

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gagal jantung masih menjadi permasalahan dunia karena tingginya angka morbiditas, mortalitas, hospitalisasi, dan disabilitas (Ades et al., 2013). Secara global, insidensi gagal jantung diperkirakan sekitar 23 juta kasus baru setiap tahunnya dengan 4.60 juta kasus baru setiap tahunnya di Asia (Roger, 2013).

Satu sampai dua juta kematian setiap tahunnya pada pasien dengan gagal jantung (Pagidipati & Gaziano, 2013). Gagal jantung didefinisikan sebagai suatu sindrom klinis yang kompleks yang terjadi karena gangguan jantung fungsional atau struktural yang mengganggu kemampuan ventrikel untuk mengisi atau memompa darah. Penyebab gagal jantung berasal dari gangguan pada perikardium, miokardium, endokardium, katup jantung, pembuluh darah besar, atau gangguan metabolik tertentu, tapi beberapa pasien mengalaminya karena kelemahan fungsi miokardial ventrikel kiri (Yancy et al., 2013).

Di regional Asia, prevalensi gagal jantung di India sebesar 1.30 sampai 4.60 juta dengan insidensi tahunan sebesar 0.50 sampai 1.80 juta. Selain itu juga, di China angka insidensi gagal jantung sebesar 0.90%. Di Hongkong, angka insidensi gagal jantung mendekati 3 sampai 3.80/1000/tahun. Adanya peningkatan sebesar 10% kenaikan pada kejadian masuk rumah sakit dalam lima tahun terakhir (Sheldon, Roht, & Rui, 2012).

Gagal jantung di Indonesia masih menjadi permasalahan karena tingginya hospitalisasi dan kekambuhan. Angka mortalitas berada pada 6% - 12% dan angka kekambuhan sebesar 29% (Siswanto et al., 2010). Prevalensi penyakit gagal jantung tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0.30%. Gagal jantung termasuk satu dari dua belas data penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia. Prevalensi gagal jantung terlihat meningkat seiring peningkatan umur. Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0.80%), diikuti Sulawesi Tengah (0.70%), sedangkan di Sumatera Utara sebesar 0.30% (Kemenkes, 2013). Oleh karena itu, dibutuhkan pelayanan yang lebih baik pada pasien gagal jantung khususnya bidang keperawatan.

Keperawatan adalah suatu bidang profesional yang dapat menjadi perkembangan konsep *caring* dalam keperawatan. Dengan mendalami konsep *caring* dalam praktik keperawatan, kemampuan, dan kendala dalam berperilaku *caring* dapat teridentifikasi (Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani, & Valizadeh, 2010).

Akan tetapi dalam penelitian sebelumnya, persepsi perawat ataupun pasien terhadap perilaku *caring* perawat di rumah sakit berbeda-beda. Palese et al. (2011) mengatakan bahwa perilaku *caring* perawat di 6 negara-negara Eropa tergolong rendah dimana dalam penelitiannya perilaku *caring* diukur dengan *Caring Behavior Inventory* (CBI). Pada dimensi hubungan positif, perilaku *caring* dipersepsikan pasien dengan nilai mean yang terendah (mean=4.50, SD=1.10) dibandingkan dengan nilai rata-rata CBI 4.90 (SD= 0.80).

Selain itu, McCance, Slater, dan McCormack (2009) menyatakan bahwa persepsi pasien menilai rendah dalam dimensi *caring* tentang keterlibatan pasien dalam perawatan dan memberikan privasi kepada pasien. O'Connell dan Landers (2008) juga menjelaskan bahwa persepsi pasien terhadap perilaku *caring* berada dalam dimensi humanistik/harapan/sensitivitas. Perilaku *caring* di dalam dimensi itu meliputi mengetahui apa yang kamu lakukan, merawat pasien dengan hormat, merawat pasien sebagai seorang individu, dan menenangkan pasien.

Model *caring* merupakan sebagai dasar filosofi, moral, dan etika pada keperawatan yang berkaitan dengan profesi dan bidangnya. Model ini memberikan kerangka kerja dimana pusat fenomena manusia, integrasi seni, sains, humanistik, spiritualitas, dan pikiran-tubuh-jiwa menyatu dalam praktik keperawatan. Model ini akan mempromosikan individu dalam mendapat keseimbangan pikiran-tubuh-jiwa melalui pengetahuan diri, pemulihan diri, dan perawatan diri (Kathleen, 2011 dalam Leong, Lao, & Chio, 2013).

Individu dengan gagal jantung membutuhkan dukungan, penerimaan, dan memahami bahwa pasien dapat mengatur pola kesehatannya dan memberikan solusi. Peran perawat sangat penting untuk *caring* dan mendukung kebutuhan pasien. Perawat dapat memberikan perawatan holistik melalui model *caring* dalam asuhannya. Dalam penelitian Erci et al. (2003) model *caring* juga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan pasien hipertensi. Hal ini dibuktikan dalam penelitiannya bahwa perbedaan yang signifikan terhadap kesejahteraan umum ($p=0.00$), interaksi pasien-perawat ($p=0.03$), dan aktivitas fisik ($p=0.00$). Michie, Miles, dan Weinman (2003) mengatakan bahwa model *caring* juga

menekankan *patient centered* pada semua aspek pelayanan kesehatan dalam memperbaiki kualitas asuhan keperawatan dan meningkatkan kepuasan.

Kualitas merupakan konsep yang sukar dipahami dan bersifat dinamis. Secara luas kerangka teoritis dalam memahami kualitas dikemukakan oleh (Donabedian, 2003 dalam Spilsbury, Hewitt, Stirk, dan Bowman, 2011) dan telah diaplikasikan lebih luas dalam memahami kualitas asuhan keperawatan dan medikal (Hilmer, Wodchis, Gill, Anderson, & Rochon, 2005). Donabedian merujuk pada tiga kategori pengukuran kualitas: struktur, proses, dan hasil. Struktur merujuk pada kestabilan organisasi yang mempengaruhi pemberian asuhan dan pelayanan. Proses merujuk pada interaksi antar pemberi dan konsumen, apa yang dilakukan pada pasien. Hasil merujuk pada hasil akhir pada konsumen, akibat pelayanan (Spilsbury, Hewitt, Stirk, & Bowman, 2011).

Persepsi pasien tentang kualitas asuhan keperawatan sangat bervariasi. Dari hasil penelusuran literatur, banyak artikel penelitian yang menunjukkan bahwa kualitas keperawatan di rumah sakit masih rendah. Diantaranya Istomina, Razbadaukas, dan Martinkenas (2014) yang menyatakan kualitas asuhan keperawatan pada pasien Lithuania yang relatif rendah karena karakteristik staf perawat.

Selain itu, Tamilselvi dan Reghunath (2014) mengatakan bahwa sebanyak 11.50% pasien mempunyai persepsi yang buruk terhadap aspek *caring*. Di samping itu juga, dalam dimensi memberikan informasi, skill, dan kompetensi masih dipersepsikan kualitas asuhan keperawatan yang rendah (38%). Didukung Mufti, Qadri, Tabish, Mufti, dan Riyaz (2008) bahwa 31.60% pasien mempersepsikan

perawat tidak menawarkan penjelasan dan informasi yang adekuat tentang pengobatan di rumah sakit, perawatan rumah, dan konsultasi lanjutan.

Akan tetapi, persepsi kualitas asuhan keperawatan juga bervariasi di setiap negara. Sebanyak 47% perawat di Yunani dan 35 % perawat di Jerman melaporkan kualitas asuhan keperawatan buruk atau kurang (Aiken, Sloane, Bruyneel, Heede, & Sermeus, 2013).

Model *caring* dalam asuhan keperawatan pasien gagal jantung dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, kinerja perawat, dan juga kepuasan pasien. Karena tinggi angka insidensi, mortalitas, dan morbiditas baik secara global, di Asia, maupun di Indonesia dimana mengakibatkan kualitas asuhan keperawatan rendah. Berkaitan dengan masalah di atas, perlunya melihat efektivitas model *caring* sebagai salah satu cara dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga menurunkan angka kesakitan dan kematian pasien gagal jantung terutama di Indonesia. Model *caring* ini menjadi panduan bagi perawat jantung dalam melaksanakan asuhan keperawatan, memberikan standar asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung, mengetahui, dan memahami aplikasi *caring* dalam pemberian asuhan keperawatan.

1.2. Permasalahan

Caring dalam pelayanan keperawatan merupakan bagian kinerja perawat dalam merawat pasien dan perilaku *caring* perawat mempengaruhi pelayanan keperawatan berkualitas atau tidak. *Caring* juga sebagai dasar dalam praktik keperawatan (Watson, 2008).

Berdasarkan dari penelitian sebelumnya didapatkan banyak perawat tidak mengaplikasikan konsep *caring* dalam praktiknya, contohnya McCance, Slater, dan McCormack (2009) dimana pasien menyatakan bahwa perawat *uncaring* dalam dimensi humanistik. Dampak dari perawat *uncaring* menyebabkan timbulnya rasa tidak puas, hubungan perawat-pasien terganggu, dan tidak puas dalam proses keperawatan (O'Connell & Landers, 2008). Perilaku *uncaring* dipersepsikan oleh tiga komponen diantaranya tidak kompeten, kurang *trust*, dan ketidakhubungan antara perawat dan pasien (Wiman & Wikblad, 2003). Berdasarkan observasi peneliti di Ruang inap kardio RSUP H. Adam Malik Medan didapatkan bahwa perawat kurang *respect* dengan pasien, tidak menjelaskan setiap prosedur yang akan dilakukan, dan belum optimalnya pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Pasien tampak sering bertanya-tanya dengan penyakitnya dan obat-obatan yang diberikan. Selain itu kurangnya waktu perawat bersama pasien sehingga terkesan perawat bekerja hanya berorientasi tugas.

Erci et al. (2003) mengatakan bahwa individu yang mempunyai penyakit kronis membutuhkan dukungan dan perhatian sehingga pasien dapat mengubah gaya hidup dan masalah kesehatannya. Pentingnya peran perawat dalam *caring* dan mendukung kebutuhan pasien. Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani, dan Valizadeh (2010) mengatakan bahwa *caring* bermanfaat dalam meningkatkan kualitas asuhan, kualitas hidup pasien hipertensi (Erci et al., 2003), meningkatkan kepuasan pasien (Palese et al., 2014), menyediakan lingkungan pemulihan (Schmock, Breckenridge, & Benedict, 2009) sehingga dapat memberikan keamanan dan kenyamanan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa model *caring* dapat direkomendasikan sebagai

panduan perawat dalam memperbaiki kemampuan perawat dan kualitas asuhan keperawatan pada pasien.

Penelitian ini dilakukan untuk menjawab permasalahan yang dinyatakan dengan pertanyaan penelitian:

- 1.2.1. Bagaimana kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung pada kelompok *post* intervensi?
- 1.2.2. Bagaimana kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol?
- 1.2.3. Bagaimana perilaku *caring* perawat pelaksana pada kelompok *post* intervensi?
- 1.2.4. Bagaimana perilaku *caring* perawat pelaksana pada kelompok kontrol?
- 1.2.5. Apakah ada perbedaan kualitas asuhan keperawatan antara pasien gagal jantung yang mendapat model *caring* (intervensi) dengan pasien gagal jantung yang tidak dilakukan model *caring* (kontrol)?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

- 1.3.1. Mengeksplorasi model *caring* pada asuhan keperawatan pasien gagal jantung
- 1.3.2. Mengeksplorasi kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung
- 1.3.3. Mengeksplorasi perilaku *caring* pada perawat pelaksana

1.3.4. Menguji efektivitas model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung

1.4. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah model *caring* efektif meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Praktik keperawatan

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai suatu model asuhan keperawatan sehingga dapat mengaplikasikan *caring* dalam praktik keperawatan.

1.5.2. Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai dasar bagi pendidikan keperawatan dalam menciptakan model asuhan keperawatan yang berbasis *caring*.

1.5.3. Penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dan pertimbangan bagi penelitian keperawatan dalam melakukan penelitian selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.