart failure. *Circulation*. 2006; 113:1424.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
4. Pocock SJ, Wang D, Pfeffer MA. Predictors of mortality and morbidity in patients with chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2006; 27:65-75.
5. American Heart Association. Guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2013; 128:e240-e327.
6. British Medical Journal Best Practice. Acute exacerbation of congestive heart failure: history & examination [internet]. London, BMJ; 2014 [diakses tanggal 1 September 2014]. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/62/diagnosis/history-and-examination.html>
7. Arenas MA, Powers M, Khayat RN. Sleep-disordered breathing in patients with decompensated heart failure. *Heart Fail Rev*. 2009 ; 14(3):183-93
8. Boonman-de Winter LJM, Rutten FH, Cramer MJM, Landman MJ, Liem AH, Rutten GEHM, et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2012; 55:2154-62
9. Agarwal M, Mehta PK, and Merz CNB. Non-acute coronary syndrome anginal chest pain. *Med Clin North Am*. 2010; 94(2):201-16
10. Velagaleti R, Vasan RS. Heart failure in the 21st century: is it a coronary artery disease problem or hypertension problem?. *Cardiol Clin*. 2007; 25(4):487
11. Drazner MH. The progression of hypertensive heart disease. *Circulation*. 2011; 123:327-34
12. Lip GYH, Felmeden DC, Li-Saw-Hee FL, Beevers DG. Hypertensive heart disease A complex syndrome or a hypertensive 'cardiomyopathy'?. *European Heart Journal*. 2000; 21:1653-65

13. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: update: a guideline from the American heart association and American college of cardiology foundation. *Circulation*. 2011; 124:2458-73.
14. British Medical Journal Best Practice. Acute exacerbation of congestive heart failure, treatment details [internet]. London, BMJ; 2014 [diakses tanggal 1 September 2014]. Tersedia dari: <http://bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/62/treatment/details.html>
15. Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP. HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail*. 2010;16:e1-194.
16. Mercedes C, Mary L, Barzilay J, Kuller LH, Mozaffarian D, Mukamal K, et al. Diabetes and coronary heart disease as risk factors for mortality in older adults. *Am J Med*. 2010; 123(6):556.e1–556.e9.
17. British Medical Journal Best Practice. Chronic congestive heart failure; treatment details [internet]. London, BMJ; 2014 [diakses tanggal 1 September 2014]. Tersedia dari: <http://bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/61/treatment/details.html>
18. Price S, Wilson L. Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke-5. Jakarta: EGC; 2005.