

Rehabilitasi Kardiovaskular Di Indonesia

Basuni Radi, Andang H. Joesoef, Dede Kusmana

“A process by which a person is restored to an optimal physical, medical, psychological, social, emotional, sexual, vocational and economic status.” Itulah definisi *Cardiac Rehabilitation* dari WHO tahun 1969¹, yang kemudian ‘disempurnakan’ pada saat ini dengan memperhatikan dasar penyakit, proses dan kondisi pasca sakit. Definisi tersebut dijabarkan dalam definisi terkini yaitu:

*“The rehabilitation of cardiac patients is the sum of activities required to influence favourably the underlying cause of the disease, as well as the best possible physical, mental and social conditions, so that they may by their own efforts, preserve or resume when lost, as normal a place as possible in the society.”*²

Secara ringkas, program rehabilitasi jantung yang komprehensif harus mencakup beberapa komponen berikut: (1) pengkajian kondisi dan riwayat medis pasien, (2) edukasi dan konseling dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien agar dengan upaya sendiri mampu menghindari faktor risiko, mampu mengatasi faktor risiko agar proses penyakit atau proses atherosklerosis dapat dihentikan atau dihambat, demikian pula kecemasan, (3) upaya pengontrolan faktor risiko; menyangkut edukasi, modifikasi gaya hidup kearah hidup sehat dan pengobatan yang diperlukan, (4) program latihan fisik dan konseling aktifitas fisik, terutama dalam upaya meningkatkan pola hidup sehat, tingkat kebugaran, kualitas hidup dan pengendalian faktor risiko.³

Alamat Korespondensi:

dr. Basuni Radi, SpJP, Divisi Pencegahan dan Rehabilitasi, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler FKUI dan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Jl. S Parman Kav 87 Jakarta 11420. E-mail: basuni_radi@hotmail.com

Rujukan untuk program rehabilitasi jantung diindikasikan kelas I pada sebagian besar pedoman tatalaksana klinis penyakit jantung seperti pada pasien pasca sindroma koroner akut, angina pectoris kronis stabil, pasca operasi bedah pintas koroner (CABG), pasca intervensi koroner perkutan (PCI), gagal jantung, penyakit jantung katup, penyakit arteri perifer, dan prevensi pada wanita.⁴

Dalam pelaksanaannya program rehabilitasi jantung dikelompokkan kedalam beberapa fase: Fase I adalah upaya yang segera dilakukan disaat pasien masih dalam masa perawatan, tujuan utama fase ini adalah mengurangi atau menghilangkan efek buruk dari ‘dekondisi’ akibat tirah baring lama, melakukan edukasi dini dan agar pasien mampu melakukan aktifitas hariannya secara mandiri dan aman. Fase II, yang dilakukan segera setelah pasien keluar dari RS, merupakan program intervensi untuk mengembalikan fungsi pasien seoptimal mungkin, segera mengontrol faktor risiko, edukasi dan konseling tambahan mengenai gaya hidup sehat. Fase III dan IV merupakan fase pemeliharaan, dimana diharapkan pasien tersebut telah mampu melakukan program rehabilitasi secara mandiri, aman, dan mempertahankan pola hidup sehat untuk selamanya, dibantu atau bersama-sama keluarga dan masyarakat sekitarnya. Sejak 1994, *American Heart Association* (AHA) mendeklarasikan bahwa rehabilitasi jantung tidak terbatas hanya pada program latihan fisik saja, tetapi harus mencakup upaya-upaya multidisiplin yang bertujuan untuk mengurangi atau mengontrol faktor risiko yang dapat dimodifikasi.^{5,6}

Di Indonesia upaya rehabilitasi kardiovaskular dimulai sekitar tahun 1978 di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) diinisiasi oleh dr. Dede

Kusmana dan dr. Lutfi Usman (alm) yang merupakan staf-staf Bagian Kardiologi FKUI-RSCM pada saat itu. Kegiatan yang dilakukan pada masa-masa awal lebih terfokus pada upaya program bagaimana mengurangi akibat dekondisi karena tirah baring dengan menyalurkan aktifitas fisik dan dengan program latihan fisik setelahnya, karena pada masa itu penderita infark miokard harus menjalani tirah baring yang lama. Setelah terlihat hasil yang memuaskan, maka dilakukan upaya yang serupa pada pasien-pasien yang lain. Konsep rehabilitasi dini secara nasional dipopulerkan dalam Kongres Rehabilitasi Nasional Pertama pada tahun 1980 dan yang kedua pada tahun 1987.⁷

Saat ini upaya rehabilitasi jantung dilaksanakan baik di luar rumah sakit maupun di dalam rumah sakit. Program rehabilitasi jantung yang dilaksanakan di rumah sakit telah dilaksanakan di beberapa kota seperti Jakarta, diantaranya RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, RSCM, RS Fatmawati. Di Bandung: dilaksanakan di RSHS, di Jogja: di RS Dr. Sardjito, dan juga di Padang.

