

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Menurut WHO yang diterbitkan pada tahun 2015 diperkirakan 17,5 miliar orang pada tahun 2012 meninggal karena penyakit kardiovaskuler termasuk diantaranya gagal jantung (WHO, 2015). Pada penelitian epidemiologi, ditemukan lebih dari 20 juta kasus yang terdiagnosis gagal jantung di seluruh dunia dan terdapat 2% pada negara berkembang. Menurut data American Heart Association terdapat 5,3 juta orang menderita gagal jantung di Amerika Serikat, 660,000 kasus baru terdiagnosis tiap tahunnya dengan perbandingan insiden 10/1000 populasi pada usia lebih dari 65 tahun. Di Indonesia penyakit jantung dan pembuluh darah ini terus meningkat dan akan memberikan beban kesakitan, kecacatan dan beban sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat, dan negara (Depkes, 2013).

Prevalensi gagal jantung berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13 persen, dan yang terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi DI Yogyakarta (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 persen (Risksdas, 2013).

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65 – 74 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis dokter, menurun sedikit pada umur ≥ 75 tahun (0,4%), tetapi untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (1,1%). Untuk yang didiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding laki-laki (0,1%), berdasar didiagnosis dokter atau gejala prevalensi sama banyaknya antara laki-laki dan perempuan (0,3%). Prevalensi yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah. Prevalensi yang

didiagnosis dokter lebih tinggi di perkotaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi. Untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala sama banyak antara perkotaan dan perdesaan (Risksedas, 2013).

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang berupaya untuk mencapai pemulihan penyakit yang diderita oleh pasien. Penyediaan makanan di rumah sakit diharapkan dapat membantu pasien dalam mengontrol konsumsi makanan agar tidak memperparah penyakitnya. Pelayanan gizi rumah sakit disesuaikan dengan keadaan pasien, berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh pasien. Rumah sakit memiliki pedoman diet khusus yang akan memberikan rekomendasi yang spesifik mengenai kebiasaan dan pola makan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi pasien. Salah satu upaya dari pelayanan gizi rumah sakit dalam rangka pencapaian status gizi yang optimal yaitu melalui pemberian diet jantung kepada pasien jantung. Menurut Wright dalam *The Journal Of The American Medical Association* (2004) bahwa sebanyak 50% pasien yang dirawat dirumah sakit mendapatkan zat gizi yang lebih rendah dari kebutuhan zat gizi yang diperlukan karena selera makan yang menurun dan ketidakmampuan untuk makan akibat penyakit yang dideritanya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lydiawati (2008) pada pasien penyakit kardiovaskular yang dirawat di RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan rata-rata tingkat konsumsi energi dan protein berada pada tingkat defisit sedang. Sedangkan tingkat kecukupan energi sebesar 86,88% atau berada pada tingkat defisit ringan dan tingkat kecukupan protein sebesar 135,32% atau melebihi dari tingkat kecukupan protein yang dianjurkan. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Mutmainnah (2008) menemukan tingkat konsumsi terhadap kebutuhan protein pada pasien rawat inap penyakit dalam di RS.H. Marzuki Mahdi Jakarta berada pada tingkat defisit berat.

Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan yang dikelola oleh Kesdam V/Brawijaya. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang menunjukkan bahwa penyakit gagal jantung masuk kedalam sepuluh besar penyakit di instalasi

rawat inap. Berdasarkan data terbaru yang diperoleh yaitu pada bulan Januari hingga Bulan Juni 2018 ditemukan 173 kasus gagal jantung rawat inap dimana pria sebanyak 92 orang dan wanita sebanyak 81 orang. Pada bulan Juni merupakan angka kasus tertinggi yaitu terdapat 36 kasus gagal jantung dimana pria sebanyak 18 orang dan wanita sebanyak 18 orang. Pada bulan Januari hingga Juni 2018 telah tercatat sebanyak 16 pasien gagal jantung meninggal dunia. Rata-rata lama hari rawat inap seluruh subjek hasil studi pendahuluan pada Bulan Januari hingga Bulan Juni 2018 tersebut yaitu 4,98 hari (5 hari) dengan hari rawat terpendek selama 1 hari dan hari rawat terpanjang selama 19 hari.

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan di atas, maka penulis ingin mengetahui tentang tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bubur dan diet jantung lunak tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif (*CHF*) di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bubur dan diet jantung lunak tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bubur dan diet jantung lunak tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang.
- b. Mengetahui perbedaan antara diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim terhadap tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.

