

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya (Kemenkes, 2014). Gagal jantung adalah fase kronis yang dapat menyebabkan kerusakan fungsional jantung akibat banyaknya gejala, sehingga banyaknya gejala yang dialami oleh pasien gagal jantung memengaruhi kesehatannya (Ziaieian & Fonarow, 2016). Gagal jantung adalah kumpulan gejala klinis yang kompleks dihasilkan dari penurunan fungsi struktural atau fungsional dalam pengisian ventrikel (Yancy et al, 2013).

Gagal jantung terjadi jika jantung tidak mampu memasok aliran darah, dan menyebabkan pengangkutan oksigen ke jaringan dan organ perifer, secara memadai, atau hanya dapat memasoknya dengan tekanan pengisian yang tinggi

(Klabunde, 2015). Menurut Perki (2015) gagal jantung adalah masalah kesehatan yang secara terus-menerus berdampak pada angka mortalitas dan morbiditas yang cukup tinggi di negara maju maupun negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia, pasien dengan gagal jantung memiliki gejala klinis yang lebih berat serta berada dikisaran usia yang lebih muda jika dibandingkan dengan negara eropa serta Amerika

Gagal jantung adalah masalah kesehatan yang berkembang pesat dengan perkiraan angka kejadian lebih dari 37,7 juta individu di seluruh dunia (Ziaieian & Fonarow, 2016). Gheorghiade, (2013) menyatakan bahwa penyakit gagal jantung di Amerika Serikat adalah 5,8 juta jiwa, yang dikaitkan dengan komplikasi yang ditimbulkan, kematian dan pengeluaran biaya pengobatan, serta hampir 1 juta jiwa pasien gagal jantung harus dirawat inap. Prevelensi penyakit jantung di Amerika meningkat tiap tahunnya, pada tahun 2011 sebesar 596.339 jiwa kasus penyakit jantung yang menyebabkan kematian (Santulli, 2014). Di Taiwan pada tahun 2009, penyakit jantung merupakan urutan kedua

penyebab kematian yang mewakili 10,6% dari semua kematian, dan 2 % nya dengan gagal jantung (Tung et al, 2013).

Riset Kesehatan Dasar (2013) menyatakan prevalensi gagal jantung di Indonesia pada usia lebih dari lima belas tahun berdasarkan pernah didiagnosis dokter sebesar 0,13 persen, dan berdasarkan diagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3 persen, prevelensi ini terlihat meningkat seiring peningkatan umur. Kemenkes, (2014) menyatakan prevelensi kasus gagal jantung di Indonesia pada tahun 2013 berdasarkan pada diagnosa dokter diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala diperkirakan sekitar 530.068 orang.

Penderita gagal jantung di Kalimantan Barat prevelensinya mencapai 0,2% berdasarkan diagnose dokter dan gejala pada pasien > 15 tahun (Riset Kesehatan Dasar, 2013). Berdasarkan rekam medik di RSUD Dr. Soedarso Pontianak tahun 2016, pasien gagal jantung kongestif mencapai 646 orang, dan selama tiga bulan terakhir

menempati posisi pertama dengan kasus terbanyak pada kasus kardiovaskular. Pada bulan Oktober jumlah pasien gagal jantung kongestif sebanyak 57 pasien, bulan November 70 pasien, dan Desember 67 pasien. Sementara jumlah kunjungan pasien di poliklinik jantung sekitar 40-50 pasien setiap harinya.

Gagal jantung memerlukan penatalaksanaan yang tepat dari tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan intervensi yang diharapkan dapat mencegah perburukan penyakit. Intervensi yang dimaksud tidak hanya bersifat farmakologi saja tetapi intervensi non farmakologi juga perlu diberikan perhatian yang serius.

Managemen nonfarmakologi yang dapat dilakukan perawat salah satunya dapat berupa *supportive educative system*, dimana sistem ini membantu pasien dalam memperoleh informasi kesehatan, modifikasi perilaku, serta pengambilan keputusan yang berhubungan dengan penyakitnya dan mencegah faktor resiko (Zamanzadeh, 2013). Intervensi kelompok *supportive-educative* yang

diberikan pasien dengan gagal jantung efektif secara signifikan dalam mengurangi beban perawatan dapat mengurangi kekambuhan dan lamanya perawatan di rumah sakit (Clark et al, 2015).

Kekambuhan gagal jantung dan rawat inap dirumah sakit terjadi karena tidak dapat mengenali gejala kekambuhan, ketidaktahuan pasien tentang gagal jantung kongestif mengakibatkan pasien kurang taat dengan diet rendah garam, pembatasan cairan, serta menghitung denyut nadi, menimbang berat badan, latihan aktivitas fisik serta pentingnya istirahat yang cukup. Ketidaktahuan juga menyebabkan ketidaktaatan pasien untuk minum obat secara teratur dan sesuai dengan resep dokter, tidak memahami apabila muncul gejala dan tanda kekambuhan gagal jantung dan ketidaktaatan untuk kontrol ke dokter atau kerumah sakit (Smeltzer, 2003).

