

Penatalaksanaan Holistik Penyakit *Congestive Heart Failure* pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Muhammad Dimas Pangestu¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% kematian yang disebabkan gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF). Di Indonesia data dari Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi gagal jantung sebanyak 1,5%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2016 jumlah penderita gagal jantung mencapai jumlah 1.462 pasien dengan kenaikan 45,6%, terutama pada lansia dalam rentangan umur 60-70 tahun (50%), karena semakin bertambahnya usia maka terjadi penurunan fungsi jantung. Studi ini berbentuk *case report* maka bertujuan memaparkan hasil penatalaksanaan penyakit gagal jantung dengan menggunakan *holistic approach* melalui pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach* dalam bentuk *family counseling* terhadap pasien dan keluarganya di UPT Puskesmas Bernung. Data primer diperoleh melalui *anamnesis (autoanamnesis)*, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal proses dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Berdasarkan penatalaksanaan yang dilakukan dengan *holistic approach* terhadap pasien dan diagnosisnya, diketahui pasien menderita gagal jantung dengan hipertensi *grade II* dengan keluhan nyeri ulu hati, dada berdebar-debar, lemas, sakit kepala, nafsu makan menurun, dan cepat lelah. Dari aspek fungsi sosial, pasien memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas berat. Intervensi dilakukan secara non medik melalui edukasi dan konseling keluarga dan secara medik dengan pemberian Digoxin, Furosemide, Bisoprolol, dan Clopidogrel (CPG). Dalam kunjungan selama kontrol, kekhawatiran pasien akan penyakit jantung dan hipertensi yang dialaminya berkurang dan pasien memahami penyakitnya. Peran keluarga penting dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.

Kata Kunci: *holistic approach, congestive heart failure, family approach, patient centered.*

Holistic Management Of Congestive Heart Failure in Elderly Household Women Through A Family Medicine Approach

Abstract

From World Health Organization (WHO) in 2016 asserted that in 2015 around 23 million or about 54% people deaths caused of Congestive Heart Failure (CHF). Based on data from the Lampung Provincial Health Office in 2016 with inpatient data on heart failure clients increased with a percentage of 42.6%, mostly in old age occurred 50% (60-70years). Implementation of family doctor services to patients by identifying risk factors, clinical problems, and management with a patient centered approach and family approach. The study conducted was Case Report. Primary data were obtained through history taking and physical examination by making home visits, filling family folders, and filling patient files. The assessment is based on a quantitative and qualitative holistic initial diagnosis, process, and end of visit. Based on a holistic diagnosis, the patient suffers from heart failure with grade II hypertension. Complaints felt by the patient are heartburn, chest palpitations, weakness, dizziness, decreased appetite, and fatigue. Based on social functions, patients have limitations in heavy activities. The intervention was carried out non-medically through education and counseling with a family approach and medically by giving Digoxin, Furosemide, Bisoprolol dan Clopidogrel (CPG). During the visit during the control, the patient's concern about heart disease and hypertension they experienced was reduced and the patient understood the disease. Heart failure accompanied by hypertension occurs mostly in old age. The diagnosis of CHF accompanied by Grade II Hypertension in this case is consistent with the theory and critical review of recent research. There are internal and external risk factors triggering the emergence of CHF. This is stated by several theories which are a source of reference. The role of the family is important in the care and treatment of sick family members.

Keywords: *holistic approach, congestive heart failure, family approach, patient centered.*

Korespondensi: Muhammad Dimas Pangestu, alamat Jl. Abdul Muis Nomor VIII 9A Bandarlampung, HP 082177864014, e-mail dimaspangestu1415@gmail.com

Pendahuluan

Gagal jantung kongestif adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian volume diastolik secara abnormal. Kondisi ini disertai peninggian volume diastolik secara abnormal. Gagal jantung kongestif menunjukkan adalah ketidakmampuan jantung untuk untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi.^{1,2}

Data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% kematian yang disebabkan gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF). Di Indonesia data dari Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi gagal jantung sebanyak 1,5%. Data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2016 jumlah penderita gagal jantung mencapai jumlah 1.462 pasien dengan kenaikan 45,6%. Berdasarkan hasil penelitian usia terbanyak penderita gagal jantung adalah para lanjut usia pada kelompok umur 60-70 tahun (50 %). Kemudian disusul oleh kelompok umur 50-59 tahun (37%), kelompok umur 40-49 tahun (13%), dan yang paling sedikit adalah kelompok umur 30-39 tahun (3%).^{3,4}

Prevalensi gagal jantung cenderung mengikuti pola eksponensial seiring usia, karena bertambahnya usia seseorang akan mengakibatkan penurunan fungsi jantung. Usia merupakan faktor resiko utama terhadap penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya termasuk gagal jantung. Pertambahan umur dikarakteristikan dengan disfungsi progresif dari organ tubuh dan berefek pada kemampuan mempertahankan homeostasis.^{5,6}

Di negara berkembang seperti Indonesia penyakit gagal jantung berhubungan erat dengan hipertensi. Perempuan lebih beresiko mengalami hipertensi dibanding laki-laki. Dalam tubuh perempuan hormonal lebih besar hingga menyebabkan peningkatan lemak dalam tubuh atau obesitas. Selain itu obesitas perempuan juga dapat disebabkan karena kurangnya aktivitas dan banyaknya waktu untuk bersantai di rumah.^{7,8}

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sekitar 57,5% perempuan yang

mengalami gagal jantung adalah karena sudah menopause dimana pada saat itu kolesterol LDL meningkat yang menyebabkan perempuan lebih banyak menderita penyakit gagal jantung.⁹

