

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler setiap tahunnya menjadi penyebab kematian nomer 1 di dunia. Menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2014 diperkirakan lebih dari 17,5 juta orang meninggal dunia karena serangan jantung pada tahun 2012 dan diperkirakan tahun 2030 lebih dari 23,3 juta orang yang meninggal. Menurut penjelasan Dipiro (2015) CHF atau gagal jantung kongestif adalah sindrom klinis yang diakibatkan karena ketidakmampuan memompa darah oleh jantung guna memenuhi kebutuhan metabolisme pada tubuh. CHF atau *Congestive Heart Failure* merupakan salah satu penyakit jantung yang terus meningkat prevelensinya setiap tahun, berkisar antara 5-10% per tahun resiko kematian akibat penyakit CHF ringan dan sekitar 30-40% mengalami peningkatan pada penyakit CHF berat.

Menurut data *American Health Association* (2012), prevelensi penyakit CHF pada tahun 2010 di Amerika sekitar 6,6 juta jiwa. Di Asia penyakit jantung menempati urutan tertinggi kematian, yaitu sekitar 712.000 orang, sedangkan Asia tenggara sendiri angka kematian akibat jantung tertinggi terdapat di Philipina, sedangkan Indonesia menempati urutan ke dua dengan jumlah 229.696.

Di Indonesia penyakit jantung menempati nomer 1 penyebab kematian dan memiliki angka yang cukup tinggi berdasarkan data yang dilakukan oleh

kemenkes (2014) prevalensi penyakit gagal jantung sendiri diperkirakan sekitar 229.696 atau sebesar 0,13% dan sekitar 0,3 atau 530.068 orang dengan gejala atau diagnosis tersebut oleh dokter pada tahun 2013. Berdasarkan diagnosis atau gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Kep. Bangka Belitung, yaitu sebanyak 945 orang (0,1%). Untuk Jawa Tengah sendiri jumlah penderita gagal jantung sebanyak 72.268 orang.

Biasanya penderita CHF mengeluh adanya keterbatasan dalam melakukan aktifitas fisik sehingga penderita CHF takut untuk melakukan aktifitas yang pada akhirnya memperberat kondisinya (Karyono, 2009). Pasien CHF sering mengalami kekambuhan dan kembali dirawat di rumah sakit, hal ini disebabkan karena pasien tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, kurangnya kepatuhan tindak lanjut medis, berlebihan dalam melakukan aktivitas fisik dan gejala kekambuhan yang tidak dapat di kenali (Smeltzer & Bare, 2010).

Pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) untuk menurunkan prevalensi dan menekan tingginya rehospitalis salah satunya dengan merubah gaya hidup dan melakukan aktivitas fisik (rehabilitasi) yaitu dengan mobilisasi (Arovah, 2010). Menurut *American Heart Assosiation* (2012) bahwa hampir 50% dari angka kejadian rehospitalis terjadi dari total gagal jantung kongestif yang menjalani hospitalisasi sebelumnya yaitu sebanyak 1.094.000 pasien. Program rehabilitasi jantung merupakan penatalaksanaan medis yang

dianjurkan setelah penyakit jantung kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil. Menurut Roveny (2017) program rehabilitasi jantung didalamnya terdiri dari proses edukasi, latihan, modifikasi faktor resiko dan menjadi konseling. Program ini ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, masalah psikologis pasien akan berkurang, fungsi jantung bisa optimal (Arovah, 2012)

Kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung masih tergolong rendah (Craciun, 2009). Diperkirakan sebanyak 24-50% pasien menarik diri dari program rehabilitasi jantung dan hanya 39% pasien yang patuh terhadap latihan aktivitas fisik yang telah direkomendasikan (Van der Wal, 2006). Ketidakpatuhan pasien dapat berakibat buruk pada penyakit, kematian, dan meningkatkan biaya pengobatan (Jimmy & Jose, 2011). Lee (2013) mengidentifikasi beberapa alasan utama pasien tidak melaksanakan program rehabilitasi jantung yaitu hambatan fisik (kurangnya transportasi dan jarak yang terlalu jauh dari pusat rehabilitasi jantung, dan biaya rehabilitasi yang tinggi), hambatan personal (malu berpartisipasi, rendahnya pengetahuan mengenai tujuan program) dan kurangnya rekomendasi dari tim kesehatan.

Menurut Wartini (2011) dalam penelitiannya mengenai kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung di RS Sangrah Bali menjelaskan bahwa ketidakpatuhan pasien relatif tinggi yaitu 58%. Hal ini disebabkan karena pasien belum memahami tentang tahapan aktivitas yang seharusnya dilakukan penderita CHF sangat memerlukan program rehabilitatif yang komprehensif untuk mengembalikan kemampuan fisik paska serangan

serta mencegah terjadinya serangan ulang. Latihan fisik pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, memberi penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktivitas fisik seperti sebelum mengalami CHF (Arovah, 2010).

