

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *BACK MASSAGE*
DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN *CONGESTIVE*
HEART FAILURE (CHF) YANG MENGALAMI KECEMASAN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2018

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *BACK MASSAGE*
DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN *CONGESTIVE*
HEART FAILURE (CHF) YANG MENGALAMI KECEMASAN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)

Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2018

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN BACK MASSAGE
DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN CONGESTIVE HEART
FAILURE (CHF) YANG MENGALAMI KECEMASAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

KUSTANIAH, S.Kep

NIM: P1706058

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 26 Desember 2018

PENGUJI I

Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.83.11.023

PENGUJI II

Arifudin Riyadi, S.Kep

NIP. 19750818.199503.1.003

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kustaniah

NIM : P 1706058

: Profesi Ners

Program Studi :

: Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan

Judul KIAN : *Back Massage* Dalam Menurunkan Respon Cemas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Yang Mengalami Kecemasan

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 26 Desember 2018

Mahasiswa

KUSTANIAH
NIM. P 1706058

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Allah S.W.T atas rahmat dan anugerah-Nya saya dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan *Back Massage* Dalam Menurunkan Respon Cemas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Yang Mengalami Kecemasan”. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan (Ns) pada Program Studi Profesi Ners di STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ns Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Akademik. Terima kasih atas saran dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Pak Arifudin Riyadi, S.Kep, selaku Pembimbing Klinik dan CCM di ruang ICCU. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
6. Ns Budi Santoso, S.Kep., selaku Pembimbing Klinik. Terima Kasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Ns Elisda Pakpahan, S.Kep, selaku pembimbing klinik di ICCU. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini

8. Terima kasih kepada Ayah dan Ibunda (Almarhumah) yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
9. Terima kasih kepada suami dan anak-anak yang tercinta yang selalu memberi motivasi dan dukungannya.
10. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Semoga Allah SWT senantiasa membalas kebaikan serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners. Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan saran dan kritik yang sifatnya membangun. Peneliti berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diterima sehingga bermanfaat untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, 2018

Peneliti



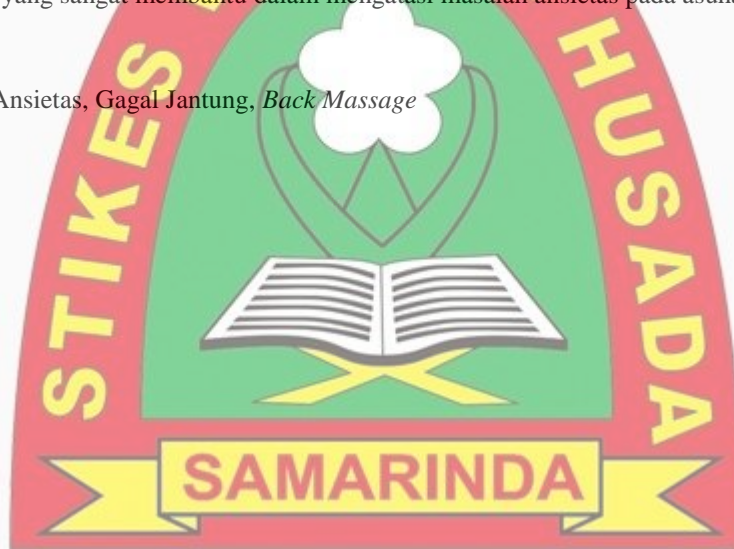
ABSTRAK

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *BACK MASSAGE* DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) YANG MENGALAMI KECEMASAN

Kustaniah, S.Kep¹, Chrisylen Damanik, M.Kep², Arifudin Riyadi, S.Kep³

Ansietas adalah salah satu tanda dan gejala yang terjadi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*. Penyebab yaitu terjadinya penyempitan pembuluh darah koroner karena adanya aterosklerosis sehingga sirkulasi darah mengalami gangguan dimana jantung tidak dapat memompa darah secara maksimal agar dapat disalurkan keseluruh tubuh sehingga terjadi ketidakseimbangan antara suplai darah dan kebutuhan oksigen yang diperlukan tubuh dan terjadi peningkatan denyut jantung, menegangnya otot-otot tubuh, gelisah sehingga munculah masalah keperawatan ansietas, tindakan nonfarmakologi yang efektif untuk ansietas salah satunya adalah dengan *back massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien *congestive heart failure* yang mengalami gangguan kecemasan. Hasil dari penerapan intervensi ini menunjukkan bahwa masalah ansietas pada pasien berangsur-angsur mengalami perbaikan yang signifikan tindakan *back massage* merupakan usaha dari tindakan keperawatan yang sangat membantu dalam mengatasi masalah ansietas pada asuhan keperawatan.

Kata kunci: Ansietas, Gagal Jantung, *Back Massage*



1. Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda
2. Dosen STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Dosen STIKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

Halaman	i
Judul.....	ii
Lembar	iii
Pengesahan.....	iv
Surat	v
Keaslian.....	vii
Kata Pengantar.....	i
Abstrak.....	ix
...	x
Daftar Isi.....	1
Daftar Tabel.....	4
Daftar Grafik.....	5
Daftar Lampiran.....	5
BAB I PENDAHULUAN	6
A. Latar Belakang.....	6
B. Rumusan Masalah.....	14
C. Tujuan Penulisan.....	21
D. Manfaat Penulisan.....	36
BAB II TINJAUAN	47
A. Konsep Jantung.....	47
B. Konsep <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	59
C. Konsep Kecemasan.....	64
D. Manajemen Asuhan Keperawatan Kecemasan Pada Pasien CHF.....	69
E. Konsep <i>Massage</i>	71
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN	71
A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan.....	75
B. Asuhan Keperawatan Pasien Resume 1.....	78
C. Asuhan Keperawatan Pasien Resume 2.....	80
D. Perbandingan Hasil Intervensi.....	81
BAB IV PEMBAHASAN	85

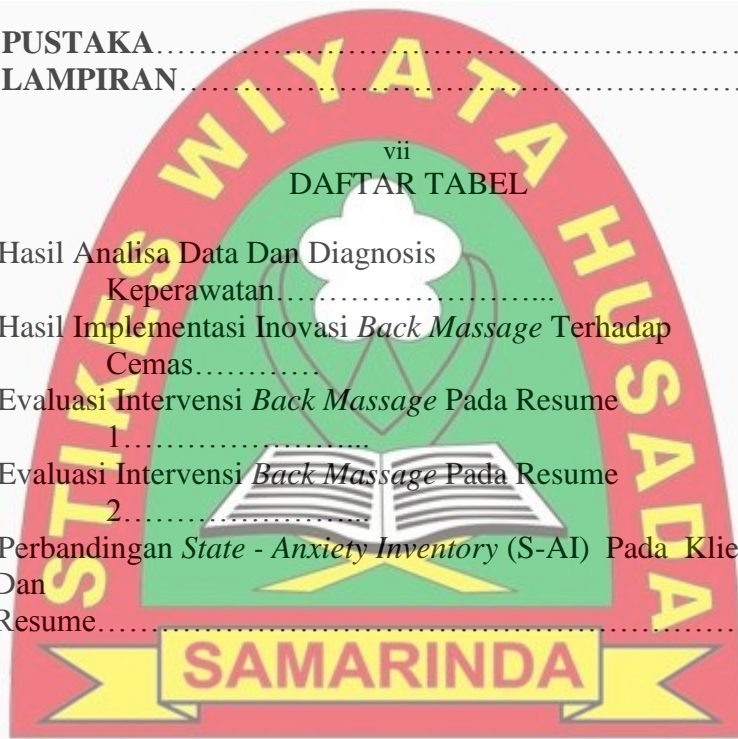
A.	Profil	Lahan
Praktik.....		
B.	Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien CHF Dengan	
Ansietas.....		
C.	Analisis Intervensi Keperawatan Dengan Konsep Penelitian Terkait.....	
D.	Alternatif Pemecahan Yang Dapat	
Dilakukan.....		

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....

A.	
Kesimpulan.....	
B. Saran.....	

DAFTAR PUSTAKA.....	
DAFTAR LAMPIRAN.....	

vii	
DAFTAR TABEL	
Tabel 3.1 Hasil Analisa Data Dan Diagnosis Keperawatan.....	49
Tabel 3.2 Hasil Implementasi Inovasi <i>Back Massage</i> Terhadap Cemas.....	64
Tabel 3.3 Evaluasi Intervensi <i>Back Massage</i> Pada Resume 1.....	68
Tabel 3.4 Evaluasi Intervensi <i>Back Massage</i> Pada Resume 2.....	75
Tabel 3.5 Perbandingan <i>State - Anxiety Inventory</i> (S-AI) Pada Klien Kelolaan Dan Resume.....	





DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Perbandingan Skor Kecemasan Pada Pasien Kelolaan Dan Resume.....68



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Timeline Ujian Proposal KIAN
- Lampiran 2 Plan Op Action (POA) KIAN
- Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan Dewasa Dengan CHF
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Standar Prosedur Operasional Masase Punggung
- Lampiran 7 Kuisisioner Skala Pengukuran Kecemasan
- Lampiran 8 Hasil Pengukuran Kecemasan Hari ke-1 sampai Hari ke-3
- Lampiran 9 Hasil Perekaman Elektrokardiograph (EKG)
- Lampiran 10 Manuskrip
- Lampiran 11 Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO, 2016) melaporkan bahwa penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu secara global dengan presentase sebesar 31 % dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2015 angka kematian akibat penyakit jantung koroner adalah 20 juta jiwa dan di tahun 2030 mendatang di prediksi akan meningkat dengan capaian angka 23,6 juta jiwa penduduk. Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung. Penderita gagal jantung atau CHF di Indonesia pada tahun 2012 menurut data dari Departemen Kesehatan mencapai 14.449 jiwa penderita yang menjalani rawat inap di rumah sakit. Pada tahun 2012 di Jawa Tengah terdapat 520 penderita CHF dan menjalani rawat inap

Congestive Heart Failure (CHF) atau yang biasa disebut gagal jantung kongestif merupakan satu-satunya penyakit kardiovaskular yang terus meningkat insiden dan prevalensinya. Resiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% per tahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Selain itu, CHF merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit (*readmission*) meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan secara optimal (R.Miftah.2004). Gagal jantung Atau *Congstive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu kondisi fisiologis dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Gagal jantung terjadi karena adanya perubahan fungsi sistolik dan diastolik (Black & Hawk, 2014).

Berdasarkan data yang didapat selama enam bulan terakhir di ruang ICCU (*Intensive Cardiac Care Unit*) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien yang memiliki gangguan jantung CHF (*Congestive*

Heart Failure) adalah sebanyak 155 orang yaitu sebanyak 40% dari total keseluruhan pasien yang dirawat di ICCU. Adapun kejadian kegawatan jantung dan berujung pada kematian adalah sebanyak 14% dari jumlah pasien yang dirawat di ruangan tersebut. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF antara lain *dyspnea, fatigue* dan gelisah.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil, 2010). Pasien yang sering dilaporkan mengalami cemas karena hospitalisasi, pemeriksaan dan prosedur tindakan medik yang menyebabkan perasaan tidak nyaman serta keluhan-keluhan yang di kemukakan seperti khawatir, firasat buruk, gangguan pola tidur, keluhan somatik, misalnya sakit pada otot, berdebar hingga sesak napas (Hawari, 2011).

Penurunan kecemasan pada pasien dapat dilakukan dengan tindakan farmakologi dan nonfarmakologi salah satu upaya tindakan nonfarmakologi seperti relaksasi, refreasing, aromaterapi, meditasi, terapi pijat, terapi musik, dan dipandu citra visual. Metode komplementer untuk mengurangi kecemasan menggunakan biaya efisien, mudah diterapkan, non invasive, nonfarmakologi, dan tanpa efek samping. *Masase* merupakan tehnik integrasi sensori yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang di alami dan nyeri yang tak berkesudahan (Potter & Perry, 2009).

Asuhan keparawatan yang dilakukan pada pasien *congestive heart failure* dengan diagnosa keperawatan seperti penurunan curah jantung, gangguan pola nafas, nyeri akut, ansietas, intoleransi aktivitas dan kelebihan

volume cairan adalah prioritas dalam manajemen asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pada kardiovaskuler. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah. Diagnosa keperawatan klien yang muncul pada pasien dengan khawatir, firasat buruk, gangguan pola tidur, keluhan somatik, misalnya sakit pada otot, berdebar hingga sesak napas yaitu ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dapat diberikan intervensi seperti terapi pijat (NANDA, 2015; NIC, 2015).

Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan melibatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan, menunjukkan fleksibilitas peran, mengekspresikan perasaan dan kebebasan emosional. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas pada klien yaitu penurunan kecemasan dengan melakukan *back massage*. Pada saat dilakukan *back massage* terjadi penekanan pada tubuh, saraf tepi (perifer) yang tertekan oleh jari-jari yang lembut dengan tidak sengaja akan mengeluarkan hormon endorfin yang kemudian dihantarkan ke pusat saraf yaitu otak, dalam otak hormon tersebut dikendalikan oleh *Bulbar Synchronizing Region* (BSR) yang kemudian dengan otomatis bekerja melepaskan hormon serotonin dan melatonin ke seluruh tubuh. Menyebarnya kedua hormon tersebut ke seluruh tubuh, akan menyebabkan seseorang yang dipijat mengalami perasaan nyaman, rileks, hingga timbul perasaan mengantuk dan akhirnya tertidur (Bambang Priyonoadi, 2008:10).

Dalam hal ini peneliti tertarik pada penelitian yang sudah dilakukan oleh Wei-Ling Chen et al (2013), dengan judul *Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure*. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *back massage* pada populasi penelitiannya dapat mengurangi tingkat kecemasan secara signifikan dilihat dari tekanan sistolik menurun terutama pada mereka dengan gagal jantung berat dan tingkat yang lebih besar dari kecemasan dan tekanan darah

sistolik yang lebih tinggi . Hasil signifikan yang sudah dipaparkan oleh Wei-Ling Chen et al tersebut menjadi alasan kuat peneliti mengangkat gagasan menjadi sebuah karya tulis ilmiah

B. Rumusan Masalah

Ansietas merupakan salah satu tanda dan gejala pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). Ansietas merupakan keluhan yang cukup mengganggu aktivitas klien. Ansietas perlu ditangani lebih dahulu untuk mencegah terjadinya masalah gangguan fisik yang dapat menghalangi individu untuk berfungsi efektif dalam kehidupan sehari-hari seperti meningkatnya denyut jantung , menegangnya otot-otot tubuh sehingga sering terlihat sebagai suatu reaksi panik. Pada saat cemas individu akan sangat sulit untuk menyesuaikan diri baik dengan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Kecemasan sangat nyata sebagai kecemasan yang mendasar terhadap bahaya nyata yang ada dalam dunia eksternal (Drajat, 2007). Untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien dapat dilakukan tindakan farmakologi dan nonfarmakologi salah satu upaya tindakan nonfarmakologi seperti relaksasi, refreasing, aromaterapi, meditasi, terapi pijat, dan dipandu citra visual. Pertanyaan penelitian ini, yaitu, apakah terdapat skor rata-rata respon cemas antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi terapi pijat ?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus:

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien *Congestive Heart Failure*.(CHF) dengan intervensi inovasi *back massage* terhadap pengurangan kecemasan di ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*.(CHF).
- b. Menganalisa intervensi back massage yang diterapkan selama tiga hari pada klien kelolaan dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini, yaitu:

1. Manfaat Praktis

Bagi keperawatan, salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan dengan terapi pijat, dengan dilakukannya penelitian ini maka *back massage* menjadi salah satu pilihan terapi yang dapat perawat lakukan sebagai intervensi keperawatan dalam mengurangi kecemasan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

Dengan demikian, penelitian ini berkontribusi bagi praktik keperawatan, khususnya dalam intervensi untuk mendapatkan rasa nyaman baik fisik maupun mental. Penelitian ini juga memberi kontribusi bagi responden, dengan intervensi dalam penelitian ini maka responden mendapatkan yang efektif dalam menangani cemas tanpa menyebabkan timbulnya efek samping, serta dapat dilakukan mandiri di rumah tanpa harus melibatkan tenaga ahli, karena dapat dipelajari prosedur pelaksanaannya.

2. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda untuk mengembangkan mata ajar terapi komplementer keperawatan dengan *back massage* sebagai salah satu terapi healing yang diterapkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Jantung

1. Anatomi Fisiologi Jantung

Jantung adalah sebuah organ berotot dengan empat buah ruang yang terletak di rongga dada, di bawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Ruang jantung terdiri atas dua ruang yang berdinding tipis disebut atrium (serambi) dan dua ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (bilik) (Muttaqin, 2009).

Jantung memiliki berat sekitar 300 gr, meskipun berat dan ukurannya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya aktifitas fisik dan lain-lain. Jantung dewasa normal berdetak sekitar 60 sampai 80 kali permenit, menyemburkan sekitar 70 ml darah dari kedua ventrikuler perdetakan dan keluaran totalnya sekitar 5 L / menit (Smeltzer, 2013).

Jantung terletak didalam rongga mediastinum dari rongga dada (thoraks), diantara kedua paru. Selaput yang mengitari jantung disebut pericardium, yang terdiri atas 2 lapisan, yaitu pericardium parietalis, merupakan lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru, dan yang kedua pericardium viseralis, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri, yang juga disebut epikardium.

Di dalam lapisan jantung tersebut terdapat cairan pericardium yang berfungsi untuk mengurangi gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan luar yang disebut pericardium, lapisan tengah atau mikardium merupakan lapisan berotot, dan lapisan dalam disebut endokardium. Organ jantung terdiri atas 4 ruang yaitu 2 ruang yang berdinding tipis disebut atrium dan 2 ruang berdinding tebal disebut ventrikel (Muttaqin, 2009).

a. Atrium

- 1) Atrium kanan berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena cava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri, kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan dan selanjutnya ke paru.
- 2) Atrium kiri berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari paru melalui 4 buah vena pulmonalis, kemudian darah mengalir ke ventrikel kiri dan selanjutnya ke seluruh tubuh melalui aorta.

b. Ventrikel

Permukaan dalam ventrikel memperlihatkan alur-alur otot yang disebut trabekula. Beberapa alur tampak menonjol, yang disebut muskulus papilaris. Ujung muskulus papilaris dihubungkan dengan tepi daun katup atrioventrikuler oleh serat-serat yang disebut *korda tendinae*.

1) Katup atrioventrikuler

Dikatakan katup atrioventrikuler karena letaknya antara atrium dan ventrikel, yaitu:

a) Katup trikuspidalis

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, serta mempunyai 3 buah daun katup.

b) Katup mitral atau bikuspidalis

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri, serta mempunyai 2 buah katup. Selain itu katup atrioventrikuler berfungsi untuk memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase diastol ventrikel dan mencegah aliran balik pada saat sistol ventrikel (kontraksi).

2) Katup semilunaris

1) Katup pulmonal

Terletak pada arteri pulmonalis, memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan.

2) Katup aorta

Terletak antara ventrikel kiri dan aorta. Kedua katup semilunaris ini mempunyai bentuk yang sama, yakni terdiri dari 3 daun katup yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Adapun katup semilunaris memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastol ventrikel (Wijaya, 2016).

2. **Persyarafan Jantung**

Jantung dipersyarafi oleh serabut simpatis, parasimpatis, dan sistem syaraf autonom melalui pleksus kardiakus. Syaraf simpatis berasal dari trunkus simpaticus bagian servical dan torakal bagian atas dan syaraf parasimpatis berasal dari nervus vagus. Sistem persyarafan jantung banyak dipersyarafi oleh serabut sistem syaraf otonom (parasimpatis dan simpatis) dengan efek yang saling berlawanan dan bekerja bertolak belakang untuk mempengaruhi perubahan pada denyut jantung, yang dapat mempertinggi ketelitian pengaturan syaraf oleh sistem syaraf otot (Wijaya, 2016).

Serabut parasimpatis mempersyarafi nodus SA, otot-otot atrium, dan nodus AV melalui nervus vagus. Serabut simpatis menyebar keseluruhan sistem konduksi dan miokardium. Stimulasi simpatis (adrenergik) juga

menyebabkan melepasnya epinefrin dan beberapa norepinefrin dari medulla adrenal.

Respon jantung terhadap stimulasi simpatis diperantai oleh pengikatan norepinefrin dan epinefrin ke reseptor adrenergik tertentu; reseptor α terletak pada sel-sel otot polos pembuluh darah, menyebabkan terjadinya vasokonstriksi dan reseptor β yang terletak pada nodus AV, nodus SA dan miokardium menyebabkan peningkatan denyut jantung, peningkatan kecepatan hantaran melewati nodus AV dan peningkatan kontraksi miokardium (stimulasi reseptor ini menyebabkan vasodilatasi).

Hubungan sistem syaraf simpatis dan parasimpatis bekerja untuk menstabilkan tekanan darah arteri dan curah jantung untuk mengatur aliran darah sesuai kebutuhan tubuh (Kasron, 2011).

3. Elektrofisiologi jantung (Smeltzer, 2013)

Menurut Smeltzer (2013) di dalam otot jantung terdapat jaringan khusus yang menghantarkan aliran listrik. Jaringan tersebut mempunyai sifat-sifat yang khusus, yaitu :

- a. Otomatisasi : kemampuan untuk menimbulkan impuls secara spontan.
- b. Irama : pembentukan impuls yang teratur.
- c. Daya konduksi : kemampuan untuk menyalurkan impuls.
- d. Daya rangsang : kemampuan untuk bereaksi terhadap rangsang.

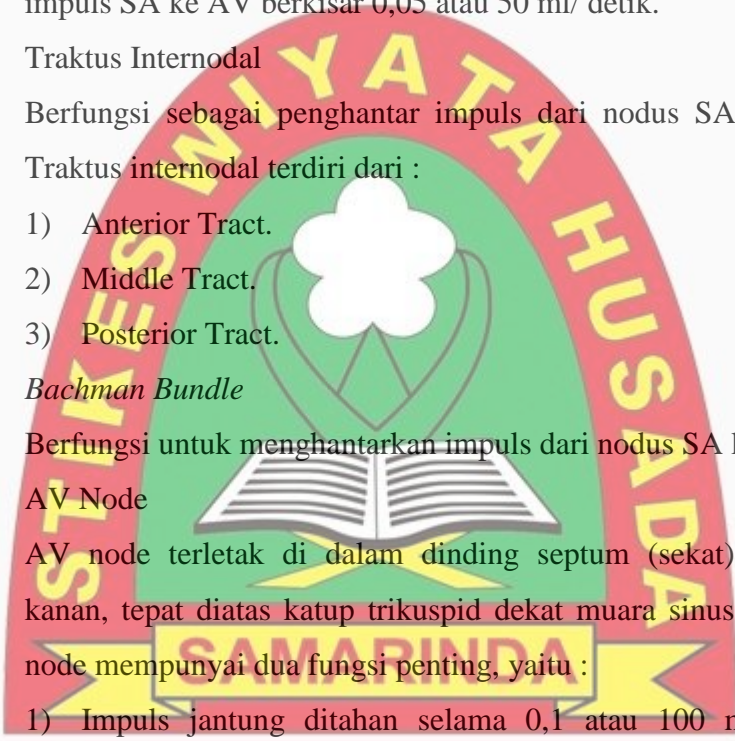
Berdasarkan sifat-sifat tersebut diatas, maka secara spontan dan teratur jantung akan menghasilkan impuls-impuls yang disalurkan melalui sistem hantar untuk merangsang otot jantung dan dapat menimbulkan kontraksi otot. Perjalanan impuls dimulai dari nodus SA, nodus AV, sampai ke serabut purkinje.

a. SA Node

Disebut pemacu alami karena secara teratur mengeluarkan aliran listrik impuls yang kemudian menggerakkan jantung secara otomatis. Pada keadaan normal, impuls yang dikeluarkan frekuensinya 60-100

kali/ menit. Respons dari impuls SA memberikan dampak pada aktivitas atrium. SA node dapat menghasilkan impuls karena adanya sel-sel pacemaker yang mengeluarkan impuls secara otomatis.

Sel ini dipengaruhi oleh saraf simpatis dan parasimpatis. Stimulasi SA yang menjalar melintasi permukaan atrium menuju nodus AV memberikan respons terhadap adanya kontraksi dari dinding atrium untuk melakukan kontraksi. Bachman bundle menghantarkan impuls dari nodus SA ke atrium kiri. Waktu yang diperlukan pada penyebaran impuls SA ke AV berkisar 0,05 atau 50 ml/ detik.

- 
- b. **Traktus Internodal**
Berfungsi sebagai penghantar impuls dari nodus SA ke Nodus AV. Traktus internodal terdiri dari :
- 1) Anterior Tract.
 - 2) Middle Tract.
 - 3) Posterior Tract.
- c. **Bachman Bundle**
Berfungsi untuk menghantarkan impuls dari nodus SA ke atrium kiri.
- d. **AV Node**
AV node terletak di dalam dinding septum (sekat) atrium sebelah kanan, tepat diatas katup trikuspid dekat muara sinus koronarius. AV node mempunyai dua fungsi penting, yaitu :
- 1) Impuls jantung ditahan selama 0,1 atau 100 ml/ detik, untuk memungkinkan pengisian ventrikel selama atrium berkontraksi.
 - 2) Mengatur jumlah impuls atrium yang mencapai ventrikel. AV node dapat menghasilkan impuls dengan frekuensi 40-60 kali/ menit.
- e. **Bundle His**
Berfungsi untuk menghantarkan impuls dari nodus AV ke sistem *bundle branch*.
- f. **Bundle Branch**

Merupakan lanjutan dari *bundle of his* yang bercabang menjadi dua bagian, yaitu :

- 1) *Right bundle branch* (RBB/cabang kanan), untuk mengirim impuls ke otot jantung ventrikel kanan.
- 2) *Left bundle branch* (LBB/cabang kiri) yang terbagi dua, yaitu deviasi ke belakang (*left posterior vesicle*), menghantarkan impuls ke endokardium ventrikel kiri bagian posterior dan inferior, dan deviasi ke depan (*left anterior vesicle*), menghantarkan impuls ke endokardium ventrikel kiri bagian anterior dan superior.

g. Sistem Purkinje

Merupakan bagian ujung dari *bundle branch*. Berfungsi untuk menghantarkan dan mengirimkan impuls menuju lapisan sub-endokard pada kedua ventrikel, sehingga terjadi depolarisasi yang diikuti oleh kontraksi ventrikel. Sel-sel pacemaker di sub endokard ventrikel dapat menghasilkan impuls dengan frekuensi 20-40 kali/ menit. Pemacu pemacu cadangan ini mempunyai fungsi sangat penting, yaitu untuk mencegah berhentinya denyut jantung pada waktu pemacu alami (SA node) tidak berfungsi.

Depolarisasi yang dimulai pada SA node disebarkan secara radial ke seluruh atrium, kemudian semuanya bertemu di AV node. Seluruh depolarisasi atrium berlangsung selama kira-kira 0,1 detik. Oleh karena hantaran di AV node lambat, maka terjadi perlambatan kira-kira 0,1 detik (perlambatan AV node) sebelum eksitasi menyebar ke ventrikel.

Perlambatan ini diperpendek oleh perangsangan saraf simpatis yang menuju jantung dan akan memanjang akibat perangsangan vagus. Dari puncak septum, gelombang depolarisasi menyebar secara cepat di dalam serat penghantar purkinje ke semua bagian ventrikel dalam waktu 0,08-0,1 detik (Wijaya, 2013).

4. Siklus Jantung

Siklus jantung adalah periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Siklus jantung terdiri dari periode sistol dan diastol. Sistol adalah periode kontraksi dari ventrikel, dimana darah dikeluarkan dari jantung. Diastol adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium, dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel (Smeltzer, 2013).

a. Periode Sistol (periode kontriksi)

Periode sistol adalah suatu keadaan jantung dimana bagian ventrikel dalam keadaan menguncup. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup dan valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel kanan mengalir ke arteri pulmonalis, dan masuk kedalam paru-paru kiri dan kanan. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke aorta dan selanjutnya beredar ke seluruh tubuh

b. Periode Diastol (periode dilatasi)

Periode diastol adalah suatu keadaan dimana jantung mengembang. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan terbuka sehingga darah dari atrium kiri masuk ke ventrikel kiri dan darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Selanjutnya darah yang datang dari paru-paru kiri kanan melalui vena pulmonal kemudian masuk ke atrium kiri. Darah dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior masuk ke atrium kanan.

c. Periode Istirahat

Adalah waktu antara periode diastol dengan periode sistol dimana jantung berhenti kira-kira sepersepuluh detik (Kasron, 2011). Pada waktu aktifitas depolarisasi menjalar ke seluruh ventrikel, ventrikel berkontraksi dan tekanan di dalamnya meningkat. Pada waktu tekanan di dalam ventrikel melebihi tekanan atrium, katup mitral dan tricuspida menutup dan terdengar sebagai bunyi jantung pertama.

