

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan pola hidup yang terjadi pada masyarakat saat ini menyebabkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi dan rawan gizi menjadi penyakit degeneratif kronik seperti penyakit jantung dan pembuluh darah (Eric *et al.*, 2002 ; Donald *et al.*, 2010). Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu penyakit degeneratif yang mempunyai angka prevalensi yang paling tinggi di masyarakat serta berpengaruh besar terhadap angka kejadian morbiditas dan mortalitas di berbagai negara (Saunders, 2003).

Selama dua dekade *Congestive Heart Failure* (CHF) atau yang biasa disebut dengan gagal jantung kongestif merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang terus meningkat insiden dan prevalensinya (*American Heart Association*, 2012). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *American Heart Association* (AHA) pada tahun 2012 menyebutkan bahwa angka kematian akibat penyakit jantung di Amerika berjumlah 32,8 % (811.940 orang) dengan jumlah kematian sebesar 2.471.984 kematian di tahun 2005 – 2008.

Penyakit jantung yang mempunyai prevalensi tinggi dan berpengaruh terhadap angka mortalitas dan morbiditas masyarakat adalah penyakit gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*).

Menurut data *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2011 menyebutkan bahwa di Amerika Serikat setiap 39 detik terjadi 1 kematian akibat CHF. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI) tahun 2008 dalam Roger *et al.*, (2012) menyebutkan bahwa sebesar 55% seluruh kematian di dunia disebabkan oleh *Cardiovascular Disease* (CVD) salah satunya adalah *Congestive Heart Failure* (CHF).

Menurut data *World Health Statistic* (WHS) dalam *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menyebutkan bahwa dari 57 juta kematian oleh semua jenis penyakit, 36 juta diantaranya disebabkan oleh *Non Communicable Disease* (NCD) yaitu penyakit kardiovaskuler, dengan jumlah kematian oleh gagal jantung kongestif sebesar 17 juta (Anita, 2012). *Congestive Heart Failure* (CHF) diperkirakan akan menyebabkan 73% kematian dan 60% seluruh kesakitan di dunia pada tahun 2020 (WHO (2008) dalam Depkes RI Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan (2009).

Di Indonesia, gagal jantung kongestif juga menjadi salah satu penyakit dengan angka prevalensi yang cukup tinggi sebagai penyakit penyebab kematian (Majid, 2010). Berdasarkan data riset kesehatan dasar tahun 2007 prevalensi nasional penyakit jantung di Indonesia mencapai angka 7,2 % (berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan dan gejala). Angka mortalitas yang disebabkan oleh penyakit jantung kongestif dari seluruh penyakit penyebab kematian di Indonesia sebesar 31,9 % (Balai Penelitian

dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2010) dalam Anita, 2012). Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu provinsi yang memiliki prevalensi penyakit gagal jantung kongestif diatas prevalensi nasional dengan jumlah prevalensi sebesar 8,4% (Riskesdas, 2007).

Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer & Bare, 2002). Serangkaian perkembangan gejala klinis akan terjadi pada pasien dengan gagal jantung kongestif, gejala klinis yang terjadi seperti kelelahan dan sesak nafas sedangkan tanda klinis yang terjadi seperti edema dan ronkhi (Majid, 2010). Apabila tidak segera dilakukan perawatan yang tepat, pada pasien dengan gagal jantung kongestif akan menimbulkan berbagai dampak, antara lain penurunan kualitas hidup, harapan hidup yang memendek dan kematian (Grossman & Brown, 2009).

WHO bekerjasama dengan berbagai bidang kesehatan melakukan beberapa strategi untuk mengendalikan perkembangan penyakit gagal jantung kongestif, salah satunya dengan membuat program manajemen penyakit pasien dengan gagal jantung kongestif (AHA, 2012). Manajemen penyakit pasien dengan gagal jantung kongestif adalah pengaturan tentang penyakit gagal jantung kongestif yang meliputi perawatan, panduan pengobatan, pembiayaan dan evaluasi manajemen pasien gagal jantung kongestif (Whellan *et al.*, 2001). Salah satu program dalam manajemen

penyakit adalah modifikasi gaya hidup pasien gagal jantung kongestif (AHA, 2012 ; WHO, 2012).

