

Congestive Heart Failure Pada Pasien Hypertensive Heart Disease: Laporan Kasus

Putri Amelia Djamil¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Gagal jantung kronis merupakan penyebab utama morbiditas pada populasi lanjut usia dan sering berkaitan dengan hipertensi yang tidak terkontrol. Laporan kasus ini bertujuan mendeskripsikan penatalaksanaan gagal jantung kronis pada pasien dengan *hypertensive heart disease* melalui pendekatan kedokteran keluarga yang komprehensif dan berkelanjutan. Data diperoleh melalui anamnesis mendalam, pemeriksaan fisik, telaah rekam medis, serta kunjungan rumah untuk menilai faktor keluarga, perilaku kesehatan, dan lingkungan yang memengaruhi kondisi pasien. Seorang perempuan berusia 65 tahun datang dengan keluhan sesak napas yang memberat saat aktivitas dan saat posisi berbaring. Pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 142/95 mmHg serta kardiomegali pada foto toraks. Pasien didiagnosis gagal jantung kronis dengan riwayat hipertensi tidak terkontrol selama beberapa tahun. Intervensi meliputi terapi farmakologis dan nonfarmakologis berupa optimalisasi obat antihipertensi, edukasi diet rendah natrium, pembatasan asupan cairan sesuai kondisi klinis, anjuran aktivitas fisik terukur, serta pelibatan keluarga dalam pengawasan terapi dan perubahan gaya hidup. Evaluasi setelah tiga minggu menunjukkan perbaikan klinis berupa penurunan tekanan darah menjadi 123/76 mmHg dan penurunan skor *visual analog scale* sesak napas dari tiga menjadi satu. Skor pengetahuan pasien dan keluarga meningkat dari 60 persen menjadi 100 persen, disertai peningkatan kepatuhan minum obat dan kontrol rutin. Pendekatan komprehensif berbasis keluarga berperan dalam memperbaiki gejala, meningkatkan kepatuhan terapi, serta membantu pengendalian tekanan darah pada pasien gagal jantung kronis dengan komorbid hipertensi.

Kata kunci: Gagal jantung kronis, hipertensi heart disease, lansia

Congestive Heart Failure in A Patient with Hypertensive Heart Disease: A Case Report

Abstract

Chronic heart failure is a major cause of morbidity among older adults and is frequently associated with uncontrolled hypertension. This case report aims to describe the management of chronic heart failure in a patient with hypertensive heart disease using a comprehensive family medicine approach. Data were obtained through detailed history taking, physical examination, medical record review, and home visits to assess family dynamics, health behaviors, and environmental factors influencing the patient's condition. A 65 year old woman presented with progressive dyspnea that worsened during physical activity and when lying down. Her blood pressure was 142 over 95 mmHg, and chest radiography showed cardiomegaly. The patient was diagnosed with chronic heart failure with a history of long standing uncontrolled hypertension. Interventions included pharmacological and non pharmacological strategies consisting of optimization of antihypertensive therapy, low sodium diet education, fluid intake adjustment based on clinical status, structured physical activity recommendations, and active family involvement in monitoring treatment adherence and lifestyle modification. After three weeks of follow up, clinical improvement was observed with blood pressure reduced to 123 over 76 mmHg and a decrease in dyspnea severity measured by the visual analog scale from three to one. The knowledge score of the patient and family increased from 60 percent to 100 percent, accompanied by better medication adherence and routine follow up. A family based comprehensive approach contributed to symptom improvement, enhanced treatment adherence, and better blood pressure control in a patient with chronic heart failure and hypertension.

Keywords: *Chronic heart failure*, hypertension heart disease, geriatric

Korespondensi: Putri Amelia Djamil, alamat Jl. Pangeran Antasari, Kedamaian, HP 082289770820, e-mail putriameliad12@gmail.com

Pendahuluan

Chronic heart failure (CHF) merupakan suatu sindrom klinis akibat abnormalitas struktur dan/atau fungsi jantung sehingga mengakibatkan gangguan kemampuan jantung dalam memenuhi kebutuhan metabolik tubuh^{1,2}. Hipertensi yang tidak

terkontrol merupakan salah satu faktor risiko utama yang berperan dalam remodeling ventrikel kiri dan progresivitas CHF, khususnya pada populasi lanjut usia^{3,4,5}.

Secara global, penyakit kardiovaskular telah menjadi penyebab kematian tertinggi selama lebih dari dua dekade terakhir^{6,7}. Di

Indonesia, CHF menempati peringkat kedua penyebab kematian setelah stroke, dengan prevalensi terdiagnosis sebesar 1,5% berdasarkan Riskesdas 2018, meningkat dibandingkan tahun 2013^{8,9}. Hal ini menunjukkan besarnya beban penyakit, terutama pada pasien dengan komorbid hipertensi tidak terkontrol.

Meskipun terapi farmakologis telah berkembang, pengendalian CHF di pelayanan primer masih menghadapi tantangan berupa rendahnya kepatuhan minum obat, kurangnya pemahaman pasien mengenai penyakit, serta minimnya keterlibatan keluarga dalam pengawasan terapi^{10,11}. Sementara itu, pengelolaan CHF memerlukan modifikasi gaya hidup jangka panjang, pengendalian tekanan darah, dan pemantauan gejala secara berurutan.