Fase kontraksi ventrikel yang berlangsung sebelum katup-katup semilunar terbuka disebut fase kontraksi isovolumetrik. Disebut demikian karena tekanan di dalam ventrikel meningkat tanpa ada darah yang keluar, sampai tekanan di dalam ventrikel melebihi tekanan aorta atau arteri pulmonalis, di saat mana katup-katup semilunar terbuka dan darah keluar dari ventrikel.

Ejeksi darah dari ventrikel (terutama ventrikel kiri) berlangsung sangat cepat pada permulaan sehingga kadang-kadang menimbulkan suara yang merupakan komponen akhir dari bunyi jantung satu. Fase ini disebut fase ejeksi cepat. Sesudah darah keluar dari ventrikel maka tekanan di dalam ventrikel akan menurun, pada saat tekanan ventrikel menurun lebih rendah dari tekanan aorta atau arteri pulmonalis, maka katup-katup semilunar akan menutup dan terdengarlah bunyi jantung ke dua.

Selama katup mitral dan trikuspid menutup, darah dari vena pulmonalis dan vena kava tetap mengisi kedua atrium yang menyebabkan peningkatan tekanan atrium. Sementara itu tekanan di kedua ventrikel terus menurun sehingga menjadi lebih rendah dari tekanan atrium dan katup mitral serta trikuspid terbuka.

Setelah katup mitral dan katup trikuspid terbuka maka darah akan mengalir dari kedua atrium ke kedua ventrikel mula-mula secara cepat (fase pengisian cepat) dan makin lama makin lambat sampai berhenti, yakni sewaktu tekanan di atrium dan ventrikel sama. Sebelum saat akhir diastol ventrikel (diastol ventrikel dimulai sesudah penutupan katup semilunar) aktifitas listrik yang menimbulkan gelombang pada EKG menyebabkan atrium berkontraksi dan sisa darah di dalam atrium akan masuk ke dalam ventrikel. Kemudian mulailah kontraksi ventrikel lagi.

Terbukanya katup ini tidak menimbulkan suara kecuali bila ada kelainan katup (*opening snap* pada stenosis mitral). Fase diantara

penutupan katup semilunar dan pembukaan katup mitral/trikuspid dinamakan fase relaksasi isovolumetrik ventrikel.

B. Konsep *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. *Congestive Heart Failure* (CHF)

Gagal jantung sering juga disebut gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer, 2013).

2. Klasifikasi (Yancy et al., 2013)

a. Gagal Jantung Akut-Kronik

- 1) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan *cardiac output* dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.
- 2) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit parukronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.

b. Gagal Jantung Kanan-Kiri

- 1) Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal jantung untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katup aorta/mitral.
- 2) Gagal jantung kanan disebabkan peningkatan tekanan pulmonal akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga

cairan yang terbungung akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura dan lain-lain.

c. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik

- 1) Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah, akibatnya *cardiac output* menurun dan ventrikel hipertrofi.
- 2) Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardiac output* turun (Kasron, 2011).

Selain itu *New York Heart Association* (NYHA) membuat klasifikasi fungsional dalam 4 kelas: (Yancy et al., 2013)

- a. Kelas 1, bila pasien dapat melakukan aktifitas berat tanpa keluhan
- b. Kelas 2, bila pasien tidak dapat melakukan aktifitas lebih berat dari aktivitas sehari-hari tanpa keluhan.
- c. Kelas 3, bila pasien tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa keluhan.
- d. Kelas 4, bila pasien sama sekali tidak dapat melakukan aktifitas apapun dan harus tirah baring.

3. Etiologi (Acton, 2013)

- a. Kelainan otot jantung, gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi.
- b. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung.
- c. Hipertensi sistemik atau pulmonal meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek

tersebut dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung.

- d. Faktor sistemik terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

4. Mekanisme *Congestive Heart Failure* (CHF) Acton (2013)

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari normal. Dapat dijelaskan dengan persamaan $CO = HR \times SV$ dimana curah jantung (CO : *Cardiac output*) adalah fungsi frekuensi jantung (HR: *Heart Rate*) x Volume Sekuncup (SV: *Stroke Volume*).

Frekuensi jantung adalah fungsi dari sistem saraf otonom. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme kompensasi ini gagal untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang harus menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung.

Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang tergantung pada 3 faktor, yaitu: (1) *Preload* (yaitu sinonim dengan Hukum Starling pada jantung yang menyatakan bahwa jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung); (2) Kontraktilitas (mengacu pada perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium); (3) *Afterload* (mengacu pada besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan

arteriole).

Jika terjadi gagal jantung, tubuh mengalami beberapa adaptasi yang terjadi baik pada jantung dan secara sistemik. Jika volume sekuncup kedua ventrikel berkurang akibat penekanan kontraktilitas atau *afterload* yang sangat meningkat, maka volume dan tekanan pada akhir diastolik di dalam kedua ruang jantung akan meningkat. Hal ini akan meningkatkan panjang serabut miokardium pada akhir diastolik dan menyebabkan waktu sistolik menjadi singkat. Jika kondisi ini berlangsung lama, maka akan terjadi dilatasi ventrikel.

Cardiac output pada saat istirahat masih bisa berfungsi dengan baik tapi peningkatan tekanan diastolik yang berlangsung lama (kronik) akan dijalarkan ke kedua atrium, sirkulasi pulmoner dan sirkulasi sistemik. Akhirnya tekanan kapiler akan meningkat yang akan menyebabkan transudasi cairan dan timbul edema paru atau edema sistemik. Penurunan *cardiac output*, terutama jika berkaitan dengan penurunan tekanan arterial atau penurunan perfusi ginjal, akan mengaktifasi beberapa sistem saraf dan hormonal.

Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis akan memacu kontraksi miokardium, frekuensi denyut jantung dan vena yang akan meningkatkan volume darah sentral yang selanjutnya meningkatkan *preload*. Meskipun adaptasi-adaptasi ini dirancang untuk meningkatkan *cardiac output*, adaptasi itu sendiri dapat mengganggu tubuh. Oleh karena itu, takikardi dan peningkatan kontraktilitas miokardium dapat memacu terjadinya iskemia pada pasien dengan penyakit arteri koroner sebelumnya dan peningkatan *preload* dapat memperburuk kongesti pulmoner.

Aktivasi sistem saraf simpatis juga akan meningkatkan resistensi perifer. Adaptasi ini dirancang untuk mempertahankan perfusi ke organ-organ vital, tetapi jika aktivasi ini sangat meningkat malah akan menurunkan aliran ke ginjal dan jaringan.

Salah satu efek penting penurunan *cardiac output* adalah penurunan

aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, yang akan menimbulkan retensi sodium dan cairan. Sistem rennin-angiotensin-aldosteron juga akan teraktivasi, menimbulkan peningkatan resistensi vaskuler perifer selanjutnya dan peningkatan *afterload* ventrikel kiri sebagaimana retensi sodium dan cairan.

Gagal jantung berhubungan dengan peningkatan kadar arginin vasopresin dalam sirkulasi, yang juga bersifat vasokonstriktor dan penghambat ekskresi cairan. Pada gagal jantung terjadi peningkatan peptida natriuretik atrial akibat peningkatan tekanan atrium, yang menunjukkan bahwa disini terjadi resistensi terhadap efek natriuretik dan vasodilator.

5. Manifestasi Klinik (Acton, 2013)

- a. Gagal jantung kiri : kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri, karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Peningkatan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Manifestasi klinis yang dapat terjadi meliputi :
 - 1) *Dyspnea* dapat terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas. *Dyspnea* bahkan dapat terjadi pada saat istirahat atau dicetuskan oleh gerakan minimal atau sedang.
 - 2) *Ortopnea* kesulitan bernafas saat berbaring, beberapa pasien hanya mengalami ortopnea pada malam hari, hal ini terjadi bila pasien, yang sebelumnya duduk lama dengan posisi kaki dan tangan di bawah, pergi berbaring ke tempat tidur. Setelah beberapa jam cairan yang tertimbun diekstremitas yang sebelumnya berada di bawah mulai diabsorpsi dan ventrikel kiri yang sudah terganggu, tidak mampu mengosongkan peningkatan volume dengan adekuat. Akibatnya tekanan dalam sirkulasi paru meningkat dan lebih lanjut, cairan berpindah ke alveoli.
 - 3) Batuk yang berhubungan dengan ventrikel kiri bisa kering dan

tidak produktif, tetapi yang tersering adalah batuk basah yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah yang banyak dan kadang disertai bercak darah.

4) Mudah lelah dapat terjadi akibat curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme, juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas.

5) Insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk.

b. Gagal jantung kanan : bila ventrikel kanan gagal, yang menonjol adalah kongesti visera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena. Manifestasi klinis yang tampak dapat meliputi edema ekstremitas bawah, peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena leher, asites, anoreksia, mual dan nokturia.

1) Edema dimulai pada kaki dan tumit juga secara bertahap bertambah ke tungkai, paha dan akhirnya ke genetalia eksterna serta tubuh bagian bawah.

2) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar. Bila proses ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh darah portal meningkat sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, suatu kondisi yang dinamakan asites. Pengumpulan cairan dalam rongga abdomen ini dapat menyebabkan tekanan pada diafragma dan distress pernafasan.

3) Anoreksia dan mual terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen.

4) Nokturia terjadi karena perfusi renal yang didukung oleh posisi penderita pada saat berbaring. Diuresis terjadi paling sering pada malam hari karena curah jantung membaik saat istirahat.

- 5) Kelemahan yang menyertai gagal jantung sisi kanan disebabkan karena menurunnya curah jantung, gangguan sirkulasi, dan pembuangan produk sampah katabolisme yang tidak adekuat dari jaringan (Smeltzer, 2013 dalam Wijaya, 2013).

6. Komplikasi

- a. Trombosis vena dalam, karena pembentukan bekuan vena karena stasis darah.
- b. Syok Kardiogenik, merupakan stadium akhir dari disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kongestif, terjadi bila ventrikel kiri mengalami kerusakan yang sangat luas. Tanda syok kardiogenik adalah tekanan darah rendah, nadi cepat dan lemah, hipoksia otak yang termanifestasi dengan adanya konfusi dan agitasi, penurunan haluaran urin, serta kulit yang dingin dan lembab.

7. Penatalaksanaan Medis

- a. Non Farmakologi
 - 1) Pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah, mengatur atau mengurangi edema seperti pada hipertensi atau gagal jantung.
 - 2) Batasi cairan ditujukan untuk mencegah, mengatur atau mengurangi edema.
 - 3) Manajemen stress ditujukan untuk mengurangi stress karena stress emosi dapat menghasilkan vasokonstriksi yang meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan kerja jantung.
 - 4) Pembatasan aktifitas fisik untuk mengurangi beban kerja jantung.
- b. Farmakologi (Dipiro et al., 2015)
 - 1) Diuretik : diberikan untuk memacu eksresi natrium dan air melalui ginjal, penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.
 - 2) Digoxin : meningkatkan kontraktilitas dan memperlambat frekuensi jantung. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang

- mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi,
- 3) Isobarbide dinitrat : mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
 - 4) Terapi vasodilator : digunakan untuk mengurangi tekanan terhadap penyemburan darah oleh ventrikel.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pada pemeriksaan foto *toraks* seringkali menunjukkan kardiomegali (rasio kardiotorasik (CTR) > 50%), terutama bila gagal jantung sudah kronis.
- b. Kardiomegali dapat disebabkan oleh dilatasi ventrikel kiri atau kanan, LVH atau kadang oleh efusi perikard. Derajat kardiomegali tidak berhubungan dengan fungsi ventrikel kiri.
- c. Elektrokardiografi memperlihatkan beberapa abnormalitas pada sebagian besar pasien (80-90%), termasuk gelombang Q, perubahan ST-T, hipertropi LV, gangguan konduksi, aritmia.
- d. Echokardiografi harus dilakukan pada semua pasien dengan dugaan klinis gagal jantung. Dimensi ruang jantung, fungsi ventrikel (sistolik dan diastolik) dan abnormalitas gerakan dinding dapat dinilai dan penyakit katup jantung dapat disingkirkan.
- e. Tes darah direkomendasikan untuk menyingkirkan anemia dan menilai fungsi ginjal sebelum terapi di mulai. Disfungsi tiroid dapat menyebabkan gagal jantung sehingga pemeriksaan fungsi tiroid harus selalu dilakukan.
- f. Pencitraan radio nuklida menyediakan metode lain untuk menilai fungsi ventrikel dan sangat berguna ketika citra yang memadai dari echokardiografi sulit diperoleh. Pemindahan perfusi dapat membantu dalam menilai fungsional penyakit jantung koroner.

C. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Hawari, 2011).

Fitri & Julianty (2007, dalam Kaplan et al) mengemukakan pengertian kecemasan. Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil, 2010). Namora Lumongga Lubis (2009) menjelaskan bahwa kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman nyata ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang. Kecemasan dialami ketika berfikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi. Sedangkan Siti Sundari (2004) memahami kecemasan sebagai suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly (2005) memberikan pengertian tentang kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri rangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Kedua-duanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecedan merupakan

hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

masan tersebut (Singgih, 2008).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

2. Gejala-gejala Kecemasan

Kecemasan adalah suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan. Individu-individu yang tergolong normal kadang kala mengalami kecemasan yang menampak, sehingga dapat disaksikan pada Kecemasan juga memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. Kaplan, Sadock, & Grebb (Fitri, F & Julianti W, 2007) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakpenampilan yang berupa gejala-gejala fisik

maupun mental. Gejala tersebut lebih jelas pada individu yang mengalami gangguan mental. Lebih jelas lagi bagi individu yang mengidap penyakit mental yang parah.

Gejala-gejala yang bersifat fisik diantaranya adalah : jari tangan dingin, detak jantung makin cepat, berkeringat dingin, kepala pusing, nafsu makan berkurang, tidur tidak nyenyak, dada sesak. Gejala yang bersifat mental adalah : ketakutan merasa akan ditimpa bahaya, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenteram, ingin lari dari kenyataan (Siti, 2004).

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada di dalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil, (2010) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain:

- a. Keberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
- b. Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan *exited* (heboh) yang memuncak, sangat *irritable*, akan tetapi sering juga dihinggapi depresi.
- c. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan *delusion ofpersecution* (delusi yang dikejar-kejar).
- d. Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e. Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Nevid Jeffrey S, Spencer A, & Greene Beverly (2005) mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan dalam tiga jenis gejala, diantaranya yaitu :

- a. Gejala fisik dari kecemasan yaitu: kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
- b. Gejala behavioral dari kecemasan yaitu: berperilaku menghindar,

terguncang, melekat dan dependen

- c. Gejala kognitif dari kecemasan yaitu: khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran teras bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi.

3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Ada beberapa teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan (Stuart, 2007).

a. Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara kedua elemen yang bertentangan. Cemas merupakan hal alamiah sebagai respon tubuh untuk mengendalikan kesadaran terhadap stimulus tertentu (Videbeck, 2008).

a. Teori Interpersonal

Kecemasan timbul dari masalah-masalah dalam hubungan interpersonal, dan berkaitan erat dengan kemampuan seseorang untuk berkomunikasi (Videbeck, 2008). Cemas muncul karena adanya perasaan takut terhadap penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal . Cemas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan.

b. Teori Perilaku

Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan.

c. Teori Perspektif Keluarga

Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang maladaptif dalam sistem keluarga.

d. Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnya yang mengatur kecemasan, antara lain: benzodiazepine, penghambat asam amino butirik-gamma neroregulator serta endokrin. Menurut Savitri (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalankeluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Zakiah Daradjat (Kholil, 2010) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu:

- a. Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas di dalam pikiran
- b. Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini seringpula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- c. Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya. Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya.

Musfir A.Z, (2005) Faktor yang memepengaruhi adanya kecemasan yaitu:

- a. Lingkungan keluarga

Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orang tua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada di dalam rumah.

- b. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimata masyarakat. Sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan. Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta

adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi (Patotisuro, 2004).

Sementara itu, Stuart & Laraia (2005) juga menyebutkan faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan, antara lain:

a. Faktor Eksternal

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
- 2) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

b. Faktor Internal

1) Usia

Usia erat kaitannya dengan perkembangan seseorang dan kemampuan coping terhadap stress. Seseorang yang akan mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan.

2) Jenis Kelamin

Secara umum gangguan psikis dapat oleh perempuan dan laki-laki secara seimbang. Namun kemampuan dan ketahanan dalam menghadapi kecemasan dan mekanisme coping secara luas lebih tinggi daripada laki-laki. Oleh karena itu, perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.

3) Tingkat Pengetahuan

Dengan pengetahuan yang dimiliki, akan membantu seseorang dalam mempersepsikan suatu hal, sehingga seseorang dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami. Pengetahuan ini

sendiri biasanya diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati individu.

4) Tipe Kepribadian

Orang dengan kepribadian A dengan ciri-ciri tidak sabar, kompetitif, ambisius, dan ingin serba sempurna lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada orang dengan tipe kepribadian B.

5) Lingkungan dan Situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

2. **Tingkat Kecemasan**

Menurut Stuart (2007) ada empat tingkat kecemasan yang di alami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

a. Kecemasan Ringan

Tingkat kecemasan ringan adalah cemas yang normal yang biasa menjadi bagian sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan perhatian. Cemas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas yang ditandai dengan terlihat tenang, percaya diri, waspada, memperhatikan banyak hal, sedikit tidak sabar, ketegangan otot, ringan, sadar akan lingkungan, rileks, atau sedikit gelisah.

b. Kecemasan Sedang

Tingkat kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang tidak penting atau bukan menjadi prioritas yang ditandai dengan perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, tidak sabar, mudah tersinggung, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, sering mondar-mandir, sering berkemih dan sakit kepala.

c. Kecemasan Berat

Tingkat kecemasan berat sangat mengurangi persepsi individu, dimana individu cenderung untuk memusatkan perhatian pada sesuatu yang terinci dan spesifik, dan tidak dapat berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu memerlukan banyak arahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain ditandai dengan sulit berfikir, penyelesaian masalah buruk, takut, bingung, menarik diri, sangat cemas, kontak mata buruk, berkeringat banyak, bicara cepat, rahang menegang, menggertakkan gigi, mondar-mandir, dan gemetar.

d. Panik

Tingkat panik dari suatu kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan teror, karena individu mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatakan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang tidak dapat rasional.

3. **Respon Kecemasan Pada Pasien CHF**

Kecemasan yang terjadi pada kebanyakan pasien dengan gagal jantung dikarenakan mereka mengalami kesulitan untuk mempertahankan oksigenasi yang adekuat sehingga mereka cenderung sesak napas dan gelisah (Smeltzer, 2011). Ketika penyakitnya meningkat dan manifestasinya memburuk, pasien sering mengalami ketakutan yang berlebihan karena cacat permanen dan kematian sehingga sering terjadi insomnia, kecemasan akut, depresi dan memungkiri kenyataan (Black, 2005).

Pada sistem saraf manusia terdapat sistem saraf otonom sistem saraf pusat. Fungsi saraf pusat adalah mengendalikan gerakan-gerakan

yang dikehendaki, misalnya gerakan tangan, kaki, leher, dan jari-jari. Sedangkan sistem saraf otonom berfungsi mengendalikan mengendalikan gerakan-gerakan yang otomatis, misalnya fungsi digestif, proses kardiovaskuler, dan gairah seksual.

Sistem saraf otonom terdiri dari dua subsistem yang kerjanya saling berlawanan yaitu:

- a. Sistem saraf simpatis yang bekerja meningkatkan rangsangan atau memacu organ-organ tubuh, memacu meningkatkan denyut jantung dan pernapasan,serta menimbulkan penyempitan pembuluh darah tepi dan pembesaran pembuluh darah pusat serta menurunkan temperature kulit dan daya tahan, dan juga akan menghambat proses digestif dan seksual.
- b. Sistem saraf parasimpatis menstimulasi turunya semua fungsi yang dinaikkan oleh saraf simpatis, dan menstimilasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatis (Utami, 1993 dalam Purwanto, 2006).

Secara fisiologis situasi kecemasan akan mengaktivasi hipotalamus yang selanjutnya mengendalikan dua sistem neuro endokrin, yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis dan sistem kortek adrenal. Sistem saraf simpatis berespon terhadap impuls saraf di hipotalamus yaitu dengan mengaktivasi berbagai organ dan otot polos yang berada di bawah pengendaliannya. Sistem saraf simpatis juga memberi sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke dalam aliran darah.

Sistem korteks adrenal di aktivasi jika hipotalamus mensekresikan *corticotropin realizing factor* (CRF) yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat di bawah hipotalamus. Kelenjar hipofisis selanjutnya akan mensekrsikan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) yang di bawa melalui aliran darah ke korteks adrenal. Hal tersebut menstimulasi pelepasan sekelompok hormon,

termasuk kortisol, yang meregulasi kadar gula darah. ACTH juga memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain untuk melepaskan hormon. Efek kombinasi berbagai hormon stres yang dibawa melalui aliran darah ditambah aktivitas neural cabang simpatik dari sistem saraf otonomik berperan dalam respons fight or flight (Corwin, 2009 dalam Sugiarto, 2015).

4. Manifestasi Kecemasan

Manifestasi kecemasan yang terjadi tergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri, dan mekanisme coping yang digunakan (Asmadi, 2009). Stuart (2007) menyebutkan respon kecemasan terdiri dari:

a. Respon Fisiologis

- 1) Kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat atau menurun, rasa ingin pingsan, denyut nadi menurun.
- 2) Respirasi: napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, seperti tercekik, terengah-engah.
- 3) Neuromuskuler: refleks meningkat, mudah terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, gerakan yang janggal.
- 4) Gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, nyeri ulu hati, diare.
- 5) Saluran perkemihan: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit: wajah kemerahan, berkeringat pada telapak tangan, gatal, wajah pucat, diaphoresis.

b. Respon Perilaku

Respon perilaku antara lain gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami

cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindar, hiperventilasi, dan sangat waspada.

c. Respon Kognitif

Respon kognitif antara lain perhatian terganggu, konsentrasi buruk, sering lupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berfikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, mimpi buruk.

d. Reaksi Afektif

Respon afektif antara lain mudah terganggu, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, kekhawatiran, mati rasa, dan malu.

5. **Mekanisme Terjadinya Kecemasan**

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktivitas dari neurotransmitter Gamma Aminobutyric Acid (GABA), yang mengontrol aktifitas neuron di bagian otak yang berfungsi untuk pengeluaran ansietas. Mekanisme kerja terjadinya ansietas diawali dengan penghambatan neurotransmitter di otak oleh GABA. Ketika bersilangan di sinaps dan mencapai atau mengikat ke reseptor GABA di membran postsinaps, maka saluran reseptor terbuka, diikuti oleh pertukaran ion-ion. Akibatnya terjadi penghambatan atau reduksi sel yang dirangsang dan kemudian sel beraktifitas dengan lamban . Mekanisme biologis ini menunjukkan bahwa ansietas terjadi karena adanya masalah terhadap efisiensi proses neurotransmitter. Neurotransmitter sendiri adalah utasan kimia khusus yang membantu informasi bergerak dari sel saraf ke sel saraf. Jika neurotransmitter keluar dari keseimbangan, pesan tidak bisa melalui otak dengan benar. Hal ini

dapat mengubah cara otak bereaksi dalam situasi tertentu, yang menyebabkan kecemasan.

6. Penatalaksanaan Non Farmakologi

a. Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang di alami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorphin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang di tranmisikan ke otak, mengalihkan perhatian dari rasa takut, mengalihkcemas dan tegang (Potter & Perry, 2005).

b. Terapi Relaksasi

Terapi relaksasi yang dilakukan dapat berupa napas dalam, meditasi, reaksi imajinasi, visualisasi, dan relaksasi otot progresif (Isaacs, 2005). Relaksasi merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatis yang menstimulasi turunya semua fungsi yang di naikkan oleh sistem saraf simpatis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatis. Masing-masing saraf parasimpatis dan simpatis saling berpengaruh maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Utami, 1993 dalam Ariyanto, 2006).

c. Terapi Humor

Terapi humor adalah penggunaan humor untuk mengurangi rasa sakit fisik atau emosional stres.

7. Alat Ukur Tingkat Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang dapat menggunakan beberapa alat ukur (instrument). Utomo (2015) menyebutkan alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan seseorang antara lain:

a. *Visual Analogue Scale For Anxiety (VAS-A)*

VAS di dasarkan pada 100 mm berupa garis horizontal, dimana ujung sebelah kiri menunjukkan tidak ada kecemasan dan ujung sebelah kanan menandakan kecemasan maksimal (Kinder et al 2000). Skala VAS dalam bentuk horizontal terbukti menghasilkan distribusi yang lebih seragam dan lebih sensitive (Wiliam et al, 2010). Responden diminta memberi tanda pada sebuah garis horizontal tersebut kemudian dilakukan penilaian.

b. *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*

HRS-A yang terdiri atas 14 gejala yaitu perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala otot, gejala sensori, gejala kardivaskuler, gejala respirasi, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom, tingkah laku. Cara penilaian HRS-A dengan sistem skoring, yaitu skor 0 = tidak ada gejala, skor 1 = ringan (satu gejala), skor 2 = sedang (dua gejala), skor 3 = berat (lebih dua gejala), skor 4 = sangat berat (semua gejala). Bila skor < 14 = tidak ada kecemasan., skor 14 – 20 = cemas ringan, skor 21 – 27 = cemas sedang, skor 28 – 41 = cemas berat, skor 42 - 56= panik.

c. *Spileberg State Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Alat ukur yang digunakan *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* *Spielberger, C.D.* Test STAI terdiri dari 20 item skala untuk mengukur intensitas kecemasan sebagai keadaan emosional (S-Anxiety) dan perbedaan individu dalam wilayah rawan kecemasan sebagai ciri kepribadian (T-Anxiety). Dalam menanggapi item T-Anxiety di butuhkan subyek untuk menunjukkan bagaimana perasaan mereka

pada umumnya dengan melaporkan seberapa sering mereka telah mengalami kecemasan yang berhubungan dengan perasaan dan kognisi dengan skala poin :

Poin 0 : Tidak sama sekali

1 : Kurang

2 : Cukup

3 : Sangat merasakan

Skor tingkat kecemasan 0-20 dikatakan cemas ringan, skor 21-40 dikatakan cemas sedang dan skor 41-60 dikatakan cemas berat.

d. *Visual Numeric Rating Scale Of Anxiety (VNRS-A)*

Pasien diminta menyatakan, menggambarkan seberapa besar kecemasan yang dirasakan. VNRS-A menggunakan skala dari 0 (nol) sampai 10 (sepuluh), dimana 0 menunjukkan tidak cemas, 1 – 3 = cemas ringan, 4 – 6 = cemas sedang, 7 – 9 = cemas berat, dan 10 menunjukkan tingkat panik (Fajriati, 2003: Liza, 2014).

D. Manajemen Asuhan Keperawatan Kecemasan Pada Pasien CHF

1. Pola Fungsional Gordon

a. Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Kaji status kesehatan, status promosi, dan praktek pencegahan kesehatan, persepsi pengobatan, atau perawatan. Biasanya pasien tidak tahu tanda-tanda dan gejala penyakitnya, sehingga terlambat pergi berobat.

b. Nutrisi dan Metabolisme

Kaji pola makan, keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit, kesulitan menelan, diet khusus, penurunan BB, postur tubuh, dan tinggi badan.

c. Eliminasi

Kaji pola BAB dan jumlah feces, warna feces dan khas, BAK dengan jumlah urine, warna dengan kejernihan.

d. Tidur dan Istirahat

Kaji frekuensi dan durasi periode istirahat dan tidur, penggunaan obat tidur, kondisi lingkungan saat tidur.

e. Aktivitas dan Latihan

Klien mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas karena merasa nyeri.

f. Sensori dan Kognitif

Kaji kemampuan melihat dan mendengar serta meraba, disorientasi, dan reflek.

g. Persepsi dan Konsep Diri

Kaji perasaan harga diri, sikap tentang dirinya, identitas diri dan pola emosional. Klien biasanya mengalami peningkatan rasa kekhawatiran tentang penyakit yang dideritanya serta mengalami harga diri rendah.

h. Hubungan dan Peran

Kaji hubungan dengan orang lain dan keluarga. Kaji peran keluarga dan peran sosial, kepuasan dan ketidakpuasan dengan peran, persepsi terhadap peran yang terbesar dalam hidup.

i. Seksual dan Reproduksi

Kaji kepuasan dan ketidakpuasan dengan seks, pola reproduksi dan menstruasi.

j. Stres dan Koping

Metode untuk mengatasi atau koping stress, mendefinisikan stressor, toleransi terhadap stress, efektifitas koping.

k. Nilai dan Kepercayaan

Kaji nilai, tujuan, dan kepercayaan berhubungan dengan pilihan, atau membuat keputusan, kepercayaan spiritual, isu tentang hidup yang penting, hubungan antara pola nilai kepercayaan dengan dengan masalah praktek kesehatan.

