

EPIDEMIOLOGI GAGAL JANTUNG KRONIK PADA USIA LANJUT

Basuki Rahmat

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

Abstract

Understanding the prevalence of heart failure in the elderly is the basis in determining the policies of stakeholders associated with a substantial economic burden in the management of chronic heart failure particularly in the elderly population. Besides chronic heart failure epidemiological data can be used as a consideration in determining clinicians appropriate strategy in penatalaksanaan chronic heart failure in this population. Because we know that elderly patients with heart failure is not only the heart that should be our focus. Other comorbid diseases, physiological changes in the body, the procedure for taking medication are all factors that should be our concern.

Keywords: *Epidemiology, chronic heart failure, advanced age.*

Abstrak

Pemahaman revaluasi gagal jantung pada usia lanjut merupakan dasar dalam menentukan kebijakan dari stakeholder terkait dengan beban ekonomi negara yang besar dalam penatalaksanaan gagal jantung kronik khususnya pada populasi usia lanjut. Selain itu data epidemiologi gagal jantung kronik tersebut dapat digunakan sebagai pertimbangan klinisi dalam menentukan strategi yang tepat dalam penatalaksanaan gagal jantung kronik pada populasi ini. Karena telah kita ketahui bahwa pasien usia lanjut dengan gagal jantung tidak hanya jantungnya yang harus menjadi fokus kita. Komorbid penyakit lain, perubahan fisiologis tubuh, tatacara minum obat merupakan faktor-faktor yang harus menjadi perhatian kita.

Kata kunci: Epidemiologi, Gagal jantung kronik, usia lanjut.

Paradoks Penyakit Jantung Pada Usia Lanjut.

Saat ini dunia mengalami “revolusi demografi”, di Amerika Serikat sebagai contohnya, pada tahun 1990 penduduk diatas usia 65 tahun mencapai 30 juta jiwa, dan akan mencapai 50 juta jiwa pada tahun 2020. Peningkatan harapan hidup tersebut diikuti dengan peningkatan frekuensi penyakit jantung, paru-paru dan pembuluh darah. Penurunan progresifitas kematian seiring pertambahan usia akibat penyakit jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi ternyata memberikan permasalahan baru. Penyakit jantung koroner dan jantung hipertensi ternyata meningkatkan insidensi dan prevalensi gagal jantung yang diprediksikan akan terus meningkat sampai beberapa dekade ke depan. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap progresifitas gagal jantung

ditampilkan dalam tabel 2. Kemajuan tatalaksana penyakit kardiak dan non-kardiak baik akut maupun kronik (penyakit jantung koroner, hipertensi, gagal ginjal, kanker dan penyakit infeksi), ternyata berkontribusi terhadap peningkatan kejadian gagal jantung. Seseorang yang 20 tahun yang lalu mungkin meninggal dalam usia pertengahan oleh karena infark miokard akut (IMA), saat ini dapat bertahan sampai usia lanjut hanya saja berkembang menjadi gagal jantung pada tahun-tahun berikutnya. Hampir sama dengan ilustrasi kasus tersebut, kontrol tekanan darah yang baik akan menurunkan 60% kematian karena stroke sampai 30 tahun kemudian, akan tetapi pasien tersebut akan tetap memiliki risiko untuk menjadi gagal jantung sebagai komplikasi hipertensi kronik dan hipertropi ventrikel kiri (Rich, 2009)

Tabel 2. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan insidensi dan prevalensi gagal jantung pada usia lanjut.

Populasi usia lanjut
<ul style="list-style-type: none">- Perubahan kardiovaskular yang berhubungan dengan penambahan usia- Prevalensi penyakit kardiovaskular yang meningkat
Kemajuan tatalaksana penyakit jantung koroner dan hipertensi
<ul style="list-style-type: none">- Menurunnya kematian akibat penyakit jantung koroner<ul style="list-style-type: none">• Era terapi trombolitik• Angioplasti, stenting dan CABG• Aspirin, clopidogrel, penyekat beta dan ACE-I atau ARB• Statin- Menurunnya kematian akibat stroke<ul style="list-style-type: none">• Penggunaan obat antihipertensi yang luas• Efek terapi hipertensi sistolik terisolasi dan diastolik
Kemajuan tatalaksana penyakit lain
<ul style="list-style-type: none">- Gagal ginjal kronik tahap terminal- Kanker- Pneumonia dan infeksi lain

(sumber Rich, MW 2009)

Prevalensi Gagal Jantung Kronik pada Usia Lanjut.

