

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Berdasarkan laporan *World Health Organisation* (WHO), di tahun 2008 tercatat 17,3 juta orang meninggal dunia akibat penyakit kardiovaskuler, dan 7,3 juta diantaranya disebabkan oleh penyakit jantung koroner (PJK) (WHO, 2011). Berdasarkan statistik penyakit jantung koroner dari *American Heart Association* (AHA), di negara maju seperti di Amerika Serikat, PJK merupakan penyebab kematian nomor satu. Pada tahun 2006, PJK menyebabkan 550.000 kematian dan setiap tahunnya sekitar 1,5 juta orang mengalami serangan jantung. Sedangkan di Eropa diperhitungkan 20.000 – 40.000 orang dari 1 juta penduduk menderita PJK (Majid, 2007 dalam Salim & Nurrohmah, 2013)

Di negara berkembang seperti di India kematian akibat PJK mencapai 3,46 juta orang dari total 10,3 juta kematian sedangkan tingkat prevalensi PJK di India baik pedesaan atau perkotaan, mengalami peningkatan dari 1,6 % menjadi 7,4 % pada populasi pedesaan dan 1 % menjadi 13,2 % pada populasi perkotaan (Gupta, 2008 dalam Huffman, 2010). Perkiraan WHO pada tahun 2030, sekitar 23,6 juta orang akan meninggal akibat penyakit kardiovaskular, terutama penyakit jantung koroner akan terjadi peningkatan prevalensi terbesar di daerah timur mediteranian, sedangkan peningkatan kematian terbesar akan terjadi di daerah Asia Tenggara (WHO, 2011).

Indonesia sebagai salah satu negara yang termasuk dalam kawasan Asia Tenggara seharusnya waspada terhadap isu global tersebut. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa, prevalensi PJK mencapai 7,2% per 1000 penduduk. Angka kematian pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan akibat PJK 8,7%, hipertensi dan penyakit jantung lain masing-masing 7,1%, sedangkan di pedesaan kematian akibat PJK 8,8%, hipertensi dan penyakit jantung lainnya mencapai 9,2%, Sementara itu angka kematian pada kelompok usia 55-64 tahun di daerah perkotaan akibat PJK 5,8%, sedangkan di pedesaan 5,7% (Riskesdas, 2007). Di Provinsi Jawa Tengah berdasarkan laporan dari Rumah Sakit, kasus tertinggi PJK adalah di Kota Semarang yaitu sebesar 4.784 kasus (26,00%) dibanding dengan jumlah keseluruhan kasus PJK di kabupaten/kota lain di Jawa Tengah (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2010).

Penyakit Jantung Koroner (PJK) mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara aliran darah pada arteri koroner dan kebutuhan oksigen miokard (Smeltzer & Bare, 2008). Apabila keadaan ini berlangsung lama dan tidak segera ditangani dengan tepat dapat menyebabkan kematian jaringan otot jantung (infark miokard) yang bisa mengakibatkan kematian, sehingga sangat diperlukan penanganan yang tepat untuk mencegah resiko kematian. Ada beberapa cara dalam penanganan infark miokard, salah satunya adalah *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)* (Soeharto, 2004). Menurut penelitian Archbold & Curzen (2011), menunjukkan tingginya tindakan CABG, yaitu Sekitar 27.000 orang di Inggris dan 500.000 orang per tahun menjalani CABG di Amerika Serikat. Sedangkan di India, dari 60.000 operasi jantung terbuka dilakukan setiap tahun mayoritas adalah CABG dan penggantian katup (Kasliwal *et al*, 2008)

Di Indonesia pelayanan tindakan CABG dapat dilakukan di beberapa Rumah Sakit. Salah satu Rumah Sakit yang melayani tindakan CABG yaitu RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad. Pada tahun 2011 tercatat 750 dari 1904 jenis operasi atau 40% dan menduduki peringkat pertama jenis operasi. Sedangkan tahun 2012 sebanyak 984 pasien dari 2436 jenis operasi (40,39%) juga merupakan jenis operasi terbanyak ditahun 2012 (Litbang RSPAD Gatot Soebroto, 2013).

Perawatan pasca CABG telah mengalami perubahan yaitu dari konsep lama yang menganjurkan perawatan jangka lama (satu bulan) karena khawatir akan timbulnya pemburukan bila dilakukan ambulasi dini, telah berubah menjadi konsep yang baru yaitu konsep Rehabilitasi Dini (*Early Ambulation, Early Rehabilitation*) (Yusuf, 2007). Rehabilitasi dini dimulai sejak periode awal perawatan, dipulangkan ke rumah dan dilanjutkan di luar rumah sakit, sehingga klien mampu memperoleh tingkat kesehatan yang optimal (Abdurachim *et al*, 2007).