2. Diagnosa keperawatan dan Intervensi

Diagnosa, NOC, dan NIC yang dapat mungkin terjadi pada pasien gagal jantung, diantaranya:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, kontraktilitas dan irama jantung

NOC : Efektifitas Pompa Jantung

- 1) Status sirkulasi
- 2) Status tanda-tanda vital

Kriteria Hasil :

- 1) Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan)
- 2) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- 3) Tidak ada edema paru, perifer dan tidak ada asites
- 4) Tidak ada penurunan kesadaran

NIC :

- 1) Perawatan jantung
 - a) Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)
 - b) Catat adanya disritmia jantung
 - c) Catat adanya tanda dan gejala penurunan *cardiac output*
 - d) Monitor status kardiovaskular
 - e) Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
 - f) Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi
 - g) Monitor *balance* cairan
 - h) Monitor adanya perubahan tekanan darah
 - i) Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan anti aritmia
 - j) Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
 - k) Monitor toleransi aktivitas pasien
 - l) Monitor adanya *dyspnea, fatigue, takipnea dan ortopnea*
- 2) Monitoring tanda-tanda vital
 - a) Monitor TD, nadi, suhu dan frekuensi pernafasan

- b) Catat adanya fluktuasi tekanan darah
 - c) Monitor tanda-tanda vital saat pasien berbaring, duduk atau berdiri
 - d) Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
 - e) Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama dan setelah aktivitas
 - f) Monitor kualitas dari nadi
 - g) Monitor adanya pulsus paradoksus dan pulsus alterans
 - h) Monitor jumlah dan irama jantung dan monitor bunyi jantung
 - i) Monitor frekuensi dan irama pernapasan
 - j) Monitor suara paru dan pola pernapasan abnormal
 - k) Monitor suhu, warna dan kelembaban kulit
 - l) Monitor sianosis perifer
 - m) Monitor adanya *cushing triad* (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
 - n) Identifikasi penyebab dari perubahan tanda-tanda vital
- b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- NOC : Keseimbangan cairan
- Kriteria Hasil :
- 1) Bunyi napas bersih, tidak ada dispnea
 - 2) Tidak ada distensi vena jugularis
 - 3) Tidak ada edema perifer, edema anasarka, dan efusi.
 - 4) Terbebas dari kelelahan

NIC :

- 1) Manajemen cairan
 - a) Pertahankan catatan *intake* dan *output* yang akurat
 - b) Pasang urin kateter jika diperlukan
 - c) Monitor hasil lab. yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , hematokrit, osmolalitas urin)
 - d) Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan

PCWP

- e) Monitor tanda-tanda vital
- f) Monitor indikasi retensi/kelebihan cairan (crackles, CVP , edema, distensi vena leher, asites)
- g) Kaji lokasi dan luas edema
- h) Monitor status nutrisi
- i) Berikan diuretik sesuai instruksi
- j) Kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk

2) Monitoring cairan

- a) Tentukan riwayat jumlah dan tipe *intake* cairan dan eliminasi
- b) Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati dan lain-lain)
- c) Monitor berat badan
- d) Monitor serum dan elektrolit urine
- e) Monitor serum dan osmolalitas urine
- f) Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung
- g) Catat secara akurat intake dan output
- h) Monitor adanya distensi leher, ronkhi, edema perifer dan penambahan berat badan
- i) Monitor tanda dan gejala dari edema

- c. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian.

NOC : Tingkat Kecemasan

Kriteria hasil :

- 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- 2) Mengidentifikasi dan mengungkapkan serta menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas

- 3) Vital sign dalam batas normal
- 4) Postur tubuh, ekspresi wajah dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

NIC

1) Anxiety Reduction (Penurunan Kecemasan)

- a) Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien
- c) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur

- d) Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres
- e) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut

- f) Dorong keluarga untuk menemani pasien

- g) Lakukan back / neck rub

- h) Dengarkan dengan penuh perhatian

- i) Identifikasi tingkat kecemasan

- j) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan

- k) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

- l) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

- m) Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

2) Peningkatan Koping

- a) Hargai pemahaman pasien tentang proses penyakit

- b) Hargai dan diskusikan alternative respon terhadap situasi

- c) Gunakan pendekatan yang tenang dan memberikan jaminan

- d) Sediakan informasi actual tentang diagnose, penanganan dan prognosis

- e) Sediakan pilihan yang realistis tentang aspek perawatan saat ini

- f) Dukung penggunaan mekanisme defensive yang tepat

- g) Dukung keterlibatan keluarga dengan cara yang tepat

- h) Bantu pasien untuk mengidentifikasi strategi positif untuk mengatasi keterbatasan dan mengelola gaya hidup atau perubahan peran
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

NOC : Toleransi terhadap aktivitas

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi normal ketika beraktivitas
- 2) Kemudahan bernafas ketika aktivitas
- 3) Tekanan sistolik normal ketika beraktivitas
- 4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (ADL)
- 5) Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas

NOC :

- 1) Manajemen energi
 - a) Kaji status fisiologi klien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan
 - b) Monitor sistem kardiorespirasi klien selama kegiatan (misal: takikardi, disritmia yang lain, *dyspnea*, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik, frekuensi pernafasan)
 - c) Monitor respon oksigen klien (misa: tekanan darah, tekanan nadi, respirasi) saat perawatan maupun saat melakukan perawatan diri secara mandiri.
- d) Anjurkan klien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami
- e) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan.
- f) Bantu klien memahami prinsip konservasi energi (misal: kebutuhan untuk membatasi aktivitas dan tirah baring)
- g) Bantu klien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

- h) Bantu klien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai dengan kebutuhan (ambulasi, berpindah, bergerak dan perawatan diri)
- 2) Perawatan Jantung: Rehabilitatif
 - a) Monitor toleransi klien terhadap aktivitas
 - b) Pertahankan jadwal ambulasi, sesuai toleransi klien
 - c) Instruksikan klien dan keluarga untuk membatasi mengangkat barang (benda berat) dengan cara yang tepat
 - d) Instruksikan klien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya: pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat), jika memang tepat.

E. Konsep *Massage*

1. Definisi *Massage*

Merupakan tehnik integrasi sensori yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang di alami dan nyeri yang tak berkesudahan (Potter & Perry, 2009).

Backrub (pijat punggung) adalah suatu tipe masase pada punggung yang terdiri dari usapan panjang, lambat, dan meluncur. Pijat (masase) merupakan terapi alternative yang dipercayai dapat mengolah aliran energy dalam tubuh dapat diperbaiki, bahkan meningkat (Padila, 2013).

2. Manfaat *Backcrub*

Menurut Padila (2013) dan Smeltzer & Bare (2011) pijat punggung mempunyai manfaat antara lain:

- a. Memperluas kapiler dan kapiler cadangan
- b. Meningkatkan aliran darah ke jaringan dan organ

- c. Mempengaruhi sistem saraf perifer
- d. Mengurangi rasa sakit dan mempercepat proses pemulihan saraf yang cedera
- e. Membersihkan saluran keringat dan kelenjar sebaceous
- f. Meningkatkan fungsi sekresi, ekskresi dan pernapasan kulit
- g. Membuat otot menjadi fleksibel
- h. Membantu mengeluarkan cairan yang terdapat di dalam otot-otot
- i. Memperbaiki sirkulasi dan menurunkan tekanan darah

3. Stimulasi Kutan

Slow stroke back massage adalah pijatan lembut, lambat, dengan penekanan berirama sebanyak 60 pijatan dalam satu menit dan dilakukan dalam waktu 3-10 menit (Meek, 2013).

4. Pengaruh Stimulus *Slow Stroke Back Massage*

- a. Pada otot-otot, memiliki efek mengurangi ketegangan (Shocker, 2011).
- b. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis (Shocker, 2011).
- c. Penggunaan stimulus kutaneus yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot yang dapat meningkatkan nyeri (Shocker, 2011).
- d. Penurunan intensitas nyeri, kecemasan, tekanan darah, dan denyut jantung secara bermakna (Mook & Chin, 2004).

5. Petunjuk

Priharjo (1993) menyebutkan, ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan masase punggung kepada klien, antara lain:

- a. Perawat harus bertanya pertama kali apakah klien menyukai usapan punggung karena beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik.

- b. Perlu diperhatikan kemungkinan adanya alergi atau kulit mudah terangsang, sebelum memberikan lotion.
- c. Hindari untuk melakukan *massage* pada area kemerah-merahan, kecuali bila kemerahan tersebut hilang sewaktu dimasase.
- d. *Massage* punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.
- e. Identifikasi juga faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk masase punggung.
- f. *Massage* punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.
- g. *Massage* punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.
- h. Identifikasi juga faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk masase punggung.

6. Mekanisme Kerja *Massage*

a. Sistem Nervus

Stimulasi kutan adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih cepat sebagai neurotransmitter, sehingga menurunkan transmisi nyeri yang di hantarkan melalui serabut C dan A-delta berdiameter kecil sekaligus menutup gerbang sinap untuk transmisi impuls nyeri, (Potter & Perry, 2007).

b. Sistem Hormonal

Endorphin merupakan sistem penekanan nyeri yang dapat diaktifkan dengan merangsang daerah reseptor endorphin di zat kelabu periaqueductus otak tengah. Pemberian stimulasi kutan *slow stroke back massage* pada daerah torakal 10 sampai 12 dan lumbal 1 yang merupakan sumber persarafan pada uterus dan cervik dapat merangsang reseptor syaraf asenden, dimana rangsangan tersebut akan dikirim ke hipotalamus dengan perjalanan melalui spinal cord, diteruskan ke bagian pons dilanjutkan ke bagian kelabu pada otak tengah (periaqueductus) rangsangan yang diterima oleh periaqueductus ini disampaikan kepada hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui alur saraf desenden hormon endorphin dikeluarkan ke pembuluh darah (Steven A, 1982).

Stimulasi taktil akan menimbulkan respon neurohormonal kompleks di *hypotalamic pituitary axis* (HPA) melalui lintasan serabut saraf pusat yang didistribusikan melalui korteks serebri, midbrain dan diinterpretasikan dengan respon relaksasi. Selain mempengaruhi stimulasi sensorik, *back massage* mempengaruhi mekanisme psikologis seperti emosi dan perasaan selama masase diatur oleh sistem limbic yang memiliki koneksi dekat dengan sirkuit saraf otonom dan mengurangi aktivitas simpatis (Aourell, Skoog, & Carleson, 2005)

Pada saat masase terjadi penekanan pada tubuh, saraf tepi (perifer) yang tertekan oleh jari-jari yang lembut dengan tidak sengaja akan mengeluarkan hormon endorphin yang kemudian dihantarkan ke pusat saraf yaitu otak, dalam otak hormone tersebut dikendalikan oleh *Bulbar Synchronizing Region* (BSR) yang kemudian dengan otomatis bekerja melepaskan hormone serotonin dan melatonin ke seluruh tubuh. Menyebarnya kedua hormone tersebut ke seluruh tubuh, akan menyebabkan seseorang yang dipijat mengalami perasaan nyaman, rileks, hingga timbul perasaan

mengantuk dan akhirnya tertidur (Bambang Priyonoadi, 2008:10).

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada pasien ansietas yang telah diberikan intervensi *back massage* di ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan

1. Pengkajian Keperawatan

Tn. P berusia 58 tahun merupakan salah satu pasien yang di rawat di ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Klien merupakan pasien laki-laki yang beragama islam dengan latar belakang pendidikan terakhir Sekolah Dasar.

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 19 November 2018 pukul 15.00 wita klien mengatakan masih sesak nafas yang membuatnya letih dan susah beraktifitas. Klien juga mengatakan khawatir karena kesehatannya saat ini menurun, klien mengatakan takut mati mendadak, klien juga mengatakan susah tidur, gelisah, wajah tampak tegang, mudah tersinggung. TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 102 x/menit, RR : 25 x/menit, SpO2 98 %, S : 36,5 °C, irama nafas teratur, ekspansi dinding dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas ada ronchi ringan pada paru, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, sesak nafas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat,

terpasang oksigen nasal kanul sebanyak 4 liter/menit. Kesadaran compos mentis, GCS 15 dengan E₄ M₆ V₅, pupil bereaksi terhadap cahaya, isokor kedua pupil sama besar, besar pupil 3 mm, bunyi jantung S₁ dan S₂ tunggal dan regular, akral hangat, CRT < 3 detik, terpasang IVFD RL 30 ml/jam.

Hasil pemeriksaan EKG: irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang QRS sempit, ST Segmen : terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V₁-V₅, dan Q patologis pada V₁-V₆, axis LAD, gelombang T normal. Pada pemeriksaan thorax di dapatkan hasil pengukuran *Cardio Thorax Rasio* 53 %. Hasil laboratorium natrium 135 mmol/L, kalium 4,4 mmol/L, Chloride 100 mmol/L.

Pemeriksaan echocardiografi dengan hasil Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung, LVH (+) eccentric, kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %), global hipokinetik dan akinetik di anterior, Katup-katup jantung dalam batas normal, PE (-), Trombus (-), kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat, Fungsi Sistolik LV Menurun, Fungsi Diastolik Terganggu.

Hasil pengkajian lebih lanjut di dapatkan data klien dapat BAK spontan, jumlah urine 1250 cc selama 24 jam (urin normal 1 cc/Kg BB/ jam = 60 cc x 24 jam = 1440 cc / 24 jam), klien tidak terpasang *dower cateter*. Balance cairan: CM-CK-IWL = 2065-1250-795= 20 cc. Tidak ada distensi kandung kemih. Klien dapat makan dan minum secara mandiri, BAB biasa di rumah sehari sekali namun selama di rumah sakit 2 hari sekali.

Klien belum mampu menghabiskan makanannya hanya 1/2 - 3/4 porsi yang di makan (total input sekali waktu 250 cc), klien mengatakan jarang menimbang berat badan, BB saat ini 60 Kg. Tidak ada penurunan berat badan yang berarti dalam 6 bulan terakhir. BB klien saat ini = 60 Kg, TB = 162 Cm. (BB ideal 162 Cm - 100 x 10% = 55,8). Klien mengatakan tidak begitu senang dengan makanan dari rumah sakit karena tidak ada rasanya. bising usus 6 x/menit. Saat ini pasien bisa mobilisasi skala kekuatan otot ekstremitas normal ekstremitas bebas bergerak, mampu menggerakkan persendian dalam dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.

Terapi yang didapat untuk pengobatan dan diit,diit RG III 1880 kkal, Protein 70 gram. Untuk pengobatan, IVFD RL 10 cc/jam, ISDN 5 mg/8 jam, CPG 75 mg/24 jam, Candesartan 8 mg/24 jam, Spirolactone 25 mg, Simvastatin 20 mg, Syringe pump Vascon 0,1cc/jam.

2. Analisa Data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakkan diagnose keperawatn yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis terdapat pada tabel 3.1 di bawah ini:

Tabel 3.1 Analisis Data Dan Diagnosis Keperawatan

Data Klien	Masalah Keperawatan
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sesak napas bila meleakukan aktivitas dan cepat lelah <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesak napas • RR 25 x/menit • Irama pernapasan teratur • Dada simetris • Retraksi dinding dada ringan • Tidak ada pernapasan cuping hidung • Terpasang oksigen kanul 4 LPM 	<p>Domain 4:</p> <p>Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4:</p> <p>Respon Kardiovaskuler/Pulmunal</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Ketidakefektifan Pola Napas (00032)</p>
<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan “Saya merasa lelah dan napas terasa berat” <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD: 93/56 mmHg • MAP: 89 mmHg, • SP O2 98 % • HR : 102 x/menit • RR: 25 x/menit • Foto Thorax CTR 53 % 	<p>Domain 4:</p> <p>Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4:</p> <p>Respon Kardiovaskuler/Pulmonal</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Penurunan Curah Jantung (00029)</p>

- EKG : tanggal 15 November 2018
Irama regular, heart rate 80 x/menit, Gelombang P: ada 0,08 detik, interval P-R 0,12 detik, gelombang QRS sempit, ST segmen terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5 dan Q patologis pada V1-V6, axis LAD, gelombang T normal.
- Echocardiography tanggal 15 November 2018
Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung

LVH (+) eccentric

Kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %)

Global hipokinetik dan akinetik di anterior

Katup-katup jantung dalam batas normal

PE (-), Trombus (-)

Kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat

Fungsi Sistolik LV Menurun

Fungsi Diastolik Terganggu

Data Subyektif:

- Klien mengatakan khawatir tentang penyakit yang di alami kambuh lagi
- Klien mengatakan takut untuk melakukan aktivitas khawatir tambah sesak
- Klien mengatakan mudah tersinggung
- Klien mengatakan takut akan kematian dengan adanya penyakitnya
- Klien mengatakan sering terbangun

Domain 9:

Koping/Toleransi stress

Kelas 2:

Respon Koping

Diagnosa Keperawatan:

Anxietas (00146)

Data Obyektif:

- Gelisah
- Sesak napas RR 25 x/menit
- Nadi 102 x/menit
- Klien tampak bingung
- Klien tampak tegang

Data Subjektif :

- Klien mengatakan “tubuh saya lemas”

Domain 4:

Aktivitas/Istirahat

Data Objektif :

Kelas 4:

<ul style="list-style-type: none"> • TD: 93/56 mmHg • MAP: 89 mmHg, • HR : 102 x/menit • RR: 25 x/menit • S : 36,5 °C, • skala barthel index 9 – 11 : Ketergantungan sedang 	<p>Respon Kardiovaskuler/Pulmonal</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Intoleran Aktivitas (00092)</p>
---	--

3. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan NANDA-I 2015, prioritas diagnosa keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas, ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.. Masalah yang diangkat yaitu ansietas. Oleh karena itu, dalam karya ilmiah ini penulis akan membahas masalah utama klien ansietas berhubungan dengan yang ancaman kematian. Walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

4. Rencana Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan : ansietas

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang di angkat pada klien kelolaan yaitu ansietas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan selama 3 kali intervensi dalam 3 hari diharapkan klien tidak cemas . Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan melibatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan, menunjukkan fleksibilitas peran, mengekspresikan perasaan dan kebebasan emosional. Dikarenakan ansietas merupakan keluhan yang cukup mengganggu aktivitas klien. Ansietas perlu ditangani lebih dahulu untuk mencegah terjadinya masalah gangguan fisik yang dapat menghalangi individu untuk berfungsi efektif dalam kehidupan sehari-hari seperti meningkatnya denyut jantung , menegangnya otot-otot tubuh sehingga sering terlihat sebagai suatu reaksi panik. Pada saat cemas

individu akan sangat sulit untuk menyesuaikan diri baik dengan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Kecemasan sangat nyata sebagai kecemasan yang mendasar terhadap bahaya nyata yang ada dalam dunia eksternal (Drajat, 2007). Secara fisiologis situasi kecemasan akan mengaktifasi hipotalamus yang selanjutnya mengendalikan dua sistem neuro endokrin, yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis dan sistem kortek adrenal. Sistem saraf simpatis berespon terhadap impuls saraf di hipotalamus yaitu dengan mengaktifasi berbagai organ dan otot polos yang berada di bawah pengendaliannya. Sistem saraf simpatis juga memberi sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke dalam aliran darah.

Sistem korteks adrenal di aktivasi jika hipotalamus mensekresikan *corticotropin releasing factor* (CRF) yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat di bawah hipotalamus. Kelenjar hipofisis selanjutnya akan mensekresikan *adrenocorticotrop hormone* (ACTH) yang di bawa melalui aliran darah ke korteks adrenal. Hal tersebut menstimulasi pelepasan sekelompok hormone, termasuk kortisol, yang meregulasi kadar gula darah. ACTH juga memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain untuk melepaskan hormone. Efek kombinasi berbagai hormone stress yang dibawa melalui aliran darah ditambah aktivitas neural cabang simpatis dari sistem saraf otonomik berperan dalam respons fight or flight (Corwin, 2009 dalam Sugiarto, 2015).

Intervensi yang dilakukan dari tanggal 22 November - 24 November 2018 sebelum diberikan intervensi maka dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dan kecemasan dengan menggunakan *State-Trait Anxiety Inventory* (S-TAI) dengan nilai poin 0-3 dengan skor cemas ringan 0-20, cemas sedang 21-40, cemas berat 41-60. Pengukuran dilakukan 10 menit sebelum di lakukan intervensi, maka selanjutnya diberikan intervensi sesuai SPO. Intervensi di lakukan setelah 72 jam pasien masuk rumah sakit.

b. Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas yaitu dengan *back massage*, mulai massage dengan gerakan *effleurage*, bergerak dari bokong menuju bahu dengan gerakan yang kuat. Kemudian dari bahu menuju bokong dengan gerakan yang lebih ringan. Ubah gerakan dengan menggunakan gerakan yang sirkuler, khususnya pada daerah sacrum dan pinggang Ubah gerakan dengan gerakan *kneading/petrissage*, di mulai dari bokong menuju bahu dan kembali menuju bokong dengan gerakan *stroking*. Ubah gerakan dengan tehnik *friction*, dimulai dari bokong menuju bahu. Ubah gerakan *stroking* saat bergerak dari arah bahu menuju bokong dan kemudian ulangi gerakan *friction* saat menuju bahu. Ubah gerakan menjadi gerakan *tapotement* di mulai dari bokong menuju bahu. Ubah gerakan menjadi gerakan *stroking* saat bergerak menuju bokong. Lengkapi dengan gerakan *stroking* beberapa kali

Peneliti dalam hal ini melakukan pengamatan status hemodinamik pasien, khususnya pada tekanan darah pasien dan tingkat kecemasan. Sebelum dilakukan tindakan *Back massage*, pasien diukur tekanan darahnya kemudian dilakukan pemijatan 3-10 menit pada daerah punggung dan pasien diminta rileks. Dilakukan sebanyak 3 kali dalam 3 hari berturut-turut.

Intervensi keperawatan dapat berjalan sampai dengan target waktu yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan yang terkait dengan intervensi yang dilakukan. Minyak zaitun dan *handscoen* yang digunakan sebagai pendukung dalam melakukan intervensi sangat mudah didapatkan. Selain dengan melakukan masase punggung, intervensi lain juga diberikan untuk mengatasi masalah ansietas. Klien juga di lakukan edukasi tentang penyakitnya, juga di anjurkan untuk tehnik relaksasi napas dalam.

c. Evaluasi

Hasil dari intervensi yang diberikan, didapatkan tingkat kecemasan berkurang dan pemantauan status hemodinamik mengalami penurunan. Evaluasi subyektif yang di dapatkan yaitu klien merasa lebih rileks, cemas berkurang, sesak napas berkurang. Dan hasil evaluasi obyektif, didapatkan hasil dari TD sistolik, TD diastolik,

pernapasan, heart rate mengalami penurunan walaupun tidak terlalu signifikan. dan skor tingkat kecemasan menurun.

Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan ansietas yaitu mempertahankan coping dan dukungan keluarga.

Tabel 3.2 Hasil Implementasi Inovasi *Back Massage* Terhadap Cemas

No	Hari dan Tanggal	Pengukuran TTV	Hasil Pengukuran TTV		Skor Kecemasan		
			Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
1	Rabu	22/11/2018	TD (mmHg)	106/71	108/78	34	26
			Nadi(x/menit)	102	98		
			RR(x/menit)	25	24		
			SPO 2 (%)	98	98		
2	Kamis	23/11/2018	TD (mmHg)	110/81	108/80	26	19
			Nadi(x/menit)	100	97		
			RR(x/menit)	23	22		
			SPO 2 (%)	98	98		
3	Jumat	24/11/2018	TD (mmHg)	105/78	102/75	24	18
			Nadi(x/menit)	98	94		
			RR(x/menit)	21	20		
			SPO 2 (%)	98	98		

Dari hasil pengamatan menunjukkan penurunan kecemasan, penurunan tekanan darah, penurunan kecepatan nadi, penurunan frekuensi pernafasan dan saturasi oksigen yang tidak berubah pada hari kedua dan ketiga sedangkan pada hari pertama terjadi peningkatan tekanan darah yang tidak begitu signifikan, penurunan kecemasan, penurunan frekuensi nadi, penurunan frekuensi pernapasan dan saturasi oksigen tidak berubah. Pernyataan yang disampaikan klien menunjukkan bahwa *back massage* yang sudah dilakukan selama 3 kali dalam 3 hari berturut-turut dalam waktu yang sama dapat mengakibatkan penurunan kecemasan pada pasien CHF khususnya.

5. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan: Pola Napas Tidak Efektif

a. Rencana Intervensi

Pola napas merupakan masalah keperawatan yang juga perlu di berikan intervensi. Adapun tujuan umum dari asuhan keperawatn yang dilakukan dalam mengatasi pola napas yaitu keefektifan pola napas dengan indikator frekuensi napas normal, irama napas normal, kedalaman inpirasi normal, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada. Oleh karena itu, di perlukan rencana intervensi untuk mencapai tujuan guna mengatasi masalah pola napas yaitu dengan penggunaan aplikasi mengatur posisi klien untuk memaksimalkan ventilasi, dengan melakukan edukasi pada klien tujuan mengatur posisi untuk mengatur pola napas. Intervensi lakukan latihan napas dalam, fisioterapi dada, dan memonitor adanya kecemasan.

b. Implementasi

Implementasi yang dilakukan agar status pernafasan menjadi lebih baik yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, melakukan auskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan, memonitor respirasi dan status O₂, memonitor (tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan) dengan tepat, memonitor tekanan darah (saat pasien berbaring, duduk dan berdiri, sebelum dan setelah perubahan posisi), memonitor tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan (sebelum, selama, dan setelah beraktivitas) dengan tepat.

c. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah ketidakefektifan pola napas dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Hasil dari intervensi yang diberikan, didapatkan adanya perubahan pada pola nafas pada klien. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa sesak nafasnya berkurang dengan rutin melakukan nafas dalam dan pergerakan sendi. Evaluasi obyektif pernapasan normal, RR 20 x/menit, irama teratur, SPO₂ 98 %, tidak ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler.

Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas pada klien yaitu motivasi klien untuk melakukan latihan napas dalam dan istirahat teratur, dan menghilangkan stress.

6. Rencana Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan: Penurunan Curah Jantung

a. Rencana Intervensi

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung adalah dengan tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu keefektifan pompa jantung lebih baik dengan indikator tekanan darah sistol, tekanan darah diastol, denyut nadi perifer, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, eadem perifer dan kelelahan tidak ada deviasi ringan dari kisaran normal. Kegiatan yang akan dilakukan untuk keefektifan pompa jantung lebih baik yaitu dengan manajemen asam basa berupa pertahankan kepatenan jalan nafas , posisikan klien untuk mendapatkan ventilasi yang adekuat (mis: membuka jalan nafas dan menaikkkan posisi kepala di tempat tidur), pertahankan kepatenan akses selang IV, monitor gas darah arteri (ABGs), level serum serta urin elektrolit jika diperlukan, monitor pola napas, monitor intake dan output, monitor kehilangan asam (mis: muntah, pengeluaran nasogastrik, diare dan diuresis), berikan pengobatan yang sudah diresepkan dengan cara yang tepat dan berikan terapi oksigen dengan tepat. Monitor tanda- tanda vital berupa monitor (tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan) dengan tepat , monitor tekanan darah (saat pasien berbaring, duduk dan berdiri, sebelum dan setelah perubahan posisi), monitor (tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan sebelum, selama, dan setelah beraktivitas) dengan tepat.

b. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien agar keefektifan pompa jantung lebih baik yaitu mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan posisikan klien untuk mendapatkan ventilasi yang adekuat dengan menaikkkan posisi kepala di tempat tidur, mempertahankan kepatenan akses selang IV, memonitor pola napas,

memonitor intake dan output, memonitor kehilangan asam (mis: muntah, pengeluaran nasogastrik, diare dan diuresis), memberikan pengobatan yang sudah diresepkan dengan cara yang tepat dan memberikan terapi oksigen dengan tepat. Memonitor tanda- tanda vital berupa monitor (tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan) dengan tepat, monitor tekanan darah (saat pasien berbaring, duduk dan berdiri, sebelum dan setelah perubahan posisi), monitor (tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan sebelum, selama, dan setelah beraktivitas) dengan tepat.

c. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah penurunan curah jantung dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait masalah penurunan curah jantung. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien menyatakan badannya sudah lebih enak, sudah bisa beraktifitas mandi ke kamar mandi sendiri. Evaluasi objektif didapatkan TD: 108/72 mmHg, Nadi: 98 x/mnt, tidak ada oedem, dan pasien bisa beraktifitas sewajarnya. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung pasien yaitu pertahankan kepatenan akses selang IV, monitor pola napas, monitor intake dan output, monitor kehilangan asam (mis: muntah, pengeluaran nasogastrik, diare dan diuresis), berikan pengobatan yang sudah diresepkan dengan cara yang tepat dan berikan terapi oksigen dengan tepat serta monitor tanda- tanda vital.

7. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi: Intoleransi Aktivitas

a. Rencana Intervensi

Rencana intervensi keperawatan juga perlu dilakukan untuk mengatasi masalah intoleran aktifitas. Tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu frekuensi nadi, nafas dan TD tidak terganggu saat beraktifitas, warna kulit juga tidak terganggu, dapat melakukan aktifitas sehari hari juga tidak terganggu. Oleh karena itu

diperlukan rencana intervensi yaitu manajemen energi meliputi observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktifitas, kaji faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor nutrisi dan sumber energy, monitor akan adanya kelelahan fisik dan emosi berlebih, monitor respon kardiovaskuler terhadap aktifitas, monitor pola tidur dan istirahat klien. Terapi aktifitas juga termasuk dalam intervensi meliputi bantu klien mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan, bantu klien dalam memilih aktifitas yang sesuai dengan kemampuan fisik, bantu klien untuk mendapatkan alat bantu aktifitas dan bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.

b. Implementasi

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleran aktifitas adalah menganjurkan klien bedrest karena tidak boleh kelelahan, mengkaji faktor yang menyebabkan kelelahan, memonitor nutrisi dan sumber energi, memonitor TTV klien serta membantu klien mengolah jadwal aktifitas yang bisa dilakukan oleh klien.

c. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah gangguan intoleran dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Evaluasi subjektif yang didapat dari klien yaitu klien mengatakan sudah tidak sesak, kepala tidak pusing dan merasa lebih nyaman. Hasil evaluasi objektif dari intervensi yang telah dilakukan yaitu klien bederest, ADL dibantu oleh perawat, klien mampu mengikuti perintah kecil perawat untuk manajemen energy, RR 24 x/menit, HR 100 x/menit saat beraktifitas ditempat tidur, klien mau makan diit dari rumah sakit. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan adalah menjelaskan kepada klien untuk dapat mengatur pola aktifitas atau kegiatan di rumah agar tidak kelelahan, menjelaskan nutrisi yang baik buat klien, anjurkan banyak istirahat dan hindari aktifitas berlebih.

B. Asuhan Keperawatan Pasien Resume 1 Tn U

Pasien (Tn. U) seorang laki – laki yang berumur 60 tahun, status perkawinan menikah dengan 4 orang anak. Pendidikan pasien SLTA. Pasien masuk IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 21 November 2018 , jam 03.30. Pasien sebelumnya dibawa keluarga ke IGD RSUD I.A Moeis dengan keluhan nyeri dada hilang timbul dirasakan dalam waktu 5-10 menit sejak dua hari yang lalu pada saat sedang tidak beraktifitas ditambah dengan keluhan nyeri ulu hati, klien juga mengatakan sangat khawatir dengan keadaannya saat ini, lalu klien dirujuk ke IGD RSUD A.W Sjahranie dengan diagnosa sementara NSTEMI dan CHF. Saat diruang IGD dilakukan pemeriksaan TTV : TD 140/85 mmhg, MAP 103,3 mmHg, HR 110 x/menit, RR 30 x/menit, Temp 36,5 °C. Tindakan yang dilakukan di IGD adalah pemasangan bedside monitor, perekaman EKG, pemeriksaan darah lengkap dan Troponin T. Intervensi yang diberikan pada pasien ketika di IGD adalah pemasangan infus RL 10 TPM , pemberian oksigen 3 liter / menit dengan nasal kanul, injeksi arixtra 2,5 mg dan injeksi furosemid 20mg. Jam 08.00 pasien masuk ICCU dilakukan tindakan pemasangan bedside monitor, perekaman EKG ulang. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian oksigen 3 liter / menit. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 135/85 mmHg MAP 106 mmHg, nadi 116 x/menit, pernafasan 30 x/menit, suhu tubuh 36,5 C, SPO2 99 %, tinggi badan 160 cm, berat badan 65 kg.

Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 22 November 2018 didapatkan interpretasi, Irama regular, Frekuensi Jantung (HR) 116 x/menit, gelombang P ada, lebar 0,04 detik (1 kotak kecil) tinggi 1 mV, Interval PR : 0,20 detik (5 kotak kecil), gelombang QRS melebar 0,012, ST Segmen Elevasi V1-V5, Axis normal, gelombang T inverted. Kesimpulan LBBB (Left Bundle Branch Block).

Pada pengkajian primer di Airway, jalan nafas paten, tidak ada obstruksi, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan Breathing, gerakan dada simetris, RR 30 x/menit, irama nafas teratur, frekuensi nafas normal, tidak ada retraksi dinding dada, klien kadang masih merasa sesak. Pada Circulation, HR teraba 116 x/menit, tidak ada sianosis, CRT <2 detik, warna kulit cokelat, tidak pucat, akral

hangat, warna kukuputih merah muda, suhu tubuh 36,5 °C, tidak ada perdarahan. Untuk cairan yang masuk dan keluar, input total (makan minum, cairan infus dan injeksi) 1180 cc/24jam, output 700 cc/24jam, IWL 900 cc/24 jam, jadi balance cairan dari klien $1180 \text{ cc} - 700 - 900 \text{ cc} = - 420 \text{ cc}$.

Pada pemeriksaan B1 Breathing (pernafasan) pernafasan klien normal 22 x/menit, SPO2 98%, pergerakan dada simetris, tidak ada suara nafas tambahan, bunyi nafas vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, dank lien tidak ada menggunakan alat bantu pernafasan. Pada B2 Bleeding (kardiovaskuler/sirkulasi) TD 135/85 mmhg, HR 116 x/menit, RR 30 x/menit, Suhu 36,5°C, irama jantung regular, suara S1 dan S2 terdengar “Lub Dub”, frekuensi 35x/menit, membran mukosa lembab, konjungtiva tidak anemis, bibir lembab, sclera putih, CRT <2 detik, nadi perifer ada, tidak adanya edema, pasien terpasang infus NAACL 0,9% 10cc/jam. Gambaran EKG T inverted, Troponin T 59. Pada B3 Brain (persarafan) KU sedang, GCS 15, kesadaran composmentis, reflek pupil +/+, ukuran pupil 2/2mm, N1-N12 normal. Pada B4 Bladder (perkemihan) klien terpasang kateter, BAK warna kuning , 700 cc/24jam, tidak ada peningkatan retensi cairan dan tidak ada distensi kandung kemih. Pada B5 Bowel (pencernaan) tidak ada lesi di mulut, klien bisa makan diit dari rumah sakit, tidak ada gangguan makan, tidak ada alergi, BAB normal 1 kali/hari. Pada B6 Bone & Skin (tulang otot integument) reflek ekstremitas bawah lemah, warna kulit cokelat, suhu 36,5°C, kulit lembab, tidak terdapat sianosis.

Pada pemeriksaan lanjutan, klien tidak ada alergi obat atau pun makanan, untuk resiko decubitus berdasarkan skala NORTON di dapatkan hasil 12 yaitu risiko sedang terjadi decubitus, klien dalam keadaan sadar dan orientasi baik, untuk status social hubungan klien dengan anggota keluarga baik. Pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan Rontgen Thorax, hasil cardiomegaly, early long edema. Hasil laboratorium untuk kimia klinik, Glukosa sewaktu 215 mg/dl, Albumin 4,0 g/dl, Ureum 61,8 mg/dl, Creatinin 1,6 mg/dl, Troponin 59. Untuk Elektrolit, Natrium 138 mmol/L, Kalium 3,6 mmol/L, Chloride 104 mmol/L, glukosa puasa 147 mg/dl, asam

urat 10,9 mg/dl, SGOT 197 U/L, SGPT 148 U/L. Untuk Hematologi, Leukosit 13,20, Eritrosit 5,41, Hemoglobin 14,5 g/dl, PLT 35,6 g/dl, Hematokrit 41,9 %.

Terapi yang didapat untuk pengobatan dan diit, diit RG III 1880 kkal, Protein 70 gram. Untuk pengobatan, IVFD RL 10 cc/jam, ISDN 5 mg/8 jam, CPG 75 mg, Ramipril 2,9mg/24 jam, Allupurinol 300mg/24 jam. Candasartan 8 mg/24 jam, aspilets 80 mg/24 jam, Spirolactone 25 mg, Simvastatin 20 mg, Concor 2,5 mg, Syringe pump Cedocard 1mg/jam.

Berdasarkan hasil analisis data, klien memiliki masalah nyeri akut, ketidakefektifan pola nafas, penurunan curah jantung, ansietas, dan intoleran aktifitas. Masalah ansietas menjadi prioritas dan perlu dilakukan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut. Dikarenakan ansietas merupakan keluhan yang cukup mengganggu aktivitas klien. Ansietas perlu ditangani lebih dahulu untuk mencegah terjadinya masalah gangguan fisik yang dapat menghalangi individu untuk berfungsi efektif dalam kehidupan sehari-hari seperti meningkatnya denyut jantung, menegangnya otot-otot tubuh sehingga sering terlihat sebagai suatu reaksi panik. Pada saat cemas individu akan sangat sulit untuk menyesuaikan diri baik dengan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Kecemasan sangat nyata sebagai kecemasan yang mendasar terhadap bahaya nyata yang ada dalam dunia eksternal (Drajat, 2007). Oleh karena itu, dalam karya ilmiah ini penulis akan membahas masalah utama klien ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. Walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan selama 3 kali intervensi dalam 3 hari diharapkan klien tidak cemas. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan melibatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan, menunjukkan fleksibilitas peran, mengekspresikan perasaan dan kebebasan emosional. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas pada klien yaitu manajemen penurunan kecemasan dengan melakukan masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus). Manajemen lingkungan kenyamanan dengan

menciptakan lingkungan yang tenang, dan memudahkan transisi pasien dan keluarga. Manajemen peningkatan coping dengan menggunakan pendekatan yang tenang, sediakan informasi aktual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis. Latihan mobilisasi dini sesuai indikasi dan relaksasi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas yaitu melakukan masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus). Intervensi ini dilakukan pada tanggal 24-26 November 2018. Peneliti dalam hal ini melakukan pengamatan status hemodinamik pasien, khususnya pada TD sistolik, TD diastolic, heart rate, dan saturasi oksigen pasien dan tingkat kecemasan. Sebelum dilakukan tindakan *Back massage*, pasien diukur tekanan darahnya kemudian dilakukan pemijatan 3-10 menit pada daerah punggung dan pasien diminta rileks. Dilakukan sebanyak 3 kali dalam 3 hari berturut-turut.

Intervensi keperawatan dapat berjalan sampai dengan target waktu yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan yang terkait dengan intervensi yang dilakukan. Minyak zaitun dan handscoen yang digunakan sebagai pendukung dalam melakukan intervensi sangat mudah didapatkan. Selain dengan melakukan masase punggung, intervensi lain juga diberikan untuk mengatasi masalah ansietas. Klien juga di lakukan edukasi tentang penyakitnya, juga di anjurkan untuk tehnik relaksasi napas dalam.



Tabel 3.3 Evaluasi Intervensi masase punggung pada Tn. U. (Resume 1)

No	Hari dan Tanggal	Pengukuran	Hasil Pengukuran	Skor
----	------------------	------------	------------------	------

			TTV	TTV		Kecemasan	
				Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1	Kamis	24/11/2018	TD (mmHg)	116/78	114/75	43	34
			Nadi(x/menit)	112	98		
			RR(x/menit)	25	24		
			SPO 2 (%)	98	98		
2	Jumat	25/11/2018	TD (mmHg)	110/81	108/79	33	26
			Nadi(x/menit)	100	97		
			RR(x/menit)	24	23		
			SPO 2 (%)	98	98		
3	Sabtu	26/11/2018	TD (mmHg)	119/80	115/75	25	19
			Nadi(x/menit)	98	94		
			RR(x/menit)	22	20		
			SPO 2 (%)	98	98		

Hasil dari intervensi yang diberikan, didapatkan tingkat kecemasan berkurang dan pemantauan status hemodinamik mengalami penurunan. Evaluasi subyektif yang didapatkan yaitu klien merasa lebih rileks, cemas berkurang, sesak berkurang. Dan hasil evaluasi obyektif, didapatkan hasil dari TD sistolik, TD diastolik, pernapasan, heart rate mengalami penurunan walaupun tidak terlalu signifikan dan skor tingkat kecemasan menurun.

Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan ansietas yaitu mempertahankan coping dan dukungan keluarga.

C. Asuhan Keperawatan Pasien Resume II Ny.K

Pasien (Ny. K) seorang perempuan yang berumur 64 tahun, status perkawinan menikah dan mempunyai 5 orang anak. Pendidikan pasien tidak tamat SD. Pasien masuk IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 20 November 2018 , jam 05.30 wita. Dengan keluhan sesak napas, dada tersa berdebar. Saat diruang IGD dilakukan pemeriksaan TTV : TD 140/90 mmhg, MAP 106 mmHg, HR 113 x/menit, RR 28 x/menit, Temp 36,7 °C, SPO2 82 %. Tindakan yang dilakukan di IGD adalah pemasangan bedside monitor, perekaman EKG, pemeriksaan darah lengkap . Intervensi yang diberikan pada pasien ketika di IGD adalah pemasangan

infus NaCl 0,9 % 10 tetes / menit, klien diberikan oksigen sungkup muka dengan kantong rebreathing 9 LPM (aliran 6-10 LPM menghasilkan O₂ dengan konsentrasi 40-70 %). Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 150/80 mmHg MAP 103,3 mmHg, nadi 76 x/menit, pernafasan 26 x/menit, suhu tubuh 36° C, SPO₂ 98 %, tinggi badan 160 cm, berat badan 60 kg.

Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 21 November 2018 didapatkan interpretasi, Irama regular, Frekuensi Jantung (HR) 76 x/menit, gelombang P ada normal, lebar 0,04 detik (1 kotak kecil) tinggi 2 mV, Interval PR : 0,16 detik (4 kotak kecil), gelombang QRS sempit 0,08 detik , ST Segmen Elevasi II, II, AVF, Axis LAD, gelombang T inverted di I, II, AVL, V2-V6. Kesimpulan CAD anterolateral.

Pada pengkajian primer di airway, jalan nafas paten, tidak ada obstruksi, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan Breathing, gerakan dada simetris, RR 26 x/menit, irama nafas teratur, frekuensi nafas normal, tidak ada retraksi dinding dada, klien kadang masih merasa sesak. Pada Circulation, HR teraba 76 x/menit, tidak ada sianosis, CRT <2 detik, warna kulit cokelat, tidak pucat, akral hangat, suhu tubuh 36,5 °C, tidak ada perdarahan. Untuk cairan yang masuk dan keluar, input total (makan minum, cairan infus dan injeksi) 1590 cc/24jam, output 900 cc /24jam, IWL 900 cc/ 24jam, jadi balance cairan dari klien 1590 cc – 900 cc – 900 cc = - 210 cc.

Pada pemeriksaan B1 Breathing (pernafasan) pernafasan klien normal 28 x/menit, SPO₂ 98%, pergerakan dada simetris, tidak ada suara nafas tambahan, bunyi nafas vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, dan klien tidak ada menggunakan alat bantu pernafasan. Pada B2 Bleeding (kardiovaskuler/sirkulasi) TD 150/80 mmhg, HR 83 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,5°C, irama jantung regular, suara S1 dan S2 terdengar “Lub Dub”, frekuensi 35x/menit, membran mukosa lembab, konjungtiva tidak anemis, bibir lembab, sclera putih, CRT <2 detik, nadi perifer ada, tidak adanya edema, pasien terpasang infus NACL 0,9% 10cc/jam. Pada B3 Brain (persarafan) KU sedang, GCS 15, kesadaran composmentis, reflek pupil +/+, ukuran pupil 2/2mm, N1-N12 normal. Pada B4

Bladder (perkemihan) klien terpasang kateter, BAK warna kuning , 900 cc/24jam, tidak ada peningkatan retensi cairan dan tidak ada distensi kandung kemih. Pada B5 Bowel (pencernaan) tidak ada lesi di mulut, klien bisa makan diit dari rumah sakit, tidak ada gangguan makan, tidak ada alergi, BAB normal 1 kali/hari. Pada B6 Bone & Skin (tulang otot integument) reflek ekstremitas bawah lemah, warna kulit cokelat, suhu 36,5°C, kulit lembab, tidak terdapat sianosis.

Pada pemeriksaan lanjutan, klien tidak ada alergi obat atau pun makanan, untuk resiko decubitus berdasarkan skala NORTON di dapatkan hasil 9 yaitu risiko sedang terjadi decubitus, klien dalam keadaan sadar dan orientasi baik, untuk status sosial hubungan klien dengan anggota keluarga baik. Pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan Rontgen Thorax CTR 50 %. Hasil laboratorium untuk kimia klinik, Glukosa sewaktu 286 mg/dl, Albumin 2,9 g/dl, Ureum 45,8 mg/dl, Creatinin 0,9 mg/dl, Troponin 175. Untuk Elektrolit, Natrium 134 mmol/L, Kalium 34,3 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, glukosa puasa 286 mg/dl, asam urat 10,9 mg/dl, SGOT 197 U/L, SGPT 148 U/L. Untuk Hematologi, Leukosit 13,73, Eritrosit 4,49, Hemoglobin 13,0 g/dl, PLT 24 ul, Hematokrit 36,5 %. Untuk AGD, PH 7,43, Pco2 50,70 mmhg, PO2 110,10 mmhg, HCO3 33,9mmol/L.

Terapi yang didapat untuk pengobatan dan diit, diit DM 1700 kkal, Protein 71 gr gram. Untuk pengobatan, IVFD Nacl 0,9 % 10 TPM, ISDN 5 mg/8 jam, CPG 75 mg, Aspilet 80 mg / 24 jam, simvastatin 2 mg / 24 jam, Candesartan 16 mg/24 jam, concor 2,5 mg / 24 jam, spironolactone 25 mg / 24 jam.. Injeksi arixtra 2,5 cc/24 jam, Furosemid 2 ampul/ 8 jam, Afidra 4 UI / 8 jam, Meropenem 1 gr / 8 jam.

Berdasarkan hasil analisis data, klien memiliki masalah nyeri akut, ketidakefektifan pola nafas, penurunan curah jantung, ansietas, dan intoleran aktifitas. Masalah ansietas menjadi prioritas dan perlu dilakukan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut. Dikarenakan ansietas merupakan keluhan yang cukup mengganggu aktivitas klien. Ansietas perlu ditangani lebih dahulu untuk mencegah terjadinya masalah gangguan fisik yang dapat menghalangi individu untuk berfungsi efektif dalam kehidupan sehari-hari seperti meningkatnya denyut jantung , menegangnya otot-otot tubuh sehingga sering terlihat sebagai suatu reaksi panik.

Pada saat cemas individu akan sangat sulit untuk menyesuaikan diri baik dengan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya . Kecemasan sangat nyata sebagai kecemasan yang mendasar terhadap bahaya nyata yang ada dalam dunia eksternal (Drajat, 2007). Oleh karena itu, dalam karya ilmiah ini penulis akan membahas masalah utama klien ansietas berhubungan dengan yang ancaman kematian. Walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan selama 3 kali intervensi dalam 3 hari diharapkan klien tidak cemas . Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan melibatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan, menunjukkan fleksibilitas peran, mengekspresikan perasaan dan kebebasan emosional. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas pada klien yaitu manajemen penurunan kecemasan dengan melakukan masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus). Manajemen lingkungan kenyamanan dengan menciptakan lingkungan yang tenang, dan memudahkan transisi pasien dan keluarga. Manajemen peningkatan coping dengan menggunakan pendekatan yang tenang, sediakan informasi aktual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis. Latihan mobilisasi dini sesuai indikasi dan relaksasi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas yaitu melakukan masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus). Intervensi ini dilakukan pada tanggal 21-23 November 2018. Peneliti dalam hal ini melakukan pengamatan status hemodinamik pasien, khususnya pada TD sistolik, TD diastolik, heart rate, dan saturasi oksigen pasien dan tingkat kecemasan. Sebelum dilakukan tindakan *Back massage*, pasien diukur tekanan darahnya kemudian dilakukan pemijatan 3-10 menit pada daerah punggung dan pasien diminta rileks. Dilakukan sebanyak 3 kali dalam 3 hari berturut-turut.

Intervensi keperawatan dapat berjalan sampai dengan target waktu yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan yang terkait dengan intervensi yang

dilakukan. Minyak zaitun dan handscoen yang digunakan sebagai pendukung dalam melakukan intervensi sangat mudah didapatkan. Selain dengan melakukan masase punggung, intevensi lain juga diberikan untuk mengatasi masalah ansietas. Klien juga di lakukan edukasi tentang penyakitnya, juga di anjurkan untuk tehnik relaksasi napas dalam.

Tabel 3.4 Evaluasi Intervensi *Back Masage* pada Ny. K (Resume 2)

No	Hari dan Tanggal	Pengukuran TTV	Hasil Pengukuran TTV		Skor Kecemasan		
			Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
1	Rabu	21/11/2018	TD (mmHg)	147/88	142/87	36	28
			Nadi(x/menit)	99	97		
			RR(x/menit)	24	22		
			SPO 2 (%)	98	98		
2	Kamis	22/11/2018	TD (mmHg)	123/81	121/79	26	20
			Nadi(x/menit)	100	97		
			RR(x/menit)	24	23		
			SPO 2 (%)	98	98		
3	Jumat	23/11/2018	TD (mmHg)	115/82	114/75	22	16
			Nadi(x/menit)	98	96		
			RR(x/menit)	22	20		
			SPO 2 (%)	98	98		

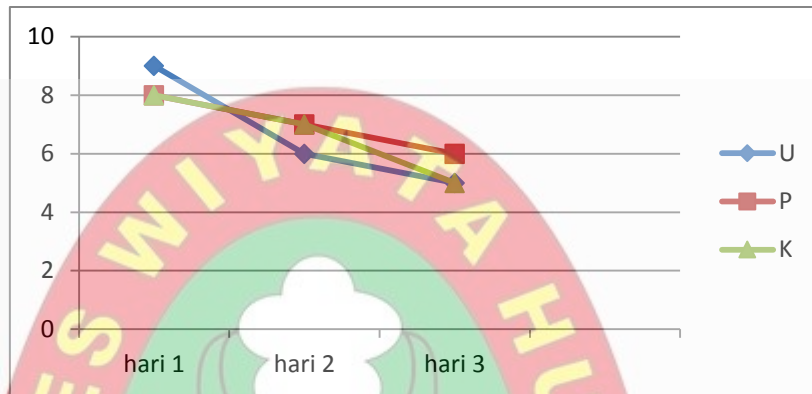
Hasil dari intervensi yang diberikan, didapatkan tingkat kecemasan berkurang dan pemantauan status hemodinamik mengalami penurunan. Evaluasi subyektif yang di dapatkan yaitu klien merasa lebih rileks, cemas berkurang, sesak berkurang. Dan hasil evaluasi obyektif, didapatkan hasil dari TD sistolik, TD diastolik, pernapasan, heart rate mengalami penurunan walaupun tidak terlalu signifikan.dan skor tingkat kecemasan penurunan yang signifikan. Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan ansietas yaitu mempertahankan koping dan dukungan keluarga.

D. Perbandingan Hasil Intervensi

Masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus) yang dilakukan sebagai intervensi pada klien

keloaan dan resume menghasilkan perubahan pada tingkat kecemasan. Secara umum terjadi penurunan kecemasan, penurunan TD sistolik, penurunan TD diastolik, penurunan frekuensi jantung, dan saturasi oksigen tidak berubah selama dilakukan intervensi dalam waktu 3 hari berturut-turut.

Grafik 3.1 Perbandingan Skor Kecemasan Pada Klien Kelolaan Dan Resume



Berdasarkan grafik 3.5 tampak adanya perbaikan tingkat kecemasan pada ketiga pasien. Namun pada hari ke-3 tampak adanya penurunan poin kecemasan di bandingkan pada hari ke-2. Klien resume Tn. U mengalami penurunan jumlah skor yang baik.

Setelah dilakukan intervensi masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus), di lakukan pengkajian ulang *State-Anxiety Inventory (S-AI)* pada klien kelolaan dan resume. S-AI yang di dapatkan pada Tn. P yaitu 21, Tn. U 32, dan Ny. K 20 seperti yang tergambar pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.5 Perbandingan *State-Anxiety Inventory (S-AI)* Pada Klien Kelolaan dan Resume

N	Nama	Skala Kecemasan	
		Sebelum Intervensi	Setelah intervensi
Klien			

Selisih

Tn. P	84	63	21
Tn. U	101	79	32
Ny. K	84	64	20

Tabel 3.5 menggambarkan adanya perubahan yang signifikan pada Tn. U dengan selisih skor S-AI antara sebelum dan sesudah intervensi sebesar 32 poin. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan tingkat kecemasan klien setelah diberikan dilakukan intervensi masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus).



Bab ini akan membahas mengenai analisis situasi lahan praktek dan intervensi yang telah dilakukan dengan membandingkan tinjauan pustaka dan asuhan keperawatn dengan intervensi unggulan yang telah dilakukan.

A. Profil Lahan Praktik

Ruang ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) merupakan unit khusus untuk merawat pasien yang mempunyai kelainan pada jantung secara intensif. Gedung baru ICCU yang letaknya bersebelahan dengan ICU ditempati sejak tahun 2004, memiliki 11 bed atau tempat tidur dengan dilengkapi peralatan yang memadai. Ketenagaan berjumlah 27 orang sudah termasuk Kepala Ruangan dan CCM. Pendidikan terakhir terdiri dari S-1 6 orang, Ners 2 orang, D-IV 2 orang, D-III 19 orang. Jenis pelatihan yang sudah dilakukan adalah Kardiovaskuler Dasar (KD), ACLS, BTCLS, BCLS, BLS, Perawatan Intensif, Perawatan Luka, CI,

Manajemen Bangsal, Pasien Safety, C.Exelen, Tata Ruang, ESQ, Poli Prima, dan PPGD.

B. Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien CHF Dengan Ansietas

Asuhan keperawatan pada pasien Tn P dengan diagnosa Congestive Heart Failure dan CAD. Pengkajian dilakukan pada hari ke empat setelah masuk rumah sakit, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 15 November 2018. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 19 November 2018 pukul 15.00 wita. Keluhan utama pasien adalah sesak nafas, gelisah, susah tidur, fatigue. Sesak bertambah bila baik melakukan aktivitas maupun istirahat.

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan spectrum manifestasi akut dan berat merupakan keadaan kegawatdaruratan dari koroner akibat ketidakmampuan jantung dalam mensuplai oksigen yang adekuat ke jaringan perifer, tapi juga tergantung pada respon sistemik dalam mengkompensasi ketidakadekuatan suplai oksigen ke jaringan (Rachma, 2014). Manifestasi yang khas pada gagal jantung kongestif adalah dyspnea, fatigue serta retensi cairan yang menyebabkan edema paru dan edema perifer. Gagal jantung dapat disebabkan berbagai etiologi diantaranya kelainan pada struktur dan fungsi jantung yang dapat dibagi menjadi kelainan mekanik dan kelainan miokardium (Smeltzer & Bare, 2006).

Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian. Ansietas menjadi prioritas masalah ketiga pada pasien ini. Data yang menunjukkan adalah data subjektif, pasien mengeluh sesak nafas, sering sekali merasa cepat letih saat melakukan aktifitas-aktifitas yang biasa dilakukan dan sering terbangun tengah malam karena sesak nafas, gelisah, susah tidur. Sedangkan data objektif adalah keadaan umum pasien lemah, tampak tegang, mudah tersinggung, pemeriksaan TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 25 x/menit, SPO2 98 %, Gambaran EKG irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang QRS sempit, ST

Segmen : terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5, dan Q patologis pada V1-V6, axis LAD, gelombang T normal.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil, 2010). Pasien yang sering dilaporkan mengalami cemas karena hospitalisasi, pemeriksaan dan prosedur tindakan medik yang menyebabkan perasaan tidak nyaman serta keluhan-keluhan yang di kemukakan seperti khawatir, firasat buruk, gangguan pola tidur, keluhan somatik, misalnya sakit pada otot, berdebar hingga sesak napas (Hawari, 2011).

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan hiperventilasi Keluhan sesak nafas yang timbul adalah merupakan cara kompensasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada pembuluh darah jantung. Hal ini disebabkan karena adanya penumpukan cairan di paru yang mengakibatkan tekanan paru lebih besar dan membuat difusi eksternal terganggu. Hal tersebut sesuai dengan teori Framingham yang menjelaskan setidaknya ada terdapat satu kriteria mayor dan dua kriteria minor pada pasien-pasien CHF (Congestive Heart Failure). Kriteria mayor yang nampak adalah ronchi kering pada auskultasi dinding dada saat pasien ekspirasi, sering terbangun tengah malam karena sesak nafas, Proximal Nokturnal Dispnea (PND) dan adanya kardiomegali dari penjelasan hasil foto x-ray. Kriteria minor yang nampak adalah edema pada kedua kaki, dan pasien mengatakan sesak (pernafasan 28 kali/menit). Hiperventilasi yang menyebabkan pola napas tidak efektif disebabkan oleh asidosis yang bersangkutan dengan peningkatan asam dalam darah. Pada gagal jantung kronis, terjadi penumpukan asam karena fosfat dan sulfat tidak bisa dikeluarkan oleh tubuh yang mengakibatkan pH dan keasaman akan naik. Sehingga penderita mengalami pernapasan kusmaul (Darma, 2015).

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial. Penurunan curah jantung menjadi prioritas masalah utama pada setiap penyakit CHF. Data pendukung meliputi data subjektif dan data objektif. Data subjektif, pasien mengeluh sesak nafas, sering sekali merasa cepat letih saat melakukan aktifitas-aktifitas yang biasa dilakukan dan sering terbangun tengah malam karena sesak nafas. Sedangkan data objektif adalah keadaan umum pasien lemah, pemeriksaan TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 25 x/menit, SPO2 98 %. Gambaran EKG irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang QRS sempit, ST Segmen : terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5, dan Q patologis pada V1-V6, axis LAD, gelombang T normal pemeriksaan echocardiografi dengan hasil Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung, LVH (+) eccentric, kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %), global hipokinetik dan akinetik di anterior, Katup-katup jantung dalam batas normal, PE (-), Trombus (-), kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat, Fungsi Sistolik LV Menurun, Fungsi Diastolik Terganggu. Kesadaran *compos mentis*, GCS 15 dengan E4 M6 V5, pupil bereaksi terhadap cahaya, isokor kedua pupil sama besar, besar pupil 3 mm. Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal dan regular, akral hangat, CRT < 3 detik. Dari pengukuran *Cardio Thorax Rasio* yang dilakukan di dapatkan hasil 53 %.

Penurunan curah jantung didefinisikan sebagai ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Penurunan curah jantung terjadi akibat perubahan struktur dan fungsi jantung. Perubahan struktur jantung terjadi akibat proses kompensasi yang terus menerus sehingga menyebabkan terjadinya remodeling. Remodeling merupakan hasil dari hipertrofi sel otot jantung dan aktivasi sistem neurohormonal yang terus menerus dengan melakukan dilatasi ventrikel yang mengakibatkan pengerasan dinding ventrikel oleh hipertrofi otot jantung (Black dan Hawks, 2004).

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas juga muncul pada pasien ini yang di dukung dari data yang di dapatkan berupa pasien mengatakan sesak napas yang bertambah berat jika banyak bergerak dan pindah posisi. Aktivitas dibantu oleh perawat, TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 25 x/menit, SPO2 98 %. Perasaan kelelahan yang berkepanjangan dan kesulitan dalam melakukan ADL merupakan hal yang lumrah terjadi pada pasien dengan kasus CHF. Hal ini di karenakan ketidakmampuan jantung memompa darah dalam mencukupi kebutuhan oksigenasi jaringan tubuh untuk menghasilkan energi (Damayanti, 2013).

Selain itu apabila jantung tidak dapat memompa darah dengan maksimal akan mengakibatkan kelemahan, kelelahan serta mempengaruhi frekuensi jantung dan tekanan darah dalam melakukan aktivitas (Sheps et, al, 2005). Pembatasan aktivitas merupakan intervensi yang diberikan untuk mengurangi aktivitas dan kebutuhan oksigen yang diharapkan dapat mengurangi aktivitas dsarap simpatis. Vasodilatasi pembuluh darah akibat penurunan aktivitas saraf simpatis dapat menurunkan perload dan afterload sehingga meningkatkan curah jantung (Overbaugh, K. J. 2009)

C. Analisis Intervensi Keperawatan Dengan Konsep Penelitian Terkait

Salah satu diagnose keperawatan pada kasus ini adalah Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dan pada *Nursing Intervention Classification* (NIC). Manajemen penurunan kecemasan penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas pada Tn. P Intervensi inovasi ini berupa terapi pijat yaitu dengan *back massage*.

Tabel 4.1 Hasil Implementasi Inovasi Back Massage Terhadap Cemas

No	Hari dan Tanggal	Jenis Pengukuran	Hasil Pengukuran		Skor Kecemasan	
			Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1	Kamis 22/11/2018	TD (mmHg)	106/71	108/78	32	26
		Nadi(x/menit)	102	98		
		RR(x/menit)	25	24		

			SPO 2 (%)	98	98		
2	Jumat	23/11/2018	TD (mmHg)	110/81	108/80	26	19
			Nadi(x/menit)	100	97		
			RR(x/menit)	23	22		
			SPO 2 (%)	98	98		
3	Sabtu	24/11/2018	TD (mmHg)	105/78	102/75	24	18
			Nadi(x/menit)	98	94		
			RR(x/menit)	21	20		
			SPO 2 (%)	98	98		

Berdasarkan data di atas dapat dilihat adanya pengaruh yang baik terhadap intervensi yang dilakukan dalam 3 hari. Tingkat kecemasan pasien dari sedang menjadi ringan, pasien mampu melakukan secara mandiri atau pun dengan bantuan keluarga di rumah dalam mengatasi adanya kecemasan, baik terjadi pada pasien maupun keluarga bahwa terapi pijat sangat banyak manfaatnya untuk kesehatan.

Kecemasan adalah suatu keadaan yang mengguncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan. Individu-individu yang tergolong normal kadang kala mengalami kecemasan yang menampak, sehingga dapat disaksikan pada Kecemasan juga memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. Kaplan, Sadock, & Grebb (Fitri, F & Julianti W, 2007) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

Secara fisiologis situasi kecemasan akan mengaktifasi hipotalamus yang selanjutnya mengendalikan dua sistem neuro endokrin, yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis dan sistem kortek adrenal. Sistem saraf simpatis berespon terhadap impuls saraf di hipotalamus yaitu dengan mengaktifasi berbagai organ dan otot polos yang berada di bawah pengendaliannya. Sistem

saraf simpatis juga memberi sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke dalam aliran darah.

Sistem korteks adrenal di aktivasi jika hipotalamus mensekresikan *corticotropin realizing factor* (CRF) yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat di bawah hipotalamus. Kelenjar hipofisis selanjutnya akan mensekresikan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) yang di bawa melalui aliran darah ke korteks adrenal. Hal tersebut menstimulasi pelepasan sekelompok hormone, termasuk kortisol, yang meregulasi kadar gula darah. ACTH juga memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain untuk melepaskan hormone. Efek kombinasi berbagai hormone stress yang dibawa melalui aliran darah ditambah aktivitas neural cabang simpatik dari sistem saraf otonomik berperan dalam respons fight or flight (Corwin, 2009 dalam Sugiarto, 2015).

Pada saat *back masase* terjadi penekanan pada tubuh, saraf tepi (perifer) yang tertekan oleh jari-jari yang lembut dengan tidak sengaja akan mengeluarkan hormon endorphin yang kemudian dihantarkan ke pusat saraf yaitu otak, dalam otak hormone tersebut dikendalikan oleh *Bulbar Synchronizing Region* (BSR) yang kemudian dengan otomatis bekerja melepaskan hormone serotonin dan melatonin ke seluruh tubuh. Menyebarnya kedua hormone tersebut ke seluruh tubuh, akan menyebabkan seseorang yang dipijat mengalami perasaan nyaman, rileks, hingga timbul perasaan mengantuk dan akhirnya tertidur (Bambang Priyonoadi, 2008:10).

Dalam hal ini peneliti tertarik pada penelitian yang sudah dilakukan oleh Wei-Ling Chen et al (2013), dengan judul *Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure*. Penelitian ini menyimpulkan bahwa back massage pada populasi penelitiannya dapat mengurangi tingkat kecemasan secara signifikan dilihat dari tekanan sistolik menurun terutama pada mereka dengan gagal jantung berat dan tingkat yang lebih besar dari kecemasan dan tekanan darah sistolik yang lebih tinggi

Chen et al (2010) menerangkan bahwa pasien dengan CHF merasa tidak pasti, cemas, dan depresi. Moser et al (2000) menerangkan bahwa emosi negatif misalnya kecemasan dan depresi tampak lebih umum pada pasien dengan CHF dari pada orang sehat. Menurut Stuart & Laraia (1998) Ansietas merupakan pengalaman emosi dan subjektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga orang merasakan suatu was-was (khawatir) seolah-olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya di sertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu. Menurut Ernawati, dkk (2009) dalam Pieter, Janiwarti & Saragih (2011) Ansietas merupakan respon emosional dan penilaian individu yang subjektif yang di pengaruhi oleh alam bawah sadar dan belum diketahui secara khusus faktor penyebabnya.

Davies dan Curtis, (2000) menjelaskan bahwa pasien dengan CHF merasa tidak pasti, cemas, dan depresi. Jiang et al, telah mewawancarai 291 pasien dengan CHF dan menemukan bahwa pasien yang lebih muda, semakin besar tingkat kecemasannya. Namun, kecemasan itu tidak berhubungan signifikan dengan ejeksi fraksi ventrikel kiri, New York Heart Association klasifikasi fungsional (NYHA).

Stimulasi taktil akan menimbulkan respon neurohormonal kompleks di *hipotalamic pituitary axis* (HPA) melalui lintasan serabut saraf pusat yang didistribusikan melalui korteks serebri, midbrain dan diinterpretasikan dengan respon relaksasi. Selain mempengaruhi stimulasi sensorik, *back massage* mempengaruhi mekanisme psikologis seperti emosi dan perasaan selama masase di atur oleh sistem limbic yang memiliki koneksi dekat dengan sirkuit saraf otonom dan mengurangi aktivitas simpatis (Aourell, Skoog, & Carleson, 2005).

Harris M, Richards KC, (2010). *Massage* pada daerah punggung akan membuat pasien merasa rileks sehingga pembuluh darah akan berwasodilatasi dan menurunkan tekanan darah. Selain itu pasien akan merasa tenang sehingga pasien mampu beristirahat lebih optimal. Pijat adalah bentuk sistematis

sentuhan yang memanipulasi jaringan lunak tubuh untuk mempromosikan kenyamanan dan penyembuhan.

Penelitian telah menunjukkan bahwa pijat dapat mengurangi rasa sakit, BP, denyut jantung, kortisol, dan mempromosikan tidur dan fungsi kekebalan tubuh Rheumatologi (Oxford, 2003). Back Massage hadir untuk mengurangi tekanan darah diastolik, respirasi, distress psikologis, dan rasa sakit di waktu persiapan untuk kateterisasi jantung (Nurs res, 2003). Terapi masase membuat jaringan otot menjadi rileks, menurunkan kesakitan, dan spasme pada otot. Masase juga dapat menurunkan respon saraf kompresi. Mekanisme ini dapat dijelaskan ketika jaringan otot kontraksi saat masase akan membuat sistem saraf di sekitar area yang dimasase juga ikut tertekan, dan jaringan otot rileks maka saraf juga akan teregang dan dapat menjalankan aktivitas kerja dengan normal melalui respon yang dihasilkan ke otak.

D. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi keperawatan dalam mengatasi penurunan kecemasan yang dikaitkan dengan teori dan konsep terkait, maka diperoleh alternative pemecahan. Menganjurkan klien untuk istirahat (*bed rest*) dan relaksasi dengan *Back Massage*. Pada saat relaksasi terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya pengiriman impuls saraf ke otak, menurunnya aktivitas otak, dan fungsi tubuh yang lain. Karakteristik dari respon relaksasi ditandai oleh menurunnya denyut nadi, jumlah pernapasan, penurunan tekanan darah dan konsumsi oksigen (Potter & Perry, 2006).

Selain itu, pasien juga disarankan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar klien seperti makan dan minum di tempat tidur, menyediakan pispot untuk memenuhi kebutuhan eliminasi (BAK dan BAB), membantu memenuhi kebutuhan kebersihan diri (mandi dan berias) ditempat tidur. Pasien juga dianjurkan untuk melakukan aktivitas ditempat tidur sesuai dengan toleransi tubuh, memantau respon klien terhadap aktivitas yang dilakukan serta monitor

tanda-tanda vital untuk mengetahui kemungkinan perubahan status hemodinamik yang dapat terjadi secara tiba-tiba.

Kerjasama atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain juga diperlukan seperti dokter dan ahli gizi. Berkolaborasi dengan tim medis (dokter) dalam memberikan terapi medikasi untuk memperbaiki fungsi jantung (kontraktilitas) dan pemberian tambahan oksigen melalui nasal kanul untuk meminimalkan demand oksigen klien. Sedangkan bentuk kolaborasi dengan ahli gizi adalah menganjurkan pemberian diet jantung sesuai kebutuhan kalori tubuh klien dengan tekstur yang lembut sehingga mudah dicerna dan diserap oleh tubuh klien.

Selain itu, memberikan informasi kesehatan klien meliputi mengenai tanda dan gejala bahaya, cara mempertahankan kesehatan setelah masa perawatan di rumah sakit, jadwal dan manfaat medikasi yang diresepkan untuk dikonsumsi dirumah, dan jadwal kontrol terkait dengan masalah kesehatan klien. Tindakan alternatif yang telah disebutkan di atas perlu dikomunikasikan kepada keluarga klien. Keluarga dimotivasi oleh perawat untuk berperan aktif dalam support untuk mempertahankan kesehatan klien.



BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya di bidang keperawatan.

1. Kesimpulan

a. Kasus kelolaan pada Tn. P dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* didapatkan hasil sebagai berikut:

- 1) Keluhan utama dari hasil pengkajian yang didapat adalah sesak napas. Klien mengatakan sesak sudah berjalan sejak beberapa hari yang lalu, terkadang klien terbangun pada malam hari saat sesaknya datang.
- 2) Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. P adalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardal, Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dan Intoleransi aktifitas berhubungan dengan bedrest.

b. Evaluasi akhir yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut menunjukkan ada perubahan ke arah yang lebih baik. Ansietas yang merupakan diagnosa keperawatan ketiga menjadi focus khusus karena peneliti melakukan tindakan inovasi untuk menangani masalah keperawatan tersebut. Diagnosa pertama ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dapat teratasi setelah ditangani dengan berbagai intervensi keperawatan ataupun intervensi medis, Diagnosa kedua (penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas) dapat teratasi juga setelah dilakukan tindakan keperawatan dan medik menunjukkan kontraksi jantung klien menjadi lebih baik diagnosa keempat yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan bedrest dapat teratasi dengan tindakan mandiri keperawatan.

c. Hasil analisa penerapan teknik *Back Massage* menunjukkan adanya perubahan tekanan darah dan perubahan kecemasan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Saran

a. Saran bagi klien

Klien harus sering berlatih dan menggunakan teknik relaksasi *Back Massage* ini kapan saja untuk mengurangi kecemasan

- b. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan
Sebagai salah satu penatalaksanaan tindakan keperawatan nonfarmakologi, diharapkan perawat mampu mengimplementasikan secara mandiri untuk membantu klien yang mengalami kecemasan sehingga dapat meningkatkan harapan sembuh klien serta memperpendek waktu rawat inap klien di rumah sakit.
- c. Saran bagi penulis
Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien CHF sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan.
- d. Saran bagi dunia keperawatan
Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan, sehingga seluruh tenaga keperawatan dapat sering mengaplikasikan teknik *Back Massage* dalam pemberian intervensi non farmakologi relaksasi salah satunya menurunkan kecemasan. Mengaplikasikan teknik *Back Massage* dalam pemberian intervensi non farmakologi relaksasi salah satunya untuk menurunkan kecemasan.



DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association, 2013. *Heart Disease and Stroke Statistics. Circulation*. diperoleh 20 November 2018
- Chen HM, et al. 2010. Self - reported health-related quality of life an sleep disturbances in Taiwanese people with heart failure, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938252/> 24 November 2018
- Darmojo, R.B. Mariono, H.H. (2004). *Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Fitri, F & Julianty W. (2007). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)

Kasron. (2011). *Buku Ajar Anatomi Fisiologi Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Nuha Medika

Kartono, K. (2006). *Kenakalan Remaja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Kholil, L.R. (2010). *Kesehatan Mental*. Purwokerto: Fajar Media Press

Mansjoer, A. dkk. (2007). *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid I, Edisi 3. Jakarta: Media Asculapius, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia

Miftah Thoha. (2004). *Perilaku Organisasi, Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Mook, E & Chin, P.W. (2004). *The Effects of Slow-Stroke Back Massage on Anxiety and Shoulder Pain in Elderly Stroke Patient*

Moser, Ca., and G. Kalton, 2000, *Survey Methods in Social Investigation*. Second Edition. USA: Gower Publishing Comp

Moser. Et al. 2000. Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10902107/>, diperoleh 24 November 2018

Musfir, A.Z. (2005). *Konseling Terapi*. Jakarta: Gema Insani

Mustamir, P. (2009). *Metode Supernol Menaklukkan Stres*. Jakarta: Hikmah Publishing House

Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika

Namora, L.L. (2009). *Depresi, Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana

Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta : Nuha Medika

Padila. (2013) *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika

Patotisuro, L.G.B. (2006). Hubungan Berfikir Positif Dengan Kecemasan Menghadapi Masa Bebas Pada Narapidana. Skrip, Jakarta, Fakultas Psikologi, Universitas, Mercuru Buana, Indonesia

Priharjo, R. (1993). *Perawatan Nyeri: Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien*. Jakarta:

EGC

Rubenstein, David, et al. 2007. *Lecture Notes Kedokteran Klinis*. Dialih bahasakan oleh Annisa Rahmalia. Jakarta : Erlangga

Rufaidah, E.R. (2009). Efektifitas Terapi Kognitif Perilaku Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Asma di Surakarta. Tesis, Yogyakarta, Universitas Gajah Mada, Indonesia

Savitri, R. (2003). *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor

Shocker, M. (2008). Pengaruh Stimulus Kutaneus: Slow-Stroke Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Osteoarthritis

Singgih, D.G. (2008). *Psikologi Perawatan*. Jakarta: Gunung Mulia

Siti, S. (2004). *Kearah Memahami Kesehatan Mental*. Yogyakarta: PPB FIP UNY

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Medikal Bedah* (Edisi 8, Volume 2, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk). Jakarta: EGC

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth* (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo.(dkk), EGC, Jakarta

Soeharto, I. (2001). *Pencegahan dan Penyembuhan Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Sutardjo, W. (2005). *Pengantar Psikologi Anbormal*. Bandung: Refika Aditama

Udjianti, W.J. (2010). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika

Udjianti, W.J. (2011). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika

Ulfah, A dan Tulandi, A. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler "Harapan Kita"*. Jakarta: Bidang Pendidikan dan Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita"

Wei-Ling Chen. 2013. Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651680/>, diperoleh tanggal 20 November 2018

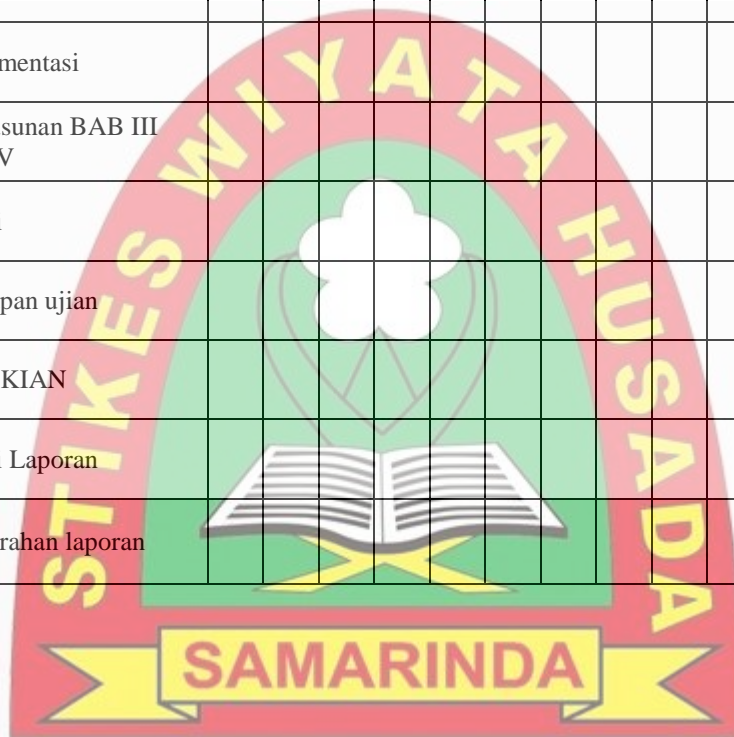
World Healty Organization. Global tuberculosis report 2013, WHO.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_engpdf.
diakses tanggal 19 November 2018



Lampiran 1

No	Kegiatan	Minggu I	Minggu II	Minggu III
----	----------	----------	-----------	------------

		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Analisa situasi dan pengkajian	■	■	■	■																	
2	Pengajuan Judul				■	■																
3	Pengkajian					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
4	Penyusunan BAB I dan Bab II													■	■	■	■	■				
5	Revisi																	■	■	■	■	
6	Implementasi																					
7	Penyusunan BAB III dan IV																					■
8	Revisi																					
9	Persiapan ujian																					
10	Ujian KIAN																					
11	Revisi Laporan																					
12	Penyerahan laporan																					



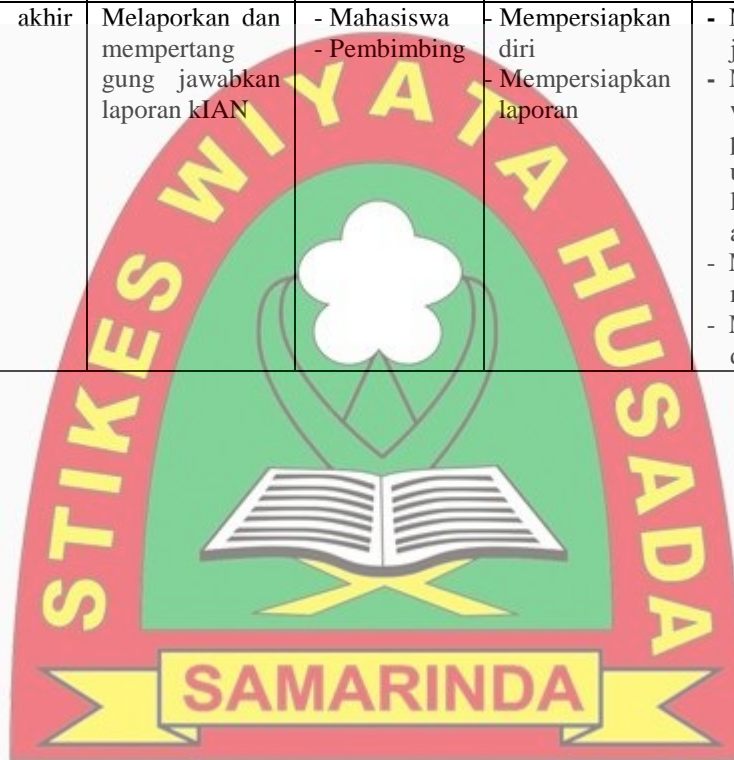
Lampiran 2

Plan Of Action (POA) KIAN

No	Target	Tujuan	Sasaran	Strategi	Rencana Kegiatan	Hari Tgl	Tempat
1	Analisa situasi	Mengenal dan beradaptasi dengan lingkungan	Ruang lingkup Ruangan ICCU	- BHSP - Observasi lingkungan	- Berkenalan dengan staf ruangan ICCU - Mengobser	Senin, 19/11/18	Ruang ICCU

					<ul style="list-style-type: none"> - vasi lingkungan - Memantau tindakan /alur pelayanan - Terlibat aktif dalam pelayanan Askep 			
2	Pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapat data tentang klien - Menentukan masalah keperawatan - Membuat intervensi keperawatan - Melakukan implementasi - Evaluasi - Acuan untuk menentukan judul 	Klien dengan diagnosa medis CHF	<ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan lembar pengkajian BHSP dengan klien 	<ul style="list-style-type: none"> - Memilih klien yang sesuai dengan kriteria penelitian - Melakukan BHSP - Kontrak untuk dilakukan pengkajian - Melakukan analisa data - Membuat intervensi keperawatan - Melakukan implementasi - Melakukan evaluasi 	Selasa, 20/11/18	Ruang ICCU	S
3	Pengajuan Judul	<ul style="list-style-type: none"> - Memperoleh judul untuk penelitian 	Implementasi keperawatan pada klien CHF	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan intervensi yang akan di implementasikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan diagnosa keperawatan - Menentukan intervensi - Mencari jurnal - Konsul kepada pembimbing - Implementasi 		Ruang ICCU	S
4	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - Memperoleh pengarah/bimbingan - Menyamakan persepsi 	<ul style="list-style-type: none"> - Mahasiswa - Pembimbing 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrak waktu - Materi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrak waktu dengan pembimbing - Mempersiapkan materi - Mempersiapkan lembar konsul 		Ruang ICCU	S
5	Implementasi jurnal	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapat kan hasil dari penerapan teori terhadap praktek 	- Klien dengan CHF	<ul style="list-style-type: none"> - Mempersiapkan SOP - Mempersiapkan alat yang digunakan - Persiapan klien 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan peralatan yang di gunakan - Menanyakan kembali kesiapan klien (<i>inform consent</i>) - Melakukan implementasi sesuai SOP - Mengevaluasi 		Ruang ICCU	S

					respon klien terhadap tindakan - Dokumentasi			
6	Laporan	Menyusun laporan terkait kegiatan KIAN	- Mahasiswa	- Materi - Hasil pengkajian s/d evaluasi - Kelengkapan dokumen (lembar persetujuan , lembar konsul, dll)	- Menyusun BAB I-V sesuai data yang diperoleh dan merupakan hasil dari konsul mahasiswa kepada pembimbing			
7	Ujian akhir KIAN	Melaporkan dan mempertanggung jawabkan laporan KIAN	- Mahasiswa - Pembimbing	- Mempersiapkan diri - Mempersiapkan laporan	- Menyusun jadwal ujian - Mengontrak waktu pembimbing untuk di lakukan ujian akhir - Mempersiapkan materi - Mempersiapkan diri	Rabu 26/12/18	Ruang ICCU	



Lampiran 3

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan Kritis

Nama : Kustaniah
Tempat Praktek : ICCU (Intensive Cardiac Care Unit)
Tanggal/Jam : 19 November 2018

BIODATA PASIEN

Nama/Inisial : Tn. P , Usia 58 tahun (15 - 12 - 1959)
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Status Pernikahan : Menikah
No.RM : 01 00 95 78
Diagnosa Medis : *Chronic Heart Failure (CHF)*
Tanggal masuk RS : 15 November 2018
Alamat : Handil Baru

BIODATA PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. Z
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Hubungan dengan klien : Anak kandung
Alamat : Handil Baru

I. ANAMNESIS (PENGKAJIAN AWAL)

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak nafas sejak tanggal 10 November 2018, klien mengatakan sesak nafas saat beristirahat maupun saat melakukan aktivitas baik ringan maupun berat.

2. Riwayat Kesehatan/Pengobatan Perawatan Sekarang

Klien mengatakan ia dibawa ke RS Samboja pada tanggal 14 November 2018 pukul 09.00 wita . Kemudian klien di beri rujukan untuk ke poliklinik RSU

AWS di diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF). Saat di ruang poliklinik jantung klien diberikan asuhan keperawatan dengan hasil pemeriksaan : TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,5 °C, oedema tungkai bawah derajat 1. Dilakukan pemeriksaan echocardiografi dengan hasil kontraktilitas global LV menurun, LVEF 23 %. Pemeriksaan EKG irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang QRS sempit, ST Segmen : terdapat ST elevasi pada II,III,avf,V1-V5, dan Q patologis pada V1-V6, axis normal, gelombang T normal. Kemudian di anjurkan untuk rawat inap masuk ruang ICCU. Di poli diberikan O2 nasal 3 liter/menit.

Rumus pemberian Oksigen :

$$MV = VT \times RR$$

Keterangan:

MV= Minute Ventilation, udara yang masuk ke sistem pernapasan setiap menit

VT= Volume Tidal, 6-8 ml/kg bb

RR= Respiration Rate

$$= (53 \text{ kg} \times (6-8 \text{ ml})) \times 30$$

$$= 9450-12720 \text{ ml/mnt}$$

$$= 9-12 \text{ L/menit}$$

(Patria & Fairuz, 2012)

3. Riwayat Kesehatan/Pengobatan Perawatan Sebelumnya

Klien mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di RS Samboja sebanyak 1 kali dalam 1 tahun ini keluhan sesak napas. Klien juga mengatakan biasanya jika ia sesak nafas, anaknya membawa ia ke RS Samboja untuk mendapat terapi oksigen. Klien mengatakan ia sering sesak nafas dalam sebulan ini.