Studi Framingham menunjukkan bahwa prevalensi gagal jantung akan meningkat dua kali lipat setiap 10 tahun pada usia diatas 50 tahun, meningkat 0,8 % pada usia dibawah 50 tahun dan meningkat 9,1% pada usia 80 sampai 89 tahun. Menariknya jenis kelamin juga mempengaruhi prevalensi gagal jantung pada usia lanjut. Hipotesis ini dibuktikan dalam *cardiovascular health study* (CHS) yang melibatkan 5888 usia lanjut diatas 65 tahun. Hasilnya menunjukkan bahwa 272 subjek yang mengalami gagal jantung, 54%

diantaranya memiliki fungsi sistolik ventrikel kiri yang masih baik. Menariknya, diantara yang mengalami gagal jantung diastolik ventrikel kiri tersebut 67% adalah wanita. Hal ini kemungkinan disebabkan fakta bahwa hipertensi adalah penyebab tersering gagal jantung pada wanita usia lanjut (Kitzman *et al.*, 2001)

Aspek penting gagal jantung pada usia lanjut adalah prevalensi gagal jantung diastolik ventrikel kiri meningkat. Pasien dengan usia kurang dari 65 tahun, kurang lebih 90% gagal jantungnya disebabkan oleh penurunan fungsi ventrikel kiri oleh karena

penyakit jantung koroner dan kardiomiopati dilatasi non iskemik. Prevalensi gagal jantung pada usia lanjut 40-71% disebabkan oleh gagal jantung diastolik ventrikel kiri

dengan fungsi sistolik yang masih baik. Prevalensi ini dihubungkan dengan fibrosis oleh karena proses penuaan pada populasi usia lanjut (Thomas dan Rich, 2007)

Tabel 1. Prevalensi gagal jantung pada usia lanjut pada beberapa Negara. *Cardiovascular health study (CHS)*

Studi	tahun	Negara	Usia subjek	Prevalensi (%)
Parameshwar	1992	Inggris	<65	0,4
			>65	2,8
Ho	1993	Amerika Serikat	50-59	0,8
			60-69	2,3
			70-79	4,9
			80-89	9,1
Ambrosio	1994	Italia	65-69	3,6
			75-79	11,1
			>85	14,1
Kupari	1997	Finlandia	75-86	8,2
Mosterd	1999	Belanda	55-64	0,7
			65-74	2,7
			75-84	11,7
Morgan	1999	Inggris	70-84	8,1
Hedberg	2001	Swedia	±75	6,7
Kitzman	2001	Amerika Serikat (CHS)	66-103	8,8

(sumber: Thomas, S. dan Rich, M.W., 2007)

Gagal jantung relatif jarang dijumpai pada usia dibawah 40 tahun dibandingkan pada usia lanjut dan prevalensi gagal jantung pada usia lanjut meningkat dua kali setiap tahunnya dan lebih dari 10% terjadi pada usia 80 tahun. Hal yang sama menunjukkan kematian karena gagal jantung meningkat secara eksponensial seiring dengan penambahan usia pada semua subgrup demografi di Amerika Serikat. Gagal jantung merupakan masalah besar disabilitas kronik dan gangguan kualitas hidup pada populasi usia lanjut, dan saat ini merupakan indikasi

teratas untuk hospitalisasi pada orang diatas usia 65 tahun. Menariknya, pada tahun 2004, 1,1 juta hospitalisasi pasien di Amerika Serikat disebabkan oleh gagal jantung. Usia diatas 65 tahun mencapai 75% kejadian gagal jantungnya dan dari populasi tersebut lebih dari 50% terjadi gagal jantung pada usia diatas 75 tahun. Sebagian besar gagal jantung dibawah usia 65 tahun adalah pria, akan tetapi hampir mendekati 60% gagal jantung pada usia lebih dari 65 tahun ada pada populasi wanita(Rich, 2009)

