

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM  
KARDIOVASKULER DENGAN MASALAH UTAMA NYERI AKUT DI  
RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

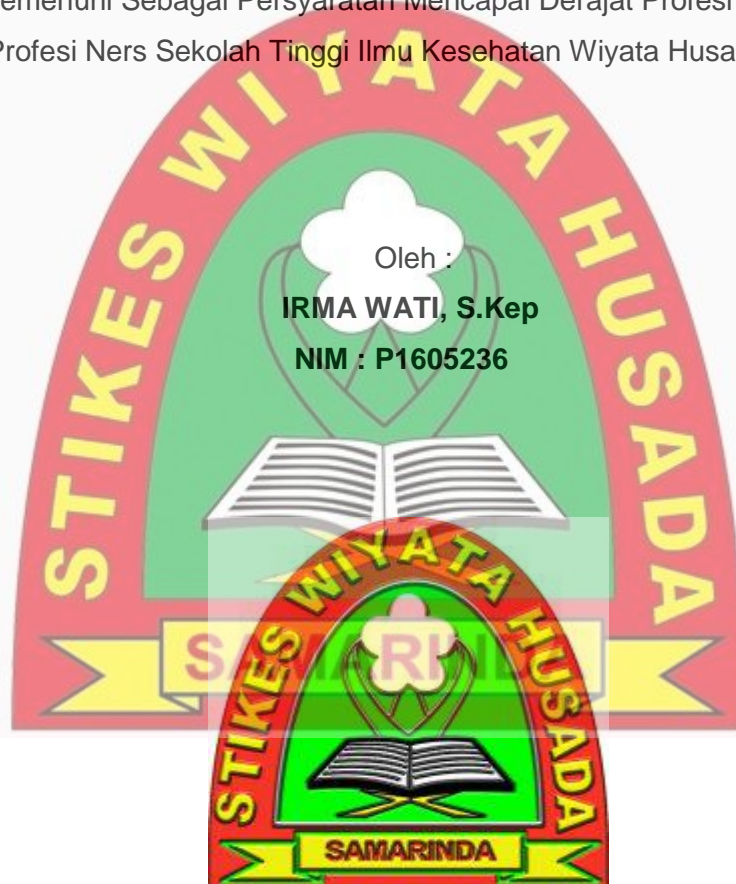


**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2016/2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM  
KARDIOVASKULER DENGAN MASALAH UTAMA NYERI AKUT DI  
RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**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  
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2017**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Irma Wati, S.kep

NIM : P1605236

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata  
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien  
Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan  
Masalah Utama Nyeri Akut Di Ruang IGD  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, Desember 2017

Yang membuat pernyataan,

**Irma Wati, S.Kep**  
**NIM : P1605236**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat Rahmat dan BimbinganNya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler Dengan Masalah Utama Nyeri Akut di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie "Karya Ilmiah Akhir Ners merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (NS) Pada Program Studi S.1 ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Stikes Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Ns. Edy Mulyono., S.Pd.,S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan selaku pembimbing pertama saya yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan arahan, saran, dan perbaikan serta motivasi kepada penulis selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ners sehingga karya ilmiah akhir ners ini dapat diselesaikan.
3. Bapak Ns. Rusdi., S.kep.,M.Pd Selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ibu Ns. Refliani Aldila., S.kep Selaku pembimbing II saya yang telah banyak memberi bimbingan dan saran dalam penyusunan laporan ini.
5. Kepada Orang Tua tercinta, terimakasih yang tak terhingga atas do'a, semangat, kasih sayang, pengorbanan, dan ketulusannya dalam mendampingi penulis. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat danridho-Nya kepada keduanya.
6. Teman – Teman Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda, terimakasih atas masukan dan motivasinya.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, Desember 2017

Irma Wati, S.kep

## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman judul.....	i
Lembar pengesahan.....	ii
Lembar pernyataan keaslian.....	iii
Kata pengantar .....	iv
Daftar isi .....	v
Daftar Lampiran.....	vi
Abstrak .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang .....	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan penulisan .....	4
1. Tujuan umum.....	4
2. Tujuan khusus.....	4
D. Manfaat penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
A. Anatomi dan Fisiologi Jantung .....	6
B. Konsep Nyeri .....	13
C. Konsep Pijat.....	22
D. Proses Keperawatan.....	26
<b>BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA.....</b>	<b>40</b>
A. Pengkajian.....	40
B. Analisa Data .....	43
C. Diagnosa Keperawatan.....	44
D. Intervensi Keperawatan .....	45
E. Implementasi Keperawatan.....	47
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
A. Analisis Profil .....	54
B. Pembahasan Pengkajian .....	55
C. Diagnosa Keperawatan.....	57
D. Intervensi / Perencanaan .....	60
E. Implementasi / Pelaksanaan .....	61
F. Evaluasi .....	62
G. Dokumentasi .....	63
H. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan .....	63
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>65</b>
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran.....	66
Daftar pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP Terapi <i>Back Massage</i>
Lampiran 2	Lembar Observasi Dan Evaluasi
Lampiran 3	Gambar
Lampiran 4	Jurnal Effect of Back Massage Intervention on Axiety, <i>Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure</i>



## ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Kardiovaskuler Dengan Masalah Utama Nyeri Akut Di Ruang IGD Rumah Sakit Abdul wahab Syahrane Samarinda.

Irma Wati<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>

**Latar belakang:** Nyeri merupakan keadaan subyektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh emosi, tingkat kesadaran, latar belakang budaya, pengalaman masa lalu tentang nyeri dan pengertian nyeri. Nyeri mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, konsentrasi, dan kegiatan yang biasa dilakukan. Oleh karena itu dibutuhkan kombinasi non farmakologi untuk mengontrol nyeri agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang. Teknik relaksasi *back massage* dapat menstimulasi reseptor parasimpatis di area punggung secara langsung sehingga pasien merasa rileks. Dengan pijat punggung, maka pembuluh darah akan dilatasi, otot akan relaksasi, serta kondisi fisiologis akan lebih baik karena peningkatan endorfin dan serotinin di otak.

**Metode :** menggunakan lotion dengan memijat dari sakralis sampai servikal dengan gerakan menekan dan membelai (*ef-fleurage*), gerakan menggunakan adonan (*petrissage*), gerakan menggosok dengan goresan pendek, gerakan mengetuk (*perkusi*), gerakan menggosok dengan goresan panjang (*friction*) selama 10 menit.

**Kesimpulan:** Nyeri yang dialami oleh Tn. S merupakan nyeri akibat dari penyakit CHF yang Tn. S derita, Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. S adalah Nyeri Akut. Nyeri merupakan masalah keperawatan yang dapat timbul secara terus-menerus. Mekanisme *back massage* / pijat punggung dapat membantu mengatasi nyeri. Di IGD diagnosa yang sempat di berikan intervensi yaitu pada diagnosa nyeri akut.

*Kata Kunci : CHF, Nyeri Akut, Back Massage/*

<sup>1</sup>Program Studi Profesi Ners, Wiyata Husada Samarinda Sekolah Kesehatan Samarinda

<sup>2</sup>Program Dosen Keperawatan, Wiyata Husada Samarinda Sekolah kesehatan Samarinda

## ABSTRACT

Nursing Care In Patient With Cardiovascular Disorders Main Issues Acute Pain In IGD Abdul wahab Syahranie Hospital Samarinda.

Irma Wati<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>

**Background:** Pain is a subjective state in which a person exhibits both verbal and non-verbal discomfort. One's response to pain is influenced by emotions, level of consciousness, cultural background, past experiences of pain and understanding of pain. Pain interferes with a person's ability to rest, concentration, and normal activities. Therefore a non-pharmacological combination is required to control the pain so that the pain sensation may be reduced and the recovery time does not elongate. Back massage relaxation techniques can stimulate parasympathetic receptors in the back area directly so that patients feel relaxed. With back massage, the blood vessels will be dilated, the muscles will relax, and physiological conditions will be better due to increased endorphins and serotonin in the brain.

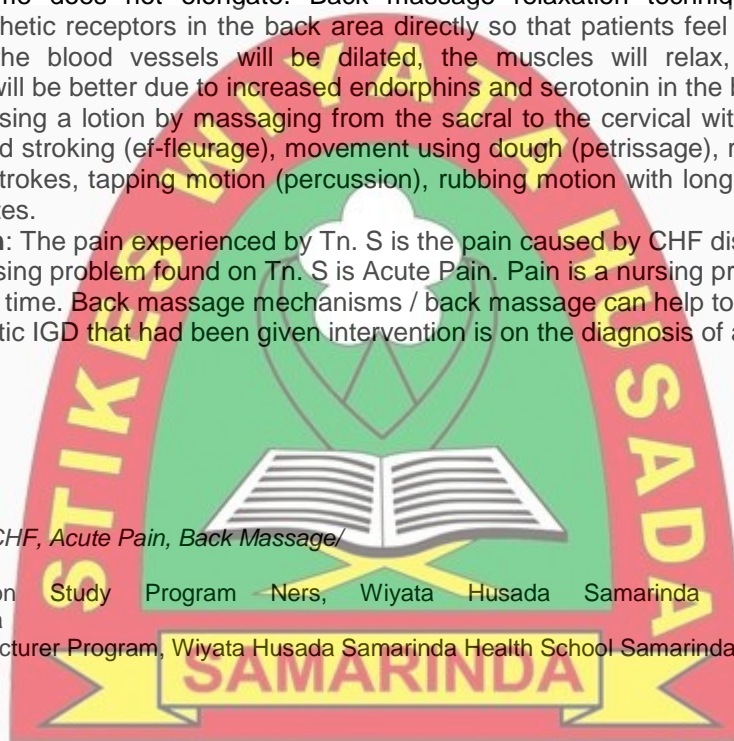
**Method :** using a lotion by massaging from the sacral to the cervical with the movement of pressing and stroking (ef-fleurage), movement using dough (petrissage), rubbing movements with short strokes, tapping motion (percussion), rubbing motion with long scratches (friction) for 10 minutes.

**Conclusion:** The pain experienced by Tn. S is the pain caused by CHF disease which is Tn. S pain, Nursing problem found on Tn. S is Acute Pain. Pain is a nursing problem that can persist over time. Back massage mechanisms / back massage can help to overcome pain. In the diagnostic IGD that had been given intervention is on the diagnosis of acute pain.

*Keywords : CHF, Acute Pain, Back Massage/*

<sup>1</sup> Profession Study Program Ners, Wiyata Husada Samarinda School of Health Samarinda

<sup>2</sup> Nursing Lecturer Program, Wiyata Husada Samarinda Health School Samarinda



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

CHF ( *Congestive Heart Failure* ) merupakan ketidakmampuannya miokardium memompa cukup darah untuk memenuhi tuntutan metabolik tubuh, penyebab CHF yang paling umum yaitu hipertensi dan penyakit arteri koroner (Chen *et al*, 2013). Tubuh manusia memiliki berbagai mekanisme *control* regulasi yang digunakan untuk meningkatkan suplai darah secara aktif kejangingannya itu dengan meningkatkan jumlah curah jantung (*cardiac output*). Pengaturan curah jantung bergantung pada hasil perkalian denyut jantung dengan volume sekuncup. Curah jantung orang dewasa adalah 4.5 – 8 liter permenit. Peningkatan curah jantung terjadi karena adanya peningkatan denyut jantung atau volume sekuncup (Muttaqin, 2014).

CHF ( *Congestive Heart Failure* ) merupakan salah satu masalah kesehatan dalam system kardiovaskular, yang angka kejadiannya terus meningkat. Menurut data dari WHO dilaporkan bahwa ada sekitar 3000 warga Amerika menderita CHF. Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung (Padila, 2012). Sedangkan data jumlah kunjungan pasien dengan masalah jantung di IGD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sejak bulan Januari 2017 sampai bulan November 2017 ada 1564 pasien, salah satu diantaranya yaitu CHF sebanyak 510 pasien. Penyakit kardiovaskuler merupakan salah satu jenis penyakit yang saat ini banyak diteliti dan dihubungkan dengan gaya hidup seseorang. Penyakit ini

merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia (WHO, 2013). Data yang diterbitkan oleh WHO tahun 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 17.3 miliar orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23.3 miliar penderita yang meninggal pada tahun 2020. Indonesia menempati urutan nomor empat negara dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit kardiovaskuler (WHO, 2013).