4. Riwayat Pembedahan

Klien mengatakan pernah operasi batu empedu 17 tahun yang lalu di RS Balikpapan.

5. Riwayat Pengobatan Terakhir

Klien mendapatkan terapi :

- a. Klien mendapat terapi oksigen nasal kanul 4 LPM (tgl 15 November 2018)
- b. Klien terpasang syring pump vascon 1,0 cc/jam

Rasional :

- 1) Indikasi : Mengendalikan TD pada kasus hipotensi akut tertentu. Terapi penunjang pada gagal jantung dan hipotensi berat.
 - 2) Efek samping : Cedrera iskemik, bradikardi, aritmia, ansietas, sakit kepala sementara dan mendadak, kesulitan bernapas, nekrosis yang meluas pada tempat injeksi, depresi volume plasma(pada pemberian jangka lama).
 - 3) Kontra indikasi : Hipotensi karena kekurangan volume darah, kecuali pada keadaan darurat untuk mempertahankan perfusi arteri koroner dan otak sampai terapi penggantian volume darah selesai dilakukan. Trombosis vaskuler mesentrik atau perifer. Selama pemberian anestesi siklopropan dan halotan.
- c. Spirolanocton 25 mg
- 1) Manfaat : Tablet adalah diuretik hemat kalium yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi, gagal jantung, dan pembengkakan (edema) yang disebabkan oleh kondisi tertentu (seperti gagal jantung kongestif, sirosis hati atau kelainan ginjal)
 - 2) Indikasi : Pengobatan gagal jantung dan mengurangi fraksi ejeksi untuk meningkatkan kelangsungan hidup. Umumnya diberikan bersamaan dengan terapi gagal jantung lainnya.
 - 3) Efek samping : mengantuk, pusing, sakit kepala, lesu, kram kaki, gangguan pencernaan (misalnya diare, kram), ataksia, kebingungan mental, ruam, pruritus, alopecia, hyponatraemia, gangguan elektrolit, haid tidak teratur, nyeri payudara, pendalaman suara, impotensi, leukopenia (termasuk agranulositosis), trombositopenia, elevasi transien dalam konsentrasi BUN
 - 4) Kontra indikasi : Jangan menggunakan obat ini pada pasien dengan riwayat hipersensitif atau alergi obat Spironolactone.

d. Digoxin 0,25 mg

- 1) Indikasi : Gagal jantung kongestif , takikardi supraventrikuler paroksismal.
- 2) Efek samping : Gangguan saluran pencernaan dan susunan saraf pusat, *gynecomasti*.
- 3) Kontra indikasi : Fibrilasi dan takikardi ventrikuler, blok atrio-ventrikuler derajat II dan komplit, henti sinus, bradikardi sinus yang berlebihan

e. Furosemide 20 mg

- 1) Manfaat : obat untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi seperti gagal jantung, penyakit hati, dan ginjal dan obat ini juga digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi. Furosemide adalah obat diuretik yang menyebabkan lebih sering buang air kecil untuk membantu membuang air dan garam yang berlebihan dari tubuh
- 2) Indikasi : Ascites, gagal Jantung Kongestif, edema yang Berhubungan dengan Gagal Jantung, sindrom Nefrotik, gagal Ginjal, sirosis Hati, edema Paru-paru, hipertensi
- 3) Efek samping : peningkatan kadar asam urat (hiperurikemia) dan kadar gula darah (hiperglikemia).
- 4) Kontra indikasi : Penderita yang diketahui memiliki riwayat alergi atau hipersensitif terhadap furosemide

f. Ceftriaxone 2x1 gr

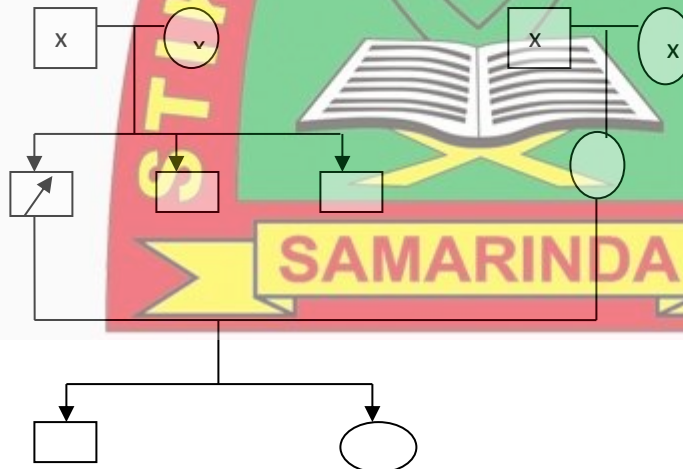
- 1) Manfaat : obat antibiotik dengan fungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
- 2) Indikasi : untuk mengobati berbagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri
- 3) Efek samping : diare, mual, muntah, neutropenia, eosinofilia, anemia, ruam, pruritus, demam, menggigil, peningkatan konsentrasi serum AST, ALT, BUN, reaksi lokal pada tempat injeksi (misalnya rasa sakit, indurasi, ecchymosis, dan nyeri)

4) Kontra indikasi : Jangan menggunakan obat ini untuk pasien dengan riwayat pernah mengalami reaksi hipersensitivitas pada Ceftriaxone atau antibiotik golongan cephalosporin lainnya (misal cefadroxil, cefalexin, dan lain-lain). Pasien dengan riwayat hipersensitif terhadap penicillin dan obat antibakteri golongan beta laktam lainnya berisiko lebih besar mengalami reaksi hipersensitivitas terhadap Ceftriaxone.

g. Omeprazole 3x1

- 1) Manfaat : Obat yang mampu menurunkan kadar asam yang diproduksi di dalam lambung
- 2) Indikasi : Pengobatan jangka pendek pada penderita tukak lambung
- 3) Efek samping : sakit kepala, sakit perut, mual, diare, muntah, kembung. Sedangkan pada anak dapat mencakup efek samping tersebut ditambah dengan demam

6. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit jantung.

I. PENGKAJIAN PRIMER
1. Airway

- a. Jalan nafas : Paten
- b. Obstruksi : Tidak ada obstruksi
- c. Suara nafas : Suara ronkhi di lobus superior sinistra terdengar selama ekspirasi
- d. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

2. Breathing

- a. Gerakan dada : Simetris
- b. RR : 24 x/menit (tgl 19 November 2018 15:00)
- c. Irama nafas : Tidak teratur (irama ekspirasi lebih memanjang dari inspirasi)
- d. Frekuensi nafas : Takipnea (pernafasan cepat dan dangkal)
- e. Retraksi dinding dada : Tidak Ada
- f. Keluhan lain : Klien terdapat sputum dengan hijau kekuningan, Klien terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm
Rasional : Aliran 1-6lt/menit dan konsentrasi oksigen sebesar 20%-40% (tgl 19 November 2018)

3. Circulation

- a. Nadi radialis : Teraba : 102 x/menit
- b. Sianosis : Tidak terjadi
- c. CRT : <2 detik
- d. Kulit : Warna kuning langsung, keriput, pucat, tidak ada lesi, kulit terasa hangat
- e. Kuku : Warna putih merah muda
- f. Suhu : 36,5°C
- g. Perdarahan : Tidak ada

4. Fluid (cairan dan elektrolit)

- a. Intake : Input :
 - Air minum + makan : 1200 cc
 - Infus : 720 cc
 - Injeksi : 50 cc
 - Air Metabolisme : 5 x 53 = 265 cc +
- 2.235 cc/ 24 jam

b. Output : Urine : 1250 cc/24 jam
 IWL (insensible water loss(IWL), menurut Iwasa M, Kogoshi S dalam Fluid Tehrapy Bunko do (1995) dari PT. Otsuka Indonesia :
 Hitung IWL= 15 cc/kgBB/hari
 $15 \times 53 \text{ kg} = 790 \text{ cc/24 jam}$

c. Balance cairan : $CM - CK - IWL$

Keterangan :

CM : cairan masuk

CK : cairan keluar

IWL : jumlah cairan keluaranya tidak disadari dan sulit dihitung, yaitu jumlah keringat, uap hawa nafas.

Diketahui :

Intake : 2235 cc/24 jam

Output : 1250 cc/24 jam

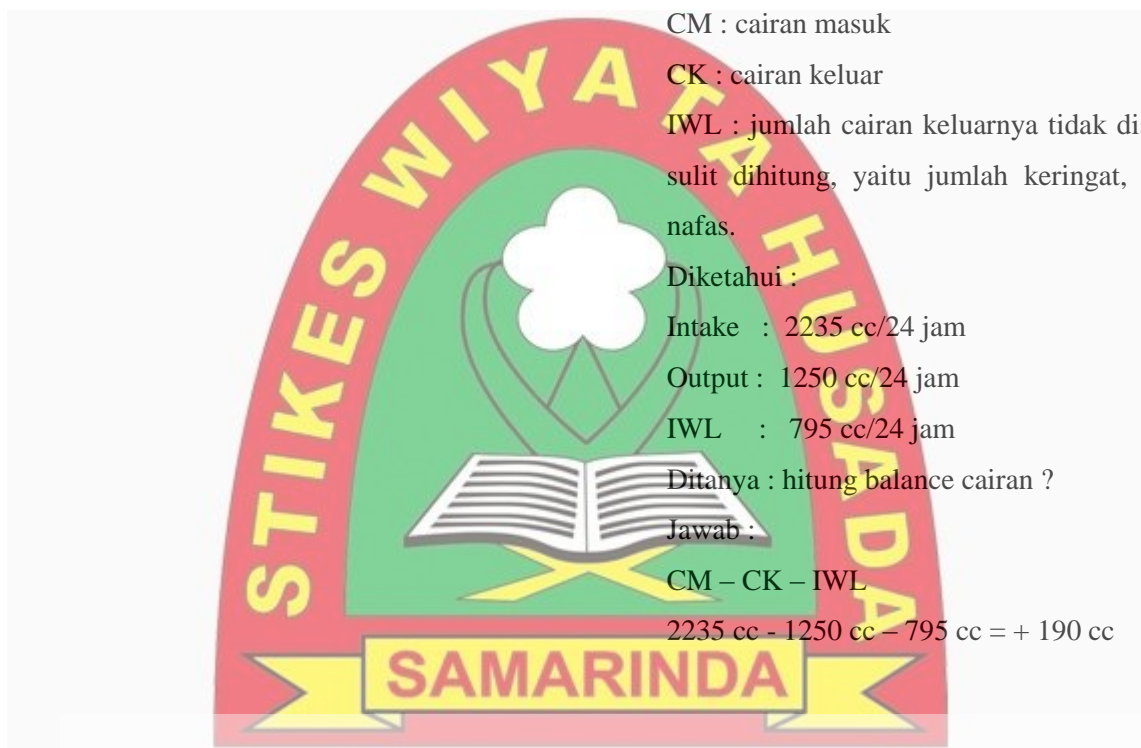
IWL : 795 cc/24 jam

Ditanya : hitung balance cairan ?

Jawab :

$CM - CK - IWL$

$2235 \text{ cc} - 1250 \text{ cc} - 795 \text{ cc} = + 190 \text{ cc}$



III. PEMERIKSAAN FISIK SPESIFIK WITH BODY SISTEM (SECONDARY SURVEY)

Keadaan Umum : klien terlihat lemah

Kesadaran : Kompos mentis (kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya)

TD : 110/70 mmHg, MAP : 83,3 mmHg, Nadi : 102 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,5°C, SPO₂ : 97%

Saat pengkajian tanggal 19-11-2018 klien di dapatkan keluhan

Rasa nyaman (Nyeri)

Tidak ada nyeri Nyeri kronis Nyeri akut

Skala nyeri : tidak ada nyeri Lokasi : -

Durasi Frekuensi : -

Karakteristik: -

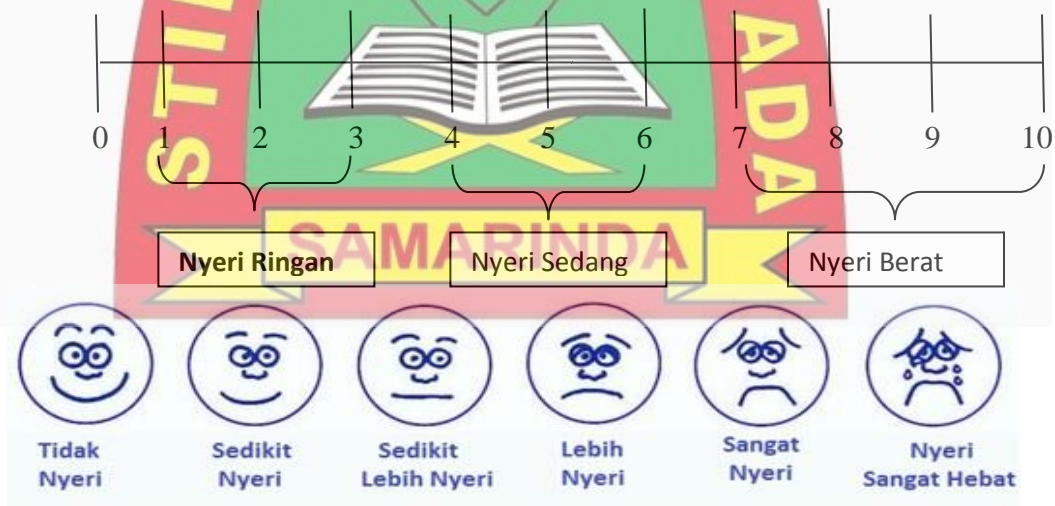
Nyeri hilang, bila:

- Minum obat Mendengar musik
- Istirahat Berubah posisi tidur
- Lain-lain sebutkan

Diberitahukan ke dokter

ya pukul Tidak

Keluhan lain:



1. B1 Breathing (pernafasan)

Klien terpasang oksigen nasal kanul 4 LPM, RR 24 x/menit, saturasi oksigen 97%, tidak ada pernafasan cuping hidung, ada retraksi dinding dada ringan, bunyi nafas suara nafas ronkhi di lobus superior sinistra terdengar selama ekspirasi, pergerakan dada simetris.

3. B2 Bleeding (Kardiovaskuler/sirkulasi)

Perubahan frekuensi/irama jantung : Nadi 102 x/menit (Takikardi), pemeriksaan fisik jantung : palpasi : Intercosta ada pada Spatium Inter Costal (SIC) V di sebelah medial linea midklavikularis sinistra, perkusi : Kanan atas: ICS II Linea Para Sternalis Dextra, Kanan bawah: ICS IV Linea Para Sternalis Dextra, Kiri atas: ICS II Linea Para Sternalis Sinistra, Kiri bawah: ICS IV Linea Medio Clavicularis Sinistra. Gambaran EKG irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang QRS sempit, ST Segmen : terdapat ST elevasi pada II,III,avf,V1-V5, dan Q patologis pada V1-V6, axis normal, gelombang T normal. **Preload** : tidak terjadi distensi vena jugular, tidak terjadi edema, central venous pressure (CVP) : 5 cm H₂O (normal) Nilai CVP yang kurang/rendah artinya pasien dalam kondisi kurang cairan, mendapatkan ventilasi tekanan negatif, shock. **Afterload** : kulit lembab, TD : 110/70 mmHg, MAP : 83,3 mmHg. **Perubahan kontraktilitas** : klien batuk, suara nafas ronkhi di lobus superior sinistra terdengar selama ekspirasi, bunyi jantung saat di

auskultasi S1 penutupan katub atrioventrikular (katub mitral dan trikuspidalis) dan kontraksi otot-otot jantung terdengar suara LUB, S2 penutupan katub semilunaris (katub aorta dan pulmonal) terdengar suara DUB. **Perilaku/emosi** : klien terlihat tenang .

4. B3 Brain (Persyarafan/Neorologik)

Kedadaan umum pasien lemah dengan GCS E4 M5 V6, dengan kesadaran composmentis, reflex pupil (+/+), ukuran pupil 3mm/3mm.

N1: Pasien bisa mencium bau-bauan

N2: Pasien bisa membuka mata

N3-N4: Pasien bisa membuka mata dengan panggilan

N5: Pasien ada reflex mengunyah

N6: Bola mata dapat menyudut

N7: Pasien bisa tersenyum, bisa cemberut, bisa membedakan rasa asam manis.

N8: Pasien kalau dipanggil bisa buka mata, pasien bisa bicara

N9: Pasien bisa membedakan rasa

N10: Tidak ada gangguan reflex menelan

N11: Reflex ekstremitas lemah

N12: pasien bisa menggerakkan lidah sendiri.

5. B4 Bladder (Perkemihan)

Klien terpasang kateter, jumlah urine 1250 cc/24 jam

6. B5 Bowel (Pencernaan)

Pada mulut tidak ada lesi, Makan klien dengan melalui oral, dengan diit BDRJ RG + DM 2100 kkal RS rendah garam, tidak ada muntah, tidak ada alergi makanan, Bising Usus 6 x/menit (+). BAB : pada tanggal 19 November 2018 pasien mengatakan ada BAB 1 kali sehari

pada pukul 11:45 dengan konsistensi lembek, berwarna kuning pekat, dan berbau khas .

7. B6 Bone & Skin (Tulang- Otot- Integumen)

Reflex ekstremitas bawah baik, warna kulit kuning langsung, suhu 36,5⁰c, kulit lembab, turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat sianosis.

MMT

5	5
5	5

IV. PEMERIKSAAN LANJUTAN

1. Alergi

2. Risiko decubitus,

(BERDASARKAN SKALA NORTON)

PENILAIAN	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik	Sedang ✓	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar ✓	Apati	Bingung	Stupor
Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan ✓	Kursi roda	Ditempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak ✓	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinen ✓	Kadang-kadang inkontinensia urin	Selalu inkontinensia	Inkontinensia urin dan Alvi
Skor	12	6	0	0
Total skor	18			

Keterangan

16-20 risiko rendah terjadi decubitus ✓

12-16 risiko sedang terjadi decubitus

<12 risiko tinggi terjadi decubitus

3. Riwayat Psikososial

Status Psikososial

Pasien tampak tenang

Status Mental

Pasien dalam keadaan sadar dan orientasi baik

Status sosial

a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga: Baik

b. Kerabat terdekat yang dapat di hubungi :

Nama : Tn. Z

Hubungan : Anak kandung
 Telepon : 0813 9088 8895
 Pekerjaan pasien : Swasta

4. Status Gizi

SKRINING GIZI (Berdasarkan MST/Malnurition Scoring Tool) -> Untuk pasien dewasa Antropometri BB : 60 Kg. TB :162 cm, LILA: 23 cm (Bila skor ≥ 2 dilakukan pengkajian lanjut oleh distisien)

Parameter

No	Kriteria	Skor
1	Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 3 bulan terakhir ? a. Tidak ada penurunan b. Tidak yakin/tidak tahu ✓ c. Jika Ya, berapa penurunan BB tersebut : 1-5 Kg 6-10 Kg 11-15 Kg ≥ 15 Kg	
2	Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan a. Ya ✓ b. Tidak	
Total skor		
3	Pasien dengan kondisi khusus Ya Tidak ✓ (pasien dengan penurunan imunitas, hemodialisa kronis, geriatric, kemoterapy, intensive care , perinatal care, luka bakar, transpalantasi sumsum tulang, DM, penurunan fungsi ginjal berat, sirosis hepatis, CLB, penyakit keganasan, peneomania berat, stroke, bedah digesty)	

Sudah dibaca/diketahui oleh diestisien (diisi oleh dietisien) Ya paraf

4. Skrining status fungsional

Aktivitas dan mobilitas (lampirkan formulir pengkajian status fungsional barthel index)

- Mandiri perlu bantuan, sebutkan..seluruh aktivitas seperti perawatan diri, eliminasi, bergerak miring kiri dan kanan harus dibantu.

Ketergantungan total, dilaporkan kedokter (Ya, Pukul. . . . Tidak)

5. Kebutuhan khusus

- Lanjut usia Pasien kemoterapi/radiasi ketergantungan obat
 Sakit terminal Daya imun rendah Korban kekerasan/terlantar
 Penyakit menular Kelainan emosional Lainnya, jelaskan...

Pasien dengan kondisi : karena saat ini terbaring di tempat tidur dengan terpasang alat monitor sehingga Al eh petugas dan kel

7. Kebutuhan Edukasi (dikaji pada pasien dan atau keluarga)

Kebutuhan pembelajaran pasien (pilih topik pembelajaran pada kontak yang tersedia)

- Diagnosa dan manajemen ✓
 Rehabilitas
 Lain-lain
 Manajemen nyeri
 Obat-obatan ✓
 Diet dan nutrisi ✓
 Perawatan luka

8. Perencanaan Pulang (dilengkapi dalam waktu 48 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

- a. Pasien tinggal dengan siapa ? Sendiri anak/lain-lain sebutkan suami
b. Dimana letak kamar pasien di rumah Lantai dasar ✓ lantai dua/tiga
c. Bagaimana kondisi rumah pasien ?
 Penerangan lampu cukup terang ✓

- Kamar tidur jauh dengan kamar mandi
- WC jongkok ✓
- d. Bagaimana perawatan kebutuhan dasar pasien ? mandiri
- e. Apakah pasien memerlukan alat bantu khusus ? tidak, pasien tidak perlu alat bantu pernafasan
- f. Apa makanan pasien ? pasien mendapatkan diet susu cair dari RS
- g. Apakah perlu dirujuk kekomunitas tertentu ? tidak perlu

V. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Rontgen,dll)

- Rontgen CT Scan USG EKG✓ ENDOSKOPI
- Lain-lain
- Laboratorium ✓
- Echocardiography ✓

Hasil / Interpretasi :

EKG : tanggal 15 November 2018

Irama regular, heart rate 80 x/menit, Gelombang P: ada 0,08 detik, interval P-R 0,12 detik, gelombang QRS sempit, ST segmen terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5 dan Q patologis pada V1-V6, axis normal, gelombang T normal.

Echocardiography tanggal 15 November 2018

Kesimpulan :

- Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung
- LVH (+) eccentric
- Kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %)
- Global hipokinetik dan akinetik di anterior
- Katup-katup jantung dalam batas normal
- PE (-), Trombus (-)
- Kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat

Fungsi Sistolik LV Menurun

Fungsi Diastolik Terganggu

Hasil Laboratorium: Tanggal 16-11-2018

Hematologi		
Leukosit	8,23	4.80 - 10.80 μ L
Eritrosit	4.99	4.70 - 6.10 μ L
Hb	15.2	14.0 - 18.0 gr/dl
Ht	42.7	37.0 - 54.0%
PLT	150	150 - 450 μ L
Kimia Klinik		
Glokosa Puasa	228	70-100 mg/dL
Albumin	2,8	3.5-5.5 g/dL
Kolesterol	100	< 200 mg/dL
HDL Kolesterol	36	>45 mg/dL
LDL Kolesterol	50	< 130 mg/dL
SGOT	17	10-49 U/L
SGPT	10	< 34 U/L
Ureum	94,9	19,3-49,2 mg/dL
Creatinin	1,5	0,5-1,1 mg/dL
Asam Urat	12,8	2,4-5,7 mg/dL
Elektrolit:		
Natrium	135	135-155 mmol/L
Kalium	4,4	3.6-5.5 mmol/L
Chloride	100	98-108mmo/L

VI. TERAPI YANG DIDAPAT

Pasien mendapatkan terapi pengobatan dan diit

Infus

Klien terpasang infus NS 0,9 % 30 cc/jam

Oral :

a. CPG 75 mg 1-0-0

- b. ISDN 5 mg 1-1-1
- c. Spirolacton 25 mg
- d. Candesartan 8 mg 0-0-1

Injeksi :

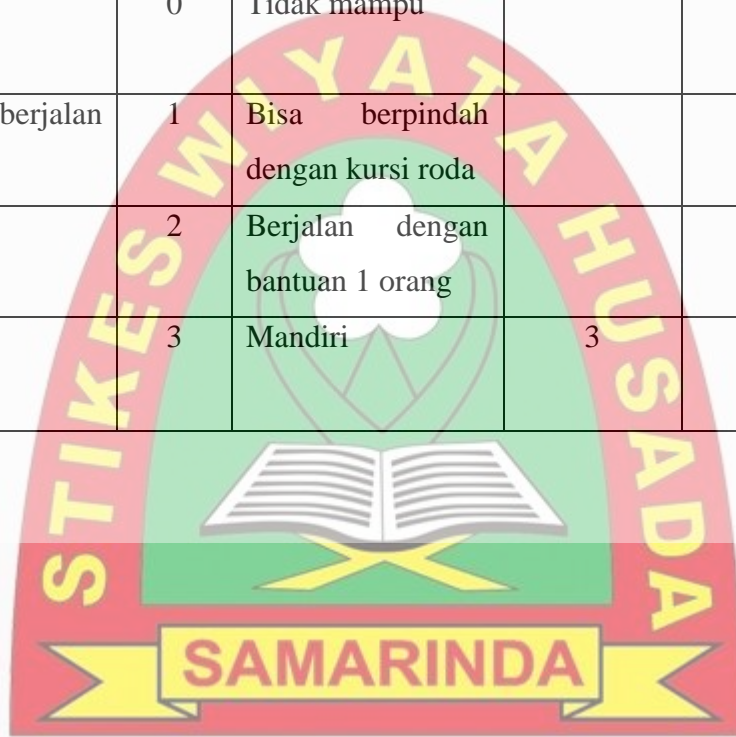
- a. Injeksi Ranitidine 1 amp/12 jam
- b. Furosemide 10 mg/ jam
- c. Ceftriaxone 1 gram/12 jam
- d. Vascon syring pump 0,1 cc/jam

PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL
(BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I	NILAI	
							MGG II	MGG III
1	Mengendalikan rangsang defekasi BAB	0	Tidak terkendali/teratur (perlu pencahar)					
		1	Kadang-kadang tidak terkendali					
		2	Mandiri	2	2			
2	Mengendalikan rangsangan berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/ <u>pakai kateter</u>		0			

		1	Kadang-kadang tak terkendali					
		2	Mandiri	2				
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain		0			
		1	Mandiri	1				
		0	Tergantung pertolongan orang lain					
4	Penggunaan jamban masuk dan keluar (memakai celana, membersihkan menyiram)	1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain		1			
		2	Mandiri	2				
		0	Tidak mampu					
5	Makan	1	Perlu ditolong memotong makanan					
		2	Mandiri	2	2			

		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)					
6	Perubahan sikap dari berbaring ke duduk	2	Bantuan (2 orang)		2			
		3	Mandiri	3				
		0	Tidak mampu					
7	Berpindah/berjalan	1	Bisa berpindah dengan kursi roda		1			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang		2			
		3	Mandiri	3				



8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain					
		1	Sebagian di bantu		1			
		2	Mandiri	2				
9	Naik turun tangga	1	Butuh pertolongan		0			
		2	Mandiri	2				
10	Mandi	0	Tergantung orang lain		0			
		1	Mandiri	1				
TOTAL SKOR				20	9			
NAMA & TANGAN PERAWAT								

Keterangan :

20 : Mandiri 5-8 :
 Ketergantungan Berat
 12-19 : Ketergantungan Ringan 0-4 :
 Ketergantungan Total
 9 – 11 : Ketergantungan Sedang ✓



Analisis Data Dan Diagnosis Keperawatan

Data Klien	Masalah Keperawatan
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sesak napas bila melakukan aktivitas dan cepat lelah <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesak napas RR 25 x/menit Irama pernapasan teratur Dada simetris Retraksi dinding dada ringan Tidak ada pernapasan cuping hidung Terpasang oksigen kanul 4 LPM 	<p>Domain 4: Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4: Respon Kardiovaskuler/Pulmunal</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan Pola Napas (00032)</p>
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan “Saya merasa lelah dan napas terasa berat” <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> TD: 93/56 mmHg MAP: 89 mmHg, SP O₂ 98 % HR : 102 x/menit RR: 25 x/menit Foto Thorax CTR 53 % EKG : tanggal 15 November 2018 	<p>Domain 4: Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4: Respon Kardiovaskuler/Pulmonal</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Penurunan Curah Jantung (00029)</p>
<p>Irama regular, heart rate 80 x/menit, Gelombang P: ada 0,08 detik, interval P-R 0,12 detik, gelombang QRS sempit, ST segmen terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5 dan Q patologis pada V1-V6, axis LAD, gelombang T normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Echocardiography tanggal 15 November 2018 Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung LVH (+) eccentric Kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %) Global hipokinetik dan akinetik di anterior 	

Katup-katup jantung dalam batas normal

PE (-), Trombus (-)

Kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat

Fungsi Sistolik LV Menurun

Fungsi Diastolik Terganggu

Data Subyektif:

- Klien mengatakan khawatir tentang penyakit yang di alami kambuh lagi
- Klien mengatakan takut untuk melakukan aktivitas khawatir tambah sesak
- Klien mengatakan mudah tersinggung
- Klien mengatakan takut akan kematian dengan adanya penyakitnya
- Klien mengatakan sering terbangun

Domain 9:

Koping/Toleransi stress

Kelas 2:

Respon Koping

Diagnosa Keperawatan:
Ansietas (00146)

Data Obyektif:

- Gelisah
- Sesak napas RR 25 x/menit
- Nadi 102 x/menit
- Klien tampak bingung
- Klien tampak tegang

Data Subjektif :

- Klien mengatakan “tubuh saya lemas”

Domain 4:

Aktivitas/Istirahat

Data Objektif :

- TD: 93/56 mmHg
- MAP: 89 mmHg,
- HR : 102 x/menit
- RR: 25 x/menit
- S : 36,5 °C,
- skala barthel index 9 – 11 : Ketergantungan sedang

Kelas 4:

Respon Kardiovaskuler/Pulmonal

Diagnosa Keperawatan:

Intoleran Aktivitas (00092)

Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	Indikator	
1	<p>Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan suplai O₂ menurun</p> <p>Kode. 0003</p> <p>Domain 4. Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4. Respon Kardiovaskular/Pulmonal</p> <p>Definisi : Inspirasi dan / atau yang tidak memberi ventilasi adekuat.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bradipnea ▪ dispnea ▪ fase ekspansi memanjang ▪ ortpnea ▪ penggunaan otot bantu nafas ▪ penurunan kasapitas vital <p>Faktor Yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ansietas • cedera medulla spinalis • demormitas dinding dada • disfungsi neuromuscular • hiperventilasi • keletihan • keletihan otot pernapasan • nyeri 	<p>Status pernafasan : ventilasi (0403)</p> <p>Definisi : keluar masuknya udara dari dan ke paru-paru.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan indikator sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pernafasan mendekati rentang normal: 4 <ul style="list-style-type: none"> • RR: 12-20x/ menit 2. Irama pernafasan mendekati rentang normal: 4 <ul style="list-style-type: none"> • Irama reguler/teratur 3. Penggunaan otot bantu nafas berkurang/cukup: 3 <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat penggunaan otot aksesorius saat bernafas 4. Dispnea saat istirahat berkurang/ringan: 4 <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan sesak nafas saat beristirahat <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal/sangat berat 2. Deviasi yang cukup Cukup berat dari kisaran normal/berat 3. Deviasi sedang dari kisaran normal/cukup 4. Deviasi ringan dari kisaran normal/ringan 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal/tidak ada 	<p>Monitor per</p> <p>Aktivitas-ak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monit 1.2 Catat 1.3 Monit 1.4 Monit 1.5 Pasan 1.6 Monit 1.7 Berika <p>Pengatura</p> <p>Aktivitas-a</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Doror 1.9 Doror 1.10 Monit 1.11 Temp 1.12 Posisi 1.13 Sokor 1.14 Posisi 1.15 Tingg <p>seting</p>

				jantung 1.16 Temp jangka
--	--	--	--	--------------------------------



No Dx	Diagnosa Keperawatan	NOC	Indikator	NIC
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup menurun. Kode. 00029	Keefektifan pompa jantung (0400) Definisi : kecukupan volume darah yang dipompakan dari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan penurunan curah jantung dapat teratasi dengan indikator	Perawatan . Aktivitas-ak 2.1 Evalu 2.2 Instru

<p>Domain 4. Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4. Respon Kardiovaskular/Pulmonal</p> <p>Definisi: Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh.</p> <p>Batasan Karakteristik : Perubahan Frekuensi/Irama Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bradikardia ▪ Palpitasi jantung ▪ Perubahan elektrokardiogram ▪ Takikardia <p>Perubahan Preload</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distensi vena jugular ▪ Edema ▪ Keletihan ▪ Murmur jantung ▪ Peningkatan berat badan ▪ Peningkatan CVP ▪ Peningkatan PAWP ▪ Peningkatan tekanan vena sentral (<i>central venous pressure, CVP</i>) <p>Perubahan Kontraktilitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Batuk ▪ Penurunan fraksi ejeksi <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan <i>afterload</i> • Perubahan frekuensi jantung • Perubahan irama jantung 	<p>ventrikel kiri untuk mendukung tekanan perfusi sistemik.</p>	<p>sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistol mendekati rentang sedang: 3 <ul style="list-style-type: none"> • TD sistol: 120 mmHg 2. Tekanan darah diastol mendekati rentang sedang: 3 <ul style="list-style-type: none"> • TD diastol: 80 mmHg 3. Denyut nadi perifer dalam kisaran sedang: 3 <ul style="list-style-type: none"> • Denyut nadi perifer teraba kuat 4. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dalam rentang sedang : 3 <ul style="list-style-type: none"> • Denyut nadi perifer teraba kuat 5. Tekanan vena sentral dalam kisaran sedang: 3 <ul style="list-style-type: none"> • Normal tekanan vena sentral :5-12 cmH2O 6. Ukuran jantung dalam kisaran sedang: 3 7. Urin output dalam kisaran mendekati normal: 4 <ul style="list-style-type: none"> • 1500 cc/24 jam 8. Dyspnea pada saat istirahat dalam kisaran mendekati normal: 4 <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan sesak saat istirahat 9. Intoleransi aktivitas dalam rentang ringan: 4 <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat beraktivitas tanpa mengalami kelelahan dan tidak merasa sesak <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran 	<p>segera</p> <p>dada</p> <p>2.3 Monit</p> <p>terdap</p> <p>2.4 Lakuk</p> <p>status</p> <p>sirkula</p> <p>2.5 Monit</p> <p>jantun</p> <p>2.6 Ausku</p> <p>2.7 Ausku</p> <p>tamba</p> <p>2.8 Monit</p> <p>mestir</p> <p>2.9 Monit</p> <p>timbar</p> <p>2.10 Monit</p> <p>menin</p> <p>mestir</p> <p>2.11 Sedia</p> <p>2.12 Pertah</p> <p>istirah</p> <p>2.13 Hinda</p> <p>2.14 Instru</p> <p>yang</p> <p>meng</p> <p>2.15 Kelola</p> <p>manuv</p> <p>2.16 Kelola</p> <p>mence</p> <p>kebutu</p>
---	---	---	--


	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan kontraktilitas • Perubahan <i>preload</i> • Perubahan volume sekuncup 		<p>normal/berat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal/cukup berat 3. Deviasi sedang dari kisaran normal/sedang 4. Deviasi ringan dari kisaran normal/ringan 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal/tidak ada 	
--	---	--	---	--

No Dx	Diagnosa Keperawatan	NOC	Indikator	Manajemen
4	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan</p> <p>Kode. 00092</p> <p>Domain 4. Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4. Respon Kardiovaskular/Pulmonal</p> <p>Definisi : Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispnea setelah beraktivitas ▪ Kelelahan 	<p>Toleransi terhadap aktivitas (0005)</p> <p>Definisi : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energi dalam aktivitas sehari-hari.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan indikator sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi ketika beraktivitas dalam rentang sedikit terganggu:4 <ul style="list-style-type: none"> • N: 60-100x/menit 2. Kemudahan bernafas saat beraktivitas dalam rentang sedikit mengganggu: 4 <ul style="list-style-type: none"> • RR: 12-20x/menit 3. Tekanan sistolik saat beraktivitas dalam rentang cukup mengganggu: 3 <ul style="list-style-type: none"> • TD sistolik: 120 mmHg 4. Tekanan diastolik saat beraktivitas dalam rentang cukup 	<p>Manajemen</p> <p>Aktivitas-ak</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Anjur verbal 4.2 Pilih secara 4.3 Monit dengan 4.4 Konsu sumbu 4.5 Monit menin 4.6 Monit kegiat 4.7 Ajarka yang c <p>teknik kelela</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ketidaknyamanan setelah beraktivitas ▪ Perubahan elektrokardiogram (EKG) ▪ Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas ▪ Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas <p>Faktor yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gaya hidup kurang gerak • Imobilitas • Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 		<p>terganggu: 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD diastolik: 80 mmHg <p>5. Kemudahan dalam melaksanakan aktivitas hidup harian (Activities of Daily Living/ADL) dalam rentang sedikit terganggu: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat melakukan ADL secara mandiri <p>6. Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik dalam rentang sedikit terganggu: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat beraktivitas dan berbicara dengan tidak ada keluhan sesak. <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sangat terganggu 2. banyak terganggu 3. cukup terganggu 4. sedikit terganggu 5. tidak terganggu 	<p>4.8 Tingk denga yang c 4.9 Moni maupu mandi</p>
--	--	--	--


Implementasi

No Dx	Diagnosa Keperawatan	NOC	Indikator	
3	<p>Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian (00146)</p> <p>Domain 9: Koping/Toleransi stress Kelas 2: Respon Koping Definisi</p> <p>Perasaan . tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber seringkali</p>	<p>Tingkat kecemasan</p> <p>Defenisi keparahan dari tanda-tanda ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan indikator sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi ketika beraktivitas dalam rentang sedikit terganggu:4 • N: 60-100x/menit 2. Kemudahan bernafas saat beraktivitas dalam rentang sedikit mengganggu: 4 • RR: 12-20x/menit 3. Tekanan sistolik saat beraktivitas dalam 	<p>Anxiety R</p> <p>3.1 Gunab 3.2 Nyat pasien i) Jelas selam j) Pahan k) Temar meng l) Doror</p>

<p>tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <p>Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitasi • Gelisah • Gerakan ekstra • Insomnia • Kontak mata yang buruk • Melihat sepintas • Perilaku mengintai • Tampak waspada • Penurunan produktivitas <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah, Distres • Kesedihan yang mendalam • Ketakutan • Perasaan tidak adekuat • Berfokus pada diri sendiri • Peningkatan kewaspadaan • Iritabilitas • Gugup senang berlebihan • Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan • Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten • Bingung, Menyesal 		<p>rentang cukup mengganggu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD sistolik: 120 mmHg <p>4. Tekanan diastolik saat beraktivitas dalam rentang cukup terganggu: 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD diastolik: 80 mmHg <p>5. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (Activities of Daily Living/ADL) dalam rentang sedikit terganggu: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat melakukan ADL secara mandiri <p>6. Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik dalam rentang sedikit terganggu: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat beraktivitas dan berbicara dengan tidak ada keluhan <p>13. Kemampuan untuk beristirahat cukup terganggu 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat beristirahat <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. sangat terganggu 7. banyak terganggu 8. cukup terganggu 9. sedikit terganggu 10. tidak terganggu 	<p>m) Laku</p> <p>n) Deng</p> <p>o) Identi</p> <p>p) Bantu</p> <p>kecem</p> <p>q) Doron</p> <p>ketaku</p> <p>r) Instru</p> <p>s) Berika</p> <p>Peningkatan</p> <p>t) Harg</p> <p>peny</p> <p>u) Harg</p> <p>situ</p> <p>v) Gun</p> <p>mem</p> <p>w) Sedi</p> <p>diag</p> <p>x) Sedi</p> <p>pera</p> <p>y) Duk</p> <p>tepa</p> <p>z) Duk</p> <p>tepa</p> <p>aa) Bant</p> <p>posi</p> <p>men</p>
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Ragu/tidak percaya diri • Khawatir <p>Fisiologis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wajah tegang, Tremor tangan • Peningkatan keringat • Peningkatan ketegangan • Gemetar, Tremor • Suara bergetar <p>Simpatik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anoreksia • Eksitasi kardiovaskular • Diare, Mulut kering • Wajah merah • Jantung berdebar-debar • Peningkatan tekanan darah • Peningkatan denyut nadi • Peningkatan reflek • Peningkatan frekwensi pernapasan • Pupil melebar • Kesulitan bernapas • Vasokonstriksi superfisial • Lemah, Kedutan pada otot • Parasimpatik : • Nyeri abdomen • Penurunan tekanan darah • Penurunan denyut nadi • Diare, Mual, Vertigo • Letih, Gangguan tidur • Kesemutan pada ekstremitas • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Dorongan cegera berkemih <p>Kognitif :</p>			
---	--	--	--



<ul style="list-style-type: none"> • Menyadari gejala fisiologis • Bloking pikiran, Konfusi • Penurunan lapang persepsi • Kesulitan berkonsentrasi • Penurunan kemampuan belajar • Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah • Ketakutan terhadap konsekwensi yang tidak spesifik • Lupa, Gangguan perhatian • Khawatir, Melamun • Cenderung menyalahkan orang lain. <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran) • Pemajanan toksin • Terkait keluarga • Herediter • Infeksi/kontaminan interpersonal 			
---	---	--	--

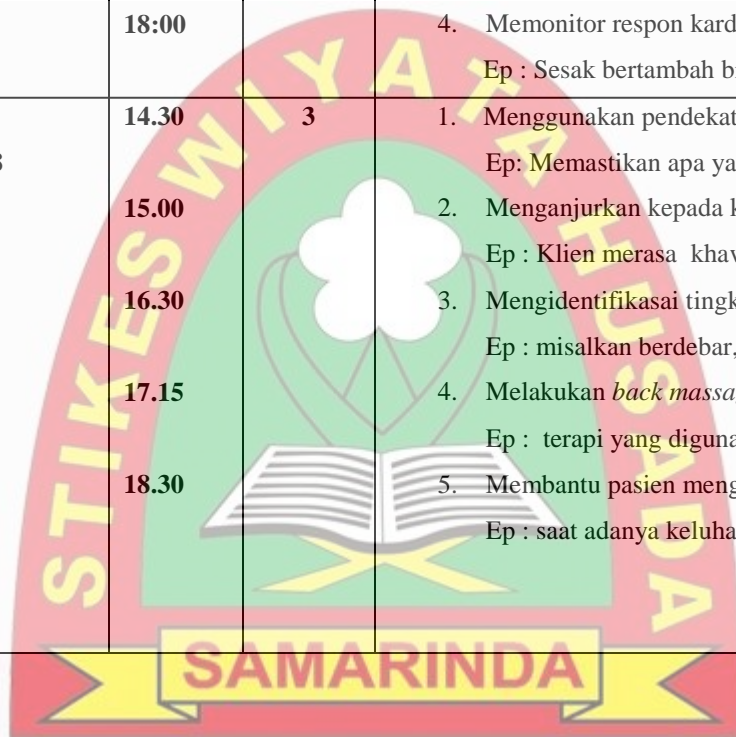
Hari/tgl	Jam	No. dx	Implementasi
Senin 19/11/18	16:00	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menempatkan klien pada posisi semi fowler Ep: posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala temp Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan men 2. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas Ep : Klien sesak napas, irama teratur

	16:03		3. Melakukan auskultasi suara napas Ep : suara napas ronchi
	16:10		4. Memonitor aktivitas-aktivitas yang dapat meningkatkan konsumsi Ep : klien berdebar, sesak napas
			5. Monitor gejala-gejala yang menunjukkan peningkatan pernafasan Ep : misalkan berdebar , kelelahan, gelisah
			6. Melakukan fisioterapi dada yang sesuai Ep : Sejumlah terapi yang digunakan dalam kombinasi untuk mob
			7. Meningkatkan asupan cairan yang adekuat Ep : Diit BRJRG+DM 2100 kkal
			8. Memonitor saturasi oksigen Ep : saturasi O2 95 %
			9. Mendokumentasikan semua perubahan pada monitor Ep : untuk mengetahui status TTV pasien
			10. Melakukan Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya m Ep : suara nafas ronkhi di lobus superior sinistra terdengar selama
			11. Memposisikan untuk meringankan sesak nafas Ep : posisi semi fowler
	18:00		12. Monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana instruksik Ep : O2 4 LPM menggunakan masker
Senin, 19/11/18	15.00	3	1. Menggunakan pendekatan yang menyenangkan Ep: Memastikan apa yang dirasakan pasien
	16.00		2. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberi dukungan Ep : Klien merasa khawatir dengan keadaannya
	17.00		3. Mengidentifikasi tingkat kecemasan Ep : misalkan berdebar, kelelahan, gelisah
			4. Melakukan <i>back massage</i> yang sesuai SPO Ep : terapi yang digunakan dalam mengurangi kecemasan
	17.00		5. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Ep : saat adanya keluhan nyeri, sesak
	19.00		
Senin 19/11/18	14:30	2	1. Memonitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana me Ep : EKG ST elevasi pada II,II dan AVF.
	15:00		2. Melakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer Ep : Tidak ada sianosis
			3. Memonitor tanda-tanda vital secara rutin

	16:00		Ep : Untuk mengetahui adanya perubahan
	17:00		4. Memonitor status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung Ep : Klien tampak sesak
	19:00		5. Memonitor nilai laboratorium yang tepat EP : Hasil lab terlampir
			6. Melakukan evaluasi perubahan tekanan darah Ep : Untuk mengetahui perubahan pada TD
			7. Memonitor sesak nafas, kelelahan, takipnea, dan ortopnea Ep : klien sesak napas, RR 24 x/menit
Selasa 20/11/18	08:00	3	6. Menggunakan pendekatan yang menyenangkan Ep: Memastikan apa yang dirasakan pasien
	09.15		7. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberi dukungan Ep : Klien merasa khawatir dengan keadaannya
	11.00		8. Mengidentifikasi tingkat kecemasan Ep : misalkan berdebar, kelelahan, gelisah
	12.30		9. Melakukan <i>back massage</i> yang sesuai SPO Ep : terapi yang digunakan dalam mengurangi kecemasan
	13.30		10. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Ep : saat adanya keluhan nyeri, sesak
Selasa 20/11/18	08:00	2	1. Memonitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana me Ep : EKG ST elevasi pada II,II dan AVF
			2. Melakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer Ep : Tidak ada sianosis
			3. Memonitor tanda-tanda vital secara rutin Ep : Untuk mengetahui adanya perubahan
	09:00		4. Memonitor status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung Ep : Klien tampak sesak
			5. Melakukan evaluasi perubahan tekanan darah Ep : Untuk mengetahui perubahan pada TD
			6. Memonitor sesak nafas, kelelahan, takipnea, dan ortopnea Ep : klien sesak napas, RR 24 x/menit
Selasa 20/11/18	08.00	4	1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas Ep : klien bertambah sesak bila beraktivitas

	08.30		2. Memonitor adanya faktor yang menyebabkan kelelahan Ep : Klien masih sesak
	10.00		3. Memonitor nutrisi dan sumber energy adekuat Ep : Diit BDJRG+DM 2100 kkal
	12.00		4. Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas Ep : Sesak bertambah bila beraktivitas
Rabu 21/11/18	15:00	1	1. Menempatkan klien pada posisi semi fowler Ep: posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala temp Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan men
	16.00		2. Memastikan alaram monitor hidup Ep : untuk memberitahukan nilai pada ventilator Memonitor aktivitas-aktivitas yang dapat meningkatkan konsumsi
	17.00		Ep : klien berdebar
	18.00		3. Memonitor gejala-gejala yang menunjukkan peningkatan pernafas Ep : misalkan pusing, kelelahan, gelisah
	19.00		4. Menggunakan teknik aseptik yang sesuai Ep : keadaan bebas dari mikroorganisme penyebab penyakit. Tekr yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke da akan mengakibatkan infeksi
			5. Melakukan fisioterapi dada yang sesuai Ep : Sejumlah terapi yang digunakan dalam kombinasi untuk mob
			6. Meningkatkan asupan cairan yang adekuat Ep : diit BDJRG+DM2100 kkal
			7. Memberikan perawatan mulut dengan kapas dan basah Ep : melakukan oral hyegine
			8. Mendokumentasikan semua perubahan ventilator Ep : untuk mengetahui status TTV pasien
Rabu 21/11/18	15:00	2	1. Memonitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana me Ep : EKG ST elevasi pada II,III,dan AVF.
	16:00		2. Melakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer Ep : Tidak ada sianosis
	17:00		3. Memonitor tanda-tanda vital secara rutin Ep : Untuk mengetahui adanya perubahan
			4. Memonitor status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung Ep : Klien tampak sesak

	18:00		<ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan evaluasi perubahan tekanan darah Ep : Untuk mengetahui perubahan pada TD 6. Memonitor sesak nafas, kelelahan, takipnea, dan ortopnea Ep : klien sesak napas, RR 24 x/menit
Rabu 21/11//18	15.00	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas Ep : klien bertambah sesak bila beraktivitas
	16.00		<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor adanya faktor yang menyebabkan kelelahan Ep : Klien masih sesak
	17:00		<ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor nutrisi dan sumber energy adekuat Ep : Diit BDJRG+DM 2100 kkal
	18:00		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas Ep : Sesak bertambah bila beraktivitas
Rabu, 21/11/18	14.30	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pendekatan yang menyenangkan Ep: Memastikan apa yang dirasakan pasien
	15.00		<ol style="list-style-type: none"> 2. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberi dukungan Ep : Klien merasa khawatir dengan keadaannya
	16.30		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengidentifikasi tingkat kecemasan Ep : misalkan berdebar, kelelahan, gelisah
	17.15		<ol style="list-style-type: none"> 4. Melakukan <i>back massage</i> yang sesuai SPO Ep : terapi yang digunakan dalam mengurangi kecemasan
	18.30		<ol style="list-style-type: none"> 5. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Ep : saat adanya keluhan nyeri, sesak



Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya mendapatkan penjelasan dari peneliti maka saya yang bertanda dibawah ini :

Nama :

Profesi :

Menyatakan bersedia sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Umi Sri Septiani, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dengan judul “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan *Back Massage* Dalam Menurunkan Respon Cemas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Yang Mengalami Kecemasan”

Saya bersedia menjadi responden dan akan memberikan data atau informasi secara benar dan serta menerima intervensi *Back Massage* dari awal sampai akhir penelitian dengan sukarela. Apabila responden merasakan ketidaknyamanan selama penelitian, responden berhak untuk berhenti atau keluar dari penelitian. Demikian pernyataan ini saya buat dan saya tanda tangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 2018

Responden

(.....)

Inisial & Tanda Tangan

Lampiran 5

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Responden ICCU

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Nama : Mahasiswa Ners KIAN ICCU

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan *Back Massage* Dalam Menurunkan Respon Cemas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Yang Mengalami Kecemasan”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Pengaruh *Back Massage* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* . Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang membahayakan para pasien yang bersedia menjadi responden. Apabila responden merasakan ketidaknyamanan selama penelitian berlangsung maka responden berhak untuk berhenti tanpa dikenakan sanksi apapun, serta apabila ada suatu perihal yang ingin dipertanyakan responden bisa menghubungi nama-nama yang tertera dibawah ini :

1. Kustaniah No. HP : 0811552776
2. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep.,M.Kep No. HP : 081235338835
3. Arifudin Riyadi, S.Kep No. HP : 08125868203

Dengan demikian surat permohonan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Desember 2018

Peneliti,

Mahasiswa Ners KIAN ICCU



Standar Prosedur Operasional Masase Punggung

A. Pengertian

Basford & Slevin, (2006) terapi relaksasi masase punggung adalah sentuhan yang di bentuk berguna untuk meningkatkan kenyamanan, mengurani stress dan menciptakan ketenangan.

B. Tujuan

1. Meningkatkan sirkulasi darah pada daerah yang di massase
2. Meningkatkan relaksasi

C. Persiapan Alat

1. Selimut
2. Lotion
3. Handuk
4. Penghangat Lotion (bila perlu)

D. Prosedur Kerja

No Prosedur

A. Pra Interaksi

1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien
2. Siapkan alat-alat
3. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi
4. Cuci tangan

B. Tahap Orientasi

5. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya
6. Jelaskan tujuan prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga

C. Tahap Kerja

7. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
8. Menanyakan keluhan utama klien
9. Jaga privasi klien
10. Memulai kegiatan dengan cara yang baik

- 11 Letakkan peralatan di samping tempat tidur
- 12 Tinggikan kepala tempat tidur dan rendahkan side rail yang berada di dekat perawat
- 13 Dekatkan klien ke arah dimana perawat berada
- 14 Minta klien untuk membuka pakaian atas sampai ke bokong, bantu bila
- 15 perlu
Atur klien ke posisi prone/side lying dengan punggung menghadap
- 16 ke arah perawat
- 17 Tutup bagian tubuh yang lain dengan memakai selimut
- 18 Letakkan handuk dibawah punggung klien
- 19 Tuangkan lotion secukupnya ditangan
- 20 Tuangkan lotion di punggung klien
Mulai massage dengan gerakan stroking/effleurage, bergerak dari bokong menuju bahu dengan gerakan yang kuat. Kemudian dari bahu
- 21 menuju bokong dengan gerakan yang lebih ringan.
Ubah gerakan dengan menggunakan gerakan yang sirkuler, khususnya
- 22 pada daerah sacrum dan pinggang
Ubah gerakan dengan gerakan kneading/petrissage, di mulai dari
- 23 bokong menuju bahu dan kembali menuju bokong dengan gerakan stroking.
Ubah gerakan dengan tehnik friction, dimulai dari bokong menuju
- 24 bahu. Ubah gerakan stroking saat bergerak dari arah bahu menuju bokong dan kemudian ulangi gerakan friction saat menuju bahu.
- 25 Ubah gerakan menjadi gerakan tapotement di mulai dari bokong menuju
- 26 bahu. Ubah gerakan menjadi gerakan stroking saat bergerak menuju
- 27 bokong.
- 28 Lengkapi dengan gerakan stroking beberapa kali
- 29 Katakan pada klien bahwa anda akan mengakhiri massagenya
Bersihkan sisa lubrikasi dari punggung dengan handuk
- 30 Bantu klien memakai bajunya kembali dan atur posisi klien yang

- 31 nyaman
- 32 Tinggikan side rail dan turunkan kepala ke tempat tidur
- 33 D. Terminasi
- 34 Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)
- 35 Simpulkan hasil kegiatan
- 36 Berikan umpan balik positif
- 37 Akhiri kegiatan dengan cara yang baik

Bereskan alat-alat

Cuci tangan

E. Dokumentasi

Catat hasil kegiatan dalam catatan keperawatan

Referensi

- Direktorat Pembina Kursus dan Pelatihan . (2015). Ilmu Pijat Pengobatan Refleksi Relaksasi.
- Hidayat, A. Aziz Alimul & Uliyah, Musrifatul. 2004. Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: EGC.
- Rosfiati, E., 2015) Pengaruh Pijat Punggung Terhadap Tingkat Kecemasan Dan Kenyamanan Pasien Angina Pectoris Stabil Sebelum Tindakan Angiografi Koroner, 18 (2), 102-113.

