

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagai makhluk hidup, manusia tidak terlepas dari pengaruh biologis dan lingkungan yang mempengaruhi fungsi fisiologis tubuhnya sehingga dapat menimbulkan efek negatif berupa penyakit (Hasan, 2008). Kondisi sakit maupun sehat merupakan interaksi antara tiga aspek, yaitu biologis, psikologis, dan sosial (Sarafino dan Smith, 2011). Salah satu penyakit yang diderita oleh pasien adalah penyakit jantung yang diantaranya adalah *Acute Myocardial Infarction*. *Acute Myocardial Infarction* (selanjutnya disebut AMI) merupakan kematian sel otot jantung yang diakibat oleh iskemik miokard yang berkepanjangan (AHA, 2012).

Pasien AMI merasakan nyeri yang sangat hebat. Nyeri yang diakibatkan oleh AMI menyebabkan ketidaknyamanan dan penurunan fungsi tubuh yang berdampak berupa gejala fisik dan psikoemosional, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Seperti dijelaskan dalam penelitian bahwa seseorang yang didiagnosa dengan penyakit yang berat adalah peristiwa yang dapat membuat stres dan mungkin sangat mempengaruhi beberapa aspek kehidupan seseorang (Kim dan Kwon, 2007). Pasien AMI menderita beberapa gejala fisik seperti kelelahan dan nyeri (Miaskowski *et al.*, 2006), menyebabkan ketidaknyamanan

dan juga perubahan psikologis seperti takut mati dan takut terjadi kekambuhan, dan perubahan kualitas hidup (Kim dan Kwon, 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cherrington, *et al.*, (2004) menulis bahwa di Amerika ditemukan bahwa meskipun disana pengobatan telah maju namun untuk penyakit jantung masih menjadi penyebab utama kematian. Diperkirakan bahwa setiap 29 detik 1 orang mengalami serangan jantung, dan setiap 60 detik ada 1 orang meninggal karena Serangan jantung. Data *American Heart Association* pada tahun 2014 penyakit jantung merupakan penyebab 1 dari setiap 6 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2010 (Alan, 2014).

Hasil survei Departemen Kesehatan RI tahun 2013 yang menunjukkan bahwa prevalensi AMI di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2013, terdapat kurang lebih 478.000 pasien di Indonesia didiagnosa penyakit AMI saat ini (Depkes RI, 2013). Jawa timur adalah salah satu dari propinsi di Indonesia, di Jawa Timur memiliki 356 Rumah Sakit yang tersebar kota-kota di Jawa Timur. Kediri memiliki 14 rumah sakit salah satunya Rumah Sakit Baptis Kediri. Menurut data rekam medis IPI RS. Baptis Kediri (November 2016) didapatkan 15 pasien datang dengan diagnosa medis AMI. Dari data tersebut hampir 99 % pasien mengalami nyeri dan mengalami ketidaknyaman karena semua aktivitas pasien hanya ditempat tidur, dan ada yang merasakan bahwa sakitnya membuat pasien tidak dapat

bekerja dan menjalani kehidupan normal (Rekam Medis RS. Baptis Kediri, 2016).

Penatalaksanaan AMI memerlukan suatu pendekatan yang holistik, baik dalam upaya pencegahan maupun pengobatan. Untuk pasien AMI, prinsip penatalaksanaan adalah membuat diagnosis yang cepat dan tepat, menentukan apakah ada indikasi reperfusi segera dengan trombolitik, mengembalikan aliran darah koroner dengan trombolitik primer untuk menyelamatkan jantung dari AMI, membatasi luasnya AMI, dan mempertahankan fungsi jantung (Departemen Kesehatan RI, 2007). Pernyataan diatas dikuatkan oleh penelitian tentang penatalaksanaan AMI yang ditulis oleh Antara (2009) menyatakan bahwa revaskularisasi koroner dapat digunakan untuk membantu menyeimbangkan resiko dan manfaat revaskularisasi pada berbagai skenario klinis sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang berikan. Sebuah penelitian yang mendukung hal ini yaitu Patrick, (2013) menyatakan bahwa pasien AMI yang menjalani reperfusi dengan terapi fibrinolitik selama minimal 48 jam, dan sebaiknya untuk durasi rawat inap *indeks*, hingga 8 hari atau sampai pasien tidak merasakan gejala infark yaitu tidak merasakan nyeri dada. Selain dilakukan terapi fibrinolitik pasien post AMI perlu direhabilitasi jantung, sehingga dapat kembali kepada kondisi yang optimal secara fisik, medik, psikologik, sosial, emosional, seksual, dan vokasional,

rehabilitasi jantung berguna juga untuk melatih mobilitasi dan kerja jantung dan memulihkan kondisi dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Kemungkinan bila rehabilitasi jantung tidak dilakukan maka otot-otot jantung penurunan aktifitas secara periodik, memperluas iskemia atau infark serta memicu terjadinya serangan berulang, hal ini bisa berlanjut kematian.