Penyakit gagal jantung merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Sekitar 5,1 juta orang di Amerika Serikat mengalami gagal jantung. Sekitar setengah dari orang-orang yang menderita gagal jantung meninggal dalam waktu 5 tahun setelah didiagnosis.¹⁰

Kelangsungan hidup pasien dengan gagal jantung dipengaruhi beratnya kondisi yang dialami masing-masing pasien. Setiap tahunnya mortalitas pasien dengan gagal jantung berat lebih dari 50% mortalitas pada pasien dengan gagal jantung ringan lebih dari 10%.¹¹

Dengan data perkembangan prevalensi penyakit gagal jantung yang semakin meningkat setiap tahun dan tingginya angka mortalitas yang diakibatkan, tanpa upaya yang signifikan untuk menaganinya penyakit jantung kongestif akan menyebabkan permasalahan yang serius bagi masyarakat global dan bukan tidak mungkin dalam kurun beberapa tahun kedepan. Angka statistik ini akan bergerak naik melesat jika para praktisi medis khususnya tidak segera memperhatikan faktor risiko utama yang menjadi awal mula penyakit ini. Dengan demikian perlu adanya penanganan dari segala aspek baik secara biomedik maupun biopsikososial. Dan untuk itu kasus ini penulis angkat sebagai salah satu bentuk tanggung jawab sebagai praktisi medis agar dapat mengenal penyakit ini lebih rinci sebelum benar-benar mengaplikasikan teori pengobatan yang rasional.¹²

Kasus

Ny. S, perempuan, berusia 56 tahun, datang ke Puskesmas Bernung pada tanggal 6 Januari 2020 dengan tujuan untuk kontrol penyakit jantung yang dialaminya. Penyakit jantung telah diderita oleh pasien selama 3 bulan yang lalu. Sebelumnya pasien tidak mempunyai riwayat penyakit yang membutuhkan waktu perawatan yang lama.

Pasien rutin kontrol ke puskesmas setiap bulan. Perasaan khawatir akan kondisi dirinya selalu ada karena ia belum dapat beraktivitas secara leluasa, apalagi kerja berat. Berbagai keluhan nyeri ulu hati, dada berdebar-debar, lemas, sakit kepala, nafsu makan menurun, dan cepat lelah tak jarang dirasakan apalagi jika habis beraktivitas melakukan aktivitas atau kerja berat.

Pasien juga mengeluhkan jika di malam hari sering terbangun tiba-tiba karena sesak nafas. Sesak nafas yang dialaminya tidak dipengaruhi cuaca, debu, dan emosi. Jika tidur pasien agak merasa nyaman dengan 2-3 bantal. Selain itu sesak nafas semakin memberat dirasakan pasien saat beraktivitas dan berjalan kaki walaupun dengan jarak jarak dekat.

Penyakit yang dialami telah mengganggu aktivitasnya pasien sehari-hari. Gejala yang dirasakan berkurang setelah pasien rutin kontrol dan minum obat yang diberikan oleh dokter setiap bulan.

Pasien makan 3 kali sehari dengan menu yang sama, terdiri dari nasi dan selalu ada sayur, terkadang ditambah dengan ikan lele sebagai sumber protein. Setiap harinya pasien selalu dirumah dan jarang berolahraga. Pasien suka begadang dan tidur selalu setelah pukul 23.00 malam. Riwayat merokok dan minum alkohol, mengonsumsi narkotika dan obat-obatan terlarang tidak ada.

Hasil

Data Klinis

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,6 °C; tekanan darah: 130/90 mmHg; frekuensi nadi: 104 kali/menit; frek. nafas: 24 kali/menit; berat badan: 39 kg; tinggi badan: 145 cm; status gizi: *normoweight*.

Status generalis : kepala, telinga, hidung, leher, paru, dan semua dalam batas normal.

Status lokalis :

Mata: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, cekung (-/-)

Bibir: sianosis (+)

Leher : JVP 5 + 3 mmHg

Thoraks (Cor)

I : Ictus cordis terlihat pada tiga jari ke kiri ICS V line midclavicularis sinistra.

P : Ictus cordis teraba pada tiga jari ke kiri ICS V linea midclavicularis sinistra,

pulsasi keras, kekuatan kuat angkat, thrill teraba.

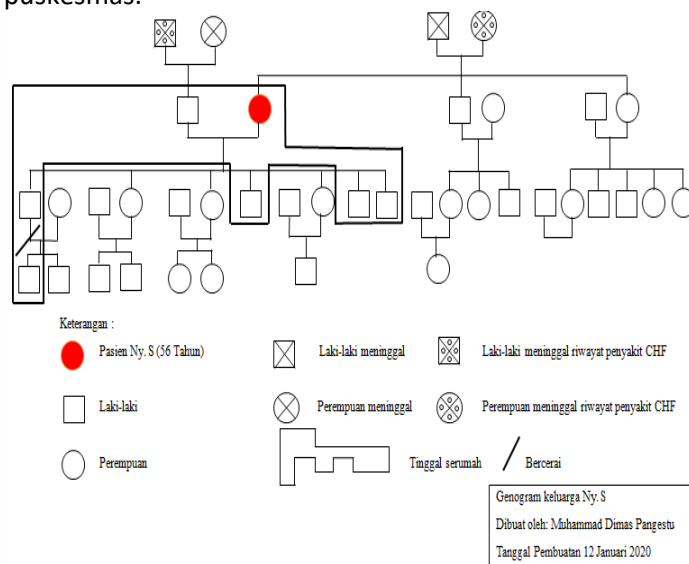
P : Batas jantung kiri melebar

A : BJ I/II +/- reguler, derajat bising 4, murmur (-), gallop (-)