Penyakit gagal jantung dapat mengakibatkan berbagai kerusakan yang berdampak pada kualitas hidup penderita. Salah satu kerusakan yang terjadi adalah kerusakan pada barorefleksi arteri. Barorefleksi arteri merupakan mekanisme dasar yang terlibat dalam pengaturan tekanan darah. Kerusakan barorefleksi arteri berhubungan dengan kematian pada penyakit kardiovaskuler. Kerusakan lain yang biasa terjadi pada penyakit gagal jantung adalah kerusakan fungsi paru-paru. Kerusakan fungsi paru – paru dapat secara tidak langsung berkontribusi pada penurunan saturasi oksigen dan menurunkan aktivitas fisik (Muttakin, 2014). Gejala umum fisik pada CHF yaitu nyeri dada / ketidaknyamanan, takikardia, sesak napas, SpO2 menurun, pola tidur tidak teratur, merasa cemas dan depresi. Emosi negatif (yaitu, kecemasan dan depresi) tampaknya lebih umum pada pasien CHF dibanding individu yang sehat (Chen *et al*, 2013).

Kerusakan barorefleksi arteri dan fungsi paru-paru, yang menyebabkan ketidakadekuatan fungsi kardiorespiratori, mendorong para peneliti bidang kesehatan melakukan penelitian terhadap intervensi yang dapat diberikan. Chen *et al*, 2013 dalam penelitiannya "*Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure*" menemukan fakta bahwa pijat punggung secara signifikan dapat

mengatasi kecemasan dan nyeri, menormalkan laju pernafasan, menaikkan SpO<sub>2</sub>, serta menurunkan tekanan darah tanpa membutuhkan banyak energi. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka pijat punggung dapat berpotensi efektif menurunkan kelelahan pada pasien gagal jantung. Pijat punggung dapat menstimulasi reseptor parasimpatis di area punggung secara langsung sehingga pasien merasa rileks. Selain itu, dengan adanya relaksasi maka pembuluh darah diharapkan dapat dilatasi yang berimplikasi pada menurunnya resistensi perifer yang secara langsung akan menurunkan beban kerja jantung. Dilatasi pembuluh darah terjadi akibat sekresi agen vasoaktif yang jumlahnya akan meningkat jika tubuh berada pada kondisi relaksasi.

Secara fisiologis pijat punggung merupakan salah satu teknik relaksasi yang memengaruhi tubuh secara fisik maupun psikis. Pijat punggung memberikan efek relaksasi dengan cara menstimulasi pengeluaran endorfin di otak yang berefek menekan aktivitas saraf simpatis dan menstimulasi aktivasi saraf parasimpatis (Chen *et al.*, 2013). Dengan pijat punggung, maka pembuluh darah akan dilatasi, otot akan relaksasi, serta kondisi psikologis akan lebih baik karena peningkatan endorfin dan serotonin di otak. Pada fase tersebut, maka sirkulasi ke jaringan sistemik akan mengalami perbaikan

meskipun jantung mengalami penurunan dalam aspek kontraktilitas maupun curah jantung. Berdasarkan hal tersebut diatas, penulis tertarik untuk menyusun dan melihat gambaran intervensi tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan sistem kardiovaskuler dengan masalah utama nyeri akut di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## B. Rumusan Masalah

Seseorang yang mengalami nyeri berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Pasien dengan nyeri terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidurnya, pemenuhan individual, juga aspek interaksi sosialnya yang dapat berupa menghindari percakapan, menghindari kontak. Beberapa manajemen keperawatan non farmakologi diantaranya seperti mengatur fisiologis dan imobilisasi ekstremitas, mengistirahatkan klien, manajemen lingkungan, teknik relaksasi, teknik distraksi, dan manajemen sentuhan. Meningat pentingnya memberikan rasa nyaman, maka penulis merumuskan masalah. "Bagaimanakah gambaran terapi relaksasi dapat mengurangi nyeri".

## C. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Dengan Masalah Utama Nyeri Ruang Instalasi Gawad Darurat ( IGD ) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan Laporan Akhir Stase Pemintan Ners ini meliputi:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah nyeri akut.
- b. Menegakkan diagnosa pada pasien dengan masalah nyeri akut.
- c. Menyusun intervensi pada pasien dengan masalah nyeri akut.
- d. Menerapkan implementasi pada pasien dengan masalah nyeri akut.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan masalah nyeri akut.
- f. Melakukan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan masalah nyeri akut.

#### **D. Manfaat Penulisan**

Laporan akhir stase peminatan Ners ini diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien CHF guna meningkatkan kualitas dan perbaikan kesehatan, dan diharapkan kepada mahasiswa keperawatan laporan akhir stase peminatan Ners ini diharapkan dapat menjadi sarana meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien CHF sebagai bekal saat terjun ke klinik.



## BAB II TINJAUAN TEORI

### A. Anatomi dan Fisiologi Jantung

#### 1. Definisi Jantung

Jantung merupakan organ utama dalam sistem kardiovaskuler. Jantung dibentuk oleh organ-organ muscular, apex dan basis cordis, atrium kanan dan kiri serta ventrikel kanan dan kiri. Ukuran jantung kira-kira panjang 12 cm, lebar 8-9 cm serta tebal kira-kira 6 cm. Berat jantung sekitar 7-15 ons atau 200 sampai 425 gram dan sedikit lebih besar dari kepalan tangan. Setiap harinya jantung berdetak 100.000 kali dan dalam masa periode itu jantung memompa 2000 galon darah atau setara dengan 7.571 liter darah (Gambar terlampir).

#### 2. Ruang Jantung

Ruang dalam jantung dibagi menjadi 4, yaitu :

##### a. Atrium Kanan (Serambi Kanan)

Atrium kanan yang ber dinding tipis ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan darah dan sebagai penyalur darah dari vena-vena sirkulasi sistemik yang mengalir ke ventrikel kanan. Darah yang berasal dari pembuluh vena ini masuk ke dalam atrium kanan melalui vena kava superior, vena kava inferior dan sinus koronarius. Dalam muara vena kava tidak terdapat katup-katup sejati. Yang memisahkan vena kava dari atrium jantung ini hanyalah lipatan katup atau pita otot. Oleh karena itu, peningkatan tekanan atrium kanan akibat bendungan darah disisi kanan jantung akan dibalikkan kembali ke dalam vena siklus sistemik. Sekitar 75% aliran balik vena kedalam atrium kanan akan mengalir secara pasif kedalam ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis, 25% sisanya akan mengisi ventrikel selama kontraksi atrium.

##### b. Ventrikel Kanan (Bilik Kanan)

Pada kontraksi ventrikel, setiap ventrikel harus menghasilkan kekuatan yang cukup besar untuk dapat memompa darah yang diterimanya dari atrium ke sirkulasi pulmonar maupun sirkulasi sistemik. Ventrikel kanan berbentuk bulan sabit yang unik, guna menghasilkan kontraksi bertekanan

rendah yang cukup untuk mengalirkan darah ke dalam arteri pulmonalis. Sirkulasi paru merupakan sistem aliran darah bertekanan rendah, dengan resistensi yang jauh lebih kecil terhadap aliran darah ventrikel kanan, dibandingkan tekanan tinggi sirkulasi sistemik terhadap aliran darah dari ventrikel kiri. Oleh karena itu, beban kerja ventrikel kanan jauh lebih ringan dari pada ventrikel kiri. Akibatnya, tebal dinding ventrikel kanan hanya 1/3 dari dinding ventrikel kiri. Untuk menghadapi tekanan paru yang meningkat secara perlahan, seperti pada kasus hipertensi pulmonar progresif maka sel otot ventrikel kanan mengalami hipertrofi untuk memperbesar daya pompa agar dapat mengatasi peningkatan resistensi pulmonar, dan dapat mengosongkan ventrikel. Tetapi pada kasus resistensi paru yang meningkat secara akut (seperti pada emboli paru masif) maka kemampuan pemompaan ventrikel kanan tidak cukup kuat sehingga dapat terjadi kematian.

**c. Atrium Kiri (Serambi Kiri)**

Atrium kiri menerima darah teroksigenasi dari paru-paru melalui keempat vena pulmonalis. Antara vena pulmonalis dan atrium kiri tidak terdapat katup sejati. Oleh karena itu, perubahan tekanan atrium kiri mudah membalik secara retrograd ke dalam pembuluh paru-paru. Peningkatan akut tekanan atrium kiri akan menyebabkan bendungan paru. Atrium kiri memiliki dinding yang tipis dan bertekanan rendah. Darah mengalir dari atrium kiri ke dalam ventrikel kiri melalui katup mitralis.

**d. Ventrikel Kiri (Bilik Kiri)**

Ventrikel kiri menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tahanan sirkulasi sistemik, dan mempertahankan aliran darah ke jaringan perifer. Ventrikel kiri mempunyai otot-otot yang tebal dengan bentuk yang menyerupai lingkaran sehingga mempermudah pembentukan tekanan tinggi selama ventrikel berkontraksi, bahkan sekat pembatas kedua ventrikel (septum interventrikularis) juga membantu memperkuat tekanan yang ditimbulkan oleh seluruh ruang ventrikel selama kontraksi. Pada saat kontraksi, tekanan ventrikel kiri meningkat sekitar lima kali lebih tinggi daripada ventrikel kanan ; bila ada hubungan abnormal antara kedua ventrikel (seperti pada kasus robeknya septum interventrikularis pasca-

infark miokardium), maka darah akan mengalir dari kiri ke kanan melalui robekan tersebut. Akibatnya terjadi penurunan jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta ke dalam aorta.

### 3. Katup Jantung

Jantung memiliki empat katup. Keempat katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik-bilik jantung. Ada 2 jenis katup : katup **atrioventrikularis (AV)**, yang memisahkan atrium dengan ventrikel dan katup **semilunaris**, yang memisahkan arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel yang bersangkutan. Katup-katup ini membuka dan menutup secara pasif, menanggapi tekanan dan volume dalam bilik dan pembuluh darah jantung.

#### a. Katup Atrioventrikularis (AV)

Katup atrioventrikularis terdiri dari katup *trikuspidalis* dan katup *mitralis*. Daun-daun katup atrioventrikularis halus tetapi tahan lama. Katup trikuspidalis yang terletak antara atrium dan ventrikel kanan mempunyai 3 buah daun katup. Katup mitralis yang memisahkan atrium dan ventrikel kiri, merupakan katup bikuspidalis dengan dua buah daun katup. Daun katup dari kedua katup ini tertambat melalui berkas-berkas tipis jaringan fibrosa yang disebut *kordatendinae*. *Kordatendinae* akan meluas menjadi otot kapilaris, yaitu tonjolan otot pada dinding ventrikel. *Kordatendinae* menyokong katup pada waktu kontraksi ventrikel untuk mencegah membaliknya daun katup ke dalam atrium. Apabila *kordatendinae* atau otot papilaris mengalami gangguan (rupture, iskemia), darah akan mengalir kembali ke dalam atrium jantung sewaktu ventrikel berkontraksi.

#### b. Katup Semilunaris

Kedua katup semilunaris sama bentuknya; katup ini terdiri dari 3 daun katup simetris yang menyerupai corong yang tertambat kuat pada *annulus fibrosus*. Katup *aorta* terletak antara ventrikel kiri dan aorta, sedangkan katup *pulmonalis* terletak antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis.

Katup semilunaris mencegah aliran kembali darah dari aorta atau arteri pulmonalis ke dalam ventrikel, sewaktu ventrikel dalam keadaan istirahat.

Tepat di atas daun aorta, terdapat kantung menonjol dari dinding aorta dan arteria pulmonalis, yang disebut sinus valsalva. Muara arteri koronaria terletak di dalam kantung-kantung tersebut. Sinus-sinus ini melindungi muara koronaria tersebut dari penyumbatan oleh daun katup, pada waktu katup aorta terbuka.

#### 4. Lapisan Jantung

Lapisan jantung terdiri dari :

##### a. Epikardium

Epikardium adalah lapisan paling luar dari jantung, tersusun dari lapisan sel-sel mesotelial yang berada di atas jaringan ikat. Pada epikardium terdapat perikardium.

Perikardium merupakan lapisan jantung sebelah luar yang merupakan selaput yang membungkus jantung dimana terdiri antara lapisan fibrosa dan serosa, dalam cavum pericardii berisi 50 cc yang berfungsi sebagai pelumas agar tidak ada gesekan antara perikardium dan epikardium. Epikardium adalah lapisan paling luar dari jantung yang dibentuk oleh lamina viseralis dari perikardium. Epikardium berupa membrana serosa yang padat dengan ketebalan yang bervariasi, banyak mengandung serabut elastis yang berbentuk lembaran, terutama dibagian provundal. Epikardium melekat erat pada miokardium, membungkus vasa, nervi dan corpus adiposum, jaringan lemak banyak ditemukan pada jantung. Kumpulan ganglion padat terdapat pada subepikardium terutama pada tempat masuknya vena kava kranialis. Lamina parietalis perikardium juga berupa membran serosa yaitu suatu membran yang terdiri dari jaringan ikat yang mengandung jala serabut elastis, kolagen, fibroblast, makrofagisans dan ditutup oleh mesothelium. Epikardium tersusun atas lapisan sel-sel mesotelial yang berada di atas jaringan ikat. Jantung bekerja selama kita masih hidup, karena itu membutuhkan makanan yang dibawa oleh darah, pembuluh darah yang terpenting dan memberikan darah untuk jantung dari aorta ascendens dinamakan arteri koronaria.

