

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Sindroma Koroner Akut (SKA) adalah salah satu manifestasi klinis Penyakit Jantung Koroner (PJK) yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. (1). SKA menjadi penyebab utama kematian di seluruh dunia baik di negara maju maupun negara berkembang. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, sebanyak 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskular atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 3/4 kematian akibat penyakit kardiovaskular terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Penyakit jantung koroner juga menjadi penyebab utama kematian di negara-negara Asia pada tahun 2010. Pada tahun 2030 diperkirakan sekitar 23,6 juta penduduk dunia akan meninggal karena penyakit jantung koroner dan peningkatan jumlah kematian terbesar akan terjadi di wilayah Asia Tenggara termasuk Indonesia (2).

Data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2013, prevalensi tertinggi untuk penyakit kardiovaskuler di Indonesia adalah PJK, yakni sebesar 1,5%. Survei menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi terjadi pada kelompok umur 65-74 tahun (3,6%). Status ekonomi, terbanyak pada tingkat ekonomi bawah (2,1%) dan menengah bawah (1,6%) (3). Data Riskesdas 2018, prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013.

Kenaikan tersebut antara lain oleh karena kebiasaan merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta kurang konsumsi buah dan sayur (4).

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu propinsi dengan prevalensi PTM yang mengalami peningkatan sejak tahun 1997. Penyebab kematian telah bergeser dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Data penyebab kematian di DIY yang didapatkan dari data laporan rumah sakit pada tahun 2016, untuk penyakit penyempitan pembuluh darah jantung menduduki peringkat ke-2 dengan jumlah kasus 166 atau 12 % dari seluruh jumlah kematian. Laporan hasil Surveilans Terpadu Penyakit di DIY tahun 2017, sebanyak 1650 kasus penyakit jantung dengan infark miokard akut (5).

Berdasarkan data register pasien di ruang ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2017, jumlah pasien SKA rawat inap sebanyak 700 pasien. Setiap bulan rata-rata 45 pasien dengan kasus STEMI (*ST segment Elevasi Myocard Infarction* atau Infark Miokard Akut dengan Elevasi segmen ST). Bulan Januari - Juni 2018 sebanyak 353 dirawat dengan SKA dan 242 diantaranya adalah STEMI, dengan rata-rata tiap bulan 40 pasien.

Penatalaksanaan medis terhadap pasien SKA setelah kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil adalah mengikuti program pemulihan melalui program rehabilitasi jantung. Program rehabilitasi jantung pada penderita gangguan jantung merupakan program multifase yang dirancang untuk memulihkan gangguan jantung terutama gangguan pembuluh darah koroner. Program ini meliputi latihan aktivitas fisik, konseling psikologis, dan terapi perilaku menuju gaya hidup sehat (6).

Program rehabilitasi jantung merupakan program pencegahan sekunder yang berintegrasi dengan asuhan komprehensif pada penderita infark miokard. Berdasarkan *American Heart Assosiation* (AHA) dan *American College of Cardiology* (ACC) rehabilitasi jantung terbukti berguna dan efektif (rekomen-dasi kelas I) pada pasien pasca Sindroma Koroner Akut, post PCI (*Percutaneous Coronary Intervensi*), angina pektoris stabil, pasca operasi bedah pintas koroner (*Coronary Artery Bypass Grafting/CABG*), gagal jantung, penyakit katup jantung, dan penyakit arteri perifer (7).

Rehabilitasi jantung terbagi dalam empat fase dan dapat dimulai saat pasien masih dirawat (*inpatient*) yang disebut dengan rehabilitasi jantung fase I. Fase II dilakukan segera setelah pasien pulang atau keluar dari rumah sakit dengan pengawasan tim rehabilitasi jantung. Fase III dan IV adalah fase pemeliharaan dimana diharapkan pasien mampu melakukan program rehabilitasi jantung secara mandiri, aman dan mempertahankan pola hidup sehat selamanya dibantu atau bersama-sama keluarga dan masyarakat sekitarnya.(8).

Tujuan rehabilitasi jantung fase I adalah mempercepat proses pemulihan dan meminimalkan efek imobilisasi seperti pelemahan otot dan deep vein thrombosis (DVT).. Manfaat dari program ini yaitu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, menurunkan depresi dan kecemasan pasien, serta mempersingkat waktu perawatan pasien (9). Penerapan rehabilitasi dini ini terbukti aman dan tidak ditemukan peningkatan angka reinfark maupun mortalitas bahkan dapat memulihkan gangguan akibat tirah baring lama seperti penurunan kapasitas fungsi,

penurunan kekuatan otot, ansietas dan hipotensi ortostatik. Pasien merasa lebih segar dan mampu mengerjakan aktivitas sehari-hari (10).

Kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung masih tergolong rendah, padahal kepatuhan merupakan salah satu faktor penting dalam keberhasilan penatalaksanaan penyakit (11). Pasien yang tidak patuh terhadap program terapi dapat berdampak pada pasien dan sistem pelayanan kesehatan. Ketidakepatuhan dapat berakibat buruk pada penyakit, meningkatkan biaya pengobatan bahkan kematian (12).

Berdasarkan pengamatan peneliti selama bertugas di ruang ICCU dalam pelaksanaan rehabilitasi jantung fase 1 masih banyak ditemukan beberapa kendala. Respon pasien ada yang menolak untuk melakukan tahapan program rehabilitasi jantung fase 1 karena merasa sudah sehat dan bisa melakukan hal yang lebih dari tahapan yang seharusnya. Penelitian Wartini mengenai kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung di RS Sanglah Bali menjelaskan bahwa ketidakepatuhan pasien relatif tinggi yaitu 58%. Penyebabnya karena pasien belum memahami tentang tahapan aktivitas yang seharusnya dilakukan serta tujuan dari program tersebut (13). Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nurul Fatimah Saripudin yang menyatakan bahwa kepatuhan dan partisipasi pasien dalam menjalani rehabilitasi jantung masih sangat rendah, hal tersebut dipengaruhi oleh berbagai hambatan diantaranya ketidaktahuan pasien mengenai rehabilitasi jantung (14).

Penyebab ketidakepatuhan yang lain adalah pasien yang merasa tidak berdaya sehingga takut untuk melakukan rehabilitasi jantung fase 1 dengan

berbagai alasan seperti masih merasa lemah, takut nyeri dada berulang dan merasa belum mampu untuk melakukan aktivitas yang seharusnya sudah diperbolehkan. Penelitian Putri Puspa Delima menyatakan bahwa tingginya faktor ketidakberdayaan pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) dapat diturunkan dengan program aktivitas fisik (15).

Antonakoudis *et.al* menjelaskan bahwa kepatuhan dan partisipasi pasien dalam kegiatan program rehabilitasi jantung secara signifikan meningkatkan kualitas hidup (16). Kualitas hidup atau *Quality of Life* (QOL) dipandang dari segi kesehatan adalah suatu konsep multidimensional yang secara umum terdiri dari sejumlah domain yang meliputi fungsi fisik, psikologis (emosional) dan sosial seseorang terhadap kesehatannya (17). Kualitas hidup pada fungsi fisik dapat dilihat dari data demografi yaitu usia, jenis kelamin, sedangkan dari fungsi psikologi yaitu adanya depresi, ansietas, kurangnya dukungan keluarga (18). Penelitian yang ditulis oleh Panthee dan Kritpracha menjelaskan bahwa kecemasan yang dialami oleh pasien *Acute Myocard Infarction* (AMI) dapat mempengaruhi secara negatif terhadap kualitas hidup (19). Dengan melihat latar belakang tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Kepatuhan dalam Melaksanakan Rehabilitasi Jantung Fase I dengan Kualitas Hidup pada Pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI) di ruang ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Rumusan masalah

Apakah ada hubungan antara kepatuhan dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I dengan kualitas hidup pada pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI) di ruang ICCU RSUP DR. Sardjito Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini untuk menganalisa hubungan antara kepatuhan dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I dengan kualitas hidup pada pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI) di ruang ICCU RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik data pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI) meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan riwayat sakit serupa.
- b. Mengidentifikasi kepatuhan pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI) dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI).
- d. Mengidentifikasi hubungan antara kepatuhan dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I dengan kualitas hidup pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI).

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Menambah pengetahuan perawat tentang pentingnya aspek kepatuhan pasien Sindrom Koroner Akut dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I.
- b. Memberikan dukungan teoritis mengenai kepatuhan pasien SKA dalam

melaksanakan rehabilitasi jantung fase I.