Data Keluarga

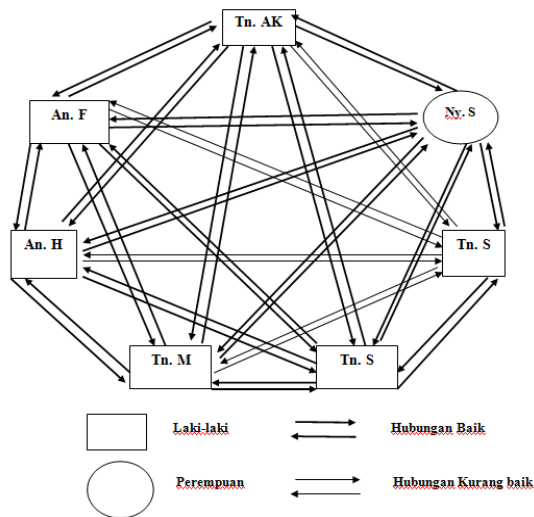
Pasien tinggal bersama suami, 4 orang anak, dan orang 1 cucu di Desa Wiyono. Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Keluarga pasien memiliki riwayat penyakit jantung. Kedua orang tua pasien sudah meninggal dunia. Ibunya meninggal karena penyakit jantung, sedangkan ayahnya tidak diketahui penyakitnya. Suami pasien dalam kondisi sehat dan kedua orang tuanya juga sudah meninggal. Ibu dari suami pasien juga meninggal karena sakit jantung, sedangkan ayahnya tidak diketahui penyakit yang menyebabkan kematiannya.

Keluarga saling mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan sudah terasa mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. S
(Dibuat oleh Muhammad Dimas Pangestu, tanggal 12 Januari 2020)

Family Map



Gambar 2. Family Map Keluarga Ny. S

Family Apgar Score

Adaptation	: 2
Partnership	: 2
Growth	: 1
Affection	: 2
Resolve	: 1

Total Family Apgar score 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Data Lingkungan Rumah

Rumah berukuran 16m x 8m berlantai semen dan sebagian beralaskan tanah, dinding geribik dan triplek, penerangan dan ventilasi yang kurang. Rumah kurang bersih dan penataan barang kurang teratur serta berantakan dan berada di daerah lingkungan yang tidak padat penduduk. Sumber air minum, cuci atau masak dari sumur. Kamar mandi terletak terpisah dari rumah. Lantai kamar mandi licin, berlumut dan jamban mengalir ke *septic tank*. Kondisi rumah pasien dinilai jauh dari layak dan kurang sehat.



Gambar 3. Denah Rumah Ny. S

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Kontrol rutin setiap bulan.
- Kekhawatiran: Khawatir keluhan yang berkaitan dengan penyakit jantungnya kambuh sehingga mengganggu aktivitas.
- Harapan: Serangan penyakit jantung dapat dihindari sehingga bisa beraktivitas dengan baik.
- Persepsi: Penyakit jantung dianggap penyakit yang dapat menyebabkan kematian.

2. Aspek Klinik

- Gagal jantung (ICD-X I.50.0).

3. Aspek Risiko Internal

- Usia 56 tahun (ICD-X I.50.0).
- Kurangnya pengetahuan tentang penyakit *Congestive Heart Failure*, diketahui dari wawancara yang dilakukan dengan pasien. (ICD-X I.50.0).

4. Aspek Psikososial Keluarga

- Pelaku rawat yang kurang optimal.
- Kondisi rumah yang kurang ideal (sangat sempit, ventilasi dan pencahayaan kurang) (ICD-X I.50.0).

5. Derajat Fungsional :

Derajat 2 (dua) yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah, mulai mengurangi aktivitas).

Nonmedikamentosa :

1. Konseling pasien bahwa dengan rutin meminum obat maka dapat mencegah komplikasi lebih lanjut penyakitnya.
2. Memberi apresiasi terhadap pasien yang menuruti segala nasihat dokter.
3. Konseling pasien mengenai makanan yang dianjurkan berupa diet rendah garam dan mengkonsumsi buah pisang setiap hari.
4. Konseling pasien bahwa perlunya membatasi melakukan aktivitas yang berat.
5. Menginformasikan segala hal tentang penyakit jantung dan faktor risikonya.
6. Konseling kepada suaminya untuk memberi dukungan pada pasien dan mengawasi pengobatan serta diet pasien.
7. Konseling pasien mengenai pentingnya prinsip preventif dari pada kuratif.
8. Konseling tentang rumah yang sehat.

9. Memberikan edukasi pasien tentang pencegahan serangan jantung dengan media poster.¹⁵

Medikamentosa :

Digoxin 1 mg dosis tunggal, Furosemid 1 x 1/2 40 mg, Bisoprolol Fumarate 1 x 2,5 mg, Clopidogrel 1 x 75 mg per hari.^{14,15}

Diagnostik Holistik Akhir Studi

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan: Kontrol rutin penyakit jantung dan hipertensi.
 - Kekhawatiran: Perasaan kekhawatiran pasien akan memburuknya penyakitnya sudah berkurang.
 - Harapan: Tidak tercapai namun pasien telah memahami mengenai penyakitnya.
2. Aspek Klinik
 - Hipertensi grade II (ICD-X I.10).
 - Gagal jantung (ICD-X I.24).
3. Aspek Resiko Internal
 - Wanita lansia (56 tahun), memiliki perilaku mencari pengobatan sendiri (ICD-10-Z76.89).
 - Kesadaran pentingnya untuk meminum obat secara rutin meningkat dan rutin kontrol ke puskesmas setiap bulan.
 - Melakukan olahraga minimal 1 kali dalam seminggu.
 - Keluarga mengawasi dan membantu pasien pada saat pasien melakukan pekerjaan berat baginya;
 - Mengetahui tentang penyakit *Congestive Heart Failure* yang dideritanya dan komplikasi serta cara pencegahannya.
4. Aspek Psikososial Keluarga
 - Termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien dalam mengatur pola makan.
 - Termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien dalam mengatur pola makan.
 - Meningkatnya pengetahuan keluarga tentang hipertensi, gagal jantung, dan kolesterol.
 - Meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit gagal jantung dan komplikasinya.