## b. Miokardium

Lapisan otot jantung menerima darah dari arteri koronaria, arteri koronaria kiri bercabang menjadi arteri desenden anterior dan tiga arteri sirkumfleksi. Arteri koronaria kanan memberikan darah untuk sinoatrial node, ventrikel kanan dan permukaan diafragma ventrikel kanan. Vena koronaria mengembalikan darah ke sinus kemudian bersirkulasi langsung ke dalam paru-paru. Miokardium merupakan lapisan inti dari jantung yang terdiri dari otot-otot jantung yang berkontraksi untuk memompa darah, otot-otot jantung ini membentuk bundalan-bundalan otot yaitu :

- 1) Bundalan otot atria, susunannya sangat tipis, kurang teratur serabut-serabutnya, dan disusun dalam dua lapisan. Lapisan luar mencakup kedua atria serabut luar dan paling nyata. Di bagian depan atria, beberapa serabut masuk kedalam septum atrioventrikular. Lapisan dalam terdiri dari serabut-serabut berbentuk lingkaran. Ini terdapat dibagian kiri atau kanan dan basis cordis yang membentuk serambi atau aurikula cordis
- 2) Bundalan otot ventrikuler, yang membentuk bilik jantung yang dimulai dari cincin atrio ventrikuler sampai di apek jantung
- 3) Bundalan otot atrio ventrikuler, yang merupakan dinding pemisah antara serambi dan bilik jantung (atrium dan ventrikel).

Ketebalan miokardium bervariasi dari satu ruang jantung ke ruang lainnya. Serabut otot yang tersusun dalam berkas-berkas spiral melapisi ruang jantung. Kontraksi miokardium "menekan" darah keluar ruang menuju arteri besar. Jaringan otot ini hanya terdapat pada lapisan tengah dinding jantung. Strukturnya menyerupai otot lurik, meskipun begitu kontraksi otot jantung secara refleks serta reaksi terhadap rangsang lambat. Fungsi otot jantung adalah untuk memompa darah ke luar jantung.

Miokardium yaitu jaringan utama otot jantung yang bertanggung jawab atas kemampuan kontraksi jantung. Ketebalannya beragam paling tipis pada kedua atrium dan yang paling tebal di ventrikel kiri. Miokardium atrium lebih tipis dari ventriculus. Berkas-berkas serabut otot jantung yang merupakan

sisa-sisa semasa embrio ditemukan sebagai tonjolan-tonjolan di permukaan dalam sebagai trabeculae carneae. Serabut elastis di antara serabut otot jantung terdapat di dinding ventriculus, sedang di dinding atrium terdapat lebih banyak serabut elastisnya. Jaringan pengikat di antara berkas-berkas otot jantung banyak mengandung serabut retikuler. Miokardium terdiri atas otot jantung yang melanjutkan diri ke epikardium dan endokardium. Elemen elastis hanya sedikit ditemukan pada ventrikel kecuali pada tunika adventitia vasa yang besar. Pada arteri terdapat jala serabut elastis yang berjalan kesegala arah diantara otot dan melanjutkan diri ke lapisan serabut elastis pada epikardium dan endokardium dan pada dinding vena yang besar. Diantara otot jantung ditemukan fibril retikuler. Didalam miokardium terdapat juga vasa, nervi dan ujung serabut purkinje.

### c. Endokardium

Merupakan lapisan terakhir atau lapisan paling dalam pada jantung. Endocardium terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir yang melapisi permukaan rongga jantung. Lapisan endokardium atrium jantung lebih tebal dibanding ventrikel jantung. Sebaliknya untuk lapisan miokardium, ventrikel jantung memiliki lapisan miokardium lebih tebal dibanding atrium jantung. Dan lapisan miokardium ventrikel kiri jantung lebih tebal dibanding ventrikel kanan. Pada lapisan endokardium ventrikel terdapat serabut Purkinje yang menjadi salah satu penggerak sistem impuls konduksi jantung, yang membuat jantung bisa berdetak.

## 5. Pembuluh Darah pada Jantung

Dua kelompok pembuluh darah utama yang mengalirkan darah dari dan ke jantung yaitu :

### a. Pembuluh Pulmonaris

- Arteri pulmonaris → mengangkut darah “kotor” dari ventrikel kanan ke paru-paru
- Vena pulmonaris → mengangkut darah “bersih” dari paru-paru ke atrium kiri → Paru-paru tempat pertukaran gas CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub>

### b. Pembuluh Sistemik

Arteri sistemik : membawa darah “bersih” dari ventrikel kiri ke sirkulasi sistemik melalui aorta, cabang-cabang aorta yaitu **Arteri koronaria** ke jantung; **Arteri karotis** ke leher, kepala dan otak; **Arteri subklavia** ke lengan dan daerah dada; **Arteri abdominalis** ke organ-organ abdomen; **Arteri iliofemoralis** ke panggul dan tungkai

## 6. Sistem Sirkulasi

### a. Sirkulasi paru

Darah yang kembali dari sirkulasi sistemik (dari seluruh tubuh) masuk ke atrium kanan melalui vena besar yang dikenal sebagai vena kava. Darah tersebut telah diambil  $O_2$ -nya dan ditambahi dengan  $CO_2$ . Darah yang kurang akan oksigen tersebut mengalir dari **atrium kanan** melalui **katup trikuspidalis** ke **ventrikel kanan**, yang memompanya keluar melalui **arteri pulmonalis** ke **paru**. Dengan demikian, **sisi kanan jantung memompa darah yang miskin oksigen ke sirkulasi paru**. Di dalam paru, darah akan kehilangan  $CO_2$ -nya dan menyerap  $O_2$  segar sebelum dikembalikan ke atrium kiri melalui **vena pulmonalis**. Darah kaya oksigen yang kembali ke **atrium kiri** ini melalui katup **bikuspidalis atau mitral** kemudian mengalir ke dalam **ventrikel kiri**, bilik pompa yang memompa atau mendorong darah ke semua sistem tubuh kecuali paru.

### b. Sirkulasi sistemik

Darah kaya oksigen kemudian mengalir ke dalam ventrikel kiri, bilik pompa yang memompa atau mendorong darah ke semua sistem tubuh kecuali paru melalui arteri besar yang membawa darah menjauhi ventrikel kiri yang disebut **aorta**. Aorta bercabang menjadi arteri besar dan mendarahi berbagai jaringan tubuh.

Darah arteri yang sama tidak mengalir dari jaringan ke jaringan. Jaringan akan mengambil  $O_2$  dari darah dan menggunakannya untuk menghasilkan energi. Dalam prosesnya, sel-sel jaringan akan membentuk  $CO_2$  sebagai produk buangan atau produk sisa yang ditambahkan ke dalam darah. Kemudian darah yang menjadi kekurangan  $O_2$  dan mengandung  $CO_2$  berlebih akan kembali ke sisi kanan jantung dan memasuki siklus paru.

Selesailah satu siklus dan terus menerus berulang siklus yang sama setiap saat.

Kedua sisi jantung akan memompa darah dalam jumlah yang sama. Volume darah yang beroksigen rendah yang dipompa ke paru oleh sisi jantung kanan memiliki volume yang sama dengan darah beroksigen tinggi yang dipompa ke jaringan oleh sisi kiri jantung. Sirkulasi paru adalah sistem yang memiliki tekanan dan resistensi rendah, sedangkan sirkulasi sistemik adalah sistem yang memiliki tekanan dan resistensi yang tinggi. Oleh karena itu, walaupun sisi kiri dan kanan jantung memompa darah dalam jumlah yang sama, sisi kiri melakukan kerja yang lebih besar karena ia memompa volume darah yang sama ke dalam sistem dengan resistensi tinggi. Dengan demikian, otot jantung di sisi kiri jauh lebih tebal daripada otot di sisi kanan sehingga sisi kiri adalah pompa yang lebih kuat.

Darah mengalir melalui jantung dalam satu arah tetap yaitu ***dari vena ke atrium ke ventrikel ke arteri***. Adanya empat katup jantung satu arah memastikan darah mengalir satu arah. Katup jantung terletak sedemikian rupa sehingga mereka membuka dan menutup secara pasif karena perbedaan gradien tekanan. Gradien tekanan ke arah depan mendorong katup terbuka sedangkan gradien tekanan ke arah belakang mendorong katup menutup.

## B. Konsep Nyeri

### 1. Pengertian

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan. Serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan (*Asosiasi Studi Nyeri Internasional*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat hingga akhir

yang dapat diantisipasi atau di prediksi. (NANDA, 2015). Nyeri kronis serangan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 3 bulan.

## 2. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi Nyeri berdasarkan durasi (Andarmoyo, 2013) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (< 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pascapersalinan, pascapembedahan, dan lain sebagainya.
- b. Nyeri Kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Andarmoyo, 2013).

## 3. Etiologi nyeri

### a. Faktor resiko

#### 1) Nyeri akut

- a) Melaporkan nyeri secara verbal dan non verbal
- b) Menunjukkan kerusakan
- c) Posisi untuk mengurangi nyeri
- d) Muka dengan ekspresi nyeri
- e) Gangguan tidur
- f) Respon otonom (penurunan tekanan darah, suhu, nadi)
- g) Tingkah laku ekspresif (gelisah, merintih, nafas panjang, mengeluh).

2) Nyeri kronis

- a) Perubahan berat badan
- b) Melaporkan secara verbal dan non verbal
- c) Menunjukkan gerakan melindungi, depresi, focus pada diri sendiri
- d) Kelelahan
- e) Perubahan pola tidur
- f) Takut cedera
- g) Interaksi dengan orang lain menurun

b. Factor predisposisi meliputi trauma, peradangan, trauma psikologis.

c. Factor presipitasi meliputi lingkungan, suhu ekstrim, kegiatan, emosi.

**4. Manifestasi klinik**

a. Tanda dan gejala nyeri meliputi gangguan pola tidur, posisi menghindari nyeri, gerakan menghindari nyeri, raut wajah kesakitan (menangis, merintih), perubahan nafsu makan, tekanan darah meningkat, pernafasan meningkat dan depresi.

b. Factor-faktor yang mempengaruhi nyeri, pengalaman nyeri pada seseorang dapat di pengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah:

1) Arti Nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini di pengaruhi lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi Nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif dari seseorang yang merasakan nyeri. Dikarenakan perawat tidak mampu merasakan nyeri yang dialami oleh pasien.

3) Toleransi Nyeri erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gerakan atau garakan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat dan sebagainya. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang kunjung tidak hilang, sakit, dan lain-lain.

- 4) Reaksi terhadap Nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

## 5. Patofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan dipersiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanis sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Wahit Chayatin, N.Mubarak, 2007). Respons fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu. Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan hipotalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus, berat, dalam, dan melibatkan organ-organ dalam/*visceral* maka sistem saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi (Andarmoyo, 2013). Tabel berikut ini menunjukkan respons fisiologis terhadap nyeri.

