

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada dua masalah ganda. Disamping masalah penyakit menular dan kekurangan gizi terjadi pula peningkatan kasus penyakit tidak menular (*Non-Communicable Disease*) dan obesitas (gizi lebih) yang merupakan faktor risikonya seperti penyakit hipertensi, diabetes mellitus, kardiovaskuler, stroke dan lain-lain. Di dunia, penyakit tidak menular telah menyumbang 3 juta kematian, dimana 60% kematian diantaranya terjadi pada penduduk berumur di bawah 70 tahun. Penyakit tidak menular yang cukup banyak mempengaruhi angka kematian dunia adalah penyakit kardiovaskuler (Dicky, 2017).

Jenis penyakit kardiovaskuler salah satunya adalah penyakit gagal jantung kongestif. Gagal jantung merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan tubuh, istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan (Kasron, 2012).

Faktor risiko penyakit jantung terdiri dari faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi ialah hipertensi, diabetes mellitus, stress, kurang aktivitas fisik, dan diet tidak sehat. Di era globalisasi

ini, banyak masyarakat yang menjalani hidup dengan diet yang tidak sehat. Terlihat dari seringnya masyarakat mengonsumsi *junk food* dan jarang berolahraga. Hal ini dapat meningkatkan kadar kolestrol dalam tubuh yang dapat memicu hipertensi dan kerusakan pembuluh darah. Data dari Framingham menunjukkan bahwa hipertensi dengan atau tanpa penyakit iskemik merupakan penyebab gagal jantung yang terbanyak. Sebaliknya, penyakit jantung iskemik merupakan penyebab gagal jantung yang terbanyak di Eropa. Studi lain di Inggris juga membuktikan pentingnya penyakit arteri koroner sebagai penyebab gagal jantung. Sejumlah 41% klien yang dirawat karena gagal jantung menderita penyakit jantung iskemik, 26% diantaranya baru saja menderita infark miokardium, 49% dengan infark miokardium yang telah lama diderita, dan 24% angina. Hipertensi dan kardiomiopati dilatasi masing-masing hanya menjadi penyebab 6% dan 1% klien (Muttaqin, 2009).

Hal ini dibuktikan dengan data prevalensi dari tahun ke tahun meningkat. Menurut *World Health Organization* (WHO) penyakit kardiovaskuler adalah penyebab utama kematian secara global. Di dunia 17,5 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskuler atau 31% mewakili dari seluruh kematian secara global (WHO,2016). Benua asia menduduki tempat tertinggi kematian akibat penyakit kardiovaskuler dengan jumlah 712,1 jiwa,indonesia menduduki peringkat kedua setelah filipina dengan jumlah kematian 371,0 jiwa(WHO 2014).

Penderita gagal jantung di Indonesia pada tahun 2012 menurut data dari Departemen Kesehatan mencapai 14.449 jiwa penderita yang menjalani rawat

inap di rumah sakit. Pada tahun 2012 di Jawa Tengah terdapat 520 penderita *CHF* dan menjalani rawat inap. Di Indonesia, sekitar 0,3% dari jumlah penduduk menderita gagal jantung, prevalensi penyakit ini meningkat seiring dengan peningkatan umur (*Depkes, 2013*). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2013, penderita gagal jantung di Jawa Tengah sebesar 277.399 (0,8%) jiwa dari jumlah penduduk keseluruhan 34.674.870 jiwa (*Dinkes Jawa Tengah, 2013*).

Berdasarkan gambaran di atas menunjukkan gagal jantung kongesti telah menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian secara serius. Secara patofisiologinya penyakit gagal jantung terjadi karena hipertensi, peningkatan beban kerja jantung yang menyebabkan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri sehingga terjadi penurunan curah jantung mengakibatkan penurunan perfusi organ sistemik, dan mempengaruhi penurunan tekanan darah dalam memenuhi kebutuhan oksigen yang digunakan untuk metabolisme jaringan, gejala yang muncul seperti nyeri dada, sesak nafas, dan intoleransi aktivitas, berdasarkan gejala yang muncul akan menyebabkan aktivitas pasien terbatas, lama-kelamaan menyebabkan kekakuan atau nyeri sendi, kontraktur dan dapat menghambat perawatan diri (*Aspiani, 2015*).

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat memonitor tanda vital dan irama jantung selama dan setelah aktifitas, takikardia, distritmia, peningkatan dispnea, perubahan tekanan darah, pucat, keluhan nyeri dada, kelelahan berlebihan, dan mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, memberikan edukasi tentang aktivitas yang mampu dilakukan atau

pembatasan aktivitas. Apabila manifestasi terlihat Instruksikan untuk istirahat (Priscilla, 2015).

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang upaya penatalaksanaan intoleransi aktivitas pada pasien CHF.

B. Batasan Masalah

Pada studi kasus ini masalah dibatasi pada asuhan keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas.

C. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien CHF(*Congestive Heart Failure*) dengan intoleransi aktivitas ?”.

D. Tujuan Umum

Tujuan penulisan ini yaitu menggali Asuhan keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas

E. Tujuan Khusus

1. Menggali pengkajian keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas
2. Menggali diagnosis pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas
3. Menggali perencanaan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas
4. Menggali penatalaksanaan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas

5. Menggali evaluasi pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas.

F. Manfaat

Dari hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat, antara lain:

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai referensi dan tambahan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler, *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Praktis

- a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan rumah sakit agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas.

- b. Bagi Penulis

Hasil studi kasus ini dapat menjadi rujukan bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus Asuhan Keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas.

- c. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai acuan bagi profesi keperawatan, memberikan pemahaman yang lebih baik tentang Asuhan Keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan Intoleransi aktifitas.

