

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan jumlah penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*) secara global sedang terjadi seiring dengan menurunnya jumlah penyakit menular (*communicable disease*). Kondisi tersebut berkaitan dengan perubahan pola dan manajemen kesehatan (WHO, 2016). Di era globalisasi ini, banyak masyarakat yang melakukan perubahan pola dan manajemen kesehatan. Terlihat dari seringnya masyarakat yang mengonsumsi makanan cepat saji, kurang beristirahat dan jarang berolahraga. Hal ini dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh yang dapat memicu hipertensi, kerusakan pembuluh darah, stroke, diabetes mellitus, kardiovaskular dan lain-lain. *World Health Organization* (2017) melaporkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian terbesar di dunia. Diperkirakan 17,7 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskular pada tahun 2015. Dari jumlah kematian tersebut, diperkirakan 7,4 juta disebabkan oleh penyakit jantung.

Jenis penyakit kardiovaskular salah satunya adalah penyakit gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failure* (CHF). Karson (2012; h. 48) mendefinisikan gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan. Menurut PERKI, (2015; h. 1) gejala khas gagal jantung yaitu sesak napas saat istirahat atau aktivitas, kelelahan, edema tungkai, sedangkan tanda-tanda khas gagal jantung adalah takikardi, takipnea, ronki paru, peningkatan vena jugularis, edema perifer, dan hepatomegali. Menurut Muttaqin, (2009) gagal jantung adalah komplikasi yang paling sering dari segala jenis penyakit jantung kongenital maupun yang didapat.

Sebuah penelitian oleh WHO tahun 2010 (dikutip dalam Willy, dkk 2013) menyatakan bahwa faktor risiko penyakit gagal jantung kongestif dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor risiko internal antara lain faktor keturunan, jenis kelamin, dan usia. Faktor eksternal antara lain pola makan kebiasaan merokok, faktor keturunan, riwayat obesitas, riwayat diabetes mellitus, kurangnya aktivitas, stress, dan riwayat hipertensi. 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. Perbedaan ini mungkin akibat adanya perbedaan definisi, bukan karena perbedaan yang sesungguhnya di dalam populasi. Studi lain di Inggris juga membuktikan pentingnya penyakit arteri koroner sebagai penyebab gagal jantung. Sejumlah 41% klien yang dirawat karena menderita penyakit jantung iskemik, 26% diantaranya baru saja menderita infark miokardium, 49% dengan infark miokardium yang telah lama dideritanya, dan 24% angina. Hipertensi dan kardioamiopati dilatasi masing-masing hanya menjadi penyebab pada 6% dan 1% klien (mutaqqin, 2009; h. 199).

Priscilla dkk (2015; h. 1208) menyampaikan lebih dari 5,7 juta orang di Amerika Serikat saat ini hidup dengan gagal jantung, sekitar 550.000 kasus baru gagal jantung didiagnosis per tahun (*American Heart Association [AHA], 2009*). Insiden dan prevalensinya meningkat seiring usia: kurang dari 5% orang diantara usia 55 tahun dan 65 tahun menderita gagal jantung, sementara 6% hingga 10% lansia yang berusia lebih dari 65 tahun menderita gagal jantung. Pada usia 40, risiko seumur hidup menderita gagal jantung adalah satu dari lima (AHA, 2009).

Menurut data Riskesdas 2018, berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit jantung di Indonesia sebesar 1,5 % atau diperkirakan sekitar 1.017.290 orang. Sedangkan menurut data Riskesdas tahun 2013 di Indonesia prevalensi penyakit gagal jantung pada tahun 2013 sebesar 0,13 % atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan gejala yang muncul sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang.

Berdasarkan Riskesdas 2013, Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi di DIY (0,25%), disusul Jawa Timur (0,19%), dan Jawa Tengah (0,18%). Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0,8%), diikuti Sulawesi Tengah (0,7%), sementara Sulawesi Selatan dan Papua sebesar (0,5%). Sedangkan menurut Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2013) memeparkan bahwa penderita gagal jantung di Jawa Tengah pada tahun 2013 sebesar 277.399 (0,8%) jiwa dari jumlah penduduk keseluruhan 34.674.870 jiwa. Data dari Depkes Klaten tahun 2015, terdapat kasus gagal jantung sebanyak 1.089 kasus, sedangkan penderita AMI dan angina pectoris yang berisiko mengalami gagal jantung kongestif terdapat 1151 kasus (Depkes, 2015). Menurut data dari RSI Klaten tahun 2016-2018 pasien CHF berjumlah 720 jiwa.