Seperti halnya di negara-negara lain, pelaksanaan program rehabilitasi kardiovaskular tersupervisi di RS pada umumnya masih dianggap *underutilized*. Beberapa kondisi dianggap sebagai penyebabnya, antara lain banyaknya ko-morbid pada pasien, status sosio-ekonomi, jarak yang jauh dari fasilitas rehabilitasi jantung, rujukan dari dokter yang merawat pasien masih sedikit, rendahnya motivasi pasien serta cakupan asuransi atau cara pembayaran.⁴ Selain itu ditambah masalah lain seperti ketersediaan sarana rehabilitasi jantung yang tersupervisi, masalah transportasi untuk menjangkau saran dan masalah pekerjaan yang tidak dapat ditinggalkan.

Hal lain yang bisa menyebabkan rendahnya rujukan adalah pesatnya perkembangan ilmu kardiologi yang menyebabkan semakin canggih dan agresifnya tatalaksana penyakit kardiovaskular seperti infark miokard akut karena berkembangnya intervensi non-bedah yang menyebabkan memendeknya masa perawatan penyakit jantung. Upaya rehabilitasi kardiovaskular sebagai upaya mengurangi efek dekondisi untuk hal tersebut menjadi kurang relevan lagi.

Di RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita misalnya, dimana komponen-komponen rehabilitasi jantung telah relatif lebih lengkap, data pada tahun 2008, dengan jumlah kunjungan pasien rehabilitasi jantung sebanyak 20.200 dan dengan jumlah pasien baru fase II sebanyak 583 orang menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang baru mengikuti program rehabilitasi fase II didominasi oleh penderita pasca tindakan operasi dengan

distribusi berikut: penderita pasca CABG (66%), pasca tindakan operasi katup jantung (15%), operasi koreksi kelainan congenital (3%). Sedangkan penderita pasca angioplasti koroner 6%, PJK tanpa tindakan 3% dan CHF 2,9% saja. Peserta pada umumnya laki-laki (81%) dengan usia rata-rata 54,9 tahun. Program rehabilitasi fase II pasca tindakan operasi dan untuk beberapa diagnosis dan tindakan seperti PTCA dimasukkan ke dalam *clinical pathway* rumah sakit untuk program rehabilitasi selama perawatan. Asuransi Kesehatan (ASKES) menjamin pembayaran program rehabilitasi fase II untuk pasien pasca operasi saja, hal inilah salah satu kemungkinan penyebab dominasi peserta pasca tindakan operasi jantung.

Berdasarkan pengelompokan cara pembayaran, sebanyak 53% peserta program fase II dibayar oleh ASKES, sedangkan sisanya membayar sendiri atau dibayar oleh perusahaan.

Bila dibandingkan dengan jumlah pasien yang "*eligible*" untuk program rehabilitasi, sebenarnya peserta program rehabilitasi fase II ini masih sangat kecil persentasenya, misalnya pasien pasca PTCA hanya 2% saja yang mengikuti program rehabilitasi, apalagi pasien pasca MCI dan pasien gagal jantung. Pasien pasca operasi CABG yang persentasenya mendominasi peserta baru program rehabilitasi jantung sebenarnya hanya 58% saja dari mereka yang menjalani operasi CABG. Sisanya tidak secara formal menjalani program rehabilitasi fase II di rumah sakit karena harus kembali ke daerah asalnya atau jangkauan ke RS yang jauh.

Program rehabilitasi fase II biasanya dijadwalkan selama 1-2 bulan, dengan 12 sampai 24 kali kunjungan. Pasien datang ke sarana rehabilitasi kardiovaskular 3 kali seminggu, tapi mereka yang berasal dari luar kota Jakarta biasanya akan dijadwalkan kunjungan tiap hari kerja dan setelah menjalani 12 kali kunjungan akan segera dilakukan evaluasi untuk rencana program lanjutan saat pasien tersebut kembali ke kota asal.

Di RS Dr. Sardjito, Jogjakarta, pelayanan rehabilitasi jantung dikolaborasikan Bagian Kardiologi dengan Bagian Rehabilitasi Medik. Pada tahun 2008, mereka sudah mulai melayani 29 pasien baru di fase II untuk menjalani program latihan fisik tersupervisi di rumah sakit dengan total kunjungan keseluruhan 307 kunjungan.