Tabel 2.1  
 Respons Fisiologis Terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
<b>Stimulasi Simpatik*</b>	
Dilatasi saluran bronkheolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Menyebabkan peningkatan transport oksigen
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skeletal dan otak
Peningkatan kadar glukosa darah	Menghasilkan energi tambahan
Diaphoresis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot untuk melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
<b>Stimulasi Parasimpatik**</b>	
Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vagal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stres yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembangkan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik
Sumber: (Andarmoyo, 2013)	

Ket: \* Nyeri dengan intensitas ringan sampai moderat dan nyeri superficial

\*\* Nyeri yang berat dan dalam

Respons Perilaku menurut Andarmoyo (2013) yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam. Meskipun respons perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respons perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri kecuali dalam

situasi yang tidak lazim di mana pengukuran tidak memungkinkan (misal, orang tersebut menderita retardasi mental yang berat atau tidak sadar). Respons perilaku nyeri pada klien dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2  
Respons Perilaku Nyeri pada Klien

Respons Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	Mengaduh
	Menangis
	Sesak napas
	Mendengkur
Ekspresi wajah	Meringis
	Mengeletakkan gigi
	Mengernyitkan dahi
	Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar
	Menggigit bibir
Gerakan tubuh	Gelisah
	Imobilisasi
	Ketegangan otot
	Peningkatan gerakan jari dan tangan
	Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan
	Gerakan ritmik atau gerakan menggosok
	Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	Menghindari percakapan
	Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri
	Menghindari kontak social
	Penurunan rentang perhatian

Sumber: (Andarmoyo, 2013)

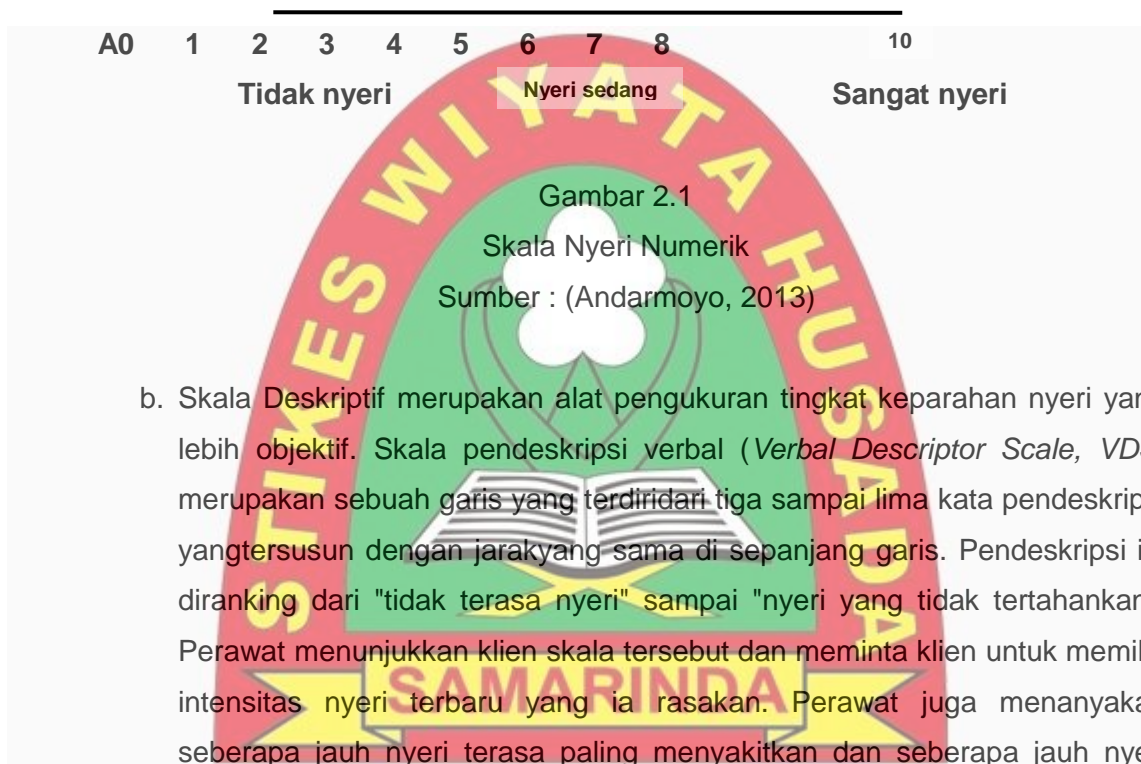
## 6. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda

oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013). Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

- a. Skala Numerik (*Numerical Rating Scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

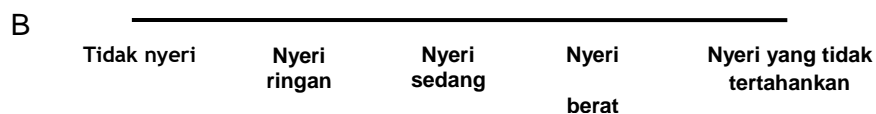
### Numeris



Gambar 2.1  
Skala Nyeri Numerik  
Sumber : (Andarmoyo, 2013)

- b. Skala Deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan". Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

### Deskriptif



Gambar 2.2  
Skala Nyeri Deskriptif Verbal

Sumber : ( Andarmoyo, 2013)

- c. Skala Analog Visual (*Visual analog scale, VAS*) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan "tidak ada" atau "tidak nyeri", sedangkan ujung kanan biasanya menandakan "berat" atau "nyeri yang paling buruk". Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari "tidak ada nyeri" diukur dan ditulis dalam centimeter (smeltzer & bare, 2013).



Gambar 2.3

Skala Nyeri Analog Visual

Sumber : (Andarmoyo, 2013)

## 7. Manajemen Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan mengurangi intensitas dan durasi keluhan nyeri, menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis yang persisten, mengurangi penderitaan dan atau ketidakmampuan/ketidakberdayaan akibat nyeri, meminimalkan reaksi tak diinginkan atau intoleransi terhadap terapi nyeri, meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

## 8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan keperawatan meliputi monitor tanda-tanda vital, kaji adanya infeksi atau peradangan nyeri, distraksi (mengalihkan perhatian

terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang), kompres hangat, mengajarkan teknik relaksasi dan meditasi adalah salah satu strategi nonfarmakologis yang dapat meningkatkan kesehatan fisik, mengurangi rasa sakit, meningkatkan respon kekebalan tubuh, meningkatkan kesejahteraan emosional, dan mendorong pertumbuhan rohani. Salah satu jenis meditasi adalah Dzikir. Dzikir meditasi sebenarnya adalah sebuah bentuk meditasi transendental. Dalam teknik meditasi transendental terdapat kemungkinan menetralkan dampak dari stres, yang dapat mengubah tingkat hormon (Ikedo *et al.*, 2007).

b. Penatalaksanaan medis

Manajemen nyeri farmakologis (Andarmoyo, 2013) mengemukakan bahwa analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik, yakni analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang, seperti nyeri yang terkait dengan arthritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi dan prosedur bedah minor, episiotomy, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolak (Toradol), merupakan agen analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin. Sedangkan analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pasca operasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi. Obat Tambahan (*Adjuvan*) seperti sedatif, anti cemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusan, dan kewaspadaan mental.

## C. Konsep Pijat

### 1. Pengertian

*Massage* / Pijat disebut juga dengan pijatan yang berarti sentuhan yang dilakukan dengan sadar. Pijat adalah hal yang dilakukan dengan rasa tenang

dan rileks yang diikuti saling bercengkrama. Sentuhan merupakan bahasa universal bagi umat manusia.

## 2. Manfaat Pijat

Pijat merupakan teknik integrasi sensori yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom, massage secara luas diakui sebagai tindakan yang memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Relaksasi dapat meringankan kelelahan jasmani dan rohani dikarenakan sistem saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas yang akhirnya mengakibatkan turunnya tekanan darah (Kaplan, 2010).
- b. Mengurangi nyeri dan memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi, dikarenakan massage meningkatkan sirkulasi baik darah maupun getah bening (Price, 2012).
- c. Memperbaiki organ tubuh secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal berdasarkan filosofi aliran energi meridian massage mampu memperbaiki aliran peredaran energi (meridian) didalam tubuh menjadi positif sehingga memperbaiki energi tubuh yang sudah lemah (Dalimartha, 2008).
- d. Memperbaiki postur tubuh yang benar dan membantu memperbaiki mobilitas (Price, 2012). Otot yang tegang menyebabkan nyeri dan bergesernya tulang belakang keluar dari posisi normal sehingga postur tubuh mengalami perubahan, massage berfungsi untuk menstimulasi saraf otonom yang dapat mengendurkan ketegangan otot (Perry & Potter, 2010).
- e. Latihan pasif sebagai bentuk dari suatu latihan pasif yang sebagian akan mengimbangi kurangnya latihan yang aktif karena massage meningkatkan sirkulasi darah yang mampu membantu tubuh meningkatkan energi pada titik vital yang telah melemah (Dalimartha, 2008).

## 3. Faktor-faktor Pertimbangan dalam Pijat/Massage

Menurut Price (2012), berbagai jenis gerakan bukan hanya bagian dari massage, yang sama pentingnya adalah cara bagaimana gerakan tersebut dilakukan. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan adalah

- a. Tekanan dengan menggunakan keseluruhan tangan untuk mengurut suatu daerah yang luas, tekanan harus selalu dipusatkan di bagian telapak tangan. Jari-jari tangan harus dilemaskan sepenuhnya karena tekanan jari tangan pada saat ini tidak menghasilkan relaksasi yang diperlukan. Tekanan telapak tangan hanya boleh diberikan ketika melakukan gerakan mengurut ke arah jantung dan harus dihilangkan ketika melakukan gerakan balik (Price, 2012).
- b. Kecepatan sampai taraf tertentu kecepatan gerakan massage bergantung pada efek yang ingin dicapai. Umumnya, masse dilakukan untuk menghasilkan relaksasi pada orang yang dipijat dan frekuensi gerakan massage kurang lebih 15 kali dalam semenit (Price, 2012).
- c. Irama dengan gerakan yang tersentak-sentak tidak akan menghasilkan relaksasi sehingga kita harus berhati-hati untuk mempertahankan irama yang tidak terputus-putus (Price, 2012).
- d. Durasi atau lamanya suatu terapi massage bergantung pada luasnya tubuh yang akan dipijat. Rangkaian massage yang dianjurkan berlangsung antara 5 sampai 15 menit dengan mempertimbangkan luas daerah yang dipijat (Price, 2012).
- e. Frekuensi Price (2012) mengemukakan, umumnya diyakini bahwa massage paling efektif jika dilakukan tiap hari, beberapa peneliti mengemukakan bahwa terapi massage akan lebih bermanfaat bila dilakukan lebih sering dengan durasi yang lebih singkat. Menurut chen *et al*, 2013 massage selama 10 menit harus sudah menghasilkan relaksasi.

#### 4. Kontraindikasi Pijat/ Massage Terhadap Hipertensi

Ketika seseorang mengalami hipertensi, tekanan yang berlebihan merupakan usaha yang bertentangan terhadap dinding pembuluh darah. Suatu aktivitas yang mungkin meningkatkan tingginya tekanan intra-vascular yang beresiko membuat ruptur pembuluh darah. Salah satu efek fisiologis dari pijat, terutama pada daerah yang dipijat, hal ini merupakan aktivitas yang mampu meningkatkan sirkulasi darah. Peningkatan sirkulasi darah dapat meningkatkan tekanan intra-vascular. Ini adalah alasan di balik yang diwaspadai terapi massage dengan klien hipertensi.

Meskipun banyak terapis massage yang mematuhi kontraindikasi, terdapat banyak bukti yang bertentangan. Banyak bukti menunjukkan bahwa pijat dapat mengurangi tekanan darah, salah satunya adalah para peneliti dari *Touch Research Institute, University of Miami School of Medicine* dan *Nova Southeastern University* di Florida dilakukan studi tekanan darah tinggi dan gejala terkait telah dikurangi dengan pijat. Dalam studi ini, para peserta dengan hipertensi yang dikontrol secara acak ditugaskan ke salah satu grup terapi massage (pijat) atau grup relaksasi progresif. Hasil menunjukkan bahwa kedua kelompok telah mengalami penurunan tingkat kecemasan dan tingkat depresi, namun hanya grup terapi pijat yang menunjukkan penurunan tekanan darah diastol dan sistol serta tingkat cortisol-stress hormone.

#### 5. Teknik Pemijatan Punggung (Back)

- a. *Effleurage* di seluruh punggung dengan gerakan diawali mengusap punggung bagian bawah di atas bokong menggunakan kedua tangan. Masing - masing tangan mengurut sisi punggung. Gerakan tangan menuju ke arah leher. Ketika tangan mencapai ujung atas punggung, tangan dipisahkan ke arah luar melewati bahu. Tangan dikembalikan ke posisi awal, tangan diluncurkan tanpa tekanan.
- b. *Effleurage* menyamping di seluruh punggung dengan kedua tangan ditaruh mendatar di bagian tengah punggung bawah di atas bokong, dengan kedua pangkal tangan saling bersisikan. Gerakkan ke dua tangan ke arah sisi tubuh dengan menggunakan pangkal tangan. Gerakan diulang menuju ke atas punggung sampai seluruh punggung terurut.
- c. *Friction* pada otot- otot punggung dengan ujung jempol diposisikan pada dua lekukan tulang punggung yang tampak di dasar punggung kemudian melakukan gerakan memutar dan tidak boleh melakukan tekanan langsung pada punggung. Usahakan jarak antara kedua sama ketika kedua tangan merambah menuju ke bagian atas punggung. Gerakan melingkar ke arah luar dilakukan dengan perlahan tapi tegas, dan menyusup ke dalam ketika jari jempol 'mencari' simpul otot. Jika melakukannya dengan benar, maka jempol akan terasa sakit setibanya di bagian leher. Kemudian kembali ke awal dengan gerakan yang ringan.