Lampiran 7

Kueisoner Identifikasi faktor-faktor Yang Mempengaruhi Respon Cemas

Pada Pasien Dengan Gagal Jantung

Kode :

Petunjuk Pengisian:

1. Jawablah semua pertanyaan dengan benar dan lengkap sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu
2. Waktu pengisian adalah 10 menit
3. Partisipasi yang Bapak/Ibu berikan sangat berharga, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

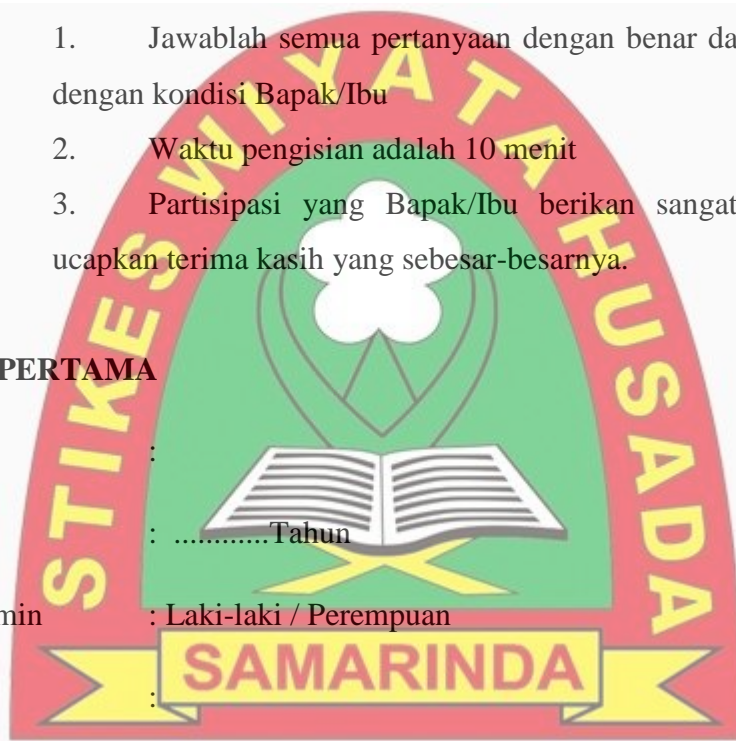
BAGIAN PERTAMA

Nama :

Umur :Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Agama :



BAGIAN KEDUA

**KUESIONER SKALA PENGUKURAN KECEMASAN
DENGAN**

STATE ANXIETY INVENTORY (S-AI) FORM

(State – Trait Anxiety Inventory oleh Spielberger,C.D.(1983))

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang	Cukup	Sangat Merasakan
		0	1	2	3
1	Saya merasa tegang				
2	Saya merasa tersiksa				
3	Saya merasa terganggu				
4	Saya sekarang merasa tidak bernasib baik				
5	Saya merasa takut				
6	Saya merasa gugup				
7	Saya merasa gelisah				
8	Saya merasa bimbang				
9	Saya merasa khawatir				
10	Saya merasa bingung				
No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang	Cukup	Sangat Merasakan
		3	2	1	0
11	Saya merasa tenang				
12	Saya merasa aman				

13	Saya merasa tenteram				
14	Saya merasa puas				
15	Saya merasa nyaman				
16	Saya merasa percaya diri				
17	Saya merasa santai				
18	Saya merasa senang				
19	Saya merasa tabah				
20	Saya merasa gembira				

✓ Keterangan Positif : 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

0 : Tidak sama sekali

1 : Kurang

2 : Cukup

3 : Sangat merasakan

✓ Keterangan Negatif : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

3 : Tidak sama sekali

2 : Kurang

1 : Cukup

0 : Sangat merasakan

SKOR KECEMASAN

Sumber : Quek, et al. (2004). Reliability and Validity of the Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI) Among Urological Patients: A Malaysian Study. Med J Malaysia. Vol 59. No 2

Rekapitulasi Skor S- TAI Pre dan Post *Back Massase* Pada Hari ke-

No	Pertanyaan	Tn. P		
		Pre	Post	Pre
1	Saya merasa tegang	3	2	3
2	Saya merasa tersiksa	1	1	2
3	Saya merasa terganggu	2	1	2
4	Saya sekarang merasa tidak bernasib baik	1	1	1
5	Saya merasa takut	2	2	2
6	Saya merasa gugup	1	1	2
7	Saya merasa gelisah	2	2	2
8	Saya merasa bimbang	1	1	1
9	Saya merasa khawatir	2	2	2
10	Saya merasa bingung	2	1	2
11	Saya merasa tenang	2	1	2
12	Saya merasa aman	2	1	2
13	Saya merasa tentram	1	1	2
14	Saya merasa puas	2	1	2
15	Saya merasa nyaman	2	1	3
16	Saya merasa percaya diri	1	1	2
17	Saya merasa santai	2	2	3
18	Saya merasa senang	2	1	3
19	Saya merasa tabah	1	1	2
20	Saya merasa gembira	2	2	3
	Skor	34	26	43

Rekapitulasi Skor S- TAI Pre dan Post *Back Massase* Pada Hari ke-2

Pertanyaan	Tn. P		Tn. U	
	Pre	Post	Pre	Post
Saya merasa tegang	2	1	2	2
Saya merasa tersiksa	1	0	1	1
Saya merasa terganggu	1	1	2	1
Saya sekarang merasa tidak bernasib baik	1	1	1	1

Saya merasa takut	2	1	1	1
Saya merasa gugup	1	1	2	1
2Saya merasa gelisah	2	1	2	2
Saya merasa bimbang	1	1	1	1
Saya merasa khawatir	2	1	2	1
Saya merasa bingung	1	1	1	1
Saya merasa tenang	1	1	2	1
Saya merasa aman	1	1	1	1
Saya merasa tentram	1	1	2	2
Saya merasa puas	1	1	2	1
Saya merasa nyaman	1	1	2	2
Saya merasa percaya diri	1	1	2	1
Saya merasa santai	2	1	2	1
Saya merasa senang	1	1	2	1
Saya merasa tabah	1	1	2	2
Saya merasa gembira	2	1	2	2
Skor	26	19	33	26

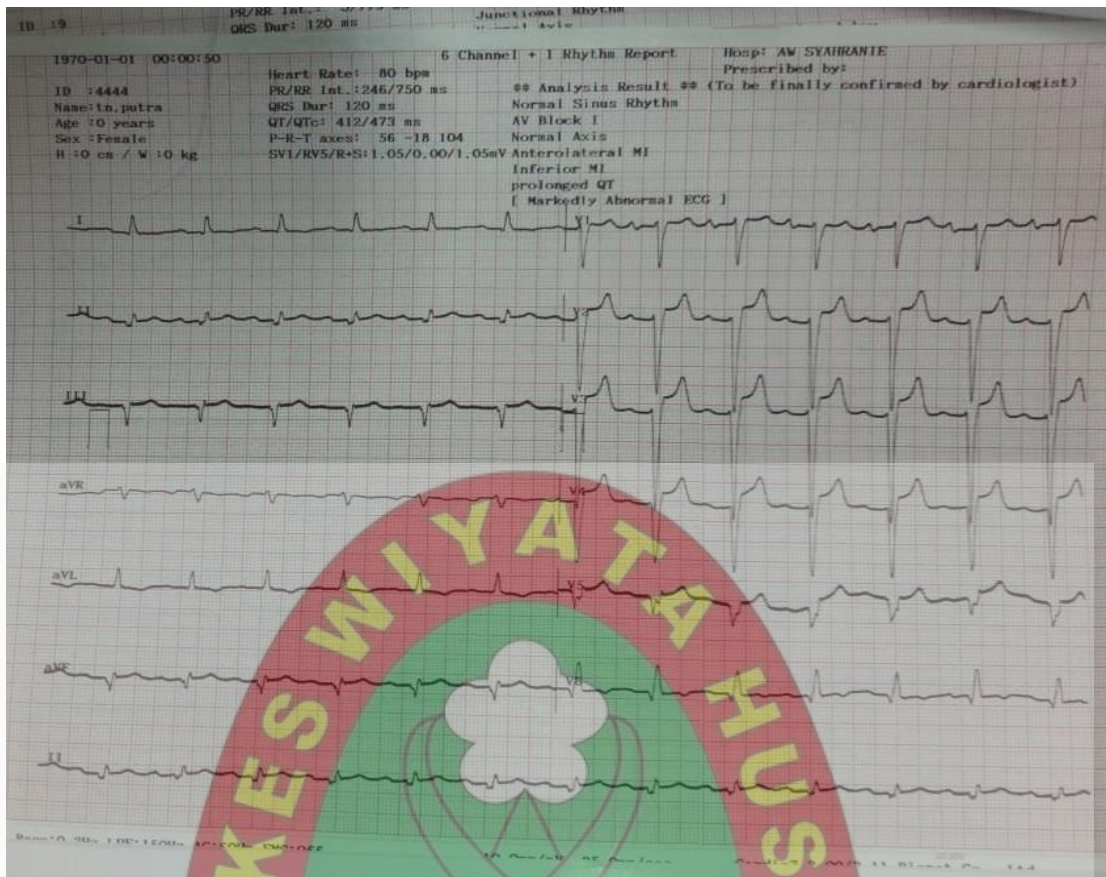


Rekapitulasi Skor S- TAI Pre dan Post *Back Massase* Pada Hari ke-3

Pertanyaan	Tn. P		Tn. U	
	Pre	Post	Pre	Post
Saya merasa tegang	1	1	1	1
Saya merasa tersiksa	1	0	1	0
Saya merasa terganggu	1	1	1	1
Saya sekarang merasa tidak bernasib baik	1	1	1	1

Saya merasa takut	2	1	1	1
Saya merasa gugup	1	1	2	1
Saya merasa gelisah	2	1	2	1
Saya merasa bimbang	1	1	1	1
Saya merasa khawatir	2	1	2	1
Saya merasa bingung	1	1	1	1
Saya merasa tenang	1	1	2	1
Saya merasa aman	1	1	1	1
Saya merasa tentram	1	1	1	1
Saya merasa puas	1	1	1	1
Saya merasa nyaman	1	1	1	1
Saya merasa percaya diri	1	1	1	1
Saya merasa santai	1	1	1	1
Saya merasa senang	1	1	1	1
Saya merasa tabah	1	1	1	1
Saya merasa gembira	2	1	2	1
Skor	24	19	25	19





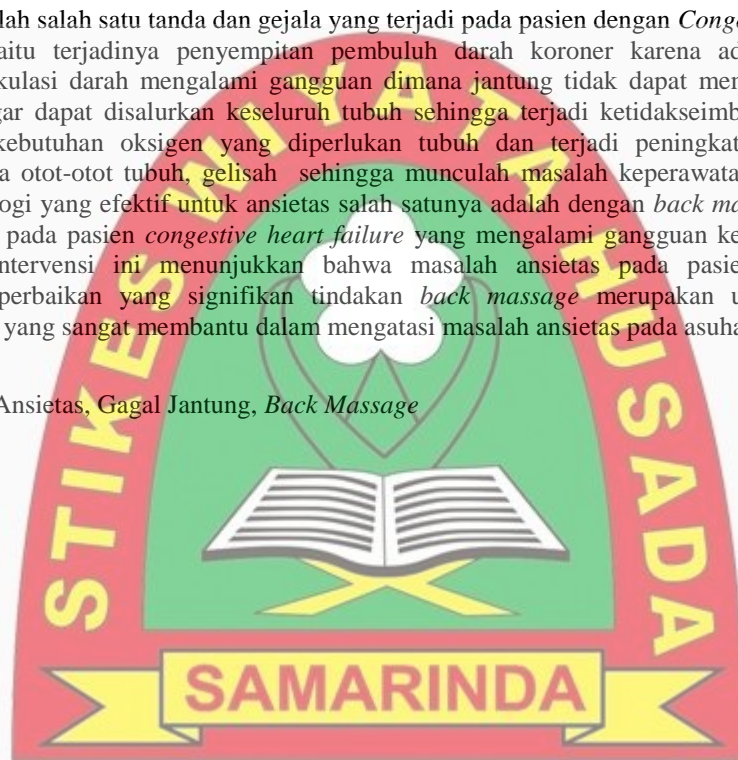
Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan *Back Massage* Dalam Menurunkan
Respon Cemas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
Yang Mengalami Kecemasan

Kustaniah¹, Chrisyen Damanik², Arifudin Riyadi³

Abstrak

Ansietas adalah salah satu tanda dan gejala yang terjadi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*. Penyebab yaitu terjadinya penyempitan pembuluh darah koroner karena adanya aterosklerosis sehingga sirkulasi darah mengalami gangguan dimana jantung tidak dapat memompa darah secara maksimal agar dapat disalurkan keseluruh tubuh sehingga terjadi ketidakseimbangan antara suplai darah dan kebutuhan oksigen yang diperlukan tubuh dan terjadi peningkatan denyut jantung, menegangnya otot-otot tubuh, gelisah sehingga munculah masalah keperawatan ansietas, tindakan nonfarmakologi yang efektif untuk ansietas salah satunya adalah dengan *back massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien *congestive heart failure* yang mengalami gangguan kecemasan. Hasil dari penerapan intervensi ini menunjukkan bahwa masalah ansietas pada pasien berangsur-angsur mengalami perbaikan yang signifikan tindakan *back massage* merupakan usaha dari tindakan keperawatan yang sangat membantu dalam mengatasi masalah ansietas pada asuhan keperawatan.

Kata kunci: Ansietas, Gagal Jantung, *Back Massage*





PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO, 2016) melaporkan bahwa penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu secara global dengan presentase sebesar 31 % dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2015 angka kematian akibat penyakit jantung koroner adalah 20 juta jiwa dan di tahun 2030 mendatang di prediksi akan meningkat dengan capaian angka 23,6 juta jiwa penduduk. Menurut American Heart Association (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung. Penderita gagal jantung atau CHF di Indonesia pada tahun 2012 menurut data dari Departemen Kesehatan mencapai 14.449 jiwa penderita yang menjalani rawat inap di rumah sakit. Pada tahun 2012 di Jawa Tengah terdapat 520 penderita CHF dan menjalani rawat inap.

Congestive Heart Failure (CHF) atau yang biasa disebut gagal jantung kongestif merupakan satu-satunya penyakit kardiovaskular yang terus meningkat insiden dan prevalensinya. Resiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% per tahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Selain itu, CHF merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan

ulang di rumah sakit (*readmission*) meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan secara optimal (R.Miftah.2004). Gagal jantung Atau *Congstive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu kondisi fisiologis dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Gagal jantung terjadi karena adanya perubahan fungsi sistolik dan diastolik (Black & Hawk, 2014).

Berdasarkan data yang didapat selama enam bulan terakhir di ruang ICCU (*Intensive Cardiac Care Unit*) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien yang memiliki gangguan jantung CHF (*Congestive Heart Failure*) adalah sebanyak 155 orang yaitu sebanyak 40% dari total keseluruhan pasien yang dirawat di ICCU. Adapun kejadian kegawatan jantung dan berujung pada kematian adalah sebanyak 14% dari jumlah pasien yang dirawat di ruangan tersebut. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF antara lain *dyspnea*, *fatigue* dan gelisah.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan

menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis atau psikologis (Kholil, 2010).

Pasien yang sering dilaporkan mengalami cemas karena hospitalisasi, pemeriksaan dan prosedur tindakan medik yang menyebabkan perasaan tidak nyaman serta keluhan-keluhan yang di kemukakan seperti khawatir, firasat buruk, gangguan pola tidur, keluhan somatik, misalnya sakit pada otot, berdebar hingga sesak napas (Hawari, 2011). Penurunan kecemasan pada pasien dapat dilakukan dengan tindakan farmakologi dan nonfarmakologi salah satu upaya tindakan nonfarmakologi seperti relaksasi, refreasing, aromaterapi, meditasi, terapi pijat, terapi musik, dan dipandu citra visual. Metode komplementer untuk mengurangi kecemasan menggunakan biaya efisien, mudah diterapkan, non invasive, nonfarmakologi, dan tanpa efek samping. *Masase* merupakan tehnik integrasi sensori yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang di alami dan nyeri yang tak berkesudahan (Potter & Perry, 2009).

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien *congestive heart failure* dengan diagnosa keperawatan seperti penurunan curah jantung, gangguan pola nafas, nyeri akut, ansietas, intoleransi aktivitas dan kelebihan volume cairan adalah prioritas dalam manajemen asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pada kardiovaskuler. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah. Diagnosa keperawatan klien yang muncul pada pasien dengan khawatir, firasat buruk, gangguan pola tidur, keluhan somatik, misalnya sakit pada otot, berdebar hingga sesak napas yaitu ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dapat diberikan intervensi seperti terapi pijat (NANDA, 2015; NIC, 2015). Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan melibatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan, menunjukkan fleksibilitas peran, mengekspresikan perasaan dan kebebasan emosional. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas pada klien yaitu penurunan kecemasan dengan melakukan *back massage*. Pada saat di lakukan *back masase* terjadi

yang tertekan oleh jari-jari yang lembut dengan tidak sengaja akan mengeluarkan hormon endorphen yang kemudian dihantarkan ke pusat saraf yaitu otak, dalam otak hormon tersebut dikendalikan oleh *Bulbar Synchronizing Region* (BSR) yang kemudian dengan otomatis bekerja melepaskan hormon serotonin dan melatonin ke seluruh tubuh. Menyebarnya kedua hormon tersebut ke seluruh tubuh, akan menyebabkan seseorang yang dipijat mengalami perasaan nyaman, rileks, hingga timbul perasaan mengantuk dan akhirnya tertidur (Bambang Priyonoadi, 2008:10). Dalam hal ini peneliti tertarik pada penelitian yang sudah dilakukan oleh Wei-Ling Chen et al (2013), dengan judul *Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure*. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *back massage* pada populasi penelitiannya dapat mengurangi tingkat kecemasan secara signifikan dilihat dari tekanan sistolik menurun terutama pada mereka dengan gagal jantung berat dan tingkat yang lebih besar dari kecemasan dan tekanan darah sistolik yang lebih tinggi. Hasil signifikan yang sudah dipaparkan oleh Wei-Ling Chen et al tersebut menjadi alasan kuat peneliti mengangkat gagasan menjadi sebuah karya

penekanan pada tubuh, saraf tepi (perifer)

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 19 November 2018 pukul 15.00 wita TN. P mengatakan masih sesak nafas yang membuatnya letih dan susah beraktifitas. Klien juga mengatakan khawatir karena kesehatannya saat ini menurun, klien mengatakan takut mati mendadak, klien juga mengatakan susah tidur, gelisah, wajah tampak tegang, mudah tersinggung. TTV : TD 130/80 mmHg, MAP : 96,6 mmHg, N : 102 x/menit, RR : 25 x/menit, SpO2 98 %, S : 36,5 °C, irama nafas teratur, ekspansi dinding dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas ada ronchi ringan pada paru, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, sesak nafas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat, terpasang oksigen nasal kanul sebanyak 4 liter/menit. Kesadaran compos mentis, GCS 15 dengan E4 M6 V5, pupil bereaksi terhadap cahaya, isokor kedua pupil sama besar, besar pupil 3 mm, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal dan regular, akral hangat, CRT < 3 detik, terpasang IVFD RL 30 ml/jam.

Hasil pemeriksaan EKG: irama regular, frekuensi 80 x/menit, gelombang P : ada, 0,08 detik, Interval P-R : 0,12 detik, Gelombang

tulis ilmiah.

pada V1-V6, axis LAD, gelombang T normal. Pada pemeriksaan thorax di dapatkan hasil pengukuran *Cardio Thorax Rasio* 53 %. Hasil laboratorium natrium 135 mmol/L, kalium 4,4 mmol/L, Chloride 100 mmol/L.

Pemeriksaan echocardiografi dengan hasil Dimensi ruang-ruang jantung dilatasi di semua ruang jantung, LVH (+) eccentric, kontraktilitas LV menurun, (LVEF : 23 %), global hipokinetik dan akinetik di anterior, Katup-katup jantung dalam batas normal, PE (-), Trombus (-), kesimpulan : Sesuai gambaran PJK Berat, Fungsi Sistolik LV Menurun, Fungsi Diastolik Terganggu.

Hasil pengkajian lebih lanjut di dapatkan data klien dapat BAK spontan, jumlah urine 1250 cc selama 24 jam (urin normal 1 cc/Kg BB/ jam = $60 \text{ cc} \times 24 \text{ jam} = 1440 \text{ cc} / 24 \text{ jam}$), klien tidak terpasang *dower cateter*. Balance cairan: $\text{CM-CK-IWL} = 2065-1250-795 = 20 \text{ cc}$. Tidak ada distensi kandung kemih. Klien dapat makan dan minum secara mandiri, BAB biasa di rumah sehari sekali namun selama di rumah sakit 2 hari sekali.

Klien belum mampu menghabiskan makanannya hanya 1/2 - 3/4 porsi yang di makan (total input sekali waktu 250 cc), klien mengatakan jarang menimbang berat

QRS sempit, ST Segmen : terdapat ST elevasi pada II, III, AVF, V1-V5, dan Q patologis

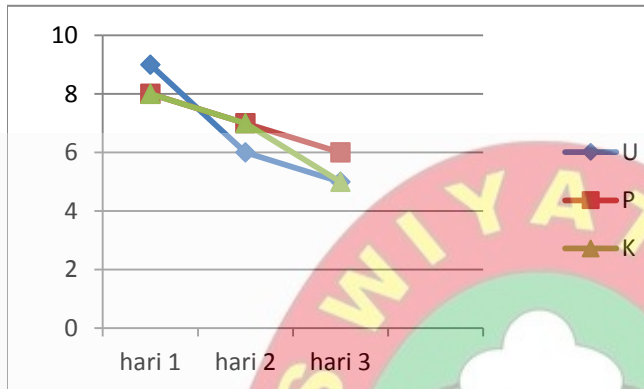
TB : 162 cm (BB ideal $162 \text{ Cm} - 100 \times 10\% = 55,8$).

Terapi yang didapat untuk pengobatan dan diit, diit RG III 1880 kkal, Protein 70 gram. Untuk pengobatan, IVFD RL 10 cc/jam, ISDN 5 mg/8 jam, CPG 75 mg/24 jam, Candesartan 8 mg/24 jam, Spirolactone 25 mg, Simvastatin 20 mg, Syringe pump Vascon 0,1cc/jam.

HASIL

Salah satu diagnose keperawatan pada kasus ini adalah Ansietas berhubungan dengan Ancaman Kematian dan pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) Manajemen Penurunan kecemasan penulis memberikan intervensi inovasi dengan melakukan *back massase* untuk mengatasi masalah keperawatan. Harris M, Richards KC, (2010). *Massage* pada daerah punggung akan membuat pasien merasa rileks sehingga pembuluh darah akan bervasodilatasi dan menurunkan tekanan darah. Selain itu pasien akan merasa tenang sehingga pasien mampu beristirahat lebih optimal. Pijat adalah bentuk sistematis sentuhan yang memanipulasi jaringan lunak tubuh untuk mempromosikan kenyamanan dan penyembuhan.

badan, BB saat ini 60 Kg. Tidak ada penurunan berat badan yang berarti dalam 6 bulan terakhir. BB klien saat ini 60 Kg, Perbandingan Skor Kecemasan Pada Klien Kelolaan Dan Resume



Berdasarkan grafik di atas tampak adanya perbaikan tingkat kecemasan pada ketiga pasien.

Tabel Perbandingan *State-Anxiety Inventory (S-AI)* Pada Klien Kelolaan dan Resume

Nama Klien	Skala Kecemasan		
	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi	Selisih
Tn. P	84	63	21
Tn. U	101	79	32
Ny. K	84	64	20

Tabel di atas menggambarkan adanya perubahan yang signifikan pada Tn. U dengan selisih skor S-AI antara sebelum dan sesudah intervensi sebesar 32 poin. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan tingkat kecemasan klien setelah diberikan dilakukan

ALTERNATIF PEMECAHAN YANG DAPAT DILAKUKAN

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi keperawatan dalam mengatasi penurunan kecemasan yang dikaitkan dengan teori dan konsep terkait, maka diperoleh alternative pemecahan. Menganjurkan klien untuk istirahat (*bed rest*) dan relaksasi dengan *Back Massage*. Pada saat relaksasi terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya pengiriman impuls saraf ke otak, menurunnya aktivitas otak, dan fungsi tubuh yang lain. Karakteristik dari respon relaksasi ditandai oleh menurunnya denyut nadi, jumlah pernapasan, penurunan tekanan darah dan konsumsi oksigen (Potter & Perry, 2006).

Selain itu, pasien juga disarankan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar klien seperti makan dan minum di tempat tidur, menyediakan pispot untuk memenuhi kebutuhan eliminasi (BAK dan BAB), membantu memenuhi kebutuhan kebersihan diri (mandi dan berias) ditempat tidur. Pasien juga dianjurkan untuk melakukan aktivitas ditempat tidur sesuai dengan toleransi tubuh, memantau respon klien terhadap aktivitas yang dilakukan serta monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui kemungkinan perubahan status

intervensi masase punggung dengan menerapkan prinsip *effleurage* (menggosok), *petrissage* (memijat), dan *friction* (menggerus).

kesehatan lain juga diperlukan seperti dokter dan ahli gizi. Berkolaborasi dengan tim medis (dokter) dalam memberikan terapi medikasi untuk memperbaiki fungsi jantung (kontraktilitas) dan pemberian tambahan oksigen melalui nasal kanul untuk meminimalkan demand oksigen klien. Sedangkan bentuk kolaborasi dengan ahli gizi adalah menganjurkan pemberian diet jantung sesuai kebutuhan kalori tubuh klien dengan tekstur yang lembut sehingga mudah dicerna dan diserap oleh tubuh klien.

Selain itu, memberikan informasi kesehatan klien meliputi mengenai tanda dan gejala bahaya, cara mempertahankan kesehatan setelah masa perawatan di rumah sakit, jadwal dan manfaat medikasi yang diresepkan untuk dikonsumsi dirumah, dan jadwal kontrol terkait

dengan masalah kesehatan klien. Tindakan alternatif yang telah disebutkan di atas perlu dikomunikasikan kepada keluarga klien. Keluarga dimotivasi oleh perawat untuk berperan aktif dalam support untuk mempertahankan kesehatan klien.

KESIMPULAN

Evaluasi akhir yang dilakukan selama tiga

hemodinamik yang dapat terjadi secara tiba-tiba.

Kerjasama atau kolaborasi dengan tenaga masalah keperawatan tersebut. Diagnosa pertama ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dapat teratasi setelah ditangani dengan berbagai intervensi keperawatan ataupun intervensi medis, Diagnosa kedua (penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas) dapat teratasi juga setelah dilakukan tindakan keperawatan dan medik menunjukkan kontraksi jantung klien menjadi lebih baik diagnosa keempat yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan bedrest dapat teratasi dengan tindakan mandiri keperawatan.

hari berturut-turut menunjukkan ada perubahan ke arah yang lebih baik. Ansietas yang merupakan diagnosa keperawatan ketiga menjadi focus khusus karena peneliti melakukan tindakan inovasi untuk menangani

DAFTAR PUSTAKA

1. American Heart Association, 2013. *Heart Disease and Stroke Statistics. Circulation.* diperoleh 20 november 2018
2. Chen HM, et al. 2010. Self reported health-related quality of
3. Darmojo, R.B. Mariono, H.H. (2004). *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut).* Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
4. Fitri, F & Julianty W. (2007). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa.* Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)
5. Kasron. (2011). *Buku Ajar Anatomi Fisiologi Kardiovaskuler.* Yogyakarta: Nuha Medika
6. Kartono, K. (2006). *Kenakalan Remaja.* Jakarta: Raja Grafindo Persada
7. Kholil, L.R. (2010). *Kesehatan Mental.* Purwokerto: Fajar Media Press
8. Mansjoer, A. dkk. (2007). *Kapita Selekta Kedokteran, Jilid I, Edisi 3.* Jakarta: Media Asculapius, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia
9. Miftah Thoha. (2004). *Perilaku Organisasi, Konsep Dasar dan Aplikasinya.* Jakarta: Raja Grafindo Persada
10. Mook, E & Chin, P.W. (2004). *The Effects of Slow-Stroke Back Massage on Anxiety and Shoulder Pain in Elderly Stroke Patient*
11. Moser, Ca., and G. Kalton, 2000, *Survey Methods in Social Investigation.* Second Edition. USA: Gower Publishing Comp
12. Moser. Et al. 2000. Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure,
13. Salemba Medika
16. Namora, L.L. (2009). *Depresi, Tinjauan Psikologis.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651680/>, diperoleh tanggal 21 november 2018
17. Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga.* Jogjakarta : Nuha Medika
18. Padila. (2013) *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam.* Yogyakarta: Nuha Medika
19. Patotisuro, L.G.B. (2006). Hubungan Berfikir Positif Dengan Kecemasan Menghadapi Masa Bebas Pada Narapidana. Skrip, Jakarta, Fakultas Psikologi, Universitas, Mercu Buana, Indonesia
20. Priharjo, R. (1993). *Perawatan Nyeri: Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien.* Jakarta: EGC
21. Rubenstein, David, et al. 2007. *Lecture Notes Kedokteran Klinis.* Dialih bahasakan oleh Annisa Rahmalia. Jakarta : Erlangga
22. Rufaidah, E.R. (2009). Efektifitas Terapi Kognitif Perilaku Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Asma di Surakarta. Tesis, Yogyakarta, Universitas Gajah Mada, Indonesia
23. Savitri, R. (2003). *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya.* Jakarta: Pustaka Populer Obor
24. Shocker, M. (2008). Pengaruh Stimulus Kutaneus: Slow-Stroke Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Osteoarthritis
25. Singgih, D.G. (2008). *Psikologi Perawatan.* Jakarta: Gunung Mulia
26. Siti, S. (2004). *Kearah Memahami*

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10902107/>, diperoleh 22 november 2018
13. Musfir, A.Z. (2005). *Konseling Terapi*. Jakarta: Gema Insani
14. Mustamir, P. (2009). *Metode Supernol Menaklukkan Stres*. Jakarta: Hikmah Publishing House
15. Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: *Bedah Brunner dan Suddarth* (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo.(dkk), EGC, Jakarta
29. Soeharto, I. (2001). *Pencegahan dan Penyembuhan Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
30. Sutardjo, W. (2005). *Pengantar Psikologi Anormal*. Bandung: Refika Aditama
31. Udjianti, W.J. (2010). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika
32. Udjianti, W.J. (2011). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika
33. Ulfah, A dan Tulandi, A. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler "Harapan Kita"*. Jakarta: Bidang Pendidikan dan Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita"
34. Wei-Ling Chen. 2013. Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure
35. World Healty Organization. Global tuberculosis report 2013, WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_engpdf. diakses tanggal 20 november 2018
- Kesehatan Mental*. Yogyakarta: PPB FIP UNY
27. Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Medikal Bedah* (Edisi 8, Volume 2, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk). Jakarta: EGC
28. Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal*