Oleh karena itu, pendekatan kedokteran keluarga menjadi relevan dalam pengelolaan CHF dengan komorbid hipertensi karena menggunakan strategi komprehensif yang tidak hanya berorientasi pada penyakit, tetapi juga pada konteks keluarga dan lingkungan pasien. Namun, laporan mengenai dampak terukur intervensi edukasi terstruktur berbasis keluarga terhadap kontrol gejala CHF di pelayanan kesehatan primer masih terbatas.

Laporan kasus ini menyoroti nilai tambah pendekatan tersebut dengan menganalisis dampak intervensi edukasi terstruktur berbasis keluarga terhadap kontrol tekanan darah, perbaikan gejala, dan peningkatan kepatuhan terapi. Dengan demikian, kasus ini memberikan kontribusi praktis mengenai implementasi pendekatan kedokteran keluarga sebagai strategi untuk meningkatkan stabilitas klinis pasien CHF dengan komorbid hipertensi di layanan primer.

Kasus

Anamnesis

Pasien Ny. K berusia 65 tahun datang ke kegiatan PROLANIS yang dilaksanakan oleh Puskesmas Gedong Tataan pada tanggal 25 September 2025, dengan keluhan sesak napas. Keluhan dirasakan terutama jika beraktivitas seperti menyapu dan mencuci baju. Sesak napas dirasakan memberat jika pasien berbaring dan pada malam hari. Pasien

lebih nyaman ketika tidur menggunakan dua bantal untuk mengurangi sesak napas jika berbaring lurus. Sesak napas dirasakan membaik jika pasien beristirahat seperti duduk selama sepuluh menit. Sesak napas dirasa memberat sejak tiga hari yang lalu, kemudian pada pagi hari ini pasien mengeluhkan pusing, pasien merasa khawatir hal ini disebabkan oleh tensi darahnya yang meningkat sehingga pasien datang ke PROLANIS untuk mengecek tensi darahnya. Keluhan lainnya seperti demam serta mual dan muntah disangkal oleh pasien. Buang air besar dan buang air kecil masih dalam batas normal.

Pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak sepuluh tahun yang lalu, awalnya pasien tidak mengetahui hal tersebut sampai pasien mengeluhkan adanya nyeri dada kiri seperti tertimpa pada dan menjalar ke bahu. Pasien kemudian berobat ke Puskesmas dan dirujuk ke Rumah Sakit Advent. Pasien dilakukan pemeriksaan dan terdiagnosis penyakit jantung koroner disertai pembengkakan jantung. Terapi yang didapatkan yaitu obat tablet candesartan 8 mg, ISDN 5 mg, dan aspirin 80 mg. Pasien mengaku ibu pasien juga memiliki riwayat Hipertensi.

Kegiatan pasien sehari-hari yaitu berupa aktivitas ringan-sedang. Aktivitas sehari-hari yaitu sebagai ibu rumah tangga yang mengerjakan pekerjaan rumah seperti masak, cuci piring, cuci baju, bersih-bersih rumah, namun terdapat hambatan dalam melakukan aktivitas terutama jika pasien menyapu dan mencuci baju rumah sehingga pasien meminta bantuan dengan membayar orang untuk melakukan kegiatan tersebut. Pasien mengaku tidak memiliki kebiasaan olahraga teratur, meskipun kadang berjalan ringan di sekitar rumah. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol ataupun merokok.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 142/95 mmHg; frekuensi nadi 86x/menit; frekuensi napas 20x/menit; suhu 36,8°C; SpO₂: 99% RA; berat badan: 60 kg; tinggi badan 154 cm; IMT: 25,29 kg/m²; lingkar perut: 100 cm.

Status Generalis

Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Faring dan tonsil dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, JVP tidak meningkat. Pemeriksaan paru dan jantung inspeksi gerakan dada simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, batas jantung melebar, auskultasi vesikuler, bunyi jantung I dan II reguler. Dari inspeksi abdomen cembung, supel, bising usus dalam batas normal, nyeri tekan abdomen tidak ada dan tidak ditemukan pembesaran hepar dan limpa, pada perkusi tidak didapatkan *shifting dullness*. Turgor kulit kembali segera kurang dari satu detik (dalam batas normal). Pada ekstremitas superior dan inferior, akral teraba hangat dan didapatkan CRT kurang dari dua detik (dalam batas normal).

Status Lokalis:

- a. Regio thorax Anterior
 - Inspeksi : Deformitas (-/-), simetris, barrel chest (-)
 - Palpasi : Nyeri tekan (-/-), fremitus taktil simetris dalam batas normal
 - Perkusi : Sonor pada seluruh lapang paru (+/+)
 - Auskultasi : Vesikuler (+/+), bunyi jantung I dan II reguler.
- b. Regio thorax posterior
 - Inspeksi : Deformitas (-/-), simetris, barrel chest (-)
 - Palpasi : Nyeri tekan (-/-), fremitus taktil simetris dalam batas normal
 - Perkusi : Sonor pada seluruh lapang paru (+/+)
 - Auskultasi : Vesikuler (+/+), bunyi jantung I dan II reguler.
- c. Regio Abdomen
 - Inspeksi: Cembung, simetris, tidak tampak luka atau jaringan parut
 - A: Bising usus (+) 8x/menit, bruit (-)
 - Palpasi: Nyeri tekan (-), organomegali (-)
 - Perkusi: Timpani (+) di seluruh lapang abdomen

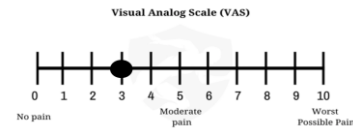
Pemeriksaan Penunjang

Pasien dilakukan pemeriksaan *echocardiography* pada tahun 2015 dan didiagnosis dengan *chronic heart failure*. Pada tahun 2025, pasien dilakukan pemeriksaan

foto thorax dan didapatkan kesan *cardiomegaly*.