Perawat memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan (Praptianingsih, 2006). Sebagai pemberi asuhan keperawatan perawat berkewajiban untuk memberikan bantuan kepada pasien dalam menurunkan nyeri agar pasien dapat meningkatkan kenyamanan. Kenyamanan yang dimaksud adalah dari 4 aspek kenyamanan yaitu baik fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan. Kolcaba (2006) menjelaskan bahwa kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual dan holistik. Terpenuhinya rasa kenyamanan dapat menyebabkan perasaan sejahtera pada individu tersebut. Kenyamanan yang baik pada pasien AMI sangat diperlukan untuk mempertahankan pasien agar mampu mendapatkan status kesehatan terbaik, mempertahankan fungsi atau kemampuan fisiknya seoptimal mungkin dan selama mungkin. Penelitian tentang kenyamanan yang ditulis oleh Faqih (2014) menjelaskan, konteks kenyamanan Kolcaba, memiliki 4 pengkajian yaitu pengkajian fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan.

Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, karena dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (Alligood & Tomey 2006). Ketidaknyamanan yang dirasakan pasien akan mempengaruhi daripada kehidupannya yang berakibat pada penurunan kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup atau *Quality of Life (QOL)* secara umum terdiri dari sejumlah besar domain yang meliputi fungsi fisik, psikologis (emosional) dan sosial. Meskipun pelayanan kesehatan selalu berfokus untuk mengatasi dan mencegah morbiditas dan mortalitas, namun saat ini sudah berkembang terhadap kekhawatiran terhadap dampak bahaya yang dapat mempengaruhi penderita dalam kehidupan sehari-hari (Silva *et al.*, 2011). Berkaitan dengan ilmu kesehatan, kualitas hidup diartikan sebagai konsep multidimensional meliputi fisik, emosional, dan sosial seseorang terhadap kesehatannya (Sevinc dan Aisye, 2010) atau diartikan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien (Brooker, 2008).

Penelitian tentang kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung sudah pernah dilakukan, analisis yang didapatkan menjelaskan bahwa penyakit jantung menyebabkan penurunan fungsi fisik dan psikologi yang berdampak pada kualitas hidup. Kualitas hidup pada fungsi fisik bisa dilihat dari data demografi yaitu usia, jenis kelamin, sedangkan

kualitas hidup pada fungsi psikologi yaitu adanya depresi, ansietas, kurangnya dukungan keluarga, mempengaruhi dari kualitas hidup pasien (Rochmayanti, 2011). Sebuah penelitian yang di tulis oleh Panthee dan Kritpracha, (2011) menyebutkan bahwa kecemasan yang dialami oleh pasien AMI dapat mempengaruhi secara negatif terhadap kualitas hidup pasien AMI.

Penatalaksanaan medis terhadap pasien AMI setelah kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil dianjurkan mengikuti program pemulihan melalui program rehabilitasi jantung. Program rehabilitasi pada penderita gangguan jantung merupakan program multifase yang dirancang untuk memulihkan gangguan jantung terutama gangguan pembuluh darah koroner jantung. Program ini meliputi latihan aktivitas fisik, konseling psikologis, dan terapi perilaku menuju gaya hidup sehat (Tedjasukmana, 2010). Program ini bertujuan untuk mengoptimalkan fungsi jantung, menghilangkan masalah psikologis, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Arovah, 2012). Rehabilitasi merupakan bagian integral dari penatalaksanaan penderita sakit jantung secara holistik, disamping terapi standar medikamentosa dan tindakan intervensi kardiak untuk sebagian penderitanya. Rehabilitasi jantung pada dasarnya merupakan suatu proses yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik, psikologis, dan sosial dari seorang pasien AMI kearah taraf optimal. Sedangkan tujuan spesifiknya adalah stratifikasi resiko,

mengurangi akibat negatif dari status psikologis dan emosional dari penyakit AMI, modifikasi faktor resiko, mengurangi morbiditas dan mortalitas, menghilangkan gejala, dan memperbaiki kapasitas fungsional (Manurung, 2001).

