



**PENDEKATAN FORRESTER GAGAL JANTUNG AKUT  
DI FASKES TINGKAT SATU**

Disampaikan pada :

Seminar dan Workshop Pencegahan, Deteksi Dini dan Penanganan Awal  
Gagal Jantung akut pada Layanan Primer  
IDI Cabang Bondowoso, 14 Februari 2016 di Hotel Ijen View Bondowoso

Disusun oleh:

**dr. Suryono, Sp.JP-FIHA**

## KATA PENGANTAR

Gagal jantung merupakan problem kesehatan baik di negara berkembang maupun negara maju.. Sampai saat penanganan gagal jantung terus berkembang baik dari segi diagnostik maupun terapetik dari pemeriksaan sederhana sampai pemeriksaan mutahir.

Mortalitas gagal jantung yang masih tinggi menarik perhatian klinisi untuk meningkatkan penangan gagal jantung secara konferensif dan melibatkan semua tingkat layanan Kesehatan untuk menurunkan mortalitas dan meningkatkan survival rate maupun kualitas hidup.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada panitia seminar dan worksop IDI Cabang Bondowoso yang memberikan kepercayaan kepada penulis untuk menyampaikan materi dengan judul : Pendekatan Forrester Gagal Jantung Akut di Faskes Tingkat Satu.

Semoga materi ini dapat berguna bagi pembaca dan pemerhati gagal jantung khususnya bagi klinisi yang sering berhadapan dengan penderita gagal jantung dalam rangka menurunkan angka kematian dan meningkatkan survival rate

Penulis

**DAFTAR ISI**

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
BAB II. PEMBAHASAN .....	2
2.1 Gagal Jantung Akut.....	2
2.1.1 Definisi.....	2
2.1.2 Penyebab dan Faktor Pencetus.....	4
2.1.3 Presentasi Klinis.....	4
2.1.4 Klasifikasi Forrester.....	5
2.2 Syok .....	7
2.2.1 Etiologi.....	7
2.2.2 Syok Kardiogenik .....	8
BAB III. KESIMPULAN.....	10
DAFTAR PUSTAKA .....	11

## BAB I. PENDAHULUAN

Gagal Jantung Akut (GJA) merupakan perkembangan atau perubahan cepat tanda dan gejala gagal jantung yang memerlukan perhatian medis dan biasanya menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit. GJA merupakan penyebab utama masuk rumah sakit pada lanjut usia di Eropa. Meskipun saat ini sudah terdapat kemajuan dalam terapi dan perangkat medis, penyakit ini masih memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang sangat tinggi. Akibatnya, GJA merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama dengan beban keuangan yang sangat besar. Hal ini merupakan tantangan bagi penelitian kardiovaskular saat ini (Farmakis dkk., 2015).

Tanda dan gejala GJA umumnya membaik secara nyata selama rawat inap di rumah sakit, namun angka kematian tetap tinggi, mulai dari 5 sampai 15% atau lebih. Banyak pasien ditangani oleh non-spesialis dan kebanyakan pasien memiliki satu atau kondisi komorbiditas serius yang berkontribusi pada outcome yang buruk. Data yang tersedia menunjukkan bahwa alasan utama rawat inap untuk pasien GJA yang memburuk berhubungan dengan gejala kongesti, yang dimanifestasikan oleh tanda-tanda seperti sesak nafas, distensi vena jugularis, rales, dan edema (Gheorghide dkk., 2010). Oleh karena itu, diperlukan penanganan GJA yang cepat dan tepat khususnya di fasilitas kesehatan tingkat satu.

## BAB II. PEMBAHASAN

### 2.1. Gagal Jantung Akut

#### 2.1.1 Definisi

Gagal jantung adalah sindrom dengan tanda struktural atau fungsional jantung mengganggu kemampuan jantung untuk memasok aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, atau untuk melakukannya pada tekanan diastolik yang tinggi. Ada banyak definisi dari sindrom kompleks ini, namun tidak ada yang memuaskan karena kurangnya definisi yang disepakati secara universal dan tantangan dalam penegakan diagnosis pasti. Hingga saat ini, hanya beberapa tampilan selektif dari keadaan fisiologis yang sangat kompleks ini yang disorot dalam definisi - konsumsi oksigen, preload dan afterload jantung, remodeling dan disfungsi ventrikel kiri, tekanan pengisian ventrikel, respons neurohormonal, kapasitas latihan, dan sebagainya.

Guideline dan rekomendasi terbaru dari Amerika dan Eropa memberikan informasi baru dan memiliki maksud untuk menyederhanakan dan mengklarifikasi rekomendasi sebelumnya. Gagal jantung adalah sindrom klinis di mana pasien memiliki keluhan khas gagal jantung (sesak saat istirahat atau saat beraktifitas, fatigue, mudah lelah, kaki bengkak) dan tanda khas gagal jantung (takikardia, takipnea, efusi pleura, peningkatan *Jugularis Vena Pressure* (JVP), edema perifer, hepatomegali) dan bukti obyektif dari kelainan struktural atau fungsional jantung saat istirahat (kardiomegali, S3 gallop, murmur, kelainan pada ekokardiogram, peningkatan konsentrasi peptida natriuretik) (Sinescu dan Axente, 2010).

Gagal jantung akut (GJA) didefinisikan sebagai timbulnya tanda dan gejala yang berlangsung cepat dan progresif akibat fungsi jantung yang abnormal. Ini dapat terjadi dengan atau tanpa penyakit jantung sebelumnya. Disfungsi jantung dapat berhubungan dengan disfungsi sistolik atau diastolik, kelainan irama jantung, atau ketidaksesuaian preload dan afterload. Ini sering mengancam nyawa dan membutuhkan perawatan segera (ESICM, 2005).

### **BAB III. KESIMPULAN**

Pendekatan Forrester penanganan gagal jantung akut berdasarkan profile hemodinamik dengan memperhatikan kondisi perfusi dan ventilasi. Pendekatan Forrester membantu klinisi di faskes tingkat satu menegakkan diagnosis dan penangana gagal jantung akut dengan cepat dan tepat sesuai kondisi klinis penderita



**DAFTAR PUSTAKA**

Endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Authors/Task Force Members, Nieminen, M. S., Böhm, M., Cowie, M. R., Drexler, H., ... & Mebazaa, A. (2005). Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 26(4), 384-416.

Farmakis, D., Parissis, J., Lekakis, J., & Filippatos, G. (2015). Acute heart failure: epidemiology, risk factors, and prevention. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 68(3), 245-248.

Forrester, J. S., & Waters, D. D. (1978). Hospital treatment of congestive heart failure: Management according to hemodynamic profile. *The American journal of medicine*, 65(1), 173-180.

Gheorghiade, M., Follath, F., Ponikowski, P., Barsuk, J. H., Blair, J. E., Cleland, J. G., ... & Jondeau, G. (2010). Assessing and grading congestion in acute heart failure: a scientific statement from the acute heart failure committee of the heart failure association of the European Society of Cardiology and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine. *European journal of heart failure*, 12(5), 423-433.

Gowda, R. M., Fox, J. T., & Khan, I. A. (2008). Cardiogenic shock: basics and clinical considerations. *International journal of cardiology*, 123(3), 221-228.

Moranville, M. P., Mieuse, K. D., & Santayana, E. M. (2011). Evaluation and management of shock states: hypovolemic, distributive, and cardiogenic shock. *Journal of pharmacy practice*, 24(1), 44-60.

Sinescu, C., & Axente, L. (2010). Heart failure—concepts and significance. Birth of a prognostic model. *Journal of medicine and life*, 3(4), 421.