Skor VAS (Visual Analog Scale)

Skor VAS Ny. K dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Visual Analog Scale

Data Keluarga

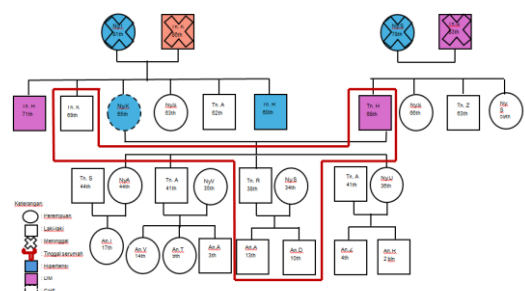
Pasien merupakan seorang perempuan berusia 65 tahun, sebagai anak ketiga dari enam bersaudara. Suami pasien (Tn. H). Pasien memiliki empat anak dengan dua anak perempuan dan dua anak laki-laki. Saat ini pasien tinggal bersama suaminya (Tn. J) dan cucu pertamanya (An. R). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga besar (*extended family*). Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga Ny. R berada pada tahap VIII (tahap keluarga lanjut usia).

Keputusan terkait kesehatan biasanya diputuskan oleh pasien sendiri. Kebutuhan ekonomi keluarga dipenuhi dari penghasilan suami sebagai buruh pabrik padi dengan penghasilan yang bervariasi. Pasien bekerja ibu rumah tangga.

Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup. Komunikasi berjalan baik setiap hari di dalam keluarga, namun keluarga pasien belum mengetahui detail mengenai penyakit pasien. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui musyawarah keluarga dan keputusan ditentukan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga.

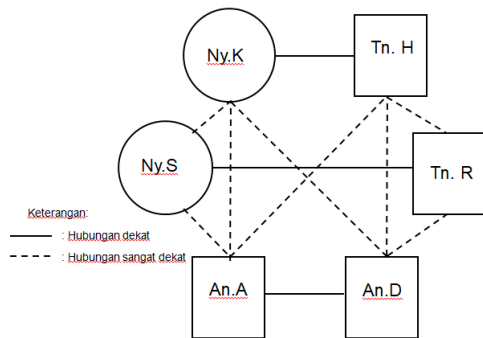
Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan pemerintah. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan bila keluhan mengganggu aktivitas. Jarak dari rumah ke puskesmas sejauh 5,8 km.

Genogram



Gambar 2. Genogram Keluarga Ny. K

Family Mapping



Gambar 3. Family Map Keluarga Ny. K

Family APGAR Score

Fungsi keluarga dari Ny. K dapat dilihat sebagai berikut :

- Adaptation : 2
- Partnership : 2
- Growth : 2
- Affection : 2
- Resolve : 2

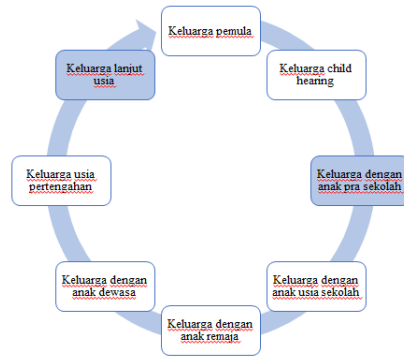
Total Family Apgar Score adalah 10 (sepuluh), (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Family SCREAM Score

Aspek SCREAM	Kekuatan	Kelemahan
<i>Social</i>	Keluarga memberikan dukungan timbal balik ketika salah satu anggotanya mengalami kondisi sakit.	Tidak ada kondisi patologis yang spesifik.
<i>Cultural</i>	Nilai-nilai budaya dalam keluarga menjadi sumber kekuatan serta keberanian ketika menghadapi situasi sakit.	Jika tidak dikelola secara tepat, keyakinan budaya dapat berubah menjadi faktor yang mengurangi keterbukaan keluarga terhadap pendekatan pengobatan modern.
<i>Religious</i>	Ajaran agama berperan sebagai landasan harapan dan ketenteraman bagi keluarga.	Tidak ada kondisi patologis yang spesifik.
<i>Educational</i>	Keluarga memperhatikan tingkat pemahaman yang memadai terhadap penjelasan medis yang disampaikan.	Walaupun telah memiliki pemahaman, keluarga belum memperlihatkan perubahan perilaku yang stabil sesuai pengetahuan tersebut. Terlihat adanya jarak antara apa yang mereka ketahui dan apa yang mereka lakukan, disertai sikap yang cenderung kurang responsif terhadap edukasi lanjutan maupun pendampingan lebih mendalam.
<i>Economic</i>	Pendapatan keluarga memadai untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari.	Tidak ada kondisi patologis yang spesifik.
<i>Medical</i>	Akses keluarga terhadap fasilitas kesehatan dan tenaga medis tergolong baik, sehingga pemeriksaan rutin dapat dilaksanakan tanpa hambatan.	Terdapat kemungkinan keluarga tidak menjaga keteraturan kontrol atau menghentikan obat apabila motivasi maupun kesadaran menurun, meskipun akses layanan kesehatan sebenarnya tidak menjadi kendala.

Hasil penilaian SCREAM menunjukkan bahwa pasien berada dalam lingkungan keluarga yang memberikan dukungan sosial cukup solid. Selain itu, keluarga juga memiliki pemahaman yang memadai mengenai kondisi kesehatan pasien.

