



Congestive Heart Failure

Ainal Mardhiah¹, Dhannisa Ika Savitri^{2*}, Tischa Rahayu Fonna³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

²Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

³Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Indonesia

*Corresponding Author: dhannisa@mhs.unimal.ac.id

Abstrak

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah suatu sindroma klinis yang disebabkan oleh gagalnya mekanisme kompensasi otot miokard dalam mengantisipasi peningkatan beban volume berlebihan ataupun beban tekanan berlebih yang tengah dihadapinya, sehingga tidak mampu memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan tubuh. Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan tanda serta gejala yang berasal dari gangguan struktural atau fungsional terhadap pengisian ventrikel atau ejeksi darah yang terdiri atas gejala khas, seperti sesak napas dan edema tungkai bawah, yang dapat disertai peningkatan tekanan vena jugular (JVP), bunyi ronkhi di auskultasi paru-paru, dan edema perifer. Prevalensi gagal jantung di seluruh dunia diperkirakan ada 64,3 juta penderita gagal jantung. Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebanyak (0,13%) dan penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 0,3%. Prevalensi penyakit gagal jantung mengalami peningkatan seiring bertambahnya umur. Penderita penyakit gagal jantung yang tertinggi pada umur 65-74 tahun sekitar (0,5%) yang terdiagnosis oleh dokter, dan yang rendah pada umur >75 tahun sekitar (0,4%). Tatalaksana gagal jantung mengikuti tahap perkembangan penyakit, baik itu pada gagal jantung akut maupun kronik.

Kata kunci: CHF, Ronkhi, Sesak Napas

Abstract

Congestive Heart Failure (CHF) or heart failure is a clinical syndrome caused by the failure of the myocardial muscle compensation mechanism in anticipating an increase in excessive volume load or excessive pressure load that it is facing, so it is unable to pump blood to meet the metabolic needs of body tissues. Heart failure is a complex clinical syndrome with signs and symptoms stemming from structural or functional impairment of ventricular filling or blood ejection consisting of typical symptoms, such as shortness of breath and lower limb edema, which can be accompanied by increased jugular venous pressure (JVP), rhonchi on lung auscultation, and peripheral edema. The prevalence of heart failure worldwide is estimated to be 64.3 million people with heart failure. Based on the 2013 Riskesdas data, the prevalence of heart failure in Indonesia based on doctor's diagnosis was (0.13%) and heart failure disease based on diagnosis or symptoms was 0.3%. The prevalence of heart failure disease increases with age. Patients with heart failure disease are highest at the age of 65-74 years around (0.5%) diagnosed by a doctor, and the lowest at the age of >75 years around (0.4%). The management of heart failure follows the stage of disease progression, both in acute and chronic heart failure.

Keywords: CHF, Rhonchi, Shortness Of Breath



Galenical is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License

1. PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah suatu sindroma klinis yang disebabkan oleh gagalnya mekanisme kompensasi otot miokard dalam mengantisipasi peningkatan beban volume berlebihan ataupun beban tekanan berlebih yang tengah dihadapinya, sehingga tidak mampu memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan tubuh. Kemampuan jantung sebagai pompa sesungguhnya sangat bergantung pada kontraktilitas otot jantung. Dan kemampuan kontraksi ini, ternyata tidak hanya ditentukan oleh kontraktilitas sarkomer miokard itu sendiri, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh besarnya *preload* (beban volume), *afterload* (beban tekanan), dan *heart rate* (frekuensi denyut jantung) (1).

Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan tanda serta gejala yang berasal dari gangguan struktural atau fungsional terhadap pengisian ventrikel atau ejeksi darah yang terdiri atas gejala khas, seperti sesak napas dan edema tungkai bawah, yang dapat disertai peningkatan tekanan vena jugular (JVP), bunyi ronkhi di auskultasi paru-paru, dan edema perifer (2,3). Gejala klinis dapat muncul karena adanya faktor presipitasi yang menyebabkan peningkatan kerja jantung dan peningkatan kebutuhan oksigen antara lain infeksi, aritmia, aktivitas fisik, cairan, lingkungan, emosi yang berlebihan, infark miokard, emboli paru, anemia, tirotoksikosis, kehamilan, hipertensi, miokarditis dan endokarditis infeksi (4).