5. Derajat Fungsional :

Derajat 2 (dua) yaitu masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

Pembahasan

Penatalaksanaan penyakit melalui pelayanan kedokteran keluarga diberikan pada Ny. S, perempuan, berusia 56 tahun yang telah menderita penyakit gagal jantung selama 3 bulan. Keluhan pasien berupa nyeri ulu hati, dada berdebar-debar, merasa lemas, sakit kepala, dan nafsu makan menurun. Keluhan lain adalah cepat merasa lelah. Riwayat lain, ibu pasien meninggal dikarenakan penyakit jantung dan pasien jarang berolahraga, sering begadang setiap harinya. Sedangkan riwayat merokok dan minum alkohol tidak ada. Pasien sudah diagnosa sebagai penderita Gagal jantung (ICD-X I.24) dengan hipertensi grade II (ICD-X I.10).²

Untuk mendiagnosis gagal jantung, perlu dilakukan beberapa tes tambahan. Foto rontgen dada, dilakukan untuk mendeteksi adanya pembesaran ukuran jantung atau adanya penumpukan cairan di dalam paru-paru, yang umumnya terjadi pada pasien gagal jantung. Pemeriksaan rontgen dada dapat menunjukkan pembesaran jantung, bayangan dapat menunjukkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan pembuluh darah yang menunjukkan peningkatan tekanan pulmonalis.^{14,15}

Pemeriksaan elektrokardiografi, dilakukan untuk merekam perubahan aktivitas listrik jantung saat terjadi gagal jantung, atau mendeteksi gangguan irama jantung yang bisa menjadi penyebab gagal jantung. Pemeriksaan EKG atau rekam jantung dapat mendeteksi kelistrikan jantung, dan otot-otot jantung.^{14,15}

Pemeriksaan ekokardiografi, dilakukan untuk melihat struktur organ jantung lebih jelas dengan bantuan gelombang suara berfrekuensi tinggi. Pemeriksaan darah, dilakukan untuk mendeteksi jenis protein yang kadarnya akan meningkat bila terjadi gagal jantung, serta untuk mendeteksi penyakit yang dapat menjadi penyebab gagal jantung.^{14,15}

Pemeriksaan juga dilengkapi dengan analisa gas darah (AGD) atau *arterial blood gas* (ABG) tes dengan cara mengambil darah melalui pembuluh darah arteri untuk mengukur dan mengetahui kadar oksigen,

karbon dioksida, dan tingkat asam basa (pH) di dalam darah pasien. Tes ini dilakukan untuk memeriksa kondisi organ jantung pasien serta gejalanya yang disebabkan oleh gangguan distribusi oksigen serta karbon dioksida atau keseimbangan pH dalam darah pasien.¹⁶

Pemeriksaan elektrolit, dilakukan untuk mendeteksi perubahan elektrolit dalam tubuh akan terlihat perubahan karena adanya perpindahan cairan atau penurunan fungsi ginjal. Pemeriksaan elektrolit dilakukan untuk mengetahui kadar natrium dalam serum. Gangguan elektrolit umumnya pada pasien gagal jantung adalah hiponatremia, hipokalemia, dan hipomagnesemia. Hiponatremia adalah kelaianan elektrolit yang menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas berbagai kondisi klinis. Gagal jantung dapat terjadi bila natrium dalam serum < 135 mEq / l.^{12,13,15}

Pemeriksaan ureum atau *blood urea nitrogen* (BUN), dilakukan untuk menentukan kadar urea nitrogen dalam darah yang merupakan zat sisa dari metabolisme protein yang seharusnya dibuang melalui ginjal. Sedangkan pemeriksaan kreatinin darah, dilakukan untuk menentukan kadar kreatinin dalam darah. Kreatinin merupakan zat sisa hasil pemecahan otot yang akan dibuang melalui ginjal. Kadar kreatinin yang tinggi dalam darah dapat menjadi tanda adanya gangguan pada ginjal. CT scan atau MRI jantung, dilakukan untuk memperoleh gambaran yang lebih detail mengenai kondisi organ jantung.^{14,15}

Kateterisasi jantung, dilakukan untuk mendeteksi penyumbatan pada pembuluh darah jantung. Kateterisasi jantung digunakan untuk mengukur tekanan di dalam jantung. Tekanan abnormal merupakan sebuah pertanda dan membantu membedakan gagal jantung kanan atau kiri, stenosis atau insufisiensi, juga mendeteksi arteri koroner.^{14,15}

Dari diagnosa yang dilakukan, dokter memberikan obat Digoxin, Furosemide, Bisoprolol dan Clopidogrel (CPG) oleh dokter Puskesmas Bernung. Selain itu dokter menganjurkan pasien makan pisang dan rajin kontrol setiap bulan.¹⁴

Menurut *American Heart Association* (AHA) gagal jantung merupakan sindroma klinis (sekumpulan tanda dan gejala), yang

disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung, dimana jantung tidak sanggup memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolik jaringan.¹⁴

Gagal jantung kongestif dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa faktor. Berdasarkan tipe gangguannya, gagal jantung diklasifikasikan menjadi gagal jantung sistolik dan diastolik. Berdasarkan letak jantung, gagal jantung kongestif diklasifikasikan sebagai gagal jantung kanan dan kiri. Sedangkan menurut *New York Heart Association* (NYHA), gagal jantung kongestif dibagi atas 4 kelas berdasarkan gejala dan aktivitas fisik berikut.