Family Lifecycle



Gambar 4. Family Lifecycle Keluarga Ny.K

Siklus hidup keluarga Ny. K berada dalam tahap III dan VIII yaitu keluarga dengan anak usia prasekolah dan keluarga lanjut usia.

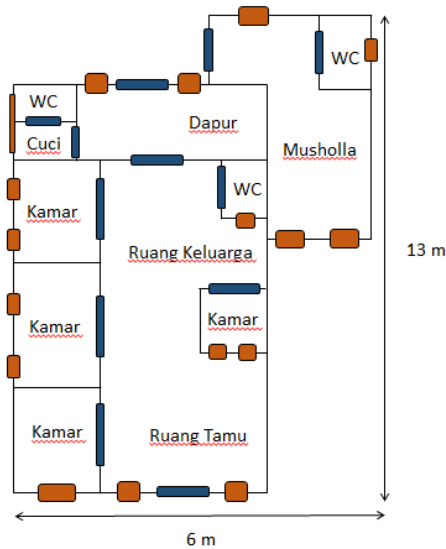
Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi dengan jumlah orang tinggal sebanyak lima orang terdiri dari pasien, suami (Tn.H), anak (Tn.R), menantu (Ny.S), dan cucu pasien (An. A dan An. D). Jarak antara rumah ke puskesmas sekitar 5,8 km. Jarak antara rumah pasien dengan rumah tetangganya cukup dekat.

Rumah pasien berukuran 6x13 m2. Terdiri dari empat kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, tiga kamar mandi dengan toilet jongkok, dan satu musholla. Lantai rumah berupa ubin, dinding tembok, dengan atap genteng ditutupi plafon. Dapur di dalam rumah. Letak dapur dan meja makan pasien berdekatan dengan WC. Lantai yang agak merendah di teras rumah dan WC. Sinar matahari masih dapat masuk ke dalam rumah dari jendela depan ruang tamu dan ruang keluarga, serta di setiap kamar.

Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari pompa listrik, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air yang dimasak. Kotak sampah terdapat di dapur dalam rumah dan di luar rumah serta diambil oleh petugas

kebersihan. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup baik.



Gambar 5. Denah Rumah Ny. K

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sesak napas sejak sepuluh tahun yang lalu dan dirasakan memberat tiga hari yang lalu (skor VAS:3), serta pasien ingin melakukan pemeriksaan tekanan darah.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir penyakit yang dideritanya akan semakin parah hingga membuatnya sulit beraktivitas dan menghambat kegiatan sehari-hari.
- Persepsi: Pasien merasa keluhan sesak napas karena faktor penyakit dan aktivitas pasien.
- Harapan: Pasien berharap dapat sembuh, sesak napas menghilang dan penyakit tidak memburuk, sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

2. Aspek Klinik

- Chronic Heart Disease* (ICD-10:I11.0 ; ICPC-2:K77)
- Hypertensive Heart Disease* (ICD-10: I11; ICPC-2: K87)
- Obese grade I* (ICD-10: E66.0; ICPC-2: T82)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan pasien yang masih kurang mengenai:
 - Tatalaksana CHF.
 - Faktor risiko CHF dan hipertensi.
 - Komplikasi CHF dan hipertensi (ICD-10: Z55).

- Pasien belum mengetahui pola makan yang sesuai terutama pada pasien hipertensi dan CHF (ICD-10: Z71.3).
- Pasien belum mengetahui latihan fisik untuk pengendalian CHF (ICD-10: Z71.82).

4. Aspek Risiko Eksternal

- Pola berobat keluarga yang bersifat kuratif (ICD-10: Z71.9)
- Pengetahuan keluarga yang masih kurang mengenai pengendalian penyakit serta komplikasi penyakit yang diderita pasien (ICD-10: Z55.0)
- Kurangnya keterlibatan keluarga pasien dalam membantu penatalaksanaan penyakit pasien (ICD-10: Z62.3).

5. Derajat Fungsional dan NYHA

Derajat fungsional 2 (dua) yaitu pasien masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah, namun intensitasnya tidak sama seperti sebelum sakit.

Berdasarkan anamnesis, pasien mengalami sesak napas saat melakukan aktivitas sehari-hari seperti menyapu dan mencuci baju, namun tidak saat istirahat. Keluhan membaik dengan posisi duduk atau penggunaan dua bantal saat tidur, dan pasien masih mampu melakukan aktivitas ringan. Tidak ditemukan peningkatan JVP dan edema perifer pada pemeriksaan fisik. Sehingga pasien diklasifikasikan kedalam NYHA derajat II, yaitu terdapat keterbatasan ringan di aktivitas sehari-hari namun tidak saat istirahat.

Timeline perjalanan Penyakit

- **2015 (10 Tahun sebelum kunjungan saat ini)**
Pasien pertama kali mengalami nyeri dada kiri seperti tertimpa beban dan menjalar ke bahu kiri. Pada saat pemeriksaan di Puskesmas, didapatkan tekanan darah meningkat dan pasien dirujuk ke rumah sakit. Di rumah sakit dilakukan evaluasi lanjutan dan ditegakkan diagnosis hipertensi serta penyakit jantung coroner dengan pembesaran jantung. Pemeriksaan ekokardiografi pada tahun tersebut mengarah pada diagnosis gagal jantung kronis. Pasien diberikan terapi candesartan 8mg/hari, ISDN 5 mg, dan aspirin 80 mg.
- **2016-2023**

Pasien menjalani pengobatan namun kontrol tidak rutin. Tidak ada evaluasi ulang ekokardiografi. Pasien masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan keluhan sesak napas ringan saat aktivitas berat, namun tidak membatasi aktivitas ringan. Tidak terdapat riwayat rawat inap karena dekompensasi akut.