Modifikasi gaya hidup adalah salah satu upaya untuk memperlambat perkembangan penyakit gagal jantung kongestif, memantau prognosis dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Pritchett *et al.*, 2012). Adapun komponen dalam modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif meliputi pelaksanaan diet, pengaturan aktivitas, manajemen stres, penggunaan obat, pengaturan cairan, dukungan keluarga, dan konseling atau penyuluhan (Janssen *et al.*, 2012). Modifikasi gaya hidup dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan prognosis yang baik pada pasien (Whellan *et al.*, 2001).

Berbagai penelitian tentang modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif telah banyak dilakukan, hasil dari penelitian tersebut bervariasi. Penelitian yang dilakukan oleh Quaglietti *et al.* (2000) menyebutkan bahwa komponen utama dalam modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah konseling dan pemberian informasi tentang pentingnya diet makanan rendah garam serta pengaturan cairan pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Konsumsi garam yang tinggi merupakan salah satu faktor resiko yang dapat menyebabkan pasien CHF mengalami prognosis yang buruk serta kelebihan berat badan. Penurunan konsumsi garam sangat bermanfaat pada pasien CHF. He *et al.*, (2002) melakukan penelitian dengan 679

pasien CHF yang mengalami kelebihan berat badan dan sering mengalami sesak. Pasien mengkonsumsi garam rata – rata 113,6 mmol/hari. Setelah diberikan program diet rendah garam selama 6 bulan, hasil penelitian menunjukkan bahwa konsumsi garam menurun menjadi 50,2 mmol/hari disertai penurunan sesak nafas secara signifikan.

Selain berhubungan dengan kesehatan pasien, modifikasi gaya hidup juga dapat meringankan beban ekonomi pasien. Pelaksanaan modifikasi gaya hidup yang tepat dan benar dapat mengurangi angka rehospitalisasi sebesar 63% (Majid, 2010). Whellan *et al.*, (2001) mengemukakan bahwa biaya perawatan dan pengobatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif sebesar \$10.659 atau Rp. 10.659.000,00 mengalami penurunan menjadi \$6.896 atau Rp. 6.896.000,00 setelah dilakukan modifikasi gaya hidup. Menurut *World Economic Forum* (WEF) menyatakan bahwa total pengeluaran dunia untuk mengatasi Penyakit Tidak Menular (PTM) salah satunya penyakit jantung kongestif adalah lebih dari US \$ 30 triliun untuk 20 tahun ke depan (DepKes RI, 2013). Perkiraan total pengeluaran untuk biaya pasien dengan penyakit gagal jantung kongestif antara tahun 2010 sampai 2030 mencapai US \$273 miliar - US \$818 miliar atau Rp.273.000.000.000,00 - Rp.818.000.000.000,00 (Nielsen *et al.*, 2011). Total pengeluaran pada pasien yang meliputi biaya obat, perawatan pasien, dokter, perawat, ahli gizi, therapis dan perawatan setelah keluar rumah sakit (Lyold *et al.*, 2011).

Manfaat lain dari modifikasi gaya hidup pada pasien yaitu dapat menurunkan *length of stay* (LOS) di rumah sakit, pencapaian *Body Mass Index* (BMI) ideal dan keteraturan input output cairan. Penelitian yang dilakukan oleh Discher *et al.*, (2009) tentang modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif di dapatkan hasil bahwa pasien dengan gagal jantung kongestif yang melakukan modifikasi gaya hidup secara teratur mempunyai angka penurunan *length of stay* (LOS) dari 15 – 25 hari menjadi rata – rata selama 5 – 10 hari, pencapaian berat badan ideal sesuai *Body Mass Index* (BMI) karena diet teratur khususnya diet rendah garam dari 35% menjadi sebesar 96%, lebih teratur mengatur asupan cairan dari 74% menjadi 91% serta berkurangnya sesak nafas karena melakukan aktivitas seperti yoga dan berjalan kaki setiap 1 minggu 3 – 5 kali latihan dengan waktu 10 menit per latihan.