Kelas I : Tidak terdapat batasan melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

Kelas II : Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

Kelas III : Terdapat batasan aktivitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

Kelas IV : Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas.

AHA mengemukakan jika ditinjau dari sudut klinis secara simptomatologis dikenal gambaran klinis berupa gagal jantung kiri dengan gejala badan lemah, cepat lelah, berdebar, sesak napas dan batuk, serta tanda objektif berupa takikardia, dyspnea (*dyspnea d'effort, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, cheyne-stokes respiration*), ronchi basah halus di basal paru, bunyi jantung III, dan pembesaran jantung. Gagal jantung kanan dengan gejala edema tumit dan tungkai bawah, hepatomegali, asites, bendungan vena jugularis dan gagal jantung kongestif merupakan gabungan dari kedua bentuk klinik gagal jantung kiri dan kanan.¹⁴

Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik ditemukan *dyspnea d'effort, orthopnea*, peningkatan tekanan vena jugularis serta pelebaran batas jantung, sehingga memenuhi

gejala gagal jantung kongestif. Berdasarkan hal tersebut maka pada pasien ini sudah tepat didiagnosa CHF berdasarkan kriteria Framingham dengan didapatkan satu kriteria mayor yaitu peningkatan tekanan JVP dan dua kriteria minor yaitu *orthopnea* dan *dyspnea d'effort*.^{14,17}

Berdasarkan hasil anamnesis riwayat perjalanan penyakit pasien, didapatkan bahwa keluhan utama yang membawa pasien datang ke puskesmas saat pertama kali didiagnosa mengalami serangan jantung adalah sesak nafas. Keluhan sesak nafas dapat berasal dari organ paru, jantung, ginjal, serta dari hati. Dari anamnesis didapatkan sesak yang dipengaruhi aktivitas merupakan khas sesak yang disebabkan oleh organ jantung. Kemudian dilanjutkan dengan dilakukannya pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang sehingga dapat dipastikan sesak pada penderita bukan berasal dari organ paru, ginjal ataupun hati.^{14,17}

Menurut *American family physician*, sensasi sesak nafas subjektif atau yang disebut *dyspnea* secara umum dapat disebabkan oleh adanya kelainan pulmonari, kardiak, kardiopulmoner, dan non kardiopulmoner. Sesak nafas pulmoner disebabkan oleh karena adanya kelainan ataupun gangguan fungsi dari dalam paru-paru, seperti pada kasus asma. Sesak nafas kardiak disebabkan oleh karena adanya kelainan ataupun gangguan fungsi dari jantung misalnya pada kasus gagal jantung, sedangkan sesak nafas kardiopulmoner disebabkan oleh karena adanya gangguan pada paru-paru maupun jantung seperti pada kasus penyakit paru obstruktif kronik dengan hipertensi pulmonal dan cor pulmonal. Sesak nafas non kardiopulmoner berasal dari organ lain selain jantung dan paru-paru, seperti misalnya pada kondisi asidosis pada kasus gagal ginjal.¹⁸

Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya peningkatan tekanan vena jugularis yang merupakan tanda adanya hambatan aliran darah masuk ke jantung. Selain itu, pada pasien ini juga didapatkan adanya pelebaran batas jantung kiri. Kedua kondisi tersebut menunjukkan adanya kegagalan pompa jantung. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik diatas, maka pasien ini sudah tepat didiagnosa gagal jantung NYHA II.^{14,18}

Etiologi dari penyakit gagal jantung dapat berupa penyakit jantung bawaan, penyakit jantung rematik, penyakit jantung hipertensi, penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, penyakit jantung tiroid, kardiomiopati, cor pulmonale serta kehamilan. Berdasarkan hasil anamnesis, pada pasien ini didapatkan bahwa pasien merupakan perokok aktif dan memiliki riwayat penyakit darah tinggi yang tidak terkontrol sejak lama sebelum didiagnosa penyakit jantung, sehingga diduga pasien mengalami gagal jantung kongestif akibat penyakit hipertensi yang tak terkontrol.¹⁸

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan di mana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Berdasarkan klasifikasi tekanan darah sistol dan distol berdasarkan JNC VII: Normal <120/< 80 mmhg, Prehipertensi 120–139/80-89 mmhg, Hipertensi *stage* I 140-159/90-99 mmhg, Hipertensi *stage* II $\geq 160/\geq 100$. Pada pasien termasuk hipertensi *stage* 2 yaitu 180/110mmHg.¹⁴

Penatalaksanaan pada gagal jantung menurut *American Heart Association* (AHA) dikelompokkan berdasarkan gejala dan kelainan struktur jantung, yaitu :

Stage A : Resiko tinggi gagal jantung, tetapi tanpa kelainan struktur jantung ataupun gejala gagal jantung.

Stage B : Terdapat kelainan struktur jantung tetapi tanpa tanda atau gejala gagal jantung.