Managemen gagal jantung yang efektif membutuhkan pemantauan terus-menerus oleh dokter dan tim kesehatan lain, serta *education* pada pasein dan keluarga terkait

penggunaan obat yang tepat, kepatuhan terhadap pedoman diet dan aktifitas fisik yang dilakukan, manajemen gejala dan perawatan diri (Wakefield, 2013). Pasien gagal jantung mampu melakukan perawatan diri tetapi mereka membutuhkan pendidikan tentang aspek yang berbeda dari perilaku perawatan diri yang terapeutik. Pada sistem ini perawat secara optimal diposisikan masalah kesehatan yang potensial dan memberikan intervensi *supportive-educative* yang sesuai (Zamanzadeh, 2013).

Supportive-educative system merupakan intervensi yang efektif diberikan oleh perawat kepada keluarga dan pasien dengan gagal jantung, karena intervensi ini bersifat sederhana, murah, dan praktis diberikan. Secara signifikan juga dapat meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri keluarga dalam memberikan perawatan di rumah (Etemadifar et al, 2014). Hal ini dikarenakan penderita dengan penyakit gagal jantung juga mengalami gangguan dalam melakukan aktifitas fisik sehari-hari.

Hambatan dalam memenuhi kebutuhan ADL adalah hal yang umum dialami oleh pasien gagal jantung, dimana mengalami kesulitan satu atau lebih dalam memenuhi kebutuhan ADL (Dunlay et al, 2016). ADL adalah suatu aktifitas perawatan diri yang harus dilakukan pasien setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Smeltzer, 2003).

Pasien gagal jantung memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuahn ADL karena kerusakan kognitif yang ditimbulkan. Individu yang mengalami hambatan ADL terus-menerus akan mengakibatkan prognosis yang semakin buruk yang dialami pasein gagal jantung (Alosco, 2016). Penderita penyakit kardiovaskular juga diberikan beban dengan biaya pengobatan dan intervensi yang mahal, seperti tindakan angiografi, by pass dan lain sebagainya (Gheorghiaide, 2013). Sehingga perawatan yang tepat dan pemantauan yang efektif dapat meningkatkan kemandirian pasien dengan penyakit kardiovaskular.

Gagal jantung secara signifikan menurunkan kualitas hidup pasien, yang berkaitan dengan fungsi fisik dan vitalitas, serta kualitas hidup yang tidak ditingkatkan setelah individu keluar dari rumah sakit adalah faktor utama individu dirawat kembali di RS dan kematian (Yancy et al, 2013). Selaras dengan Yaghoubi et al, (2012) menyatakan gagal jantung dapat menyebabkan perawatan di rumah sakit berulang, kualitas hidup yang buruk, serta memendeknya harapan hidup. Kualitas hidup (*quality of life*) adalah penjabaran kemampuan personal apa tujuan hidup, harapan hidup yang dicapai, standar hidup yang digambarkan secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami individu tersebut, yang dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu.

Kualitas hidup memiliki arti segala upaya untuk membawa penilaian sehingga memperoleh kesehatan, melalui tindakan rehabilitasi khusus pada pasien jantung (Adam (2006); Nursalam (2016)). Edukasi manajemen pada pasien gagal jantung berbasis web dapat memberikan informasi lebih banyak mengenai pencegahan penyakit, mengontrol

kekambuhan serta mengontrol stress(Vesbergen et al, 2013). Sama halnya dengan Saeidi et al, (2013) bahwa rehabilitasi jantung dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pada fungsi fisik, keterbatasan fisik, nyeri, vitalitas dan kesehatan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Soedarso pada bulan April 2017 dengan wawancara pada pasien dengan gagal jantung diruangan rawat inap, didapatkan data lima dari tujuh pasien tidak mengetahui tindakan pencegahan apa yang harus dilakukan dirumah seperti makanan apa yang boleh dan tidak boleh dimakan, aktivitas, ataupun komplikasi dari penyakit sekarang. Hasil dari wawancara dengan perawat ruangan, edukasi yang diberikan kepada pasien berupa jadwal kontrol yang harus dilakukan dan obat-obatan yang harus diminum dirumah, serta tidak adanya SOP yang baku mengenai edukasi yang diberikan pada pasien gagal jantung.

Berdasarkan fenomena ini, penulis tertarik terhadap pemberian intervensi *supportive-educative system* yang diberikan pada pasien gagal jantung, yang diharapkan dapat

mengurangi kekambuhan dan munculnya komplikasi pada pasien dikemudian hari, karena tingginya angka kekambuhan dan komplikasi yang disebabkan kurangnya pengetahuan dan pendidikan pasien mengenai penyakitnya.