Di RS Hasan Sadikin, Bandung, pelayanan latihan fisik tersupervisi di rumah sakit juga telah dimulai, dan pada tahun 2008 telah melayani 23 pasien baru fase II dan 4 pasien masuk ke fase III, dengan jumlah total 283 kunjungan, Aktifitas pelayanan di klinik Kardiologi dikolaborasikan bersama dokter spesialis

rehabilitasi medik di RS tersebut.

Demikian juga halnya di RSCM dan di RS Fatmawati Jakarta, program latihan fisik sebagai bagian dari rehabilitasi jantung sudah mulai dalam waktu yang lama, dan pada fasilitas ini pada umumnya adalah program rehabilitasi pada fase III. Saat ini beberapa pusat pelayanan atau pendidikan sedang mempersiapkan fasilitas dan program untuk rehabilitasi jantung.

Hal-hal yang tersebut diatas belum mencakup upaya rehabilitasi jantung yang dilakukan di luar rumah sakit oleh berbagai organisasi, lembaga swadaya masyarakat atau kelompok-kelompok masyarakat tertentu di lingkungan masing-masing. Misalnya klub jantung sehat Yayasan Jantung Indonesia yang bisa dijumpai di seluruh provinsi, dengan lebih dari 3600 klub yang terdaftar, dan sekitar 3000 pelatih yang terlatih, juga telah mempunyai kelompok-kelompok khusus yang bisa diikuti oleh penderita penyakit jantung.

Mengingat kesulitan-kesulitan dalam hal transportasi, ketersediaan fasilitas rehabilitasi di RS dan untuk meningkatkan jangkauan pelayanan maka perlu dipertimbangkan program rehabilitasi jantung dikembangkan ke arah "*group-base*", "*home-base*", atau "*community-base*" *rehabilitation* terutama untuk mereka yang termasuk dalam stratifikasi risiko rendah atau mereka yang melanjutkan program. Pemantauan dapat dilakukan dengan teknologi trans-telefonik atau telekardiologi, kunjungan supervisi oleh perawat atau dokter. Sementara itu program pengkajian pasien, stratifikasi risiko, edukasi dan konseling, serta evaluasi program dapat tetap dilakukan di rumah sakit atau dengan bantuan media elektronik seperti internet.

Gagal jantung yang merupakan akhir atau akibat dari penyakit jantung yang lainnya menunjukkan insidensi dan prevalensi yang tinggi, maka program rehabilitasi jantung di RS seyogyanya lebih memfokuskan pada kasus gagal jantung dan usia lanjut. Rehabilitasi jantung yang mencakup latihan fisik pada penderita gagal jantung saat ini telah diterima sebagai bagian yang tak terpisahkan dalam tatalaksana gagal jantung yang kronis serta telah direkomendasikan oleh berbagai perhimpunan, misalnya AHA.⁸ Program latihan fisik pada penderita gagal jantung juga telah terbukti keamanan dan manfaatnya pada penelitian besar seperti HF-ACTION Trial.⁹

Sebagai kesimpulan, rehabilitasi kardiovaskular komprehensif tidak hanya mencakup program latihan fisik, tetapi harus mencakup pengkajian pasien, stratifikasi risiko, edukasi dan konseling dan program pengontrolan faktor risiko. Walaupun manfaat

program ini sudah ditunjukkan berbagai laporan dan direkomendasikan berbagai perhimpunan ahli kardiovaskular, aplikasi program ini bagi penderita penyakit kardiovaskular masih dianggap rendah, demikian juga yang terjadi di Indonesia dan negara-negara lainnya. Beberapa pusat pelayanan atau RS di Indonesia selain RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah memulai menjalankan program rehabilitasi kardiovaskular ini walaupun jumlah penderita yang dilayani masih terbatas.

Daftar Pustaka

1. WHO. Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1964. Report No.: 270.
2. WHO. Rehabilitation after cardiovascular disease with special emphasis on developing countries. Geneva: WHO; 1993. Report No.: 831.
3. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. AHA/AACVPR Scientific Statement: Core Components of Cardiac Rehabilitation/ Secondary Prevention Programs: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:2675-82.
4. Wenger NK. Current Status of Cardiac Rehabilitation. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:1619-31.
5. Mathes P. From Exercise Training to Comprehensive Cardiac Rehabilitation. In: Perk J, Mathes P, Gohlke H, Monpère C, Hellemans I, McGee H, et al., editors. *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. London: Springer-Verlag; 2007. p. 3-8.
6. Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. AHA Scientific Statement: Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation* 2005;111:369-76.
7. Kusmana D. Rehabilitasi Jantung Komprehensif, Pengalaman Pengelolaan Selama 31 Tahun. In: *Minicourse on Cardiac Prevention and Rehabilitation; 21st Weekend Course on Cardiology*; 2009; Jakarta; 2009.
8. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Circulation* 2005;112:e154-e235.
9. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *Jama* 2009;301(14):1439-50.