Prevalensi gagal jantung di seluruh dunia diperkirakan ada 64,3 juta penderita gagal jantung. Di Amerika Serikat dan Kanada, prevalensi gagal jantung dilaporkan sebesar 1,5% hingga 1,9%. Di Eropa, prevalensi gagal jantung dilaporkan sebesar 1-2% dari populasi. Prevalensi gagal jantung jauh lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih tua. Prevalensi dilaporkan mencapai 4,3% pada kelompok usia 65 hingga 70 tahun pada tahun 2012 dan diproyeksikan meningkat hingga mencapai 8,5% pada tahun 2030. Angka kejadian mortalitas akibat gagal jantung mencapai 50% pada 5 tahun pertama. Selain mortalitas, gagal jantung juga membatasi kapasitas aktivitas penderitanya, menurunkan produktivitas, menghambat kemandirian, dan meningkatkan kebutuhan rawat inap. Pasien juga sering mengalami sesak napas, insomnia, dan kecemasan terkait kondisi kesehatannya (5,6).

Gagal jantung merupakan masalah kesehatan yang progresif dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi di negara maju maupun negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia, usia pasien gagal jantung relatif lebih muda dibanding Eropa dan Amerika disertai dengan tampilan klinis yang lebih berat. Prevalensi dari gagal jantung sendiri semakin meningkat karena pasien yang mengalami kerusakan jantung yang bersifat akut dapat berlanjut menjadi gagal jantung kronik. WHO menggambarkan bahwa meningkatnya jumlah penyakit

gagal jantung di dunia, termasuk Asia diakibatkan oleh meningkatnya angka perokok, tingkat obesitas, dislipidemia, dan diabetes. Angka kejadian gagal jantung meningkat juga seiring dengan bertambahnya usia (7).

Berdasarkan data Rikesdas Tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebanyak (0,13%) dan penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 0,3%, ini merupakan hasil wawancara terhadap responden dengan umur ≥ 15 tahun dan berupa gabungan dari kasus penyakit yang pernah didiagnosis oleh dokter atau kasus yang memiliki gejala dari penyakit gagal jantung. Prevalensi penyakit gagal jantung mengalami peningkatan seiring bertambahnya umur. Penderita penyakit gagal jantung yang tertinggi pada umur 65-74 tahun sekitar (0,5%) yang terdiagnosis oleh dokter, dan yang rendah pada umur >75 tahun sekitar (0,4%) (8).

Tatalaksana gagal jantung mengikuti tahap perkembangan penyakit, baik itu pada gagal jantung akut maupun kronik. Intervensi pada tahap A bertujuan untuk pencegahan dengan modifikasi dan perbaikan faktor risiko. Tatalaksana tahap B bertujuan untuk mengatasi risiko dan penyakit jantung struktural untuk mencegah terjadinya gagal jantung. Sementara itu, pada tahap lanjut, penatalaksanaan bertujuan mengurangi gejala, morbiditas, risiko mortalitas, dan memperbaiki kualitas hidup (9).

2. ILUSTRASI KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama : Ny. M
Umur : 66 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Bungong, Syamtalira Bayu

2.2 Keluhan Utama

Sesak napas

2.3 Keluhan Tambahan

Cepat lelah, kedua kaki bengkak

2.4 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Poli PTM Puskesmas Syamtalira Bayu pada hari Jumat, 16 Juni 2023 dengan keluhan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu dan memberat kurang lebih 3 hari ini. Pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur di malam hari. Sesak napas dirasakan memberat pada saat pasien tidur telentang dan berkurang saat pasien duduk. Pasien juga

mengeluhkan cepat lelah bahkan saat beraktivitas ringan seperti jalan dari kamar tidur hingga ke dapur. Selain itu pasien juga mengeluhkan kedua kakinya bengkak.

Pasien merupakan pasien PRB (Program Rujuk Balik) di Puskesmas Syamtalira Bayu, namun pasien tidak rutin mengambil obat sejak kurang lebih 3 bulan ini.

2.5 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya pada tahun 2022. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Riwayat penyakit lain seperti DM dan Asma disangkal.

2.6 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa dengan pasien. Pasien juga menyangkal adanya penyakit hipertensi, DM, dan Asma dalam keluarga

2.7 Riwayat Penggunaan Obat

Pasien mengatakan bahwa sebelumnya pasien rutin mengonsumsi obat yang diambil di Puskesmas Syamtalira Bayu berupa Amlodipin 10mg, Candesartan 16mg, Atorvastatin 40mg, dan Mecobalamin 500mcg namun sejak 3 bulan terakhir ini pasien tidak minum obat lagi.

2.8 Riwayat Alergi

Disangkal

2.9 Profil Keluarga

Tabel 1. Anggota Keluarga yang Tinggal Serumah

No	Nama	Kedudukan dalam keluarga	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1.	Ny. M	Ibu	P	66 th	SD	Ibu rumah tangga
2.	Ny. MI	Anak	P	47 th	SD	Petani

Tabel 2. Lingkungan Tempat Tinggal

Status kepemilikan rumah : kepemilikan pribadi	
Daerah perumahan : tidak ramai	
Karakteristik Rumah dan Lingkungan	Kesimpulan
Rumah tidak bertingkat dengan luas : 8 x 10 m ²	Keluarga pasien tinggal di rumah dengan kepemilikan milik sendiri yang dihuni oleh
Jumlah penghuni dalam satu rumah : 2 orang	
Luas halaman rumah : 4 x 6 m ²	

Atap rumah dari: seng	2 orang. Rumah yang dihuni pasien sudah memenuhi beberapa kriteria rumah sehat, berupa : bahan bangunan tidak mengandung zat berbahaya, lantai kedap air dan mudah dibersihkan, ventilasi cukup disetiap ruangan, air bersih, serta memiliki jamban
Lantai rumah dari : keramik	
Dinding rumah dari : tembok bata	
Jumlah kamar : 2	
Jumlah kamar mandi : 1	
Jendela dan ventilasi : ada, disetiap ruangan	
Jamban keluarga : ada	
Penerangan listrik : 4 Ampere	
Sumber air bersih : Air sumur	
Tempat pembuangan sampah : ada terletak di halaman belakang rumah.	

2.10 Penilaian Perilaku Kesehatan Keluarga

- Jenis tempat berobat : Puskesmas
- Asuransi / Jaminan Kesehatan : BPJS

Tabel 3. Sarana Pelayanan Kesehatan (Puskesmas)

Faktor	Keterangan	Kesimpulan
Cara mencapai pusat pelayanan kesehatan	Pasien menggunakan kendaraan pribadi (sepeda motor) menuju fasilitas kesehatan (Puskesmas)	Letak Puskesmas dekat dari tempat tinggal pasien. Untuk biaya pengobatan diakui oleh keluarga pasien yaitu setiap kali datang berobat tidak dipungut biaya dan pelayanan Puskesmas pun dirasakan keluarga pasien dapat membantu pasien.
Tarif pelayanan kesehatan	Menurut keluarga tidak ada biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan di puskesmas	
Kualitas pelayanan kesehatan	Menurut keluarga kualitas pelayanan kesehatan yang didapat memuaskan.	

2.11 Status Sosial dan Kesejahteraan Keluarga

Pasien tinggal bersama seorang anaknya. Keseharian pasien mengandalkan pendapatan dari seorang anaknya yang bekerja sebagai petani. Pendapatan pasien tidak menentu.

2.12 Pola Konsumsi Makanan Keluarga

Kebiasaan makan: Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali dalam sehari dengan bahan-bahan baku dibeli langsung dari pasar. Pasien mengatakan bahwa pasien sering mengonsumsi makanan yang tinggi garam dan tinggi lemak seperti ikan asin dan kuah santan. Air minum berasal dari air sumur yang dimasak.