Risiko gagal jantung meningkat seiring dengan peningkatan IMA dan hipertensi. Insidensi gagal jantung mendekati 10 setiap 1000 populasi usia lanjut dan 75% kasusnya didahului dengan hipertensi. Risiko gagal jantung juga meningkat seiring dengan penambahan usia dan hipertensi. Gagal jantung sering kali terdiagnosis selama perawatan di rumah sakit dan menariknya, 80% hospitalisasi pasien gagal jantung adalah populasi usia lanjut. Selain itu di Amerika Serikat, penyakit kardiovaskular merenggut nyawa seseorang tiap 38 detik, dan penyakit jantung koroner adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Infark miokard sering terjadi pada populasi usia lanjut dengan rata-rata usia pria 64.5 tahun dan wanita usia 70.4 tahun. Pada tahun 2010, kejadian serangan jantung setiap 26 detik, 785.000 individu mengalami serangan pertama, 470.000 individu mengalami serangan jantung ulangan dan kira-kira 195.000 mengalami *silent infarct miokard*(Jigdutt, 2010). Kemajuan terapi PJK, termasuk diantaranya IMA dan gagal jantung setelah IMA, akan meningkatkan harapan hidup pasien. Gagal jantung merupakan komplikasi sekunder IMA yang tersering dan jumlah individu yang berkembang menjadi gagal jantung setelah IMA pertama meningkat seiring dengan penambahan usia. Beberapa studi melaporkan gagal jantung mulai meningkat setelah usia 45 tahun(Jigdutt, 2010).

Beberapa uji klinik telah menunjukkan dengan jelas bahwa morbiditas dan mortalitas setelah STEMI meningkat pada usia lanjut dibandingkan usia yang lebih muda. Akan tetapi, keikutsertaan populasi usia lanjut pada studi IMA masih sedikit.

Selain itu, pada studi observasional pasien usia lanjut yang mengalami IMA, 75% pasien yang selamat akan berkembang menjadi gagal jantung dalam 5 tahun kedepan. Studi tentang STEMI dengan PCI dibandingkan dengan fibrinolisis pada usia lanjut menunjukkan manfaat PCI terhadap penurunan mortalitas pada populasi usia lanjut(Goldenberg *et al.* (2003) dan de boer *et al.* (2002)) .Sayangnya, seiring dengan manfaat PCI pada STEMI, pasien STEMI tersebut dapat berkembang menjadi remodeling LV yang menetap, disfungsi ventrikel kiri dan gagal jantung. Tatalaksana IMA terutama STEMI pada populasi usia lanjut menurut panduan ACC/AHA dan ESC dapat menurunkan mortalitas tapi pasien yang selamat mungkin akan meningkatkan insidensi gagal jantung(Jugdutt *et al.* 2010)

Kesimpulan

Data epidemiologi gagal jantung kronik pada usia lanjut di Indonesia masih sangat terbatas. Data epidemiologi pada penelitian sebelumnya memberikan acuan bahwa gambaran besar prevalensi gagal jantung di Indonesia juga mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan insidensi penyakit jantung koroner, hipertensi dan stroke. Adanya paradoks dalam penyakit jantung terutama pada populasi usia lanjut memberikan data bahwa kita tidak boleh berpuas diri karena pasien kita telah survive dari IMA ataupun hipertensinya sudah terkontrol. Karena masih ada permasalahan lain setelah itu yaitu gagal jantung kronik.

Daftar Pustaka

Abrams, W. B. 1990. Cardiovascular drugs in the elderly. *Chest*;98;980-986.

- de Boer MJ, Ottervanger JP, van't Hof AW, Hoorntje JC, Suryapranata H, Zijlstra F. 2002. Reperfusion therapy in elderly patients with acute myocardial infarction: a randomized comparison of primary angioplasty and thrombolytic therapy. *J. Am. Coll. Cardiol.* 39, 1723–1728
- Goldenberg I, Matetzky S, Halkin A *et al.* 2003. Primary angioplasty with routine stenting compared with thrombolytic therapy in elderly patients with acute myocardial infarction. *Am. Heart J.* 145, 862–867.
- Jugdutt, B.I. 2010. Heart Failure in the Elderly: Advances and ChallengesExpert Rev Cardiovasc Ther. 8(5):695-715.
- Kitzman, D.W., Gardin, J.M., Gottdiener, J.S., *et al.* 2001. Importance of heart failure with preserved systolic function in patients R 65 years of age. CHS Research Group. *Cardiovascular Health Study. Am J Cardiol* 87:413–9.
- Rich, M.W. 2009. The Heart failure dalam Hazzard's Geriatric Medicine And Gerontology. McGraw-Hill Companies.
- Thomas, S R and Rich, 2007, M.W., Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in the Elderly. *Heart Failure Clin* 3 381–387