Stage C : Terdapat kelainan struktur jantung disertai gejala gagal jantung sebelumnya atau masih berlangsung saat ini

Stage D : Gagal jantung refrakter.

Berdasarkan klasifikasi di atas, maka pasien ini termasuk dalam kelompok *stage C* yaitu pasien gagal jantung dengan adanya kelainan struktur jantung disertai gejala gagal jantung yang masih berlangsung sampai saat ini. Tujuan penatalaksanaan pada pasien gagal jantung disertai dengan adanya penurunan fraksi ejeksi pada *stage C* adalah mengontrol gejala, edukasi pasien, mencegah perawatan di

rumah sakit dan mencegah mortalitas. Adapun obat-obatan yang rutin yang dianjurkan pada kelompok pasien *stage C* dibedakan menjadi dua kategori pasien yaitu :

1. Gagal jantung tidak disertai penurunan fraksi ejeksi.
2. Gagal jantung disertai penurunan fraksi ejeksi.

Fraksi ejeksi merupakan indikator klinis yang dianggap telah umum dipakai untuk menilai fungsi ventrikel kiri. Pengukuran fraksi ejeksi dapat dilakukan dengan menggunakan angiografi dan radiografi ventrikulografi akan tetapi biaya pemeriksaan tersebut cukup mahal dan merupakan tindakan invasif yang memiliki resiko tinggi.¹⁴

Menurut Eagle, adanya korelasi yang kuat antara kardiomegali, gambaran hipertensi arteri pulmonalis, denyut apeks ventrikel kiri yang lama dan bunyi jantung III dengan penurunan fraksi ejeksi. Pada pasien ini ditemukan adanya kardiomegali sehingga dapat diduga pasien ini mengalami penurunan fraksi ejeksi.

Penatalaksanaan terhadap pasien dilakukan dengan *holistic approach* (pendekatan holistik) dengan cara memberikan pelayanan secara utuh, tidak hanya untuk penyembuhan secara fisik, tetapi juga mental, emosional bahkan spiritual pasien. Pendekatan yang dilakukan tidak hanya pada pasien (*patient centered*), tapi juga pada keluarga pasien (*family approach*) dengan maksud melakukan pendekatan secara utuh (*holistik*) untuk penatalaksanaan penyakit gagal jantung yang dialami pasien. Untuk itu intervensi kesehatan dilakukan terhadap pasien dalam bentuk intervensi farmakologi maupun nonfarmakologi oleh dokter keluarga yang melayani pasien.

Intervensi farmakologi pada Ny. S yang mengalami penyakit gagal jantung dilakukan dengan pemberian obat Digoxin, Furosemid, Bisoprolol, dan Clopidogrel (CPG).^{14,10} Pemakaian dosis, tujuan, dan efek samping dari obat dijelaskan dalam tabel berikut.

Dari tabel di bawah ini terlihat bahwa obat yang diberikan pada pasien gagal jantung harus sesuai dosis tertentu dan memperhatikan efek sampingnya. Sesuai dengan jenis obat obat an sifatnya obat yang diberikan pasien dapat berbetuk obat minum, suntik, maupun infus.

Digoxin, obat ini diberikan dalam bentuk obat suntik dan sebagai dosis tunggal diberikan bersamaan dengan pemberian infus selama 2 jam.

Tabel 1. Penggunaan Obat

Nama Obat	Dosis	Tujuan	Efek Samping
Digoxin	0,5 -1 mg 0,75-1mg (Diawal) 125 -250 mcg/hari	Menormalkan irama jantung dan memperkuat jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh	Gangguan mental, pusing, sakit kepala, diare, mual, muntah, ruam kulit, anoreksi dan aritmia
Furosemid	0,5-1,0 mg/KgBB/hari atau 20-40 mg/1-2x/hari Maks. 600 mg/hari .	Mengeluarkan cairan tubuh sehingga aliran darah balik ke jantung (<i>preload</i>) menurun.	Menurunkan kadar kalium dalam darah
Bisoprolol	1,25-10 mg/1x1/hari Maksimal, 20 mg/hari	Mengurangi frekuensi detak jantung dan tekanan otot jantung saat berkontraksi	Pusing, gangguan tidur, bradikardia, diare, infeksi saluran pernafasan, dan sesak nafas
Clopidogrel	75 mg/hari Aspirin (Kombinasi)	Mencegah trombosit (platelet) yang menempel dan berisiko membentuk gumpalan darah	Lebam dan pendarahan bawah kulit, mimisan, nyeri perut, konstipasi atau diare dan gangguan pencernaan

Pasien dapat pula diberi obat Furosemid sebagai diuretik. Pada pasien telah diberikan dosis Furosemid yang tepat dan sesuai indikasi. AHA merekomendasikan pemberian antagonis Aldosteron seperti Spironolakton dengan dosis 12,5-25 mg per hari⁵

Pada kasus Ny. S obat Spironolakton tidak diberikan. Hal ini karena pasien sering mengeluhkan sakit kepala. Spironoklaton adalah obat yang memiliki efek samping yang membuat pemakainya sakit kepala.⁵ Untuk obat ini tidak diberikan pada pasien.

Pasien juga diberikan obat Bisoprolol yang dapat mengurangi frekuensi detak jantung dan tekanan otot jantung pasien jika berkontraksi.

Dengan begitu, beban jantung dalam memompa dasar ke seluruh tubuh dapat berkurang. Dengan turunnya tekanan darah, maka stroke dan serangan jantung dapat dicegah. Dosis yang diberikan pada pasien haruslah disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit dan respons tubuh pasien terhadap obat.