Walaupun modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif memiliki banyak manfaat pada pasien, tetapi masih terdapat pasien dengan gagal jantung kongestif yang belum melakukan modifikasi gaya hidup sesuai dengan anjuran yang direkomendasikan. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Janssen *et al.*, (2012), pasien dengan gagal jantung kongestif yang melakukan modifikasi gaya hidup sesuai terapi sebesar 50 – 60% dan yang tidak melakukan modifikasi gaya hidup sebesar 5 – 10%. Berdasarkan hasil penelitian Brummett (2005), alasan pasien dengan gagal jantung kongestif tidak melakukan modifikasi gaya hidup adalah kurangnya pendidikan kesehatan tentang bagaimana

perawatan diri di rumah, kurangnya komunikasi dari pemberi pelayanan kesehatan serta kurangnya perencanaan tindak lanjut saat pasien pulang dari rumah sakit.

Selain terdapat pasien dengan gagal jantung kongestif yang kurang optimal dalam melakukan modifikasi gaya hidup, ada beberapa faktor yang mempengaruhi modifikasi gaya hidup sendiri pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Menurut Majid (2010) faktor – faktor yang mempengaruhi modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif antar lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan serta dukungan sosial dan keluarga. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap 172 pasien dengan gagal jantung kongestif, menyebutkan bahwa 33,2% pasien dengan usia 65 - 80 tahun melakukan modifikasi gaya hidup yang buruk di bandingkan dengan pasien yang mempunyai usia lebih muda. Pasien muda yang melakukan modifikasi gaya hidup baik sebesar 66,8% dengan usia 45 – 60 dan 7,5% saja pasien muda dengan berusia 30 – 45 tahun yang melakukan modifikasi gaya hidup buruk (Steigelman *et al.*, 2006). Menurut jenis kelamin pria yang melakukan modifikasi gaya hidup lebih sedikit dibandingkan dengan Perempuan (Eibinder *et al.*, 2004). Menurut Rochmayanti (2010) dari 100 pasien dengan gagal jantung kongestif, 56 % pasien perempuan melakukan modifikasi gaya hidup dengan baik dan 44% laki – laki melakukan modifikasi gaya hidup dengan buruk. Selain usia dan jenis kelamin, tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap modifikasi gaya hidup yang dilakukan oleh pasien dengan gagal jantung

kongestif. Prosentase penduduk dengan pendidikan sekolah SD sampai SMP melakukan modifikasi gaya hidup yang buruk sebesar 33%, dibandingkan dengan pendidikan SMA sampai perguruan tinggi yang melakukan modifikasi gaya hidup baik sebesar 67% (Fathmahira, 2012).

Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam perawatan kesehatan dan modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif, baik saat di rawat di rumah sakit, akan pulang dari rumah sakit dan setelah pulang dari rumah sakit. Salah satu peran perawat yang utama pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah menyiapkan *discharge planning*, yang dilakukan setelah pasien dinyatakan akan pulang dari rumah sakit (Potter & Perry, 2009). Unsur penting dalam *discharge planning* adalah *health education* atau penyuluhan kesehatan.

Menurut Smeltzer dan Bare (2002), penyuluhan kesehatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif bertujuan untuk memberikan informasi tentang penyakit dan pola hidup, melaksanakan terapi obat secara tepat, melaksanakan diet, aktivitas fisik dan manajemen emosi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Fathmahira (2012) membuktikan bahwa pasien yang mendapatkan pengetahuan tepat tentang penyakit dan pola hidup yang tepat, dapat melakukan pengaturan diet dan obat secara teratur. Selain itu pasien dengan gagal jantung kongestif yang mendapatkan arahan dari perawat dapat memilih gaya hidup serta olahraga

yang tepat dengan kondisi kesehatan pasien, sehingga meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan fungsional pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 2 Agustus 2013 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, didapatkan data bahwa selama kurang lebih jumlah penderita gagal jantung kongestif yang mengalami rawat jalan di poli jantung RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebanyak 70 orang (ICM RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat disimpulkan bahwa penelitian tentang analisis modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana modifikasi gaya hidup pada pasien gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui data demografi pasien gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