- **2024**

Pasien mulai merasakan penurunan toleransi aktivitas secara bertahap. Aktivitas seperti menyapu dan mencuci baju mulai menimbulkan sesak napas lebih cepat dibandingkan sebelumnya. Pasien masih melakukan kontrol akan tetapi tidak rutin dan tidak ada perubahan gaya hidup.

- **3 Hari Sebelum Kunjungan**

Sesak nafas memberat, muncul saat aktivitas ringan dan saat berbaring. Pasien mulai menggunakan dua bantal saat tidur untuk mengurangi keluhan. Tidak terdapat edema tungkai, nyeri dada akut, atau gejala infeksi.

- **Hari Kunjungan**

Pasien datang ke kegiatan PROLANIS di Puskesmas Gedong Tataan untuk evaluasi tekanan darah dan keluhan sesak napas. Pada pemeriksaan didapatkan tekanan darah 142/95 mmHg.

Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien berupa intervensi medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit CHF dan hipertensi. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa pemberian edukasi pasien dan keluarga menggunakan poster, mengenai penyebab, faktor risiko, pola makan, latihan fisik, terapi, serta komplikasi yang dapat terjadi dari penyakit yang diderita pasien.

Kunjungan dengan pasien dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan. Pertemuan pertama adalah untuk melengkapi data pasien yang dilakukan saat kunjungan pasien ke puskesmas dan dilanjutkan kunjungan ke rumah pasien. Pertemuan kedua untuk melakukan intervensi secara tatap muka. Pertemuan ketiga untuk mengevaluasi

intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan dengan prinsip *patient-centred* dan *family-focused*.

Evaluasi peningkatan pengetahuan dilakukan menggunakan instrument pre-test dan post-test yang terdiri dari sepuluh pertanyaan pilihan ganda mengenai konsep dasar CHF, factor risiko hipertensi, kepatuhan terapi, dan modifikasi gaya hidup. Instrumen disusun berdasarkan materi edukasi yang diberikan serta merujuk pada literature pengelolaan CHF dan hipertensi. Validitas isi dikaji oleh dokter pembimbing melalui expert judgement untuk memastikan kesesuaian materi dengan tujuan edukasi. Skoring dilakukan dengan memberikan nilai 1 (satu) pada setiap jawaban benar dan 0 (nol) pada jawaban salah, kemudian dijumlahkan untuk memperoleh total skor pengetahuan.

Patient-Centred

Medikamentosa

1. Propanolol 2 x 40 mg tablet diminum saat malam hari
2. Candesartan 1 x 8 mg tablet diminum saat malam hari
3. Aspirin 1 x 80 mg tablet diminum saat pagi hari
4. ISDN 5 mg diminum bila nyeri.

Non-Medikamentosa

1. Edukasi mengenai CHF dan hipertensi meliputi definisi, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan komplikasi dari penyakit.
2. Edukasi diet terutama pada pasien dengan penyakit CHF, hipertensi, dan obesitas dengan pengaturan pola makan dan asupan gizi yang seimbang.
3. Edukasi mengenai anjuran latihan fisik yang dapat diterapkan oleh penderita dengan sesak napas seperti latihan fisik sederhana yang dapat dilakukan pasien di rumah.
4. Edukasi mengenai konsumsi jangka panjang aspirin termasuk pola makan dan juga diet pasien untuk mencegah komplikasi penggunaan aspirin jangka panjang.
- 5.

Family-Focused

1. Edukasi kepada keluarga mengenai penyakit, pengobatan, dan pencegahan komplikasi pada penyakit CHF dan hipertensi.

2. Edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan pengingat latihan fisik pasien.
3. Edukasi kepada keluarga mengenai cara konsumsi obat, dan jenis pengobatan pasien.
4. Edukasi kepada keluarga mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga untuk menjalankan pengobatan dan gaya hidup yang sehat, khususnya agar pola pengobatan tidak hanya kuratif sehingga dapat mendeteksi penyakit lebih dini.

Community Oriented

Memberikan informasi dan motivasi kepada masyarakat sekitar agar dapat meningkatkan kewaspadaan dan kepedulian masyarakat mengenai penyakit CHF.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sesak napas sudah berkurang dan jarang timbul (skor VAS:1). Pasien juga rutin kontrol mengambil obat hipertensi dan memeriksakan tekanan darahnya.
- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien sudah berkurang dengan peningkatan pemahaman pasien terhadap penyakit yang diderita.
- Persepsi: Pasien telah mengetahui faktor risiko dan komplikasi penyakit yang diderita yaitu CHF. Pasien juga menjadi optimis mengenai penyakit pasien yang dapat terkontrol dengan baik.
- Harapan: Sebagian besar harapan pasien sudah terpenuhi, keluhan sudah membaik.