Selain itu, obat Clopidogrel diberikan pula pada Ny. S. Clopidogrel yang pada situasi tertentu pemberian Clopidogrel dapat dikombinasikan dengan Aspirin untuk mencegah penggumpalan darah. Namun kombinasi kedua obat ini beresiko terjadinya penggumpalan darah pada pasien.

Dokter juga menganjurkan pemberian pisang sebagai bentuk intervensi nonfarmakologis untuk dikonsumsi oleh Ny. S. Penderita hipertensi yang mengkonsumsi 2 buah pisang setiap hari. Mengkonsumsi pisang setiap hari dapat penurunan tekanan darah sampai 10% dalam satu minggu.¹⁹

Pisang dapat menurunkan tekanan darah karena memiliki *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACE-I) di dalam tubuh. ACE-I merupakan analog nonpeptida angiotensin I dan beberapa senyawa lainnya, yang bekerja sebagai inhibitor kompetitif terhadap enzim pengubah (*converting enzyme*). *Converting enzyme* ini berfungsi mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah, sehingga meningkatkan tekanan darah. Dengan adanya ACE-I, produksi angiotensin II dihambat sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Selain ACE-I, pisang memiliki kandungan kalium tinggi. Kalium merupakan ion terbanyak di intraselular. Natrium dan kalium berperan dalam memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit serta keseimbangan asam basa. Selain itu berperan dalam transmisi saraf dan relaksasi otot.^{20,21,22}

Prognosis pada kasus dibuat sesuai dengan deskripsi penyakit dengan penilaian seperti tabel berikut:

Tabel 2. Penilaian Prognosis

Nilai Baik	Nilai Buruk
	Gejala Klinik Kondisi Kardiak Tekanan vena jugulari
Rutinitas kontrol Kesehatan	Perilaku kesehatan Aktivitas gerak Olahraga Pengetahuan penyakit Kuratif
	Lingkungan Psikososial Komunikasi dengan keluarga Ekonomi keluarga
Pemukiman	Lingkungan Fisik Kondisi rumah
	Gaya Hidup Pola makan Pola tidur

Prognosis ditegakkan berdasarkan pada kemampuan pompa jantung untuk kompensasi serta perbaikan gejala klinik setelah diterapi. Secara klinis, pada pasien terdapat perbaikan sehingga *prognosis quo ad vitam* adalah *dubia ad bonam*. Tetapi secara fungsional, berdasarkan hasil *echocardiography* telah terjadi kerusakan katup yang permanen sehingga *prognosis quo ad fungsionam* adalah *dubia ad malam*. Kemudian Berdasarkan fungsi sosialnya, pasien gagal jantung memiliki keterbatasan dalam beraktivitas berat, hal ini mengakibatkan pasien tidak mampu bekerja seperti biasanya²³

Perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan cara kuratif dari pada preventif. Pasien juga kurang beraktivitas dan raga dan kurang memiliki pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya. Namun demikian pasien cukup disiplin dalam menjalani rutinitasnya untuk kontrol ke puskesmas.

Lingkungan psikososial ekonomi pasien kurang layak. Pasien jarang berkomunikasi dengan anak dan menantu atau keluarga terdekat. Sedangkan dari segi ekonomi, pasien tergolong kurang mampu. Pasien hanya sebagai ibu rumah tangga yang tidak dapat membantu ekonomi keluarga.

Lingkungan fisik, terutama pemukiman tempat pasien tinggal baik, dan cukup bersih.

Namun kondisi rumah pasien kurang layak untuk kesehatan. Rumah berukuran 16m x 8m, lantai semen dan sebagian beralaskan tanah, dinding geribik dan triplek, penerangan dan ventilasi yang kurang, tidak bersih, dan penataan perabotan berantakan serta jauh dari jangkauan fasilitas kesehatan.

Life style, pola makan teratur namun tidak mengetahui asupan makanan apa saja yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk dikonsumsi yang berkaitan dengan penyakitnya. Selain itu pasien memiliki pola tidur yang kurang baik karena tidur hampir pukul 24.00 WIB setiap malamnya.

Dari gambaran kasus di atas, maka dilakukan pula intervensi nonfarmakologi dalam bentuk edukasi dan konseling yang bersifat nonmedik. Intervensi dilakukan terhadap faktor eksternal dan internal. Untuk kegiatan intervensi pasien dilakukan kunjungan rumah sebanyak 3 kali. Kunjungan rumah dimaksudkan untuk mengedukasi dan memberikan konseling pada pasien maupun keluarga pasien (*family counseling*).

Edukasi pada pasien dan keluarga bertujuan untuk memberikan pemahaman pada pasien dan keluarga tentang gambaran pola diet untuk pasien melalui pola diet rendah garam dan perlunya mengonsumsi pisang setiap hari. Pasien diberikan pula pemahaman tentang pemantauan berat badan dan peningkatan aktivitas dengan melakukan olahraga ringan. Kemudian pemahaman pasien dilengkapi tentang kelainan, kerusakan yang terjadi pada tubuh pasien, faktor penyebab, komplikasinya serta penatalaksanaan faktor resiko yang mungkin dialami pasien.