2.13 Pola Higienitas dan Sanitasi Lingkungan

Pasien mengaku dalam kesehariannya mandi menggunakan air sumur dan memakai sabun. Pasien mencuci pakaian dan peralatan makan di tempat pencucian dengan air sumur. Dalam rumah pasien terdapat 2 kamar tidur dengan ventilasi yang cukup. Terdapat 1 jamban keluarga didalam rumah pasien. Barang-barang didalam rumah pasien tidak tersusun dengan rapi. Pasien mengatakan tidak rutin membersihkan rumahnya karena pasien mengeluhkan cepat lelah.

2.14 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 16 Juni 2023

- **Status Present:**

Keadaan umum : Tampak sakit sedang

Kesadaran : Compos mentis

GCS : E₄V₅M₆

- **Vital sign:**

Tensi : 160/100 mmHg

Nadi : 86 kali/menit, irama teratur

Pernapasan : 24 kali/menit

SpO₂ : 97% room air

Suhu : 36,6°C

TB : 150 cm

BB : 62 kg

IMT : 27,5 (*Overweight*)

- **Status Generalis:**

- **Kepala**

- Bentuk : Normal
- Rambut : Hitam dan sukar dicabut
- Mata : Konjungtiva palpebra inferior pucat (-/-), sclera ikterik (-/-), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+)
- Telinga : Simetris, nyeri (-/-)
- Hidung : Normal, Sekret (-/-), hiperemis (-/-)
- Mulut : Simetris, mukosa bibir basah, pembengkakan tidak ada
- Lidah : Bentuk normal, tidak pucat, tidak kotor, warna kemerahan
- Faring : Hiperemis (-), tidak edema
- Tonsil : Warna kemerahan, tidak ada pembesaran (T1/T1)

- **Leher**

- Inspeksi : Simetris, tidak terlihat benjolan
- Palpasi : Pembesaran KGB (-), distensi vena jugularis (-), massa (-)

- **Thorax**

- **Paru**

- Inspeksi : Pergerakan dada simetris kanan dan kiri, retraksi (-), bentuk dada normal
- Palpasi : Fremitus raba simetris
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi: Vesikuler (+/+), Ronkhi (-/-), Wheezing (-/-)

- **Jantung**

- Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5 linea mid klavikula kiri
- Perkusi
 - Batas Kanan Atas: ICS II linea parasternal dekstra
 - Batas Kanan Bawah: ICS IV linea parasternal dekstra
 - Batas Kiri Bawah: ICS IV linea midklavikula sinistra
- Auskultasi : BJ I > BJ II, bunyi jantung tambahan (-), bising jantung (-)

- **Abdomen**

- Inspeksi : Simetris, distensi (-)

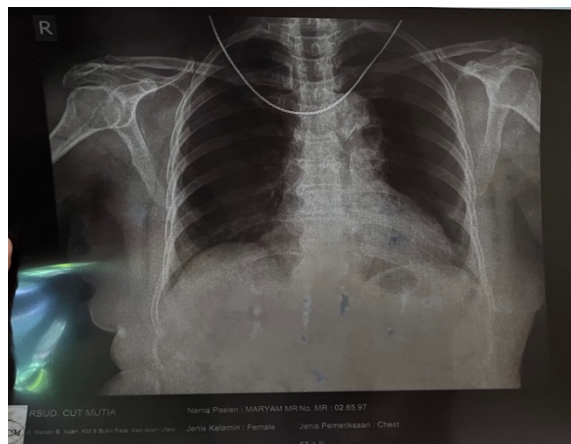
Palpasi : Defans muscular (-)
 Hepar : Tidak teraba
 Lien : Tidak teraba
 Ginjal : Ballotement (-)
 Perkusi : Timpani, Shifting dullness (-)
 Auskultasi : Peristaltik usus normal