Program rehabilitasi jantung terdiri dari empat fase, yaitu fase I selama pasien dirawat di rumah sakit yang difokuskan pada ambulasi dini dan pendidikan kesehatan. Fase II segera setelah pasien keluar rumah sakit yang dilakukan dalam pengawasan tim rehabilitasi. Fase III segera setelah fase II masih dalam pengawasan dan fase IV merupakan fase pemeliharaan jangka panjang. Tujuan dari rehabilitasi pada fase I adalah mempercepat proses pemulihan dan meminimalisasi risiko dari istirahat berkepanjangan dan imobilisasi, seperti *deep vein thrombosis* dan pelemahan otot (Lubis, 2009). Menurut Yusuf (2007) bahwa penerapan rehabilitasi dini terbukti aman dan tidak ditemukan peningkatan angka reinfark ataupun mortalitas. Rehabilitasi dini mampu memulihkan berbagai gangguan akibat tirah baring yang lama (penurunan kapasitas fungsi, penurunan kekuatan otot, ansietas, dan hipotensi ortostatik).

Kondisi pelayanan di Instalasi Perawatan Intensif (IPI) tidak dilengkapi dengan tim rehabilitasi secara lengkap, oleh karena itu peran perawat sangat dibutuhkan dalam melaksanakan rehabilitasi jantung di ruang IPI setelah kondisi pasien stabil. Pemberian rehabilitasi ini

berkolaborasi dan diawasi oleh dokter yang merawat. Saat program rehabilitasi berjalan perawat perlu melakukan pemantauan atau observasi tanda-tanda vital dan melakukan evaluasi rekam jantung. Hal ini didukung oleh penelitian (Piotrowicz dan Wolszakiewicz, 2008) yang menjelaskan bahwa saat dilakukan rehabilitasi jantung perlu adanya kontrol dokter sebagai penanggungjawab perawatan dan perlu adanya observasi tanda-tanda vital dan evaluasi rekam jantung.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti bahwa di Rumah Sakit Baptis Kediri ruang IPI belum memiliki fasilitas tim rehabilitasi jantung khusus bagi pasien yang mengalami AMI, karena pentingnya program rehabilitasi jantung ini maka peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian yaitu “Pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 terhadap kenyamanan dan kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* di ruang IPI RS Baptis Kediri.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah “pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 terhadap kenyamanan dan kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* di ruang IPI RS Baptis Kediri”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh rehabilitasi jantung fase 1 terhadap kenyamanan dan kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* di ruang IPI RS Baptis Kediri.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kenyamanan pasien *acute myocardial infarction* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah dilakukan rehabilitasi jantung fase 1.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* dengan intervensi rehabilitasi jantung fase 1 pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- c. Menganalisis perbedaan kenyamanan pasien *acute myocardial infarction* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- d. Menganalisis perbedaan kualitas hidup pasien *acute myocardial infarction* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan kardiovaskuler dengan penanganan secara non farmakologis pada

penderita AMI seperti halnya rehabilitasi jantung dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kenyamanan disamping penanganan farmakologis dan terbentuknya SOP atau protap asuhan keperawatan pada pasien dengan rehabilitasi jantung

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penderita *Acute Myocardial Infarction*

Sebagai terapi nonfarmakologis dengan aktivitas jantung dalam upaya mencegah terjadinya pelebaran pada area infark sehingga jantung berfungsi dengan normal sehingga kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung menjadi lebih baik dan meningkatnya kenyamanan pasien.

b. Bagi Rumah Sakit

Manajemen Rumah Sakit dapat memprogramkan pelaksanaan rehabilitasi jantung pada pasien gangguan kardiovaskuler yang tertuang dalam SOP. Dokter penanggungjawab pasien AMI dan perawat IPI melaksanakan peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan program rehabilitasi jantung di Rumah Sakit yang ditujukan pada pasien gangguan kardiovaskuler.

c. Bagi Penelitian Selanjutnya

Diharapkan dengan adanya penelitian ini mampu membuka wawasan yang cukup bagi peneliti selanjutnya terutama bagi peneliti yang juga meneliti pada bagian atau pada keperawatan

kardiovaskuler, sehingga dapat mengembangkan keperawatan yang ada di Indonesia.