- c. Hasil penelitian ini akan memberikan masukan sebagai data awal untuk pengembangan penelitian mengenai rehabilitasi jantung.
- d. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi bahan rujukan untuk penelitian sejenis yang terkait dengan kepatuhan pasien dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pasien SKA.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber pustaka penelitian yang berkaitan dengan Sindrom Koroner Akut dan rehabilitasi jantung.

a. Bagi Rumah Sakit

- 1) Rehabilitasi jantung seawal mungkin dapat memperpendek lama rawat inap /menurunkan LOS (*Length of Stay*)
- 2) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan Sindroma Koroner Akut

b. Profesi Keperawatan

Sebagai acuan bagi tenaga keperawatan mengenai pentingnya kepatuhan pasien SKA dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase I.

c. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat memotivasi peneliti lain untuk meneliti tentang rehabilitasi jantung pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut.

d. Bagi Pasien

- 1) Membantu mengembalikan rasa percaya diri, mengurangi kecemasan dan depresi, meningkatkan manajemen stress.

- 2) Siap bekerja kembali dan dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri.
- 3) Mengurangi kemungkinan dirawat kembali.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
Desi Natalia Trijayanti I., (2017) (20).	Pengaruh Rehabilitasi jantung fase 1 terhadap kenyamanan dan kualitas hidup pasien <i>Acute Myocardial Infarction</i> di Ruang IPI RS Baptis Kediri.	Quasy experiment dengan <i>post tes design</i>	Uji beda kenyamanan didapatkan nilai t -4,36 dengan $p < 0,05$ dan untuk kualitas hidup -8,28 dengan $p < 0,05$. Ada perbedaan kenyamanan dan kualitas hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan rehabilitasi jantung fase 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meneliti tentang rehabilitasi jantung fase 1 pada pasien <i>Acute Myocard Infarction</i> 2. Meneliti tentang kualitas hidup 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Variabel independennya yaitu pada penelitian saya adalah tingkat kepatuhan dalam melaksanakan rehabilitasi jantung fase 1 4. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian saya <i>cross sectional</i> 5. Penelitian untuk saat ini di ruang ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Hience Reyferaldo Halirat (2014) (21).	Efektivitas Latihan Rehabilitasi Jantung Fase II terhadap Kualitas Hidup klien pasca CABG di RSPAD Gatot Subroto Ditkesad.	Metode <i>cross sectional</i>	Sebagian besar responden usianya 45 – 65 tahun (84,6%), jenis kelamin laki-laki (76,9%), pendidikan SMA (65,4%), kapasitas fungsional 6 – 7 METs (80,8%) sedangkan kapasitas fungsional <6 METs (19,2%). Kualitas hidup baik (80,8%) kualitas hidup sedang (19,2%). Uji statistik menunjukkan latihan rehabilitasi janung fase II efektif meningkatkan kualitas hidup klien pasca CABG di RS Gatot Subroto Ditkesad, (p<0,05)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sama-sama meneliti tentang rehabilitasi jantung dan kualitas hidup 2. Metode penelitian <i>cross sectional</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam penelitian sebelumnya tentang rehabilitasi jantung fase II, sedang dalam penelitian saya rehabilitasi jantung fase 1 2. Sampel yang digunakan pasien post CABG, sedangkan dalam penelitian saya pasien Sindrom Koroner Akut (STEMI)
--	--	-------------------------------	---	--	---

Rivka Herman, MSc.,RN (2013) (22).	<i>Correlation between Participation in a Cardiac Rehabilitation Program and Quality of Life of Patients with Coronary Artery Disease</i>	<i>Prospective study</i> pada pasien dengan penyakit arteri koroner (SKA) dengan metode peserta menyelesaikan kuesioner sebelum dan sesudah program rehabilitasi jantung selama 3 bulan. Pasien disurvei menggunakan evaluasi riwayat jantung dan kuesioner <i>QoL</i> Penyakit Jantung <i>Mac New</i> .	Responden yang memenuhi syarat, 14% dari peserta adalah wanita dan 7% dari etnis Arab. <i>QoL</i> pasien meningkat secara signifikan setelah partisipasi. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dihubungkan dengan peningkatan kualitas hidup. Sebaliknya, beban faktor risiko jantung dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup. Tidak ada hubungan antara stratifikasi risiko penyakit jantung, usia atau religiusitas dengan kualitas hidup.	Meneliti tentang hubungan rehabilitasi jantung dengan kualitas hidup pada pasien SKA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam penelitian sebelumnya tidak menyebutkan secara spesifik fase rehabilitasi jantung, sedangkan dalam penelitian saya tentang rehabilitasi jantung fase 1 2. Metode yang digunakan dalam penelitian saya <i>cross sectional</i>
------------------------------------	---	--	--	--	--