- d. Meluncurkan jempol pada punggung dengan bantalan jempol diletakkan pada lekukan punggung lagi, dan jempol diluncurkan ke arah atas menuju leher dengan tekanan yang kuat. Pada saat luncuran ke arah bawah, tekanan jempol dikurangi dengan tekanan yang lebih ringan.
- e. Mengurut otot-otot tulang punggung dengan memulai dari wilayah bokong, pijat pada satu sisi menggunakan gerakan menggosok dan mendorong dengan kedua tangan berganti-ganti. Ikuti gerakan sepanjang lengan, dengan menuju ke arah atas sampai bahu lalu turun lagi, tidak memijat langsung pada tulang punggung. Gerakan diulangi dengan menggosok pada sisi lain dari punggung.
- f. Gerakan *effleurage* menyamping dengan gerakan langkah kedua diulangi tetapi hanya di wilayah bagian bawah punggung dan bokong.
- g. Gerakan *friction* pada iliac crest (bagian atas pinggul) dengan bantalan jempol diletakkan kembali pada lekukan tulang punggung. Lalu melakukan gerakan memutar yang dalam melewati iliac crest bagian atas pinggul.
- h. *Effleurage* pada seluruh punggung menggunakan tekanan yang kuat saat gerakan ke atas, dan lembut sampai gerakan kembali turun.
- i. Gerakan lingkaran pada bahu dengan taruh satu tangan mendatar di atas tangan lainnya lalu dengan kedua tangan, gerakkan tangan bertumpuk tersebut melingkar sekeliling tulang belikat, sampai bahu terasa hangat dan lemas.
- j. *Friction* pada tulang belikat sebaiknya klien pada posisi melengkung dan lengan berada di punggung agar lebih mudah melihat tulang belikat. Jika posisi ini tidak nyaman, maka lengan boleh ditaruh di samping tubuh dengan gerakan memutar menggunakan tekanan di sekeliling tulang belikat. Ketika akan 'mencairkan' simpul-simpul saraf, menggunakan gerakan *friction* melingkar beberapa kali. Langkah ini dilakukan pada kedua belah tulang belikat.
- k. *Petrissage* pada bahu dengan gerakan-gerakan secara ritmik dilakukan pada bagian atas bahu: mencomot, meremas, dan memeras otot-otot bahu dan sekitarnya menggunakan dua tangan bergantian.
- l. Usap Punggung dengan kedua tangan dilemaskan, sentuh setiap sisi punggung dengan jari-jari tangan dan gerakkan tangan ke arah.

gerakan mengusap dilakukan dengan ujung jari (ke arah bawah) beberapa kali.

m. Penyelesaian dengan Seluruh punggung klien ditutup dengan handuk dan dengan sangat hati-hati tangan digerakkan ke arah bawah secara intuitif.

## D. Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan pasien (Nursalam, 2011).

#### a. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif untuk mendapatkan data-data yang lengkap dan relevan, perawat membutuhkan dasar yang kuat dari berbagai disiplin ilmu. (Nursalam, 2011)

##### 1) Sumber data primer

Adalah data yang didapat langsung pada diri pasien tanpa prantara.

##### 2) Sumber data sekunder

Adalah data yang didapatkan dari orang terdekat pasien seperti keluarga, teman serta saksi.

##### 3) Catatan Pasien

Berbentuk tulisan ataupun status yang ditulis oleh tim kesehatan lainnya, yang memuat sumber-sumber informasi mengenai pasien mencakup riwayat kesehatan dan keperawatan.

##### 4) Riwayat Penyakit

Pemeriksaan fisik (*Physical examination*) dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologi dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

#### b. Jenis data

##### 1) Data obyektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat. Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sight, smell*) dan HT (*hearing dan touch atau taste*). Contoh data obyektif : frekuensi pernafasan, tekanan darah, edema, dan berat badan. Fokus pengumpulan data meliputi :

- a) Status kesehatan sebelumnya dan sekarang.
  - b) Pola koping sebelumnya dan sekarang.
  - c) Fungsi status sebelumnya dan sekarang.
  - d) Respon terhadap terapi medis dan tindakan keperawatan.
  - e) Resiko untuk masalah potensial.
  - f) Hal-hal yang menjadi dorongan atau kekuatan klien.
- (Nursalam, 2011)

## 2) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui interaksi atau komunikasi. Misalnya penjelasan pasien tentang nyeri, lemah, frustrasi, mual, atau malu. Informasi keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subyektif jika didasarkan pada pendapat pasien (Nursalam, 2011).

Data dasar pengkajian menurut Doengoes (2010), pengkajian pada klien dengan *Congestive Heart Fallure* ( CHF ) yaitu :

### 1. Aktivitas

Gejala : Kelelahan/kelelahan terus menerus sepanjang hari, Insomnia, Nyeri dada dengan aktivitas, Dipsnea pada istirahat atau pada pengerahan tenaga

Tanda : Gelisah, perubahan status mental, mis., letargi, Tanda vital berubah pada aktivitas.

### 2. Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi. IM baru/akut, episode GJK, penyakit katup jantung, bedah jantung, endokarditis, anemia, syok septik.

Tanda : TD : mungkin rendah (gagal pemompaan), normal (GJK ringan atau kronis) , atau tinggi (kelebihan beban cairan), Tekanan nadi : mungkin sempit, menunjukkan penurunan volume sekuncup, Frekuensi jantung : takikardi (gagal jantung kiri), Irama jantung : disritmia, Nadi : nadi perifer berkurang, perubahan dalam kekuatan denyutan dapat terjadi, Warna : kebiruan, pucat, Punggung kuku : pucat atau sianosis dengan pengisian kapiler lambat, Hepar : pembesaran dapat teraba, refleks hepatojugularis, Bunyi nafas : krekels, ronki, Edema : mungkin dependen, umum atau pitting, khususnya pada ekstremitas.

3. Integritas ego

Gejala : Ansietas, kuatir, takut, Stres yang berhubungan dengan penyakit/kepribadian finansial (pekerjaan/biaya perawatan medis)

4. Eliminasi

Gejala : Penurunan berkemih. Urine berwarna gelap, Berkemih malam hari (nokturia), Diare/konstipasi

5. Makanan/cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, Mual/muntah, Penambahan berat badan, Pembengkakan pada ekstremitas bawah, Pakaian/sepatu terasa sesak, Penggunaan diuretik

Tanda : Penambahan berat badan cepat, Distensi abdomen (*asites*), edema (umum, dependen, tekanan, pitting)

6. Higiene

Gejala : Keletihan/kelemahan, kelelahan selama aktivitas perawatan diri

Tanda : Penampilan menandakan kelalaian perawatan personal

7. Neurosensori

Gejala : kelemahan, pening, episode pingsan

Tanda : Letargi, kusut pikir, disorientasi, Perubahan perilaku, mudah tersinggung

8. Nyeri/kenyamanan

Tanda : Nyeri dada, angina akut atau kronis, Nyeri abdomen kanan atas, Sakit pada otot

Gejala : Tidak tenang, gelisah, Fokus menyempit, Perilaku melindungi diri

## 9. Pernafasan

Gejala : Dipsnea, saat aktivitas, tidur sambil duduk, atau dengan beberapa bantal, Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, Riwayat penyakit kronis, Penggunaan bantuan pernafasan

Tanda : Pernafasan, takipnea, nafas dangkal, pernafasan labored/ penggunaan otot aksesori pernafasan

## 10. Keamanan

Tanda : Perubahan dalam fungsi mental, Kehilangan kekuatan tonus otot, Kulit lecet

## 11. Interaksi sosial

Gejala : Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang bisa dilakukan

## 12. Pembelajaran/pengajaran

Tanda : Menggunakan/luupa menggunakan obat-obat

Gejala : bukti tentang ketidakberhasilan untuk meningkatkan

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dan idividu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2011).

Diagnosa keperawatan mungkin muncul pada pasien *Congestive Heart Fallure* ( CHF ) menurut Doenges (2010), yaitu:

- a. Penurunan curah jantung
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Kelebihan volume cairan
- d. Kerusakan pertukaran gas
- e. Ketidakefektifan pola nafas
- f. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, program pengobatan

### 3. Perencanaan

Diagnosa keperawatan di atas telah disesuaikan dengan NANDA International Diagnosa Keperawatan Definisi dan klasifikasi (2015-2017). Menentukan prioritas masalah (Nursalam, 2011) ada dua contoh hirarki yang bisa digunakan untuk menentukan prioritas perencanaan :

#### a. Hirarki "MASLOW"

Maslow (1943) diambil dari (Nursalam, 2011) menjelaskan kebutuhan manusia dibagi menjadi lima tahap:

- 1) Fisiologis
- 2) Rasa aman dan nyaman
- 3) Sosial
- 4) Harga diri
- 5) Aktualisas

#### b. Hirarki "KALISH"

Kalish (1983) diambil dari (Nursalam, 2011) lebih jauh menjelaskan kebutuhan Maslow dengan membagi kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan untuk "bertahan dan stimulasi". Kalish mengidentifikasi kebutuhan untuk mempertahankan hidup, udara, air, temperatur, eliminasi, istirahat, dan menghindari nyeri. Jika terjadi kekurangan kebutuhan tersebut, klien cenderung menggunakan semua prasarana untuk memuaskan kebutuhan tertentu.

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam, 2011).

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (NANDA 2015-2017)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Penurunan curah jantung b/d respon fisiologis otot jantung, peningkatan frekuensi, dilatasi, hipertrofi atau peningkatan isi sekuncup	<p><b>NOC</b> : Cardiac Pump effectiveness, Circulation Status, Vital Sign Status</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi)</li> <li>2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan</li> <li>3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites</li> <li>4. Tidak ada penurunan kesadaran</li> </ol>	<p>Cardiac Care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)</li> <li>2. Catat adanya disritmia jantung</li> <li>3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput</li> <li>4. Monitor status kardiovaskuler</li> <li>5. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung</li> <li>6. Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi</li> <li>7. Monitor balance cairan</li> <li>8. Monitor adanya perubahan tekanan darah</li> <li>9. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</li> <li>10. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>11. Monitor toleransi</li> </ol>



---

aktivitas pasien

12. Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu

13. Anjurkan untuk menurunkan stres.

**Vital Sign Monitoring**

1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR

2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah

3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri

4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan

5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas

6. Monitor kualitas dari nadi

7. Monitor adanya pulsus paradoksus dan pulsus alterans

8. Monitor jumlah dan irama jantung dan monitor bunyi jantung

9. Monitor frekuensi dan irama pernapasan

10. Monitor suara paru, pola pernapasan abnormal

---



			11. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
			12. Monitor sianosis perifer
			13. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
			14. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

2	<p>Pola Nafas tidak efektif</p> <p>Definisi : Pertukaran udara inspirasi dan/atau ekspirasi tidak adekuat</p> <p>Faktor yang berhubungan : Hiperventilasi, Penurunan energi/kelelahan, Perusakan/kelemahan muskuloskeletal, Obesitas, Kelelahan otot pernafasan, Hipoventilasi sindrom, Nyeri, Kecemasan, Disfungsi Neuromuskuler,</p>	<p>NOC: Respiratory status : Ventilation, Respiratory status : Airway patency, Vital sign Status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... Pasien menunjukkan keefektifan pola napas, dibuktikan dengan :</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <p>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak</p>	<p>NIC</p> <p>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2. Pasang mayo bila perlu</p> <p>3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p>5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</p> <p>6. Berikan bronkodilator .....</p> <p>7. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab</p> <p>8. Atur intake untuk cairan</p>
---	--	---	---

Injuri tulang belakang	<p>merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>mengoptimalkan keseimbangan.</p> <p>9. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></p> <p>10. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea</p> <p>11. Pertahankan jalan nafas yang paten</p> <p>12. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi</p> <p>13. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>14. Monitor vital sign</p> <p>15. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang teknik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas</p> <p>16. Ajarkan bagaimana batuk secara efektif</p> <p>17. Monitor pola nafas</p>
<p>3 Perfusi jaringan tidak efektif b/d menurunnya curah jantung, hipoksemia jaringan, asidosis dan kemungkinan thrombus atau emboli</p> <p>Definisi : Penurunan pemberian oksigen dalam kegagalan memberi makan jaringan pada</p>	<p><b>NOC</b> : Circulation status, Tissue Prefusion : cerebral</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mendemonstrasikan status sirkulasi</li> <li>2. Tekanan systole dandiaistole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>3. Tidak ada ortostatikhipertensi</li> <li>4. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih</li> </ol>	<p><b>NIC</b> : <b>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>2. Monitor adanya paretese</li> </ol>