2. Aspek Klinik

- *Chronic heart disease* (ICD-10: I11.0; ICPC: K77)
- *Hypertensive Heart Disease* (ICD-10: I11; ICPC-2: K87)
- *Obese grade I* (ICD-10: E66.0; ICPC-2: T82)

3. Aspek Risiko Internal

- Peningkatan pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya, termasuk pentingnya konsumsi obat rutin dan kontrol rutin (ICD-10: Z71.2)
- Peningkatan pemahaman pasien mengenai pola makan yang sesuai dengan asupan gizi seimbang (ICD-10: Z71.3)

- Peningkatan pemahaman pasien mengenai anjuran latihan fisik yang dapat dilakukan (ICD-10: Z71.89)

4. Aspek Risiko Eksternal

- Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien (ICD-10: Z71.89).
- Peningkatan pemahaman keluarga mengenai pengendalian penyakit yang diderita pasien (ICD-10: Z71.89).

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu) yaitu pasien masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah seperti sebelum sakit. Pasien juga mengatakan bahwa jarak tempuh olahraga pagi pasien perlahan meningkat yang awalnya hanya disekitar rumah sekarang sudah sekitar dua kilometer.

Pembahasan

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. K, seorang perempuan berusia 65 tahun dengan CHF. Pada kunjungan pertama dalam kegiatan PROLANIS di Puskesmas Gedong Tataan, pasien mengeluhkan sesak napas yang semakin berat sejak tiga hari terakhir. Keluhan muncul terutama saat melakukan aktivitas fisik ringan seperti berkebun, dan semakin berat ketika pasien berbaring atau pada malam hari. Sesak napas berkurang setelah pasien beristirahat dalam posisi duduk selama kurang lebih sepuluh menit. Gejala tersebut telah dialami pasien selama sekitar sepuluh tahun. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi selama sepuluh tahun namun tidak melakukan kontrol dan konsumsi obat secara teratur. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 142/95 mmHg, frekuensi nadi 86 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu tubuh 36,8°C, berat badan 60 kg, tinggi badan 154 cm, dengan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 25,29 kg/m². Pemeriksaan penunjang mengindikasikan adanya pembesaran batas jantung (*cardiomegaly*).

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis menderita gagal jantung kronik (CHF). Penetapan diagnosis tersebut mengacu pada kriteria *American Heart Association* (AHA) dan diklasifikasikan sebagai kelas II berdasarkan *New York Heart Association* (NYHA). Hal ini didukung oleh temuan klinis berupa keluhan sesak napas khas yang muncul saat melakukan

aktivitas fisik maupun ketika berbaring, serta berkurang saat istirahat atau dalam posisi tegak. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya pembesaran batas jantung yang menandakan adanya gangguan fungsi jantung. Selain itu, pasien memiliki faktor risiko berupa hipertensi yang telah dialami selama sepuluh tahun dan tidak terkontrol dengan baik. Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan meliputi foto toraks dan ekokardiografi, yang membantu menegakkan diagnosis serta menilai derajat keparahan penyakit.

Berdasarkan riwayat medis, diketahui bahwa pasien telah menderita hipertensi selama sepuluh tahun terakhir. Kondisi ini diperkuat dengan hasil pemeriksaan tekanan darah sebesar 142/95 mmHg. Menurut pedoman *European Society of Cardiology (ESC)* tahun 2024, hipertensi dapat ditegakkan apabila tekanan darah sistolik (TDS) lebih dari sama dengan 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) lebih dari sama dengan 90 mmHg yang diukur di klinik atau fasilitas pelayanan kesehatan, serta dikonfirmasi kembali melalui pemeriksaan ulang untuk memastikan konsistensi hasil pengukuran.

Chronic heart failure memiliki beberapa faktor risiko yang salah satunya adalah hipertensi, terutama pada populasi lanjut usia. Hipertensi berperan dalam peningkatan *afterload* yang menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri. Perubahan struktur tersebut menurunkan fungsi relaksasi ventrikel dan berkontribusi terhadap timbulnya gejala CHF². Sel otot jantung yang mati akibat MI mengaktifkan mekanisme kompensasi berupa remodeling jantung progresif yang dalam jangka panjang menurunkan fungsi kontraktil.^{12,13} Hal ini didukung oleh gambaran kardiomegali pada foto toraks. Dengan demikian pada pasien ini terjadi kombinasi konsekuensi antara hipertensi kronis dan remodeling pasca infark.

Pendekatan holistik dalam penatalaksanaan CHF bertujuan mencegah munculnya komplikasi serta mengoptimalkan pengendalian gejala melalui keterlibatan aktif pasien dan keluarga. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kemampuan pasien dalam melakukan manajemen diri terhadap penyakitnya memiliki peran krusial dalam menurunkan tingkat keparahan gejala

sekaligus meningkatkan kualitas hidup secara signifikan.

Terapi nonfarmakologis pada CHF memiliki prinsip yaitu pengaturan pola makan dengan memperhatikan keseimbangan gizi untuk mempertahankan berat badan ideal serta mencegah terjadinya obesitas. Pada penderita hipertensi, pendekatan diet yang direkomendasikan adalah *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*, yang menekankan konsumsi buah, sayuran, dan biji-bijian utuh serta membatasi asupan lemak jenuh dan lemak total. Pola makan ini dapat dikombinasikan dengan diet rendah natrium dan tinggi kalium guna membantu mengendalikan tekanan darah¹⁴.