- c. Mengetahui perbedaan antara tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim terhadap lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kota Malang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dan memberikan informasi mengenai tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif.

b. Bagi peneliti lain

- Hasil penelitian ini diharapkan dapat meberikan informasi dan meningkatkan kajian ilmu mengenai tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif.
- Sebagai sumber referensi dan data dasar untuk melakukan penelitian yang serupa.

2. Manfaat Praktis

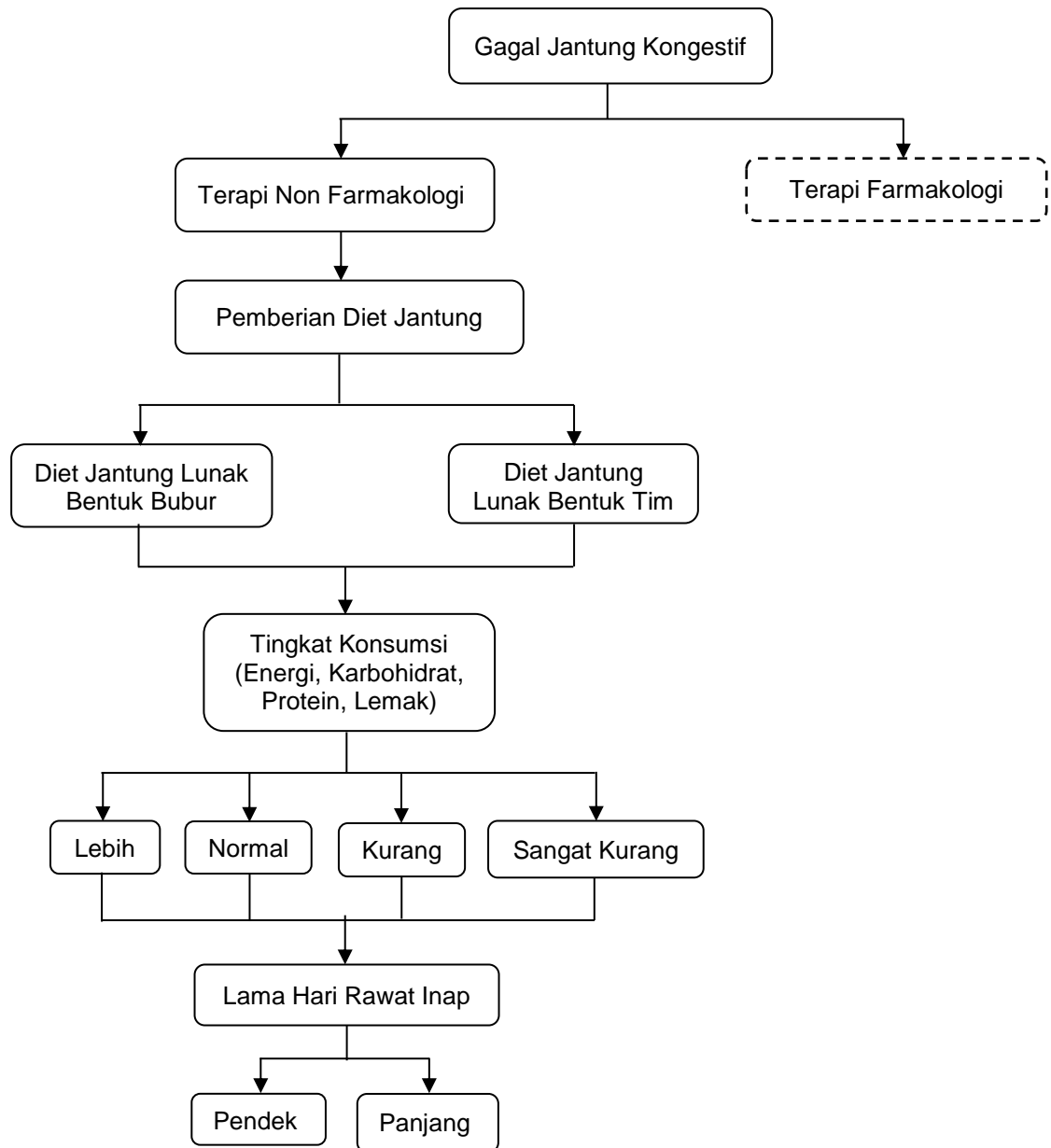
a. Bagi pihak rumah sakit

Setelah penelitian ini dilakukan, diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan gizi rumah sakit dengan meningkatkan semangat, kualitas hidup pasien, dan tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pasien gagal jantung kongestif sehingga dapat memperpendek hari rawat inap pasien.

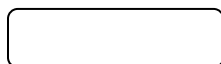
b. Bagi penderita gagal jantung kongestif dan masyarakat

Hasil peneltian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan mengenai tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif.

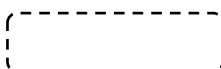
E. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti