

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) adalah keadaan sejahtera yang utuh secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (World Health Organization, 2022). Definisi ini dicanangkan WHO untuk menekankan bahwa sehat bukan sekadar bebas dari penyakit, melainkan sebuah kualitas hidup yang paripurna. Dalam mencapai misinya, WHO selalu membuat program untuk dijadikan acuan di seluruh dunia. Program terbaru WHO saat ini adalah *Fourteenth General Programme of Work - GPW 14* untuk periode 2025–2028, yang disahkan pada *World Health Assembly* ke-77 tahun 2024 (World Health Organization, 2025). Adapun dalam pencapaian misi ini, WHO menghadapi berbagai macam tantangan, salah satunya adalah adanya peningkatan penyakit degeneratif yang terjadi secara global di seluruh (World Health Organization, 2022).

Peningkatan penyakit degeneratif saat ini telah menjadi perhatian serius terutama penyakit kardiovaskular. Data terbaru WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia yang menyumbang sekitar 17,9 juta jiwa atau setara dengan 32% dari seluruh total kematian global setiap tahunnya (World Health Organization, 2022). Salah satu manifestasi klinis yang paling progresif dari penyakit kardiovaskular ini adalah *Congestive Heart Failure* (CHF) atau CHF. Secara global, WHO dan lembaga kesehatan dunia mencatat bahwa HF saat ini diderita oleh lebih dari 64,3 juta orang,

dengan prevalensi di negara-negara berpenghasilan tinggi mencapai 1% hingga 2% dari total populasi dewasa. Persentase ini diprediksi akan terus meningkat drastis seiring dengan bertambahnya usia harapan hidup, di mana prevalensinya diprediksi akan melonjak hingga lebih dari 10% pada individu yang berusia di atas 70 tahun terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia (World Health Organization, 2022).

Prevalensi penyakit jantung di Indonesia menunjukkan tren yang signifikan sebagai salah satu penyebab utama beban kesehatan nasional. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) tahun 2018, prevalensi penyakit jantung secara keseluruhan mencapai 1,5% dari total penduduk Indonesia. Angka ini menunjukkan bahwa beban penyakit kardiovaskular masih sangat tinggi, di mana HF menjadi salah satu kondisi yang paling mendominasi angka rawat inap di berbagai fasilitas kesehatan. Secara demografis, prevalensi ini meningkat drastis seiring bertambahnya usia, di mana kelompok lanjut usia (65–74 tahun ke atas) mencatatkan presentase tertinggi yang mencapai 4,6% hingga 4,7% di seluruh provinsi di Indonesia termasuk Jawa Barat (Riset Dasar Kesehatan, 2019).

Prevalensi penyakit HF di Provinsi Jawa Barat termasuk salah satu provinsi dengan prevalensi yang melampaui rata-rata nasional. Persentase penyakit jantung di Jawa Barat tercatat sebesar 1,6% yang berarti diperkirakan terdapat lebih dari 131.846 orang yang hidup dengan diagnosis penyakit jantung di wilayah ini. Tingginya angka tersebut menjadikan Jawa Barat sebagai salah satu wilayah prioritas dalam penanganan Penyakit Tidak Menular (PTM) khususnya terkait penyediaan layanan rujukan jantung yang komprehensif. Penyediaan layanan

rujukan jantung yang komprehensif di Jawa Barat diberlakukan di seluruh Kota dan Kabupaten termasuk Kota Banjar (profil kesehatan, 2024).

Penanganan kasus *Congestive Heart Failure* (CHF) di Kota Banjar sebagai wilayah yang terletak strategis di perbatasan Jawa Barat menghadapi tantangan beban kesehatan yang terus meningkat. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kota Banjar Tahun 2024, prevalensi penyakit jantung di wilayah ini menunjukkan tren signifikan yang menempatkan penyakit kardiovaskular sebagai salah satu beban utama Penyakit Tidak Menular (PTM). Di RSUD Kota Banjar, yang merupakan pusat rujukan utama bagi masyarakat Kota Banjar dan wilayah sekitarnya, penyakit HF secara konsisten masuk ke dalam daftar 10 besar penyakit terbanyak pada instalasi rawat inap. Angka ini mencerminkan tingginya beban layanan kesehatan rujukan di wilayah tersebut, yang sekaligus menuntut peran aktif tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan yang tidak hanya berfokus pada stabilitas hemodinamik, tetapi juga pada manajemen keluhan subjektif pasien seperti *thirst* atau gangguan rasa haus (Dinas Kesehatan Kota Banjar, 2024).

CHF adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan. Tanda klinis HF ditandai oleh munculnya bunyi jantung tambahan S3 atau *gallop ventrikel* yang mengindikasikan beban volume berlebih, peningkatan tekanan *vena jugularis* (JVP) yang terlihat sebagai *distensi* di area leher, serta adanya *ronkhi* basah atau *crackles* pada pemeriksaan auskultasi paru akibat transudasi cairan ke alveoli (Joyce Young Johnson, 2010). Masalah cairan lainnya pada pasien CHF adalah ditemukannya edema perifer yang bersifat pitting pada ekstremitas bawah, pembesaran hati atau

hepatomegali yang sering disertai nyeri tekan, asites di rongga *abdomen*, peningkatan berat badan secara signifikan dalam waktu singkat karena retensi cairan, serta perubahan warna kulit yang tampak pucat atau sianosis akibat penurunan perfusi jaringan perifer (Joyce Young Johnson, 2010).

Data penelitian (Reyes et al., 2016) Tingginya readmisi ke rumah sakit ini juga ditemukan pada penelitian sebelumnya di Indonesia, bahwa dalam 30 hari terdapat 7% pasien yang kembali dirawat di rumah sakit. Fenomena ini sering kali dipicu oleh ketidakpatuhan pasien terhadap manajemen terapi mandiri, khususnya pembatasan atau restriksi cairan. Salah satu hambatan utama dalam kepatuhan restriksi cairan ini adalah munculnya gejala *Thirst Distress* atau rasa haus yang sangat hebat, pasien CHF yang menerima batasan cairan memiliki peningkatan intensitas rasa haus ketika pasien dirawat ke rumah sakit hingga 75/100. Masalah rasa haus yang persisten ini terbukti menurunkan kualitas hidup pasien secara signifikan dan menjadi pemicu utama kegagalan program restriksi cairan, sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang inovatif dan efektif untuk mengatasi *Thirst Distress* (Septa Meriana Lumbantoruan & Hsing-Mei Chen, 2021).

Thirst Distress adalah pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan, bersifat multidimensi, dan menimbulkan penderitaan fisik maupun emosional akibat sensasi haus yang persisten. *Thirst distress* pada pasien CHF terjadi ketika kebutuhan fisiologis untuk minum terhambat oleh aturan medis (restriksi cairan). *Thirst distress* bukan hanya tentang mulut kering, tetapi juga tentang frekuensi haus, intensitas yang tinggi, dan rasa frustrasi karena tidak bisa memuaskan dahaga tersebut (Hudiyawati, 2017).

Thirst distress muncul akibat beberapa faktor yang saling berkaitan akibat faktor hormonal penurunan curah jantung yang memicu sistem *Renin-Angiotensin-Aldosterone* (RAAS). Peningkatan *Angiotensin II* dalam darah langsung menstimulasi pusat haus di hipotalamus, selain itu efek farmakologis penggunaan *diuretik* untuk mengurangi edema justru menurunkan produksi *saliva* sehingga terjadi *xerostomia* yang merupakan kondisi mulut kering yang parah akibat terbatasnya asupan cairan secara (Wefer et al., 2024). Karakteristik *Thirst distress* di tandai dengan mulut terasa sangat kering, bibir pecah-pecah, lidah terasa tebal, dan tenggorokan perih, pasien merasa cemas, mudah marah (iritabilitas) dan fokus perhatiannya terus-menerus tertuju pada air. Rasa haus yang tidak teratasi juga dapat mengganggu pola tidur dan kenyamanan umum pasien (Hudiyawati, 2017).

Penatalaksanaan *Thirst distress* akibat restriksi cairan secara farmakologi berupa pemberian obat-obatan *artificial saliva* untuk membasahi mulut yang kering, namun ini jarang menjadi pilihan utama karena biaya dan potensi efek samping. Adapun penatalaksanaan non farmakologi yang bisa dilakukan oleh perawat berdasarkan berbagai tinjauan literatur keperawatan medikal bedah dan protokol manajemen haus pada pasien CHF (Wefer et al., 2024), diantaranya berupa berkumur dengan air dingin, perawatan mulut (Oral Hygiene) stimulasi kelenjar *saliva*, serta pemberian *Ice Chips* (Hudiyawati, 2017).

Berdasarkan penjelasan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) *chips* yang berarti serpihan jika di definisi kan ke dalam bahasa Indonesia berarti pecahan atau kepingan kecil dari benda yang pecah, terbelah, atau terlepas. sedangkan *ice* atau es berarti air yang membeku menjadi padat, tampak bening atau kebiru-biruan

bergantung pada tingkat kemurnian dan kandungan zat di dalamnya. Melalui penggabungan kedua konsep tersebut, *ice chips* dapat didefinisikan sebagai Serpihan es merupakan hasil dari proses mekanis terhadap massa air yang membeku. Secara optik tampilannya bisa sangat beragam bisa terlihat jernih transparan jika molekul airnya murni dan membeku perlahan, atau tampak putih keruh hingga kebiruan akibat adanya udara yang terperangkap maupun partikel mineral di dalamnya. Bentuknya yang tajam namun rapuh merupakan karakteristik khas dari material padat yang pecah secara tidak beraturan. Teknik intervensi *ice chips* bukan sekadar memberikan es batu biasa, melainkan sebuah prosedur keperawatan terukur untuk menekan rasa haus tanpa mengganggu keseimbangan cairan, Intervensi ini memanfaatkan efek *Kriosensorik*. Suhu dingin dari es merangsang reseptor TRPM8 di rongga mulut yang mengirimkan sinyal "hidrasi" ke otak jauh lebih kuat daripada air suhu ruang, tujuannya adalah memberikan rasa kenyang air (*satiety*) dengan volume minimal, pasien merasa sedang "makan/minum" sesuatu yang memberikan kepuasan psikologis lebih tinggi daripada hanya membasahi bibir (Satti & Irwandy, 2024).

Perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam mengelola keseimbangan cairan serta meminimalkan dampak psikologis dan fisik akibat pembatasan asupan pada pasien CHF. Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif guna memastikan kepatuhan pasien terhadap program terapi tanpa mengabaikan kenyamanan pasien, terutama terkait keluhan haus yang hebat. Masalah haus yang muncul akibat pembatasan cairan dan efek terapi *diuretik* berkaitan erat dengan diagnosis *Hipervolemia* yang tercantum dalam

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), di mana salah satu tanda mayornya adalah edema dan perlunya pembatasan asupan cairan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Agar klien mendapatkan kembali kenyamanan dan keseimbangan cairan yang optimal, maka diperlukan pencapaian kriteria hasil sebagaimana yang tercantum dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan label "Keseimbangan Cairan Meningkat" yang mencakup menurunnya keluhan haus serta membaiknya kelembapan membran mukosa (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Dalam mewujudkan "Keseimbangan Cairan yang Meningkat" tersebut, perawat perlu melakukan intervensi "Manajemen Cairan" sebagaimana yang tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Salah satu tindakan observasi dan edukasi dalam manajemen tersebut adalah memantau status hidrasi dan memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017). Untuk mengatasi hambatan rasa haus yang ekstrem tanpa menambah volume cairan secara berlebih, perawat dapat menerapkan teknik pemberian *ice chips* sebagai inovasi tindakan keperawatan yang terbukti mampu menurunkan intensitas *thirst distress* dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap restriksi cairan.

Berdasarkan uraian di atas, dalam rangka meminimalisir dampak *psikologis* dan fisik akibat *restriksi* cairan, peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai "penerapan intervensi *ice chips* untuk *mengatasi thirst distress* pada pasien CHF di RSUD Kota Banjar".

B. Rumusan Masalah

"Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang mengalami *thirst distress* dengan penerapan intervensi pemberian *ice chips* dalam upaya meningkatkan keseimbangan cairan di RSUD Kota Banjar?"

1. "Bagaimanakah gambaran implementasi pemberian *ice chips* pada pasien CHF dengan gangguan *thirst distress*?"
2. "Bagaimanakah gambaran implementasi pemberian *ice chips* pada pasien CHF terhadap perubahan tingkat sensasi rasa haus (*thirst distress*)?"
3. "Bagaimanakah gambaran implementasi pendidikan kesehatan tentang manajemen restriksi cairan pada pasien CHF dan keluarga?"
4. "Bagaimanakah gambaran implementasi terapi *ice chips* untuk menurunkan ketidaknyamanan (*distress*) akibat haus pada pasien CHF yang menjalani perawatan inap?"
5. "Bagaimanakah gambaran implementasi kombinasi pemberian *ice chips* dan *oral hygiene* pada pasien CHF dengan keluhan mulut kering (*xerostomia*)?"

C. Tujuan

Tujuan Umum

Setelah melaksanakan studi kasus, penulis mampu menggambarkan implementasi pemberian *ice chips* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan *thirst distress*.

Tujuan Khusus

Setelah melakukan studi kasus, penulis dapat:

- a. Menggambarkan tahapan pelaksanaan proses keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan *thirst distress* yang dilakukan tindakan pemberian *ice chips*.
- b. Menggambarkan pelaksanaan tindakan pemberian *ice chips* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan *thirst distress*.
- c. Menggambarkan respon atau perubahan (penurunan intensitas haus) pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan tindakan pemberian *ice chips*.

D. Manfaat KTI

1. Manfaat Teoritis

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan, khususnya dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah (KMB), mengenai efektivitas intervensi non-farmakologi melalui pemberian *ice chips* sebagai upaya inovatif dalam menurunkan tingkat *thirst distress* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang menjalani program restriksi cairan.

Manfaat Praktis

a) Bagi Masyarakat (Pasien dan Keluarga)

Dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada pasien serta keluarga tentang manajemen mandiri rasa haus yang efektif,

sehingga meningkatkan kenyamanan dan kepatuhan pasien terhadap pembatasan asupan cairan tanpa merasa tersiksa oleh dahaga yang berlebihan.

b) Bagi Pemerintah / *Stakeholder* (Rumah Sakit)

Dapat dijadikan sebagai acuan dalam penyusunan standar operasional prosedur (SOP) atau protokol asuhan keperawatan di RSUD Kota Banjar dalam menangani keluhan *thirst distress*, sehingga kualitas pelayanan keperawatan pada pasien penyakit tidak menular (khususnya jantung) dapat terus ditingkatkan.

c) Bagi Profesi Keperawatan

Menjadi referensi bagi rekan sejawat perawat dalam memberikan intervensi mandiri keperawatan yang terukur, murah, dan efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien HF selama masa perawatan.