

KARAKTERISTIK PENDERITA *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)

DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD TUGUREJO SEMARANG

TAHUN 2014

Maulidta, KW

ABSTRAK

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan penyebab utama kematian di beberapa negara dan *Angka kejadiannya setiap tahunnya terus meningkat*. Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan CHF merupakan penyebab kematian nomor tiga di Indonesia setelah stroke dan hipertensi. Pada tahun 2010 diperoleh data *Incidence Rate* penyakit jantung pada kelompok umur 15 tahun atau lebih sebesar 2,2 %. Pada tahun 2013 jumlah penderita CHF meningkat sekitar 229.696 orang. *Tujuan penelitian ini untuk mengetahui karakteristik penderita CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang pada bulan Maret-Mei 2014.*

Penelitian dilakukan menggunakan penelitian deskriptif dengan desain *Hospital based study*. Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang berobat di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang diperoleh dari status penderita CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang. Karakteristik penderita CHF di Instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo berdasarkan sosiodemografi tertinggi adalah laki 63,30%, lansia awal 40,00%, kawin 90,00%, suku jawa 100,00%, Indeks Masa Tubuh (IMT) normal 90,00%, dan penyebab terjadi CHF paling banyak adalah hipertensi, dan kardiomiopati sejumlah 70,00%.

Kata kunci: Penderita *Congestive Heart Failure (CHF)*, karakteristik

PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh yang disebabkan kelainan sekunder dari abnormalitas struktur jantung dan atau fungsi (yang diwariskan atau didapat) yang merusak kemampuan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengeluarkan darah.¹ CHF dapat berefek dalam ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini disebabkan karena adanya kerusakan kontraktilitas ventrikel, peningkatan *preload* dan *afterload* yang menyebabkan penurunan curah jantung.² Kondisi tersebut dapat merupakan penyebab kematian apabila tidak segera mendapatkan penanganan. Angka kejadian pasien dengan CHF mengalami peningkatan setiap tahunnya. Menurut *American Heart Association* (AHA) penderita CHF di Amerika Serikat pada tahun 2008 sekitar 5,7 juta jiwa, pada tahun 2010 terjadi peningkatan menjadi 6,6 juta jiwa, dan diperkirakan pada tahun 2030 akan bertambah sebanyak 3,3 juta jiwa dari tahun 2010.³

Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan CHF merupakan penyebab kematian nomor tiga di Indonesia setelah stroke dan hipertensi. Pada tahun 2010 diperoleh data *Incidence Rate* penyakit jantung pada kelompok umur 15 tahun atau lebih sebesar 2,2%. Pada tahun 2013 jumlah penderita CHF meningkat

J Ilmu dan Tek Kesehatan Vol 3 No 1 Juli 2013

sekitar 229.696 orang.⁴

Rumah Sakit Tugurejo merupakan salah satu rumah sakit daerah Semarang yang belum mempunyai pelayanan Spesialis Jantung dan Pembuluh darah, tetapi kunjungan pasien CHF di rawat jalan berkisar antara 20-30 kunjungan setiap bulan.

Berdasarkan uraian diatas perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui karakteristik penderita CHF di instalasi rawat jalan di RSUD Tugurejo tahun 2014

METODE

Penelitian dilakukan menggunakan penelitian deskriptif dengan desain *Hospital based study*. Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang berobat di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang diperoleh dari status penderita CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang. Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan komputer melalui program SPSS, kemudian dianalisa secara deskriptif dengan menggunakan analisa univariat.