o **Ekstremitas**

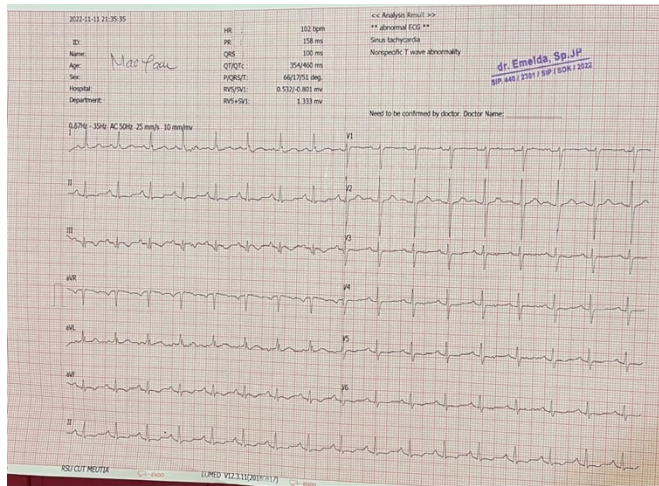
Superior : edema (-/-), sianosis (-)
 Inferior : edema (+/+), sianosis (-)

2.15 Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 16 Juni 2023 tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien. Namun pasien memiliki hasil pemeriksaan penunjang tahun 2022.



Nama Test	Flag	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin				
Hemoglobin (HGB)		14.3	g/dL	11.7 - 15.5
Hematokrit (HCT)		41.9	%	35 - 47
Leukosit (WBC)	H	11.17	10 ³ / μ L	3.4 - 11
Trombosit (PLT)		367	10 ³ / μ L	150 - 440
Eritrosit (RBC)		5.06	10 ⁶ / μ L	3.8 - 5.2
Indeks Eritrosit				
MCV		86.8	fL	80 - 100
MCH		26.3	pg	26 - 34
MCHC		22.4	g/dL	32 - 36
RDW-CV	H	14.6	%	11.3 - 14.5
KIMIA KLINIK				
Glukosa Pusta	H	151	mg/dL	75 - 110
Kolesterol Total	H	237	mg/dL	< 200
Trigliserid		95	mg/dL	70 - 140
HDL-kolesterol		37	mg/dL	37 - 92
LDL-kolesterol	H	171	mg/dL	Yang diharapkan : < 130
				Risiko sedang : 130 - 159
				Risiko Tinggi : \geq 160
SGOT		18	U/L	0 - 35
SGPT		27	U/L	0 - 35
Waktu Pengambilan Spesimen : EDTA - -				
SERUM / PLASMA - -				
Cetakan : 1				
Rekomendasi :				
ATLM				
NURLINA, AMAK				
Lhoksumawe, 14-11-2022 12:25:06				
Dokter Penanggung Jawab				
dr. Maulida Dina Wati, Sp.PK				
SIP: 800189/SP/PS/K/2021				
Verifikasi : 14-11-2022 12:25:01 (NURLINA, AMAK)				
Cetak : 14-11-2022 12:25:00 (LINA)				
** Nilai Kritis				
Kali : High				
H : High				
L : Low				
Tanda ** adalah hasil yang masuk nilai kritis				
Tgl Cetak 14-11-2022 12:25:06				



2.16 Anjuran Pemeriksaan Penunjang

- Foto Thorax
- EKG
- Echocardiography

2.17 Diagnosis Kerja

Congestive Heart Failure (CHF)

2.18 Penatalaksanaan

Upaya Promotif dan Preventif

Penyuluhan kesehatan berupa:

1. Edukasi kepatuhan minum obat
2. Edukasi kepatuhan diet rendah garam dan rendah lemak
3. Edukasi kontrol tekanan darah
4. Edukasi menjaga berat badan

Upaya kuratif

Terapi yang didapat di Puskesmas:

1. Amlodipin 10mg 1x1
2. Candesartan 16mg 1x1
3. Atorvastatin 40mg 1x1
4. Mecobalamin 500mcg 2x1

Upaya rehabilitatif

1. Pasien datang kembali ke fasilitas kesehatan untuk dilakukan pemantauan dan evaluasi kondisi pasien

2. Monitoring risiko komplikasi lebih lanjut seperti aritmia, tromboemboli, dan masalah pernapasan

Upaya psikososial

Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan kepada pasien.