Berdasarkan gambaran di atas menunjukkan bahwa gagal jantung kongestif telah menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian secara serius. Menurut Awan dan Rini, (2015) patofisiologi penyakit gagal jantung terjadi karena menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung yang disebabkan peningkatan beban jantung. Beban jantung meningkat sehingga menyebabkan ventrikel gagal dalam memompa darah sehingga terjadi penurunan curah jantung yang mempengaruhi penurunan suplai darah ke jaringan paru. Hal ini menyebabkan pemenuhan nutrisi dan O₂ dalam sel menurun yang menyebabkan metabolisme dalam sel menurun sehingga tubuh menjadi lemah dan letih dan menyebabkan intoleransi aktivitas.

Menurut NANDA 2012-2014 dikutip dalam Tarwoto dan Wartonah, (2015; h. 173) intoleransi aktivitas merupakan kondisi dimana seseorang mengalami penurunan energi psikologis atau fisiologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Priscilla dkk, (2015; h. 1226) menjelaskan bahwa pada pasien gagal jantung mempunyai sedikit atau tidak ada cadangan jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Ketika penyakit memburuk dan fungsi jantung semakin terganggu, intoleransi meningkat sehingga muncul gejala takikardia, disritmia, peningkatan dyspnea, perubahan tekanan darah, pucat,

kelelahan berlebih yang merupakan indikasi intoleransi aktivitas. Jika intoleransi tidak segera ditangani maka berdampak sesak napas, imobilitas, kekakuan pada persendian. Intoleransi yang tidak ditangani juga dapat menyebabkan kelemahan otot karena metabolisme dalam jaringan mengalami kekurangan (Halimuddin,2014).

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu menginstruksikan istirahat jika manifestasi terlihat, memberikan O₂ terkait dengan aktivitas untuk meningkatkan curah jantung, memonitor tanda-tanda vital dan irama jantung sebelum dan sesudah melakukan aktivitas (Ryandini, 2017), membantu dalam melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs secara mandiri), mengidentifikasi aktivitas yang dapat dilakukan, melatih ROM pasif dan aktif sesuai kebutuhan guna mencegah komplikasi akibat imobilitas pada pasien yang sakit berat (Priscilla dkk, 2015 h. 1226). Arif Muttaqin, (2009; h. 200) menjelaskan bahwa kelangsungan hidup pasien dengan gagal jantung dipengaruhi beratnya kondisi yang dialami masing-masing pasien. Pasien dengan gagal jantung berat hanya mampu melakukan aktivitas secara terbatas, sementara itu pasien dengan gagal jantung yang lebih ringan juga harus tetap melakukan pembatasan terhadap aktivitasnya. Pembatasan terhadap aktivitas menjadi salah satu penyebab pasien gagal jantung mempunyai kapasitas latihan yang menurun, walaupun pasien sudah menjalani pengobatan yang modern.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) Dengan Intoleransi Aktivitas”.

B. Batasan Masalah

Pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada 2 pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

C. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggali dan mempelajari pengkajian keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.
- b. Menggali dan mempelajari diagnosa keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.
- c. Menggali dan mempelajari perencanaan keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.
- d. Menggali dan mempelajari pelaksanaan keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.
- e. Menggali dan mempelajari evaluasi keperawatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah dengan metode Studi Kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

2. Manfaat Praktis

a. Perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

b. Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini diharapkan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas.

c. Institusi pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar mengenai CHF dengan intoleransi aktivitas.

d. Pasien

Karya tulis ilmiah ini diharapkan agar pasien mengerti gambaran umum tentang gagal jantung kongestif atau CHF beserta perawatan yang benar bagi klien CHF dengan intoleransi aktivitas.