HASIL dan PEMBAHASAN

Hasil

Tabel 1 Karakteristik Penderita CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang
Maret – Mei 2014

Variabel	Frekuensi	Prosentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	19	63,30
Perempuan	11	36,70
Umur		
Dewasa awal (26 -35)	2	6,70
Dewasa Akhir (36-45)	4	13,30
Lansia awal (46-55)	12	40,00
Lansia akhir (56-65)	6	20,00
Manula (>66)	6	20,0
Status perkawinan		
Kawin	27	90,00
Janda	2	6,70
Duda	1	3,20
Suku bangsa		
Jawa	30	100,00
Faktor risiko		
HT, PJK	19	63,30
HT, PJK & Merokok	6	20,00
HT, PJK & DM	5	16,70
Penyebab		
Iskhemia kardioiopati	5	16,70
Hipertensi	4	13,30
HT & Kardiomiopati	21	70,00
IMT		
Normal	27	90,00
<i>Overweight</i>	3	10,00
Jumlah	30	100,00

Keterangan :

- HT : Hipertensi
- PJK : Penyakit jantung koroner
- DM : Diabetes melitus

PEMBAHASAN

Responden laki-laki lebih besar dibandingkan dengan responden perempuan dengan proporsi responden laki-laki 63,30% sementara perempuan 36,70%. Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian sejenis karakteristik responden laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Hasil Penelitian yang sejenis mengungkapkan dari 30 responden 73,30% laki-laki dan 26,70% perempuan.⁵ Penelitian lain tahun 2010 menyimpulkan bahwa laki-laki memiliki kecenderungan lebih cepat terkena gagal jantung bila dibandingkan dengan perempuan.⁶ Hal ini sesuai dengan teori yang mengungkapkan bahwa laki-laki memiliki risiko mengalami penyakit jantung koroner 2-3 kali daripada perempuan sebelum menopause.⁷ Hal ini karena perempuan terlindungi oleh hormon estrogen yang mencegah kerusakan pembuluh darah yang berkembang menjadi proses aterosklerosis.

Penyakit jantung koroner adalah faktor risiko terjadinya gagal jantung. Faktor risiko terjadinya gagal jantung bersifat multifaktorial. Beberapa faktor risiko terjadinya gagal jantung adalah bertambahnya usia, hipertensi, hiperlipidemia, kegemukan, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, riwayat keluarga, anemia, kardiomiopati, kelainan katup jantung, infark miocard, merokok, *drug abuse*, *alcoholism*, dari beberapa faktor di atas hipertensi dan penyakit jantung koroner merupakan faktor risiko tersering terjadinya

J Ilmu dan Tek Kesehatan Vol 3 No 1 Juli 2013

gagal jantung.⁸ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti bahwa faktor risiko yang paling banyak terjadi pada responden adalah hipertensi dan penyakit jantung koroner 63,30%.

Berdasarkan penyebab terjadinya gagal jantung terdapat 21 responden (70,00 %) karena iskemia kardiomiopati dan hipertensi. Kedua kondisi tersebut menyebabkan penurunan suplai darah ke arteri koroner dan menurunkan atau menghentikan suplai oksigen ke otot jantung. Kematian otot jantung akan terjadi segera setelah tidak ada suplai oksigen, yang dapat mengakibatkan gangguan pompa jantung. Penyebab lain yang dapat mengakibatkan gagal jantung diantaranya kelainan irama, kelainan katup, dan kelebihan beban jantung.⁹ Di Amerika Serikat 80,00% kasus gagal jantung disebabkan oleh hipertensi, penyakit jantung koroner atau keduanya.⁸

Seluruh responden bersuku Jawa dan 90,00% masih mempunyai pasangan hidup. Ras kulit hitam dan Hispanic mempunyai risiko mengalami gagal jantung lebih tinggi dari ras lain di dunia. Pasangan dan keluarga dapat menjadi sumber suport sistem yang baik bagi penderita gagal jantung. Pasangan hidup dapat menjadi pengawas kepatuhan pasien gagal jantung dalam menjalankan management gagal jantung.

Responden yang paling banyak pada katagori umur lansia awal yaitu sejumlah 12 dari 30 responden. Umur merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Peningkatan umur akan meningkatkan risiko terjadinya gagal jantung.⁷ Hal ini berkaitan dengan proses menua yang menyebabkan peningkatan proses aterosklerosis pada pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan terganggunya aliran darah ke organ jantung sehingga terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dengan suplay oksigen.

