

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *Whorl Health Organization (WHO)* terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian pada tahun 2015 disebabkan oleh *Congestive Heart Failure (CHF)*. Kemudian Amerika Serikat melakukan penelitian bahwa dalam beberapa dekade terakhir ada lebih dari 20% atau 650.000 kasus baru *Congestive Heart Failure (CHF)* untuk usia lebih dari 40 tahun dan tingkat kematiannya sebanyak 50% dalam kurun waktu 5 tahun (Risprawati, 2019).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, data pravelansi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia tertinggi berada pada Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, Daerah Istimewa Yogyakarta 2% dan Gorontalo 2%. Provinsi Jawa Tengah masuk kedalam 8 Provinsi dengan pravelansi tinggi yaitu 1,6% Selain itu, penderita penyakit jantung lebih banyak pada penduduk perkotaan dengan pravelansi 1,6 %, jauh lebih tinggi dibandingkan penduduk di pedesaan dengan pravelansi 1,3 % (Badan Litbang Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan sebuah kondisi ketika jantung dalam keadaan gagal memompa aliran darah dalam tubuh sehingga metabolisme dalam tubuh kurang tercukupi kebutuhannya (Aulia Anita et al., 2020). Tahap awal *Congestive Heart Failure (CHF)* dimulai ketika otot jantung bekerja lebih sehingga membutuhkan massa otot yang tinggi. Hal tersebut menjadikan adanya beban yang harus dilakukan agar darah dapat dipompa

keseluruh tubuh, namun seiring berjalanya waktu akan menyebabkan kelelahan, sesak napas, denyut jantung meningkat dan adanya pembengkakan pada kaki (Schiller, 2021).

Dalam sebuah studi penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jinnah, Lahore, Pakistan menyebutkan bahwa klasifikasi *Killip* digunakan untuk penilaian klinis pasien dengan infark miokard akut. Tujuannya adalah untuk menentukan frekuensi *killip score* kelas I – IV dan kematian di rumah sakit. Dalam studi penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa dalam 15 hari kematian di rumah sakit lebih tinggi di *killip* kelas III dan IV daripada *Killip* kelas I dan II. Selain faktor usia, jenis kelamin laki-laki, diabetes, obesitas, dan merokok. Frekuensi pasien dengan *Heart Failure* pasca infark miokard menurun dari *Killip* kelas I-IV. Dari jumlah tersebut, 395 (81,4%) orang masuk di *killip* kelas I, 46 (9,5%) di *killip* kelas II, 27 (5,6%) di *killip* kelas III, dan 17 (3,5%) di *killip* kelas IV (Hashmi et al., 2020).

Dalam studi penelitian lain, sebanyak 1906 pasien dari tahun 1995 sampai 2011 di ruang *Intensif Cardiac Care Unit (ICCU)* rumah sakit Dante Pazzanese Institute of Cardiology (IDPC) Brazil memiliki karakteristik klinis menurut *Killip-Kimball* dengan infark miokard akut. Karakteristik pasien yang mengalami *Heart Failure* pada *killip* I sebanyak 81 pasien (33%), *killip* kelas II sebanyak 96 pasien (38%) , *killip* Kelas III sebanyak 26 pasien (10%), dan *killip* kelas IV sebanyak 47 (19%) (de Mello et al., 2014).

Dalam studi penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung dari 98 data rekam medis pasien yang dirawat inap dengan Sindrom Koroner

Akut NSTEMI dari bulan Januari sampai bulan Agustus 2017, didapatkan bahwa sebanyak 74 pasien (75,5%) masuk kedalam klasifikasi *killip I*, 11 pasien (11,2%) masuk kedalam klasifikasi *killip II*, 11 pasien (11,2%) masuk kedalam klasifikasi *killip III* dan 2 pasien (2,1%) masuk kedalam klasifikasi *killip IV* (Anggraini et al., 2018).

Menurut data rekam medis pasien pada bulan Desember 2021, *Congestive Heart Failure* (CHF) masuk kedalam peringkat 10 dari daftar 10 besar penyakit yang ada di wilayah Puskesmas II Kecamatan Pekuncen dengan jumlah 54 pasien. Berdasarkan data dari jurnal penelitian tentang klasifikasi *killip score*, klasifikasi ini hanya digunakan untuk mengklasifikasikan tingkat gagal jantung pasien dengan infark miokard akut dan sindrom koroner akut NSTEMI / STEMI. Belum ada penelitian yang dilakukan tentang klasifikasi *killip score* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Sehingga, penulis tertarik untuk melakukan penelitian pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan menggunakan *Killip Score*.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah mengenai bagaimana gambaran *killip score* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Dapat memberikan gambaran *killip score* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi klasifikasi *killip score* pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)*.

D. Manfaat Penelitian

Studi kasus mengenai gambaran *killip score* pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi Masyarakat

Dapat dijadikan bahan bacaan dan memberikan gambaran mengenai tingkat klasifikasi dari *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan menggunakan *killip score*. Sehingga masyarakat bisa mengenali tanda gejala pada setiap kelas.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan untuk meningkatkan kualitas pelayan kesehatan, tenaga medis dan dapat menjadi referensi dalam membuat asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* sehingga dapat digunakan sebagai acuan penelitian lanjutan dalam pengembangan pendidikan keperawatan.

3. Bagi Peneliti

Dapat menamahi ilmu pengetahuan, wawasan dan pengetahuan dalam mengidentifikasi klasifikasi *killip score* pada pasien *Congestive Heart*

Failure (CHF), serta dapat melatih dan meningkatkan keterampilan dalam menyajikan data secara sistematis.