2.19 Prognosis

Quo ad Vitam : dubia ad bonam

Quo ad Sanationam : dubia ad bonam

Quo ad Functionam : dubia ad bonam

2.20 Anjuran

1. KIE kepada pasien agar mematuhi anjuran dokter untuk masalah yang berkaitan dengan penyakit pasien saat ini.
2. KIE kepada pasien mengenai kepatuhan minum obat, diet, kontrol tekanan darah dan berat badan.
3. KIE kepada keluarga dan pasien tentang keadaan pasien saat ini sehingga dapat memahami dan memberikan dukungan secara fisik dan psikis dalam memperbaiki kualitas hidup pasien.

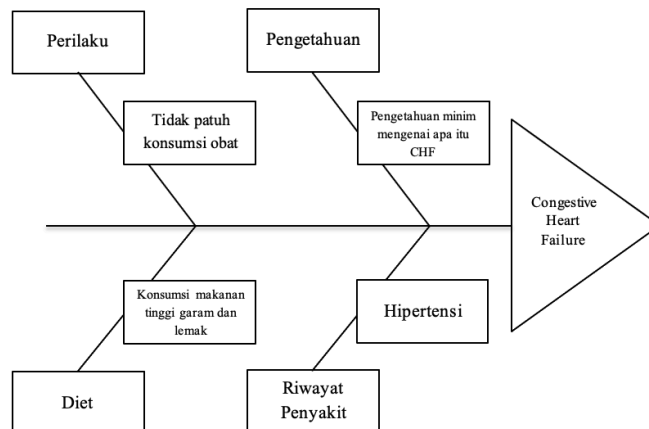
3. PEMBAHASAN

Diagnosis Congestive Heart Failure pada pasien ini ditegakkan berdasarkan anamnesis. Pasien datang dengan keluhan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu dan memberat kurang lebih 3 hari ini. Pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur di malam hari. Sesak napas dirasakan memberat pada saat pasien tidur telentang dan berkurang saat pasien duduk. Pasien juga mengeluhkan cepat lelah bahkan saat beraktivitas ringan seperti jalan dari kamar tidur hingga ke dapur. Selain itu pasien juga mengeluhkan kedua kakinya bengkak. Diagnosis CHF ditegakkan dengan kriteria Framingham jika terdapat minimal 2 kriteria mayor atau 1 kriteria mayor dan 2 kriteria minor. Pada pasien didapatkan 2 kriteria mayor yaitu *Paroxysmal nocturnal dyspnea* dan *orthopnea*, kemudian didapatkan 2 kriteria minor yaitu edema ekstremitas dan sesak napas saat aktivitas.

Pasien merupakan pasien PRB (Program Rujuk Balik) di Puskesmas Syamtalira Bayu. Pasien mengatakan pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya pada tahun 2022. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan salah satu penyebab terjadinya gagal jantung (2).

Terdapat beberapa masalah pada kasus ini yang masih perlu dikaji untuk penyelesaian masalahnya. Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab

masalah, pada kasus ini metode yang digunakan adalah diagram sebab akibat dari Ishikawa (diagram tulang ikan/ *fish bone*).



Gambar 1. Fish Bone

3.1 Matriks Cara Pemecahan Masalah

Tabel 4. Matriks Pemecahan Masalah

NO	MASALAH	PEMECAHAN MASALAH
1	Faktor Perilaku (Tidak patuh konsumsi obat)	-Mencari faktor penyebab ketidakpatuhan konsumsi obat. -Edukasi mengenai ketidakpatuhan konsumsi obat, seperti risiko yang dapat terjadi dan komplikasi penyakit yang dapat terjadi.
2	Faktor Pengetahuan (Pengetahuan yang masih minim mengenai apa itu penyakit CHF)	Memberikan penjelasan mengenai penyakit CHF, bahwasanya CHF merupakan penyakit yang dapat menimbulkan berbagai keluhan, seperti seperti sesak napas, cepat lelah dan bengkak pada kaki yang apabila tidak terkontrol dapat menimbulkan komplikasi.
3	Faktor Diet (Konsumsi makanan tinggi garam dan lemak)	-Menjelaskan bahwa mengonsumsi makanan yang tinggi garam dan lemak dapat meningkatkan faktor terjadinya CHF dan dapat memperburuk kondisi apabila tidak dibatasi. -Edukasi pembatasan konsumsi garam dan lemak.

4	Faktor Riwayat Penyakit (Hipertensi)	-Edukasi kontrol tekanan darah. -Edukasi faktor yang dapat memicu darah tinggi, seperti merokok, diet rendah garam dan lemak, aktivitas fisik, dan berat badan yang berlebih.
---	--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2 Pencegahan Primer

1. Edukasi pasien terkait CHF/Gagal jantung (pengertian, faktor risiko, manifestasi klinis, faktor yang dapat memperberat, tatalaksana farmakologis dan non farmakologis).
2. Edukasi terkait *lifestyle*, nutrisi, olahraga, pengetahuan, dan pengobatan pada pasien CHF.
3. Pemeriksaan kesehatan secara berkala.

3.3 Pencegahan Sekunder

1. Mengendalikan faktor risiko yang menjadi dasar penyakitnya.
2. Edukasi kepatuhan konsumsi obat.
3. Mendapatkan pengobatan sedini mungkin secara tepat untuk mencegah dan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Cukup istirahat dan kurangi stress.
5. Deteksi dini penyakit yang sama pada anggota keluarga.

3.4 Pencegahan Tersier

1. Deteksi dini penyakit penyerta dan komplikasi pada pasien CHF.
2. Tatalaksana komplikasi CHF.
3. Rehabilitasi fisik pada pasien dengan komplikasi.

4. KESIMPULAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah suatu sindroma klinis yang disebabkan oleh gagalnya mekanisme kompensasi otot miokard dalam mengantisipasi peningkatan beban volume berlebihan ataupun beban tekanan berlebih yang tengah dihadapinya, sehingga tidak mampu memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan tubuh. Prevalensi gagal jantung di seluruh dunia diperkirakan ada 64,3 juta penderita gagal jantung. Di Amerika Serikat dan Kanada, prevalensi gagal jantung dilaporkan sebesar 1,5% hingga 1,9%. Di Eropa, prevalensi gagal jantung dilaporkan sebesar 1-2% dari populasi. Prevalensi gagal jantung jauh lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih tua. Prevalensi dilaporkan mencapai 4,3% pada kelompok usia 65 hingga 70 tahun pada tahun 2012 dan diproyeksikan meningkat hingga mencapai 8,5% pada tahun 2030. Berdasarkan data

Rikesdas Tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebanyak (0,13%) dan penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 0,3%. Tatalaksana gagal jantung mengikuti tahap perkembangan penyakit, baik itu pada gagal jantung akut maupun kronik. Intervensi pada tahap A bertujuan untuk pencegahan dengan modifikasi dan perbaikan faktor risiko. Tatalaksana tahap B bertujuan untuk mengatasi risiko dan penyakit jantung struktural untuk mencegah terjadinya gagal jantung. Sementara itu, pada tahap lanjut, penatalaksanaan bertujuan mengurangi gejala, morbiditas, risiko mortalitas, dan memperbaiki kualitas hidup.

DAFTAR PUSTAKA

1. PERKI. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. 2nd ed. 2020.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599–726.
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for The Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(17):e263–421.
4. Mazurek JA, Jessup M. Understanding Heart Failure. *Card Electrophysiol Clin*. 2015;7(4):557–75.
5. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of Heart Failure. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(8):1342–56.
6. Roger VL. Epidemiology of Heart Failure: A Contemporary Perspective. *Circ Res*. 2021;128(10):1421–34.
7. PERKI KKGJ dan K. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Perhimpun Dr Spes Kardiovask Indones. 2020;848–53.
8. Baldwin W, McRae S, Marek G, Whymer D, Pannu V, Baylis C, et al. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.(2013). Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta. pp 53. PLoS One. 1966;7(8):1–7.
9. Kelompok Kerja Gagal Jantung dan Kardiometabolik Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Perhimpun Dr Spes Kardiovask Indones. 2020;848–53.