Dalam pelaksanaan rehabilitasi, dikelompokan dalam beberapa fase; fase I, dilakukan saat klien masih dalam masa perawatan, yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan efek buruk akibat tirah baring yang lama sedangkan fase II, dilakukan segera setelah klien keluar dari rumah sakit, dan merupakan fase yang amat penting karena jika dilakukan secara teratur dapat membantu memperbaiki kemampuan fisik klien, menurunkan faktor resiko dan menyiapkan pasien kembali pada kehidupan normal seperti sebelum sakit (Radi *et al*, 2009).

Penelitian Abdurachim *et al*, (2007) menunjukkan bahwa, peserta program rehabilitasi fase II ini masih sangat sedikit persentasenya. klien pasca CABG yang persentasenya mendominasi peserta baru program rehabilitasi jantung fase II sebenarnya hanya 58% saja dari total klien yang menjalani operasi CABG. Sedangkan 42% memilih menjalani program rehabilitasi fase II di rumah dengan alasan harus kembali ke daerah asalnya atau karena akses ke RS yang jauh. Penelitian menunjukkan bahwa kelompok rehabilitasi di rumah lebih banyak yang olah raga tidak teratur dibanding dengan kelompok di rumah sakit (26,67% vs 8,83%), dan kualitas hidup dalam aspek kesehatan umum pada klien yang latihan teratur lebih baik jika dibandingkan dengan yang tidak teratur (Abdurachim *et al*, 2007)

Menurut Yulianti *et al*, dalam jurnalnya menyatakan keterbatasan aktivitas fisik dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang, semakin berat keterbatasan aktivitas fisik seseorang, maka kualitas hidupnya semakin rendah (Yulianti, *et al*, 2011). Pada klien pasca CABG perlu dilakukan rehabilitasi jantung fase II, untuk meningkatkan kemampuan fisik yang dapat dilatih secara bertahap dan teratur hingga muncul rasa percaya diri klien untuk kembali melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit sehingga dengan beraktivitas secara baik maka kualitas hidup klien diharapkan akan ikut meningkat.

Kualitas hidup merupakan persepsi seseorang terhadap apa yang ingin dicapai dalam hidupnya, yang disampaikan secara subyektif. Kesulitannya adalah cara mengukur persepsi tersebut karena merupakan ungkapan/perasaan subjektif. Untuk dapat diukur secara objektif, maka perasaan subjektif harus dikonversi menjadi suatu nilai dengan menggunakan pertanyaan/kuesioner lewat suatu penelitian.

Untuk itu penelitian mengenai kualitas hidup pada klien pasca CABG perlu mendapat perhatian karena dapat digunakan untuk menilai manfaat terapi dan efektivitas pengobatan (Djauzi & Karjadi, 2008).

Berdasarkan uraian diatas, serta masih sedikitnya penelitian mengenai rehabilitasi jantung khususnya fase II dan kualitas hidup pada klien pasca CABG, maka penulis ingin melakukan penelitian mengenai “Efektifitas Latihan Rehabilitasi Jantung Fase II terhadap Kualitas Hidup Klien Pasca CABG di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.

## **B. Rumusan Masalah**

Pelaksanaan rehabilitasi jantung fase II merupakan bagian yang amat penting untuk melakukan evaluasi terhadap program perawatan pasca CABG. Pelaksanaan rehabilitasi jantung fase II yang dilakukan secara teratur dapat menghindarkan klien dari penurunan fungsi dan penurunan kekuatan otot sehingga klien dapat menjalani kehidupan normal seperti sebelum sakit, dan diharapkan klien dapat mencapai kualitas hidup yang optimal. Berdasarkan uraian diatas, maka dirumuskan permasalahan sebagai berikut : Apakah latihan rehabilitasi jantung Fase II efektif meningkatkan kualitas hidup klien pasca CABG di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum:**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas latihan rehabilitasi jantung fase II terhadap kualitas hidup klien pasca CABG di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.

2. Tujuan Khusus:
  - a. Mengidentifikasi karakteristik Klien yang menjalani Rehabilitasi Jantung Fase II di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
  - b. Mengidentifikasi kualitas hidup klien pasca CABG yang mengikuti rehabilitasi jantung fase II di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
  - c. Menganalisis efektifitas latihan rehabilitasi jantung fase II terhadap kualitas hidup klien pasca CABG di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Institusi Pendidikan Keperawatan

Memberikan masukan kepada institusi pendidikan keperawatan untuk mengembangkan konsep program rehabilitasi jantung terutama rehabilitasi jantung fase II.

2. Institusi Pelayanan Kesehatan

Memberi masukan mengenai program rehabilitasi jantung terutama fase II untuk menilai atau mengevaluasi tingkat keberhasilan klien dalam meningkatkan kualitas hidup.

3. Penulis

Memberikan wawasan pengetahuan mengenai rehabilitasi jantung, terutama fase II pada klien pasca CABG dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup serta sebagai dasar pengembangan penelitian selanjutnya.