<p>tingkat kapiler Batasan karakteristik : Perubahan tekanan darah di luar batas parameter, Hematuria, Oliguri/anuria, , Nausea, Distensi abdomen, Nyeri abdomen, Edema, Denyut nadi lemah atau tidak ada, Perubahan tekanan darah, Warna kulit pucat pada elevasi, warna tidak kembali pada penurunan kaki, Kelemahan ekstremitas</p>	<p>dari 15 mmHg) 5. mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan benar, menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan involunter</p>	<p>3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi 4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi 5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung 6. Monitor kemampuan BAB 7. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Monitor adanya tromboplebitis 9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</p>
<p>4 Gangguan pertukaran gas b/d kongesti paru, hipertensi pulmonal, penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat dan penurunan curah jantung.  Definisi : Kelebihan atau kekurangan dalam oksigenasi dan atau pengeluaran karbondioksida di</p>	<p><b>NOC</b> : Respiratory Status : Gas exchange, Respiratory Status : ventilation, Vital Sign Status  <b>Kriteria Hasil</b> : Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan</p>	<p><b>NIC</b> : <b>Airway Management</b>  1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</p>

<p>dalam membran kapiler alveoli</p> <p>Batasan karakteristik : Gangguan penglihatan, Penurunan CO2, Takikardi, Hiperkapnia, Keletihan, somnolen, Iritabilitas, Hypoxia, kebingungan, Dyspnoe, nasal faring</p>	<p>dyspneu (mudah mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <p>Tanda tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>4. Pasang mayo bila perlu</p> <p>5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p>7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</p> <p>8. Monitor respirasi dan status O2</p>
<p>5 Kelebihan volume cairan b/d berkurangnya curah jantung, retensi cairan dan natrium oleh ginjal, hipoperfusi ke jaringan perifer dan hipertensi pulmonal</p> <p>Definisi : Retensi cairan isotomik meningkat</p>	<p><b>NOC</b> : Electrolit and acid base balance Fluid balance</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b> Terbebas dari edema, efusi, anaskara, Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu, Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+), Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal</p> <p>Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan</p> <p>Menjelaskan indikator kelebihan cairan</p>	<p><b>Fluid management</b></p> <p>1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</p> <p>2. Pasang urin kateter jika diperlukan Monitor hasil IAb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin</p> <p>3. Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCW</p> <p>4. Monitor vital sign Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites)</p>

- 5. Kaji lokasi dan luas edema
- 6. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian

<p>6 Kurang pengetahuan b/d keterbatasan pengetahuan penyakitnya, tindakan yang dilakukan, obat-obatan yang diberikan, komplikasi yang mungkin muncul dan perubahan gaya hidup</p> <p>Definisi : Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif dengan topic spesifik.</p> <p>Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.</p> <p>Faktor yang berhubungan : keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari</p>	<p><b>NOC :</b></p> <p>Kowlwdge : disease process</p> <p>Knowledge : health Behavior</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</p> <p>Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <p>Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.</p>	<p><b>NIC :</b></p> <p>Teaching : disease Process</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</li> <li>2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>3. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat</li> <li>Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>Hindari harapan yang kosong</li> </ol>
---	---	---

---

informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

5. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan



## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini penulis akan mengemukakan hasil dari asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi sampai dengan evaluasi pada Tn. S dengan diagnosa CHF di Ruang Instalasi gawat darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie mulai tanggal 01 Desember 2017 sampai dengan 03 Desember 2017.

#### A. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mengumpulkan data dengan cara wawancara pada klien dan keluarganya, observasi, melihat catatan medik dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn. S dengan diagnosa CHF di Ruang Instalasi gawat darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

##### 1. Identitas Pasien

Dari hasil pengkajian didapatkan data pasien yaitu Tn. S.berusia 49 tahun berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah, suku bugis, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan swasta (mengojek), alamat Jl. Merdeka 3, masuk RS tanggal 01 Desember 2017 Pukul 22.27 WITA dengan diagnosa medi CHF, No. RM 36.09.70

##### 2. Keluhan Utama : "Dada saya nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk mbak"

##### 3. *Primary Survey*

Jalan nafas paten, tidak ada obstruksi atau penyumbatan pada jala nafas, gerakan dada simetris, irama nafas cepat, pola nafas ireguler / tidak teratur, ada retraksi otot dada, mengeluh sesak nafas dengan RR 28x/menit. SpO2 97%, nadi teraba kencang, tidak ada sianosis, CRT : > 2 detik, tidak ada pendarahan, kesadaran composmentis, GCS : Eye 4 Verbal5 Motorik6, pupil isokor, ada reflek cahaya, bengkak di kedua tungkai kaki.

##### 4. *Secondary Survey*

2 hari sebelum dibawa ke rumah sakit keluarga mengatakan klien mengeluh sering merasa sesak dan nyeri dada , setelah beberapa jam di rumah klien nyeri dada dan sesak nafas klien

langsung di bawa ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk di berikan penanganan cepat.

Pasien tidak ada riwayat alergi terhadap makanan dan obat – obatan. Klien 1 tahun yang lalu pernah di rawat di rumah sakit AWS dengan keluhan yang sama sesak nafas dan nyeri dada. Riwayat Jantung, DM, CKD on HD (HD setiap hari sabtu).

Pada saat dikaji keluarga mengatakan klien makan dan minum terakhir makan nasi kuning sedikit dan mium air teh Terakhir Jam 07.00. Klien mengkonsumsi obat yang selama ini di minum obat rutin dari RS diantaranya CPG 1 x 1, ISDN 3 x 5 mg, Calos 2 x 1, Asfolat 2 x 1, Biknat 2 x 500 mg, Amlodipine 1 x 10 mg, dan Candesartan 1 x 1. Hasil dari pemeriksaan tanda – tanda vital klien yaitu TD : 170 / 90 mmHg, N : 103 x/menit, RR : 28 x/menit, S : 36,7°C

#### 5. Pemeriksaan Fisik

##### a. Kepala dan Leher :

(1) Inspeksi : Simetris, Tidak ada luka, kulit kepala bersih, rambut berwarna putih rontok, Leher simetris tidak ada luka dan massa. (2) Palpasi : Tidak ada massa dan benjolan, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri tekan.

##### b. Dada

(1) Inspeksi : Simetris antara kiri dan kanan, Retraksi otot dada ( + ), Tidak ada luka, tidak ada jejas tidak ada deformitas . Terdapat double lumen sebelah kanan. (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada massa. (3) Perkusi : sonor seluruh lapang dada. (4) Auskultasi : Suara nafas Vesikuler, Whz-, Ronkhi-

##### c. Abdomen:

(1) Inspeksi : Simetris, Tidak ada luka, tidak ada massa, tidak ada jejas, (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati, tidak ada benjolan, tidak ada udem. (3) Perkusi : Timpani seluruh lapang abdomen, (4) Auskultasi : bising usus 12 Kali permenit.

##### d. Pelvis :

(1) Inspeksi : Simetris, Tidak ada jejas, tidak ada luka, tidak ada deformitas, Tidak ada Fraktur. (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan tidak teraba Fraktur

e. Ektrenitas atas / bawah:

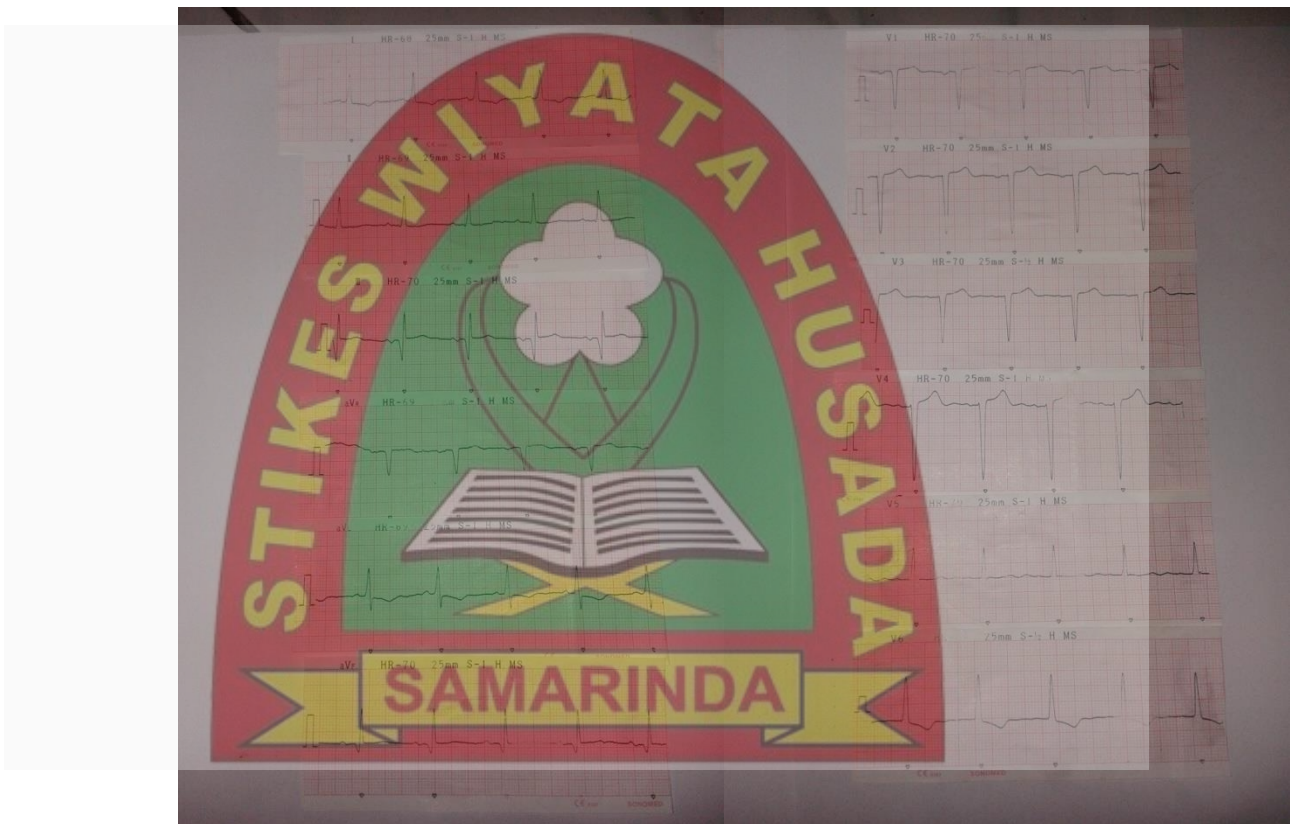
(1) Inspeksi :Tidak luka dan lesi, Tungkai kaki kanan dan kiri udem, tangan kanan terpasang infus, (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan tidak ada benjolan dan Massa

f. Punggung:

(1) Inspeksi : simteris tidak ada luka lecet, tidak ada cacat, tidak ada tonjolan, (2) Palpasi: Tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan , tidak ada benjolan dan tidak terdapat depormitas

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

a. EKG :



Irama : Reguler / Teratur

Heart Rate : 71 X / Menit

Gelombang P: diikuti Gelombang QRS dan Gelombang T

Gelombang R ;  $V5 : 22 \text{ kk} + V2 : 22 \text{ kk} = 44 \text{ KK}$

$V6 : 28 \text{ kk} + V2 : 22 \text{ kk} = 50 \text{ KK}$

Kesimpulan : Sinus Rythem - LVH ( Left Ventrikel Hipertrofi )

b. Pemeriksaan Laboratorium

Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 01 Desember 2017 didapatkan hasil glukosa sewaktu 219 mg/dl, Ureum 130,2 mg/dl, Creatinin 5,9 mg/dl, Eritrosit 2,35, Hemoglobin 6,6, Hematokrit 19,7. (Hasil Laboratorium terlampir).