- b. Mengetahui pelaksanaan modifikasi gaya hidup pasien dengan gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- c. Menganalisis hubungan antara usia dengan modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif.
- d. Menganalisis hubungan antara jenis kelamin dengan modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif.
- e. Menganalisis hubungan antara pendidikan dengan modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif.
- f. Menganalisis faktor yang paling dominan berpengaruh dalam modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif serta menganalisis modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif apa yang paling dominan dilakukan pasien dengan gagal jantung kongestif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan rumah sakit sebagai data pelengkap dan informasi penunjang tentang modifikasi gaya hidup pada pasien CHF. Selain itu, rumah sakit juga dapat membuat panduan modifikasi gaya hidup pada pasien CHF serta mensosialisasikannya pada pasien.

3. Bagi Perawat

Penelitian ini dapat berguna bagi perawat yaitu untuk memperbaharui informasi dalam merawat pasien CHF, membuat asuhan keperawatan, memberikan pendidikan kesehatan serta intervensi – intervensi yang berhubungan dengan modifikasi gaya hidup pada pasien CHF. Selain itu, perawat juga dapat mengetahui aspek dalam modifikasi gaya hidup yang masih perlu ditingkatkan oleh pasien serta dapat melakukan pendampingan pada pasien yang melakukan modifikasi gaya hidup dengan cara mengadakan penyuluhan, membentuk kelompok diskusi gagal jantung kongestif dan pemberian leaflet tentang modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

E. Penelitian Terkait

1. Anita, A.Y.K. (2012) dengan judul “*Hubungan Self Care dan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Heart Failure di RSUP DR. R.D Kandaou Manado Tahun 2012*”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien dengan *heart failure*. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional analitik*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* yaitu *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 79 orang. Instrument penelitian yang di gunakan ada 4 yaitu kuisisioner demografi, kualitas hidup *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*

(MLHFQ), kuisisioner depresi *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) dan *self care* yang di modifikasi oleh peneliti sendiri. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan menggunakan mean, min – max, dan *standart deviation*. Uji normalitas menggunakan *Skweenes* dengan *standart error*. Untuk hasil uji normalitas data menggunakan uji ANOVA, uji *t Independent* dan uji analisis regresi linear berganda. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara depresi dan self care dengan kualitas hidup pasien HF.

2. Pritchett *et al.*, (2012) dengan judul : *Lifestlye Modification with Diet and Exercise in Obese Patient with Heart Failure : A Pilot Study*. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui efektivitas dari modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif yang mengalami obestitas. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa modifikasi gaya hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah salah satu program yang efektif dan komprehensif, dimana program yang menjadi kunci utama adalah pengaturan diet, latihan fisik dan dukungn sosial. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Randomized Controls Trial*, yang dilakukan selama 3 bulan dengan jumlah responden 20 orang. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner kualitas hidup dan kuisisioner *Confidence with Analysis data* 11

penelitian ini menggunakan *standart deviation* dan uji normalitas menggunakan uji *Wilcoxon*.

Perbedaan dengan penelitian peneliti terletak pada metode penelitian. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian saat ini adalah *descriptive analytic*. Sampel yang peneliti gunakan berjumlah 30 orang responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrument penelitian yang digunakan peneliti adalah kuisioner modifikasi gaya hidup yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan panduan dari *American Heart Association* 2012. Analisa data yang digunakan peneliti adalah mean, median, nilai minimum dan maksimum serta *standart deviation*. Uji normalitas yang digunakan adalah *Korelasi Perason* untuk data berdistribusi normal dan *Korelasi Spearman's rho* jika data berdistribusi tidak normal