Selain itu diberikan juga edukasi mengenai konsumsi jangka panjang aspirin termasuk pola makan dan juga diet pasien untuk mencegah komplikasi penggunaan aspirin jangka panjang. Diketahui efek jangka panjang penggunaan aspirin salah satunya adalah meningkatnya resiko perdarahan gastrointestinal. Hal ini dihubungkan dengan penurunan produksi prostaglandin dan kerusakan mukosa lambung. Sehingga, perlu di edukasi kepada pasien pentingnya menjaga pola makan untuk menghindari gejala dispepsia yang akan diperburuk dengan penggunaan aspirin. Pasien juga diedukasi mengenai pentingnya kontrol rutin untuk mencegah risiko perdarahan lainnya¹⁵.

Selain pengaturan pola makan, aktivitas fisik juga menjadi bagian penting dalam penatalaksanaan CHF, salah satunya melalui metode *high-intensity interval training (HIIT)*. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa HIIT memberikan peningkatan yang lebih bermakna terhadap kapasitas kardiorespirasi (VO_2 max) dan *left ventricular ejection fraction (LVEF)* dibandingkan latihan intensitas sedang (*moderate intensity training/MIT*)¹⁵. Pada pasien ini dapat dipilih aktivitas ringan sesuai toleransi yang lebih aman dan dapat dilakukan secara konsisten.

Pada penatalaksanaan farmakologis CHF, penggunaan *beta-blocker (BB)* dan *angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEi)* menjadi terapi utama yang direkomendasikan. Obat yang termasuk dalam golongan beta-blocker antara lain bisoprolol, carvedilol, dan propranolol, sedangkan golongan ACE inhibitor meliputi captopril, lisinopril, dan

ramipril. Selain itu, penggunaan diuretik seperti furosemide dianjurkan untuk pasien yang menunjukkan tanda-tanda kongesti, guna membantu mengurangi kelebihan cairan tubuh dan memperbaiki gejala⁴.

Berdasarkan Isted, et al pada tahun 2018¹⁶, penggunaan antiplatelet seperti aspirin direkomendasikan untuk dikonsumsi seumur hidup sebagai upaya preventif terjadinya *infark miokard* yang berulang. Penggunaan aspirin dalam jangka panjang memerlukan pemantauan perdarahan saluran pencernaan sehingga perlu edukasi mengenai kepatuhan, tanda perdarahan, dan pola makan.

Berdasarkan uraian di atas, pada kasus Ny. K dengan CHF dan hipertensi terapi yang diberikan propranolol 2x40 mg secara rutin, candesartan 1x8 mg, dan furosemide 1x20mg. Pemberian terapi dapat diberikan hingga mencapai target terapi yaitu tekanan darah 120–129/70–79 mmHg dan penurunan sesak napas dengan skor VAS. Diberikan anjuran untuk melakukan pemeriksaan berkala setelah empat minggu.

Panduan AHA dan ESC merekomendasikan penggunaan bisoprolol dan carvedilol sebagai pilihan beta blocker yang sudah terbukti menurunkan mortalitas. Penggunaan candesartan sejalan dengan rekomendasi guideline. Sementara penggunaan propranolol tidak termasuk kedalam beta blocker yang direkomendasikan seperti bisoprolol dan carvedilol yang terbukti kuat menurunkan mortalitas CHF. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi pasien yang relative stabil (NYHA II), tidak terdapat riwayat asma atau bradikardia, dan keterbatasan obat pada fasilitas layanan primer. Terapi propranolol dipilih sebagai alternatif dengan mempertimbangkan kesediaan obat dengan pemantauan ketat. Situasi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara rekomendasi *guideline*⁴ dan praktik di fasilitas kesehatan pertama. Secara ideal, apabila tersedia, penggunaan carvedilol atau bisoprolol tetap lebih direkomendasikan.

Setelah pertemuan pertama di PROLANIS, kunjungan pertama dilanjutkan ke rumah pasien untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal, serta derajat fungsional. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan pasien dan

keluarga memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang dideritanya serta cara pengendalian penyakit seperti dari pola makan dan latihan fisik. Diketahui pula pola pengobatan di keluarga masih bersifat kuratif dan pasien belum terbuka terhadap gejala penyakit pasien.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan kunjungan kedua ke rumah pasien pada tanggal 14 Oktober 2025 untuk memberikan intervensi. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diminta untuk mengerjakan soal *pre-test* sebanyak sepuluh soal yang berhubungan dengan *chronic heart failure* dan hipertensi. Pada saat dilakukan penilaian, pasien mendapatkan skor 60% dan anggota keluarga mendapat nilai 50%, dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien dan keluarga terkait CHF dan hipertensi secara umum masih kurang.

Intervensi non farmakologis dilakukan dengan media poster yang memberikan informasi penyakit CHF terkait definisi, faktor risiko, gejala, komplikasi, pengobatan serta pencegahan dan pola makan yang dianjurkan. Diikuti dengan informasi penyakit hipertensi terkait faktor risiko, komplikasi, dan pencegahannya. Intervensi non farmakologis ditutup dengan pemberian motivasi kepada pasien yang melibatkan suami dan anak pasien untuk memberi dukungan kepada pasien serta ikut menjaga dan mengingatkan pola makan, pola aktivitas fisik, serta anjuran pengobatan. Intervensi farmakologis tetap meneruskan pengobatan yang telah didapatkan pasien saat berobat di puskesmas, ditambahkan dengan pemberian edukasi mengenai pentingnya melakukan kontrol ke puskesmas sehingga pengobatan tidak terputus.

Kunjungan ketiga dilakukan pada 21 Oktober 2025 yaitu evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan sebelumnya. Dari hasil anamnesis didapatkan bahwa keluhan sesak napas sudah tidak dirasakan pasien. Pasien telah memperbaiki pola makan dan melakukan aktivitas fisik ringan yang telah diajarkan sebelumnya. Pada evaluasi ini juga

didapatkan hasil pengukuran tekanan darah yaitu 123/76 mmHg.