**B. Analisa Data**

DATA	Etiologi	Problem
<p><b>Data Subjektif:</b>                      “dada saya nyeri serasa seperti di tusuk -tusuk, dari dada sampai tebus ke belakang, nyeri tiba-tiba datang kadang tiba – tiba berenti sendirinya tidak menentu, skal nyeri 6”</p> <p><b>Data Objektif:</b>                      Klien meringis kesakitan sambil tanganya memegang dadanya, klien tampak tidak tenang, TD : 170/90 mmHg, N : 103 x/menit, RR 28 x/menit</p>	<p>Faktor Penyebab                      (<i>Acute Coronary Syndrome</i>)</p> <p>↓</p> <p>Suplai darah dan O<sub>2</sub> ke miokard menurun</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia otot jantung</p> <p>↓</p> <p>Penimbunan Asam Laktat</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan Mediator Kimia</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri di Hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p><b>Nyeri Akut</b></p>
<p><b>Data Subjektif :</b>                      “nafas dan badan terasa lemes mbak”</p> <p><b>Data Objektif :</b>                      Klien sesak nafas, pola nafas pasien tidak teratur dan cepat, Retraksi Otot dada ada, TTV : TD : 170/90 mmHg, N : 103</p>	<p>Gagal jantung kiri</p> <p>↓</p> <p>Ventrikel kiri tidak mampu memompa darah dari paru-paru</p> <p>↓</p> <p>Tekanan vena pulmonalis</p>	<p><b>Ketidakefektifan Pola Nafas</b></p>

---

x/menit, RR 28 x/menit, HB :  
6,6

meningkat



Tekanan Kapiler  
Paru meningkat



Perembesan cairan  
dari kapiler ke paru



Edema paru



Fungsi pernafasan

menurun



Dispnea



Kelelahan

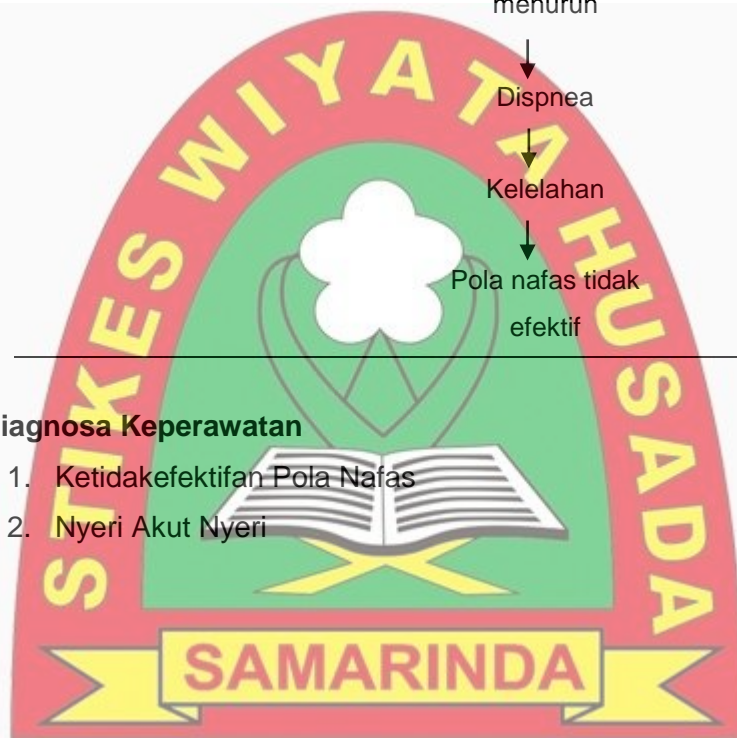


Pola nafas tidak  
efektif

---

### C. Diagnosa Keperawatan

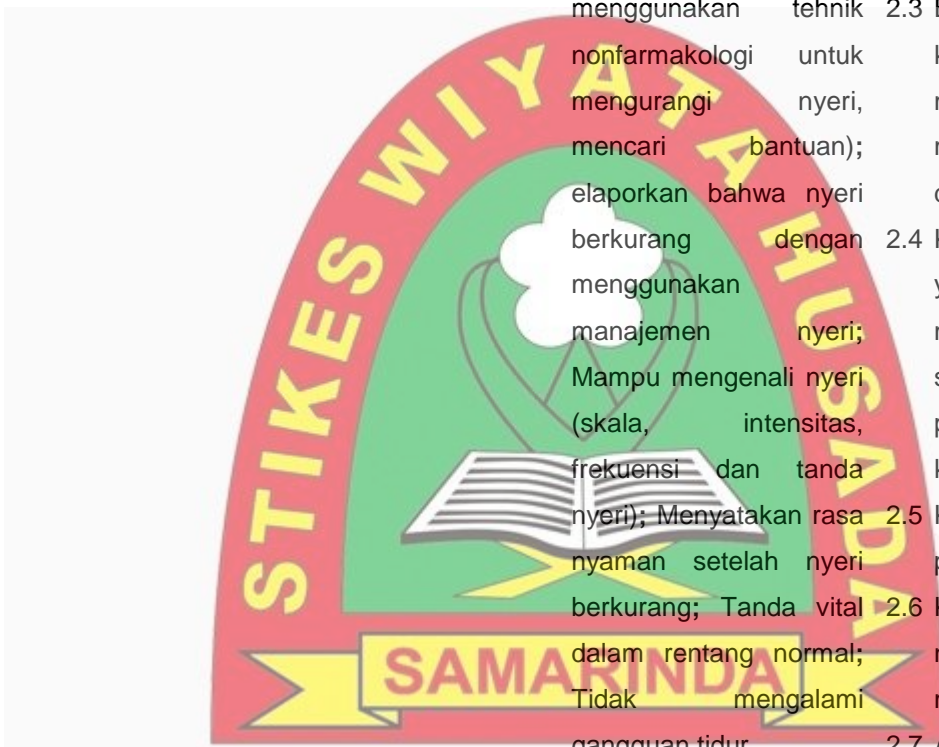
1. Ketidakefektifan Pola Nafas
2. Nyeri Akut Nyeri



#### D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Ketidakefektifan pola nafas	<p>NOC : Respiratory status : Ventilation, Respiratory status : Airway patency, Vital sign Status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 Jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal; Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>NIC</p> <p>1.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>1.2 Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>1.3 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</p> <p>1.4 Berikan O2.</p> <p>1.5 Monitor respirasi dan status O2</p> <p>1.6 Pertahankan jalan nafas yang paten</p> <p>1.7 Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi</p> <p>1.8 Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>1.9 Monitor vital sign</p> <p>1.10 Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.</p> <p>1.11 Monitor pola nafas</p> <p>1.12 Kaloborasikan dengan TIM dokter untuk pemeberian trapi selanjutnya</p>

2.	Nyeri Akut	<b>NOC</b> : Pain Level, pain control, comfort level	<b>NIC</b> :
		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 Jam Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan); elaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri; Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri); Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang; Tanda vital dalam rentang normal; Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>2.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>2.3 Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>2.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>2.5 Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>2.6 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>2.7 Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p> <p>2.8 Kaloborasikan pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri: .....</p> <p>2.9 Berikan informasi tentang nyeri seperti</p>



---

penyebab nyeri,  
berapa lama nyeri  
akan berkurang dan  
antisipasi  
ketidaknyamanan dari  
prosedur

2.10 Monitor vital sign  
sebelum dan sesudah  
pemberian analgesik  
pertama kali

---



## E. Implementasi Keperawatan

HARI /TGL / JAM	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Jumat 01 Desember 2017	22.35	1.1 Meposisiakan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Ep : Klien dalam posisi <i>semi fowler</i> / senyaman mungkin	<b>Sabtu 02 Desember 2017,</b> <b>Pukul 07.00 :</b> <b>S :</b> “sesak saya sedikit berkurang, tidak seperti awal datang tadi malam, tapi tetap saja masih terasa sesak mbk” “semalam tidur saya lumayan enak habis dipijet mbk” “ Nyeri dada sedikit berkurang tapi kadang – kadang masih terasa juga nyeri hilang timbul mbak datangnya” “skala 4” <b>O :</b> KU Klien Lemes berbaring di tempat tidur, Suara nafas Vesikuler, Vital Sign: TD 140/ 80. N : 88 x/m, S : 37,3 , RR : 24 x/m, Skala nyeri 4 <b>A :</b> - Pola nafas belum efektif - Nyeri sedang <b>P :</b> Lanjutkan Intervensi Keperawatan,1,2,	
	22.37	1.4 Memberiakan O2 Ep : 4 Lpm Via Nasal Kanul.		
	22.40	1.3Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan Ep : whz -, ronkhi –		
	22.43	1.9 Memonitor vital sign Ep : TD 170/90 mmHg, N 100x/menit, RR 26x/menit, T : 36,7°C		
	22.55	1.7 Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi Ep : tidak ada tanda hipoventilasi		
	23.10	1.5 Memonitor respirasi dan status O2 Ep : RR 26x/menit dan SpO2 97%		
	23.40	1.10 Memberikan Informasi pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas. Ep : klien mengikuti instruksi perawat		
		1.12 Berkolaborasi dengan TIM dokter untuk pemberian terapi selanjutnya.		
	23.55	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Ep : P : Nyeri dada, Q :		

		Seperti ditusuk-tusuk, R : 1.3,1.4, 1.5, 1.9, Dada kiri, S : skala 6, T: 2.1, 2.2, 2.7 Hilang timbul	
	23.59	2.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	
		Ep : Klien meringis	
	00.05	2.7 Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: relaksasi pijat punggung / back masage	
		Ep : Klien dan keluarga kooperatif	
	00.20	2.9 Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur	
		Ep : Klien dan keluarga kooperatif	
<b>Sabtu 02 Desember 2017</b>	07.10	1.1 Meposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Ep : Klien dalam posisi <i>semi fowler</i> / senyaman mungkin	<b>Sabtu, 02 Desember 2017, Pukul 16.30</b> <b>S</b> : “sudah lumayan mbak, tidak terlalu sesak” “Nyeri dada masih ada mbk hilang timbul datangnya” “tadi pas datang nyeri sudah dipijat sama anak saya” “skala 3”
	07.12	1.3Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan Ep : whz -, ronkhi -	
	07.17	1.4 Memberikan O2 Ep : 4 Lpm Via Nasal Kanul.	
	07.19	1.5 Memonitor respirasi dan status O2 Ep : RR 24x/menit dan SpO2 99%	
	07.23	1.9 Memonitor vital sign Ep : Vital Sign: TD 140/ 80. N : 88 x/m, S : 37,3 , RR : 24 x/m	<b>O</b> : KU Klien Lemes berbaring di tempat tidur, Suara nafas

	07.30	2.1	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	Vesikuler, Vital Sign: TD 140/ 90. N
			Ep : P : Nyeri dada, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Dada kiri, S : skala 3-4, T: Hilang timbul	: 80 x/m, S : 36,7 , RR : 24 x/m, skala nyeri 3. A : - Pola nafas
	07.38	2.2	Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	belum efektif - Nyeri ringan P : Lanjutkan
			Ep : Klien meringis	Intervensi
	07.40	2.7	Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: pijat punggung / <i>back masage</i>	Keperawatan,1,2, 1.3,1.4, 1.5, 1.9, 2.1, 2.2, 2.7
			Ep : klien dan keluarga kooperatif untuk belajar memijat	
Sabtu, 02 Desember 2017, Pukul	16.45	1.1	Meposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	Minggu, 03 Desember 2017, Pukul 13.30
			Ep : Klien dalam posisi <i>semi fowler</i> / senyaman mungkin	S : “sudah tidak sesak lagi mbk”
	16.47	1.3	Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	“ Pas nyerinya datang, anak saya sudah bisa mijat punggung saya mbak”
			Ep : whz -, ronkhi -	
	16.55	1.4	Memberiakan O2	
			Ep : 3 Lpm Via Nasal Kanul.	
	16.57	1.5	Memonitor respirasi dan status O2	“tidur rasanya lebih enak”
			Ep : RR 24x/menit dan SpO2 99%	“skala 2-3” O : KU Klien Lemes,
	17.00	1.9	Memonitor vital sign	Suara nafas
			Ep : Vital Sign: TD 140/ 90. N : 80 x/m, S : 36,7 , RR : 24 x/m	Vesikuler, Vital Sign: TD 130/ 90. N
	17.10	2.1	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	: 86 x/m, S : 36,9 , RR : 22 x/m, SpO2 :

---

Ep : P : Nyeri dada, Q : 99%, Klien sudah  
Seperti ditusuk-tusuk, R : tidak memakai O2,  
Dada kiri, S : skala 2-3, T: skala nyeri 2-3.  
Hilang timbul **A** : - Pola nafas

17.17 2.2 Mengobservasi reaksi efektif  
nonverbal dari - Nyeri ringan  
ketidaknyamanan **P** : Pertahankan  
Ep : Klien lebih tenang Intervensi

17.20 2.7 Mengajarkan tentang teknik Keperawatan : 1.5,  
non farmakologi: relaksasi 1.9, 2.1, 2.2, 2.7  
 pijat punggung / *back*  
*masage*

Ep : keluarga mampu  
mempraktekkan secara  
mandiri cara pijat punggung /  
*back massage*



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Analisis Profil**

Tempat lahan praktik dilakukan di instalasi gawat darurat RSUD AWS Samarinda, terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu dan sebagai Top Referral kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014 ([www.rsudaws.com](http://www.rsudaws.com)).

