

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Frekuensi pasien HFrEF di RSUP Dr. M. Djamil Padang lebih besar
2. Distribusi usia terbanyak pada ketiga kelompok pasien gagal jantung kronis yang diteliti adalah 51-60 tahun.
3. Jenis kelamin laki-laki lebih sering mengalami gagal jantung kronis dengan proporsi yang lebih besar pada pasien HFrEF dan HFmrEF
4. Penyakit jantung koroner merupakan etiologi yang paling sering ditemui pada ketiga kelompok gagal jantung dengan proporsi yang lebih besar pada pasien HFrEF dan HFmrEF
5. NYHA kelas III merupakan status fungsional NYHA terbanyak yang ditemui. NYHA kelas IV lebih banyak ditemui pada HFrEF dan HFmrEF.
6. Tatalaksana farmakologis yang paling banyak digunakan pada ketiga kelompok pasien gagal jantung kronis yang diteliti meliputi diuretik, ACE-inhibitor/*angiotensin receptor blocker* (ARB), statin, *beta blocker*, antiplatelet. Hampir semua pasien HFrEF mendapatkan pengobatan berupa ACEI/ARB dan diuretik.
7. Pasien HFrEF memiliki rerata diameter atrium kiri yang lebih besar meskipun masih dalam kategori normal, sedangkan rerata diameter aorta pada ketiga kelompok gagal jantung tersebut hampir sama. Rerata FEVK pada pasien HFrEF paling kecil. Pasien HFrEF memiliki rerata nilai TAPSE yang lebih rendah dan memiliki rerata diameter akhir diastolik dan sistolik ventrikel kiri (LVEDD dan LVEDS) yang lebih besar.
8. Fungsi diastolik yang paling sering ditemukan adalah fusi. Pasien HFpEF memiliki fungsi diastolik yang lebih baik dibandingkan pasien HFrEF dan HFmrEF.

9. Pola geometri ventrikel kiri yang paling banyak ditemukan adalah eksentrik hipertrofi dengan proporsi yang lebih tinggi ditemukan pada pasien HFrEF. Pasien HFpEF dan HFmrEF lebih sering memiliki pola geometri konsentrik hipertrofi.
10. Kejadian Kardiovaskular Mayor kematian lebih sering terjadi pada pasien HFrEF dan HFmrEF sedangkan pasien HFpEF lebih sering mengalami KKM rehospitalisasi.

6.2 Saran

1. Klinisi diharapkan dapat mengaplikasikan pemeriksaan ekokardiografi sebagai salah satu pemeriksaan penunjang yang penting dilakukan pada pasien gagal jantung dan menjadikan FEVK sebagai salah satu indikator untuk menilai prognosis pasien gagal jantung kronis mengingat tinggi dan bervariasinya KKM pada ketiga kelompok gagal jantung tersebut.
2. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian analitik untuk menilai hubungan antara faktor risiko yang diteliti dengan klasifikasi gagal jantung (HFrEF, HFmrEF, HFpEF).
3. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian analitik untuk melihat hubungan dan pengaruh faktor risiko dengan kejadian KKM.
4. Bagi peneliti selanjutnya disarankan menggunakan studi prospektif yang dapat membandingkan KKM pada jangka waktu yang lebih bervariasi, seperti KKM dalam 30 hari dibandingkan dengan KKM dalam waktu 6 bulan, atau KKM dalam satu tahun setelah pasien di rawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.