Pada hasil *post-test* pasien yaitu mendapat skor 100% dan anggota keluarga dengan skor 100%, yang mana skor tersebut sudah termasuk baik. Hal ini menunjukkan peningkatan pengetahuan dari pasien dan anggota keluarga tentang penyakit yang diderita pasien.

Dengan membandingkan kondisi pasien terhadap rekomendasi *guideline*, sebagian besar terapi telah sesuai, meskipun pemilihan beta blocker belum sesuai. Akan tetapi, perbaikan kondisi pasien ini menunjukkan pendekatan *patient-centered* dan *family-focused* berkontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan pasien, termasuk kepatuhan minum obat, perbaikan pola makan, serta penerapan aktivitas fisik ringan. Dengan demikian, kontribusi utama dalam kasus ini adalah integrasi terapi berbasis *guideline* dengan intervensi edukatif keluarga yang kemudian menghasilkan perbaikan gejala klinis dan kontrol tekanan darah.

Simpulan

Kasus Ny. K usia 65 tahun dengan chronic heart failure dan hipertensi menunjukkan bahwa faktor internal berupa kurangnya pengetahuan dan rendahnya kepatuhan terapi serta faktor eksternal berupa terbatasnya keterlibatan keluarga berkontribusi terhadap pengendalian penyakit yang belum optimal. Melalui intervensi berbasis pendekatan keluarga yang mencakup edukasi CHF dan hipertensi, pengaturan pola makan bergizi seimbang, anjuran aktivitas fisik yang aman, pengendalian berat badan, serta penguatan kontrol rutin dan pengawasan konsumsi obat, terjadi peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga sebesar 40 poin dari 60 menjadi 100, perbaikan keluhan sesak napas, dan tercapainya kontrol tekanan darah. Temuan ini menegaskan bahwa kombinasi pengendalian faktor risiko secara terstruktur dan dukungan keluarga yang aktif secara signifikan meningkatkan kontrol gejala dan kepatuhan terapi pada pasien CHF dengan komorbid hipertensi di pelayanan primer. Hal ini juga menunjukkan implikasi layanan primer dengan edukasi berulang yang terstruktur serta kunjungan rumah dapat meningkatkan

kebutuhan terapi dan mempertahankan stabilitas gejala secara berkelanjutan.

Daftar Pustaka

1. PERKI. (2023). Pedoman Tatalaksana Chronic Heart Failure (3rd ed.). Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
2. Shams P, Malik A, Chhabra L. Heart Failure (Congestive Heart Failure) [Updated 2025 Feb 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>
3. Theodora, N. (2023) Epidemiologi dan Pencegahan Chronic Heart Failure di Indonesia. Jakarta: Penerbit Kesehatan Nasional. Hanna S, Hartstein M, Mukari A, Shor S, Habib G, Azzam SH. Global improvement in meibomian glands after chalazion surgery demonstrated by meibography. *Int Ophthalmol*. 2022;42(1):2591-2598.
4. Yancy et al. (2013). 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 62(16), 147–239.
5. Braunwald E. (2019). Diabetes, heart failure, and renal dysfunction: The vicious circles. *Progress in cardiovascular diseases*, 62(4), 298–302. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.07.003>.
6. McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M. A., Jaarsma, T., Køber, L., Lip, G. Y., Maggioni, A. P., Parkhomenko, A., Pieske, B. M., Popescu, B. A., Rønnevik, P. K., Rutten, F. H., Schwitler, J., ... ESC Committee for Practice Guidelines (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the

- Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 33(14),1787–1847.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>.
7. World Health Organization (2020) Cardiovascular diseases (CVDs). Available at:
[https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
 8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020) Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kemenkes RI.
 9. Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Jakarta. Geerling G et al. Emerging strategies for the diagnosis and treatment of meibomian gland dysfunction: Proceeding of the OCEAN group meeting. *The Ocular Surface*. 2017;12(1):179-192
 10. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rosello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024. ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*.
 11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024) Heart failure: Lifestyle changes. Available at:
https://www.cdc.gov/heartdisease/heart_failure.htm
 12. Costa D. (2018). The pathophysiology of myocardial infarction-induced heart failure. *Pathophysiology : the official journal of the International Society for Pathophysiology*, 25(4), 277–284.
<https://doi.org/10.1016/j.pathophys.2018.04.003>
 13. Gallo, G., & Savoia, C. (2024). Hypertension and Heart Failure: From Pathophysiology to Treatment. *International journal of molecular sciences*, 25(12), 6661.
<https://doi.org/10.3390/ijms25126661>
 14. Chen X, Zhang T, Hu X, Wen Z, Lu W, Jiang W. High-Intensity Interval Training Programs Versus Moderate-Intensity Continuous Training for Individuals With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2025;106(1):98-112.
[doi:10.1016/j.apmr.2024.05.028](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.05.028)
 15. Huang, E. S., Strate, L. L., Ho, W. W., Lee, S. S., & Chan, A. T. (2011). Long-term use of aspirin and the risk of gastrointestinal bleeding. *The American journal of medicine*, 124(5), 426–433.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.12.022>.
 16. Isted, A., Williams, R., & Oakeshott, P. (2018). Secondary prevention following myocardial infarction: a clinical update. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 68(668), 151–152.