Secara umum program rehabilitasi dibagi menjadi beberapa fase, menurut Lubis (2010) ada 4 fase yang dilakukan dalam program rehabilitasi jantung, fase 1 merupakan fase yang dilakukan selama pasien masih dirawat di rumah sakit, fase 2 merupakan program yang diberikan setelah pasien keluar dari rumah sakit yang dilakukan selama beberapa minggu, sedangkan fase 3 dan 4 merupakan fase pemeliharaan untuk mencapai kondisi yang optimal.

Pada fase IV sendiri merupakan fase yang tidak memerlukan pengawasan tim rehabilitasi. Tujuan dari fase tersebut adalah mencapai kondisi pasien secara optimal. Pada fase IV ini berfokus untuk menjaga gaya hidup agar tetap sehat, menghindari dari menurunnya target yang telah dicapai seperti tingkat kesegaran fisik terjaga, berat badan bisa dipertahankan dan tidak melakukan lagi kebiasaan merokok (lubis, 2009). Program latihan pada fase ini pada dasarnya dengan orang normal sama hanya terdapat penekanan pada latihan jenis aerobik. Frekuensi latihan sebaiknya dilakukan dalam seminggu sekitar 3 sampai 4 kali. Untuk durasi latihan dimulai dari 10 menit kemudian dapat ditingkatkan secara bertahap sampai dengan 60 menit. (arovah, 2010)

Fase IV merupakan fase dimana pasien lepas atau tidak dilakukan pengawasan yang intensif. Hal ini mempunyai resiko yang berhubungan tingkat kepatuhan pasien untuk melakukan rehabilitasi. Pasien yang sudah dilakukan rehabilitasi jantung pada perubahan pola hidup seperti merokok masih ditemukan sekitar 41,8 % belum bisa berhenti untuk melakukan kebiasaan tidak merokok, untuk program diet yang dilakukan pasien masih ditemukan pasien yang masih belum bisa mengontrol kebiasaan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak lemak yaitu sekitar 49,1% , untuk pengontrolan berat badan juga masih belum optimal dilakukan untuk IMT (indeks massa tubuh) lebih dari normal, sedangkan untuk aktivitas fisik pasien rehabilitasi jantung masih tergolong sangat rendah sekitar 78,2% tidak melakukan olahraga dirumah secara rutin. (handayani, 2015).

Berdasarkan data yang diperoleh dari wawancara dengan 6 orang yang mengikuti program rehabilitasi jantung setelah 4 bulan dari RS moewardi diperoleh bahwa 4 diantaranya sebagian besar tidak rutin melakukan olahraga selama 1 minggu minimal sekali. Berdasarkan kondisi fenomena diatas program rehabilitasi untuk aktivitas fisik pada pasien *Congestive Heart Failure* sangatlah penting, oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tema “gambaran aktivitas fisik rehabilitasi jantung Fase IV pada pasien *Congestive Heart Failure*”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan diatas rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran

aktivitas fisik rehabilitasi jantung Fase IV pada pasien *Congestive Heart Failure*?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran aktivitas fisik pada penderita *Congestive Heart Failure* secara umum tentang rehabilitasi jantung Fase IV .

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden rehabilitasi jantung Fase IV.
- b. Untuk mengetahui aktivitas fisik yang dilakukan responden saat dirumah selama 7 hari

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat

Sebagai wahana untuk meningkatkan mutu kualitas dari program rehabilitasi jantung.

2. Bagi institusi pendidikan

Sebagai wahana untuk mengembangkan ilmu pengetahuan yang didapat.

3. Bagi peneliti

- a. Memberikan pengalaman nyata dalam melaksanakan penelitian sederhana secara ilmiah dalam rangka mengembangkan diri dalam melaksanakan fungsi rehabilitasi sebagai peneliti.

- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti sendiri mengenai pengetahuan tentang rehabilitasi jantung Fase IV.

E. Keaslian Penelitian

1. Nabila Chairani, (2015) meneliti tentang Hubungan Pengetahuan dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Penyakit Kardiovaskular dalam Melaksanakan Latihan Aktivitas Fisik Rehabilitasi Jantung Fase I di RSUP H. Adam Malik Medan diperoleh P sebesar 0,031 sehingga didapatkan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tingkat kepatuhan. Perbedaan dari penelitian di atas dengan penelitian ini yaitu metode penelitiannya, pada penelitian di atas menggunakan metode deskripsi korelasi sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional*
2. Yenni, (2014) meneliti tentang Pengaruh Pendidikan kesehatan latihan rehabilitasi jantung terhadap pengetahuan mobilisasi dini pada pasien CHF (congestive Heart Failure) diperoleh nilai pengetahuan $p = 0,0004 < (0,05)$ sehingga didapatkan pengaruh signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikannya perbedaan pendidikan kesehatan. Perbedaan dari penelitian diatas dengan penelitian ini adalah terletak pada desain penelitiannya, pada penelitian diatas menggunakan desain pre-post tes without control sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*.