Semakin bertambahnya usia seseorang akan semakin berisiko terkena serangan jantung.¹⁰ Teori yang lain menjelaskan bahwa penderita jantung paling banyak berada pada usia 55-65 tahun.¹¹ Proses penuaan yang terjadi pada individu akan dapat menyebabkan proses perubahan integritas lapisan dinding arteri (aterosklerosis) sehingga aliran darah dan nutrisi jaringan terhambat.⁷ Selain itu akibat aterosklerosis menyebabkan terganggunya perfusi jaringan karena kekakuan arteri yang menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan vaskuler perifer.⁷

Faktor umur juga dikaitkan dengan kadar kolesterol yang meningkat. Peningkatan kolesterol pada laki-laki sampai dengan umur 50 tahun lebih tinggi daripada perempuan sebelum menopause (45-50 tahun) namun setelah menopause kadar kolesterol

perempuan meningkat menjadi lebih tinggi daripada laki-laki.¹²

Sebagian besar responden mempunyai IMT dalam batas normal yaitu 18,5 -24,9 Kg/m². Index Masa Tubuh >25 Kg/m² meningkatkan risiko seseorang mengalami gagal jantung. Penderita gagal jantung yang *overweight* sebaiknya mengikuti program penurunan berat badan, selain mendapatkan terapi standar. Efek obesitas terhadap gagal jantung sampai saat ini belum diketahui dengan jelas.¹³

SIMPULAN

Hasil Penelitian ini telah mengidentifikasi karakteristik jenis kelamin, umur, status perkawinan, suku bangsa, faktor resiko, penyebab, dan IMT. Responden sebagian besar laki-laki dari pada perempuan, usia paling banyak di lansia awal.

SARAN

Peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian yang sejenis dengan melibatkan komponen rehabilitasi jantung dengan desain penelitian pre-post test dengan kelompok kontrol.

DAFTAR PUSTAKA

1. Braunwald. (2007). *Heart Disease* (Vol. 7). (U. Michigan, Ed.) W.B. Saunders.
2. Lilly, L. (2011). *Pathophysiology of Heart Disease (5th ed)*. (L. W. Wilkins, Ed.)

3. American Heart Association. (2012). *Heart disease and stroke statistic*. Diakses pada tanggal 2 Juni 2014 dari <http://circ.ahajournals.org/content/125/1/E2/T29.expansion.html>
4. Tanuwidjojo S, Rifqi S.(2003). *Atherosklerosis from theory to clinical practice, Naskah lengkap cardiology-update*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
5. Cheng, T.Y.L.& Boey, K.W. (2002). *The Effectiveness Of Cardiac Rehabilitation Program On Self-Efficacy And Exercise Tolerance*, <http://cnr.sagepub.com/cgi/reprint/11/1/10>. diperoleh 29 Juni 2014
6. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2010) *Synopsis of psychiatry* (10 ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
7. Semeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*, edisi8, Volume 2, Jakarta : EGC.
8. Schub T & Cabrera G. (2010). *Heart failure : Diagnosis-an overview*. Cinahl Information System.
9. Black MJ & Hawk JH. (2009). *Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Positive Outcomes 8th Ed Vol 2*. Elsevier Pte Ltd. Singapore.
10. Nicholson, C. (2007). *Heart Failure a Clinical Nursing Handbook*. John Wiley & Sons, Ltd.
11. Michael S Figueroa MD, J. I. (2006). *Congestive Heart Failure : Diagnosis, Pathophysiology, Therapy, and Implications for Respiratory Care*. (D. Enterprises, Ed.) *Respir Care*, 51(4), 403-412.
12. Djohan, T.B.A. (2004). *Penyakit Jantung Dan Hypertensi* <http://library.usu.ac.id/download/fk/gizi-bahri10.pdf> diperoleh 3 Pebruari 2014.
13. Schub E & Schub T. (2010). *Heart failure : Prevention*. Cinahl Information System