E. Penelitian Terkait

No.	Sitasi	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	<i>Effect Of Cardiac Rehabilitation Programs On Functional Capacity Of Post Coronary Revascularization Patient Using Six Minute Walk-Test</i>	Quasy Experimetal	Perubahan yang signifikan pada kedua kelompok diamati ($p < 0,001$). Fase II Program Rehabilitasi Jantung secara signifikan meningkatkan kapasitas fungsional dan evolusi yang ditunjukkan oleh uji enam menit berjalan kaki yang mudah, aman, dan murah.	Pada penelitian yang akan dilakukan memiliki variabel dependennya ada 2 yaitu Kualitas hidup dan kenyamanan
2.	Kualitas Hidup Anak dengan Penyakit Jantung	Deskriptif	Kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung lebih rendah daripada populasi normal karena gangguan fisik dan psikososial fase negara kronis	Pada Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan desain Quasy Experimetal post test desaign
3.	Efektifitas Latihan Rehabilitasi Jantung Fase II Terhadap Kualitas Hidup Klien Pasca CAGB di RSPAS Gatot Soebroto (Heince Reyferaldo Halirat, 2014)	<i>Cross sectional</i>	Kapasitas Fungsional 6 – 7 METs (80,8 %) sedangkan kapasitas fungsional < 6 METs (19,2%). Kualitas hidup baik (80,8%) sedangkan kualitas hidup sedang (19,2%). Uji statistik menunjukan latihan rehabilitasi jantung fase II efektif meningkatkan kualitas hidup klien pasca CABG di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad, ($p < 0,05$)	Pada Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan desain Quasy Experimetal dan untuk Varibel Independen adalah Rehabilitasi jantung fase 1
4.	<i>Validation of the Hebrew Version of the MacNew Heart Disease Healthrelated Quality of Life Questionnaire in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery</i>	Studi prospektif multicenterdilakukan di lima departemen kardiotoraks di Israel tahun 2004-2006	Ada moderat untuk korelasi tinggi antara sub-skala dari MacNew dan domain yang sama dari SF-36 (0,66-0,80). Hasilnya MacNew diskriminasi antara laki-laki dan perempuan, pasien dengan dan tanpa gagal jantung	Pada Penelitian ini hanya menguji validitas 2 Kuesioner yang dapat dugunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien dengan

No.	Sitasi	Metode	Hasil	Perbedaan
			kongestif dan antara individu dengan gejala klinis yang signifikan dari depresi atau kecemasan dan semua pasien lainnya. Pasien mengikuti program rehabilitasi jantung setelah operasi CABG menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam semua skala MacNew, terutama fungsi fisik, dibandingkan dengan pasien yang tidak berpartisipasi dalam program rehabilitasi jantung	program rehabilitasi jantung setelah operasi CABG.
5	<i>Comfort and Quality of Life of Cancer Patients</i>	penelitian deskriptif cross-sectional. Para peserta terdiri 100 pasien kanker, yang 98 dianalisis. Peserta menyelesaikan kuesioner self-pelaporan yang termasuk Comfort Angket Hospice dan Organisasi Eropa untuk Riset dan Perawatan Kanker Kualitas Hidup Kuesioner Kor-C30 di klinik rawat jalan, unit rawat inap, di rumah, dan unit kemoterapi penitipan	Hasil Usia rata-rata peserta adalah 53,36 tahun, dan 56,1% dari mereka adalah perempuan. Mean \pm standar skor deviasi untuk kenyamanan total adalah $61,50 \pm 12,02$, dengan kenyamanan sosiokultural skor yang tertinggi ($71,05 \pm 16,01$), diikuti oleh kenyamanan fisik ($60,30 \pm 16,71$), kenyamanan psikospiritual ($57,65 \pm 16,81$), dan kenyamanan lingkungan ($56,32 \pm 16,86$). Ada perbedaan sub kelompok yang signifikan dalam pencapaian pendidikan, situs di mana mereka menyelesaikan kuesioner, dan status penyakit yang dirasakan dan prognosis. Skor kualitas hidup untuk kesehatan global adalah $46,34 \pm 20,76$, dan kenyamanan secara signifikan berkorelasi dengan semua dimensi kualitas hidup ($r = -.549-0,581$)	Pada Penelitian yang akan dilakukan adalah menggunakan kenyamanan dan kualitas hidup pada pasie infark miokard akut