B. Perumusan Masalah

Gagal jantung dapat menyebabkan penurunan derajat kesehatan, sehingga intervensi yang tepat diperlukan dalam meningkatkan pengetahuan dan informasi kepada pasien sebagai upaya untuk mengurangi kekambuhan serta mencegah munculnya komplikasi sehingga intervensi yang diberikan tidak hanya bersifat farmakologi tetapi juga non farmakologi, yaitu *supportive-educative system*. Penderita gagal jantung juga mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktifitas sehari-hari, sehingga perawatan yang tepat dan pemantauan yang efektif dapat meningkatkan kemandirian pasien gagal jantung, dengan banyaknya komplikasi yang dialami pasien gagal jantung akan berdampak pada kualitas hidup pasien. Sehingga diharapkan intervensi *supportive-educative system* diharapkan

meningkatkan ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung. Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian pengaruh *supportive-educative system* dalam meningkatkan ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi pengaruh *supportive-educative system* terhadap peningkatan ADL dan kualitas hidup pada pasien Gagal Jantung.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini untuk:

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan pengalaman sakit.
- b. Mengetahui ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung sebelum dan setelah program *supportive-educative* pada kelompok intervensi

- c. Mengetahui ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung sebelum dan setelah program *supportive-educative* pada kelompok kontrol.
- d. Mengetahui ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memberikan informasi mengenai pengaruh program *supportive-educative* dalam mengubah perilaku pasien gagal jantung, khususnya pada penelitian ini adalah dalam meningkatkan manajemen penyakit pasien.

2. Manfaat Praktis

a. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dalam rangka menerapkan tindakan keperawatan terutama yang berhubungan edukasi pada pasien gagal jantung, sehingga kualitas hidup akan semakin meningkat.

b. Pasien

Hasil penelitian ini dapat digunakan pada penderita gagal jantung untuk meningkatkan kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari, sehingga kualitas hidup juga akan meningkat.

c. Institusi Pendidikan

Program *supportive-educative* dapat dijadikan referensi sebagai metode alternatif dalam meningkatkan manajemen penyakit pada penderita gagal jantung terutama pengembangan keilmuan non-farmakologi sebagai tindakan mandiri perawat.

E. Penelitian Terkait

1. Peneliti: Zamanzadeh et al, (2013)

Judul: *A Supportive-Educational Intervention for Heart Failure Patients in Iran: The Effect on Self-Care Behaviours*

Kelebihan : Jurnal ini tidak hanya menilai pengaruh *Supportive-Educational* tetapi juga menilai kebutuhan *educational* yang diperlukan pasien gagal jantung.

Kekurangan : Tidak adanya data sebelum intervensi *supportive-educational*, sehingga tidak terlihat perbandingan pengaruh intervensi *supportive-education* sebelum dan sesudah intervensi.

2. Peneliti : Etemadifar, S., Bahrami, M., Shahriari, M., & Farsani, A.K. (2014).

Judul : *The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure*

Kelebihan : Penelitian ini tidak hanya melihat efektifitas edukasi pada keluarga tetapi juga beban yang dialami keluarga atau pendamping pasien. Metodenya dengan randomize sehingga dapat mengurangi bias. Serta penelitian ini tidak hanya melibatkan individu sendiri dalam melaksanakan

supportive educative tetapi juga melibatkan kelompok pendamping pasien (keluarga atau orang terdekat)

Kekurangan: Tidak digambarkan hasil *supportive educative* pada pasien itu sendiri (individu).

3. Peneliti : Clark, et al (2015)

Judul : *Health Status and Self-care Outcomes Following an Education-Support Intervention for People with Chronic Heart Failure*

Kelebihan : Efektivitas status kesehatan yang diukur tidak hanya fisik tetapi, semua aspek mulai dari status fungsional, psikososial sampai pada kognitif.

Kekurangan : Peserta pada kelompok control dan intervensi memiliki komplikasi penyerta, sehingga hal ini dapat menimbulkan bias.

4. Peneliti: Yaghoubi et al, (2012).

Judul: *Quality of Life in Cardiovascular Patients in Iran and Factors Affecting It: A Systematic Review*

Kelebihan: Waktu yang digunakan pada sistematik review relative singkat, alasannya untuk

mengendalikan dan meminimalkan pengaruh waktu terhadap kualitas hidup pasien, misalnya faktor-faktor seperti medis

Kekurangan: Kuesioner kualitas hidup yang digunakan adalah SF36, dimana kuesioner tersebut kurang efisien digunakan untuk menilai kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

5. Peneliti: Dunlay, M. Shannon, et al. (2015).

Judul : *Activities of Daily Living and Outcomes in Heart Failure*

Kelebihan : kuesioner yang dikembangkan dilakukan berulang-ulang. Sehingga point-point kuesioner dapat menggambarkan hambatan fungsional yang dialami pasien gagal jantung.

Kekurangan : Kuesioner yang digunakan dalam menilai hambatan ADL pada pasien gagal jantung tidak khusus untuk gagal jantung.