Media yang digunakan untuk mempermudah pemahaman pasien dan keluarga digunakan poster. Poster berperan sebagai pengingat informasi tentang hal-hal yang harus dilakukan dan yang diwaspadai pasien dan keluarganya tentang penyakit gagal jantung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan poster memiliki pengaruh yang bermakna terhadap pengetahuan keluarga mengenai manajemen hipertensi. Dalam hal ini hipertensi merupakan salah satu faktor penyebab penyakit gagal jantung.²⁴

Bentuk intervensi non farmakologi lainnya yang dilakukan adalah konseling keluarga. Konseling ini dilakukan sebagai

rangkaian penatalaksanaan yang holistik pada peyakit yang dialami pasien agar tercapainya kesehatan pasien secara fisik, mental, maupun sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Konseling keluarga efektif meningkatkan kualitas hidup pada pasien hipertensi.²⁵ Pada kasus ini, pasien adalah penderita hipertensi grade II. Hal ini diketahui dari hasil diagnostik holistik akhir pada aspek klinis. Dengan konseling ini keluarga akan lebih mampu memberikan membantu pasien untuk merespon penyakitnya dengan positif, penyesuaian diri dengan penyakitnya, meningkatkan penghargaan diri serta akan dapat mengikuti perawatan penyakitnya dengan baik, sehingga mendukung pada kesehatan fisik, mental maupun sosial pasien.

Simpulan

1. Diagnosis CHF disertai Hipertensi *Grade II* pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.
2. Ada beberapa faktor risiko internal dan eksternal yang memicu timbulnya CHF hal ini telah dinyatakan oleh beberapa teori yang menjadi sumber acuan.
3. Peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.
4. Penatalaksanaan pada pasien mengenai penyakit yang dialaminya sudah tepat.

Daftar Pustaka

1. Mansyoer. Diet sehat untuk penderita hipertensi. Jakarta: PT. Rhineka Cipta; 2005.
2. Brunner, Lilian S, et al. Brunner and suddarth textbook of medical-surgical nursing. New York: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Harikatang, A., Rampengan, S., dan Jim, E. Hubungan antara jarak tempuh tes jalan 6 menit dan fraksi ejeksi pada pasien gagal jantung kronik terhadap kejadian kardiovaskular. Jurnal e-Clinic (eCI). 2016;4(1): 41-44.
4. Sari, P., Rampengan, S.H & Panda, S. Hubungan kelas NYHA dengan fraksi ejeksi pada pasien gagal jantung kronik di BLU/RSUP Prof. dr.R.D.Kandou Manado.

- Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado; 2012
5. Hou, N. Relationship of age and sex to health related quality o life in patients. internet]. 2014 [diakses tanggal 9 Juni 2020].
6. Karavidas, et al. Aging and the cardiovascular system. *Hellenic Journal of Cardiology*.2010;5(1)421-427.
7. Cowie, M.R., Dar, Q. The epidemiology and diagnosis of heart failure. In: Fuster, V., et al., eds. *Hurst's the Heart USA*:McGraw Hill. 2008;12(1):713
8. Junaidi, I. Hipertensi: Pengenalan pencegahan, dan pengobatan. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer; 2010.
9. Vani, S. C. Penyakit penyerta dan gaya hidup pada penyakit Congestive Heart Failure (CHF) di RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo dan RS. Stella Maris Makasar. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/385/Bab%20V%20Vani.docx?sequece=3>. 2011.
10. Centers for Control and Prevention (CDC). Heart and Failure Fact Sheet. Department of Health and Human Service/USA. http://www.cdc.gov/dhdsdata_statistic/fact_sheets/fs_hearth_failure.htm.
11. Muttaqin, Arif. Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler dan Hamatologi/ Jakarta: Salemba Medika; 2009.
12. Suhatri, et al. Gambaran kadar elektrolit (natrium dan kalium) darah, tekanan darah dan denyut nadi pasien terapi gagal jantung di RSUP Dr.M. Jamil Padang, Jurnal Sains Farmasi & klinis. 2018;3(3): 243-246.
13. Notoatmodjo, Soekidjo. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2015.
14. American *Heart Association* (AHA). Guideline for the management of heart failure: A report of the american college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guideline. Dallas: AHA-Circulation.
15. PAPDI. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Jakarta: Internal Publishing; 2014.
16. Tjin Willy dan Neil, R Stephens, C Healthline, Blood Gas Test;2016.
17. Adam Romanovsky, Sean Begshaw, and H. Rosner. Hyponatrtremia and Congestive Heart Failure A Master: of Increased mortality and target for therapy, *Int J of Nephrology*. 2011; 2(1): 7.
18. American Family. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. National Institute of Health. <http://www.nhlbi.nih.gov>.13-15
19. Eagle. Majalah Kedokteran Nusantara Volume 41 No. 3.
20. Pencari Penyebab Gagal Jantung, 2006. *Ethical Digest*, No.28, Th IV; 14
21. Utami, Nurul dan Sari, Ayu Wulan. Konsumsi pisang Ambon sebagai terapi non farmakologis.
22. Omudhome Ogbru, Pharm.D., edic- enteNe, Inc [internet] FDA Prescribing Information Nonssteroidal Antiinflam matory Drugs (NSAID) [Diakses tanggal 20 Januari 2020] Tersedia dari: <http://www.medicinenet.com/nonsteroid al antiinflammatory dr ugs/article.html>.
23. Almtsier, Sunita. Prinsip dasar ilmu gizi. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta; 2003.
24. Ulya, Zakiyatul Ulya. Et al. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan media poster terhadap pengetahuan manajemen hipertensi dan penderita hipertensi, *The Journal of Nursing* .2017;1(12);2017.
25. Suryani dan Rahmawati. Efektivitas Konseling keluarga terhadap peningkatan kualitas hidup pasien hipertensi. STIKES An Nur Purwodadi [Internet]. 2020 [Disitasi tanggal 5 Juli 2020]; 2(1) Tersedia dari: [Ejournal.annurpurwodadi.ac.id](http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id).