IGD RSUD AWS Samarinda adalah instalasi yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan rangkaian dari upaya penanggulangan penderita gawat darurat serta evakuasi medis selama 24 jam. Bentuk pelayanan utama berupa pelayanan penderita yang mengalami keadaan gawat darurat dan untuk selanjutnya dikoordinasikan dengan bagian atau unit lain yang sesuai dengan kasus penyakitnya. Pelayanan IGD RSUD AWS Samarinda bertujuan agar tercapainya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat yang optimal, terarah, terpadu dengan fokus utama adalah mencegah kematian dan kecacatan, serta melakukan sistem rujukan korban penanggulangan bencana.

Visi RSUD AWS Samarinda adalah sebagai pusat rujukan pelayanan gawat darurat yang terbaik di Provinsi Kalimantan Timur. Sedangkan misi dari RSUD AWS Samarinda adalah sebagai berikut :

1. Memberikan fungsi pelayanan prima kepada pasien gawat darurat sesuai dengan standard dan etika dengan tidak membedakan suku, agama, ras dan golongan.
2. Melaksanakan fungsi pendidikan, penelitian dan pengembangan dalam bidang keperawatan
3. Meningkatkan mutu secara berkesinambungan
4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai
5. Berperan aktif membina hubungan dengan masyarakat dan instansi yang ada dalam penanganan kegawat daruratan.

RSUD Abdul Wahab Sjahrane memiliki ruang Instalasi Gawat Darurat yang berkapasitas 36 tempat tidur. IGD Ini dilengkapi pula dengan 5 unit mobil ambulance yang terdiri dari 2 unit paramedis dan 3 unit transportasi.

IGD dikepalai oleh seorang kepala Instalasi Ruang IGD juga memiliki seorang kepala Ruangan, 14 dokter umum, 62 orang perawat dan 5 orang

bidan. Ruang pelayanan untuk melayani pasien IGD dibagi menjadi 7 ruangan yaitu pelayanan triage. Resusitasi, observasi pelayanan bedah, Non-Bedah, ruang dekontaminasi dan luka Bakar dan ruang minor. Pengambilan data di ruangan Bedah.

Adapun kasus yang menarik untuk dibahas adalah kasus pada Tn.S, berusia 49 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri dada sejak 2 hari yang lalu. Nyeri dada diikuti dengan perasaan sesak nafas. Dari hasil pemeriksaan dokter, Tn. S didiagnosa menderita penyakit CHF.

Dalam proses pemberian asuhan keperawatan selama 3 hari dari tanggal 01 Desember 2017 s/d 03 Desember 2017, yang menjadi fokus keperawatan adalah nyeri dada yang dirasakan Tn. S. Tetapi hal tersebut tidak mengesampingkan masalah keperawatan lain yang muncul sesuai dengan keluhan klien, contohnya perasaan sesak yang dialami klien.

## **B. Pembahasan Pengkajian**

Pada tahap pembahasan pengkajian ini penulis membandingkan antara teori pengkajian menurut Doengoes (2010) dengan data hasil pengkajian pada Tn. S dengan *Congestive heart failure* (CHF). Untuk memperoleh data tersebut, penulis melakukan pengkajian kepada pasien, keluarga, melakukan pemeriksaan fisik observasi serta dari mempelajari satus pasien.

Data yang dikaji sesuai dengan Data dasar pengkajian menurut Doengoes (2010), pengkajian pada klien dengan *Congestive heart failure* (CHF), yaitu meliputi identitas pasien, riwayat kesehatan pasien dan keluarga, pola kebiasaan sehari-hari.

Hasil pengkajian yang didapat pada kasus Tn.S Pada kasus nyata ditemukan tanda dan gejala yaitu, pasien mengeluh nyeri dada seperti ditusuk-tusuk skala 6 dengan waktu hilang timbul, pasien sesak nafas dengan RR 28x/menit, pasien mudah lelah dan pasien hanya beraktivitas di tempat tidur, edema pada kedua tungkai kaki.

Data yang sesuai dengan Doengoes (2010) tapi tidak muncul pada pasien Tn. S adalah keamanan kulit lecet, nyeri abdomen kanan, Kehilangan kekuatan tonus otot. Pada kasus nyata data-data tidak ditemukan.. Pada tahap pengkajian penulis tidak menemukan hambatan yang berarti dikarenakan pasien dan keluarga cukup kooperatif.

### C. Diagnosa keperawatan

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan pada kasus ini penulis menggunakan pendapat Doengoes (2010) sebagai dasar untuk perumusan diagnosis keperawatannya, penulis mengacu pada rumusan diagnosa NANDA (2015-2017). Menurut Doengoes (2010) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn.S dengan *Congestive heart failure* (CHF) ada 6 dan penulis juga menemukan 6 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn.S yaitu 4 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan pendapat Doengoes (2010) dan 2 diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan pendapat Dongoes (2010). Diagnosa keperawatan yang sesuai antara pendapat Doengoes (2010) dengan kasus adalah :

#### 1. Penurunan curah jantung

Menurut NANDA 2015-2017 penurunan curah jantung ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Penurunan curah jantung terjadi karena penurunan kontraktilitas mengacu pada perubahan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium. Diagnosa ini muncul karena padasaat pengkajian kepada pasien Tn.S. Penulis mendapatkan data-data yang menunjang untuk ditegakkanya diagnosa penurunan curah jantung. Pada saat perumusan diagnosa penulis mendapatkan data pada pasien Tn.S pasien mengatakan jika aktivitas mudah lelah.

#### 2. Ketidakefektifan pola nafas

Menurut NANDA 2015-2017 ketidakefektifan pola nafas adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat. Diagnosa di atas sesuai dengan Doengoes (2010). Diagnosa ini muncul karena pada saat pengkajian tanda-dan gejala pada Tn.S yaitu pasien mengatakan sesak napas.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak seimbang suplai dan kebutuhan oksigen. Menurut NANDA 2015-2017 intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Dan diagnosa ini muncul berdasarkan keluhan pasien yang mengatakan aktivitasnya terbatas dan penulis mendapatkan data sesuai dengan pendapat Doengoes (2010).

### 3. Kelebihan volume cairan

Menurut NANDA 2015-2017 kelebihan volume cairan yaitu peningkatan retensi cairan isotonik. Edema disebabkan oleh aliran darah yang keluar dari jantung melambat, sehingga darah yang kembali ke jantung melalui pembuluh darah terhambat. Hal tersebut mengakibatkan cairan menumpuk di jaringan. Kerusakan ginjal yang tidak mampu mengeluarkan natrium dan air juga menyebabkan retensi cairan dalam jaringan. Penumpukan cairan di jaringan ini dapat terlihat dari bengkak di kaki maupun pembesaran perut. Dan diagnosa ini muncul berdasarkan keluhan pasien yang mengatakan aktivitasnya terbatas dan penulis mendapatkan data sesuai dengan pendapat Doengoes (2010).

Diagnosa yang terdapat dalam Doengoes (2010) namun tidak ditemukan pada pasien Tn. S yaitu :

#### 1. Kurang pengetahuan

Menurut NANDA 2015-2017 kurang pengetahuan adalah tidak ada atau kurang informasi kognitif berhubungan dengan topik yang spesifik. Pada saat pengkajian pasien dan keluarga tidak menunjukkan adanya kurang pengetahuan. Dikarenakan pasien dan keluarga sudah sering mendapatkan informasi dari petugas kesehatan lain mengenai *Congestive heart failure* (CHF), sehingga pada saat penulis menanyakan pasien dan keluarga mampu menjawab dengan benar tanda dan gejala dari penyakit yang di alami pasien.

#### 2. Kerusakan pertukaran gas

Pada saat melakukan pengkajian pada pasien Tn.S menurut Brunner & Suddarth (2002) adalah ketidakmampuan hirup untuk bernafas yang terdiri atas nitrogen (78,62%) dengan oksigen (20,48%), dengan relik karbondioksida (0,04%), uap air (0,05%), helium, argon. Penulis tidak mendapatkan data-data dari tanda-tanda kerusakan pertukaran gas, sehingga penulis tidak bisa memunculkan diagnosa yang sama dengan teori.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus tetapi tidak sesuai pendapat Doengoes (2010) yaitu :

#### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis

Menurut NANDA 2015-2017 nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*interentional assosiation for the study of pain*), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir dapat diantisipasi atau diprediksi dengan berlangsung kurang dari 6 bulan. Dari data tersebut dan berdasarkan keluhan pasien, penulis memunculkan diagnosa nyeri akut, ini karena sesuai denngan tandadan gejala serta skala nyeri yang pasien rasakan.

## 2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif

Menurut NANDA 2015-2017 resiko infeksi adalah mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik. Resiko infeksi bisa terjadi karena adanya taraua pada kulit/tusukan yang disengaja atupun tidak disengaja dan memungkinkan mikroorganisme patologik masuk dan bisa menjadi infeksi. Pada saat penulis melakukan pengkajian kepasien, penulis melakukan pengkajian fisik dan observasi, dari tata tersebut yang muncul pasien mengtakan terpasang double lumen sudah 1 tahu dan terpasang IV. Sehingga penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu resiko infeksi dan sesuai dengan hasil observasi.

Faktor pendukung, saat dilakukan pengkajian dan observasi pasien dan keluarga kooperatif. Faktir penghambat tidak ada.

## D. Intervensi/perencanaan

Dalam kegiatan tahap perencanaan ini adalah penentuan prioritas masalah. Dalam penentuan prioritas, penulis menentukan berdasarkan teori Hirarki Maslow dan dan masalah yang mengancam jiwa pasien diprioritaskan terlebih dahulu. Penentuan prioritas dilakukan karenan tidak semua masalah dapat diatasi dalam waktu yang bersamaan. Perencanaan pada masing-masing diagnosa untuk tujuan disesuaikan dengan teori yang ada, dan lebih banyak melihat dari kondisi pasien, keadaan tempat/ruangan dan sumberdaya dari tim kesehatan. Pada penentuan kriterian waktu, penulis juga menetapkan berdasarkan kondisi pasien, ruangan sehingga penulis berharap tujuan yang sudah disusun dan telah ditetapkan dapat tercapai.

Adapun pembahasan perencanaan kepada pasien Tn.S dengan *Congestive heart failure* (CHF), sesuai prioritas diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan energi atau kelelahan, tujuan utamanya adalah pasien mampu mencapai Respiratory Status: Ventilation, perencanaan untuk diagnosa ini yang sesuai dan sudah dilakukan serta sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), yaitu tanda vital dalam rentan normal ( TD : 120/80 mmHg, Suhu : 36-37,5 °C, Nadi : 60-100x/menit, dan semua perencanaan sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: berikan terapi oksigen sesuai dengan petunjuk dokter, monitor aliran oksigen, tambahkan air oksigen jika habis, lakukan pengecekan jika oksigen habis dalam tabung, ganti oksigen serta tabung oksigen jika habis dan monitor TTV. Dari perencanaan yang telah di susun semua bisa terlaksana.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis, tujuan utama dari diagnosa ini adalah diharapkan pasien mampu mencapai Pain Level, perencanaan untuk diagnosa ini sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktorpresipitas , observasi rekasi non verbal dari ketidaknyamanan, ajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam), ajurkan untuk meningkatkan istirahat, kolaborasi pemberian analgetik denga dokter. Dari perncanaan ada 1 yang tidak bisa dilaksanakan yaitu kolaborasi pemberian analgetik.

#### **E. Implementasi/pelaksanaan**

Pada tahap pelaksanaan ini, pada dasarnya disesuaikan dengan susunan perencanaan , dengan maksud agar semua kebutuhan pasien dapat terpenuhi secara optimal. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, penulis melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien . dalam pelaksanaan penulis juga melakukan tindakan secara mandiri, melakukan kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini penulis mengalami faktor penghambat, dokter yang menangani pasien Tn.S sulit

dicari dan untuk melakukan konsultasi. Faktor pendukung pasien, keluarga dan tim kesehatan lain mudah untuk dilakukan kerjasama. Dalam hal hubungan baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan lain mempermudah untuk penyembuhan pasien. Adapun pembahasan pelaksanaan dari masing-masing diagnosa yang telah tersusun adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan energi atau kelelahan. Perencanaan dari diagnosa prioritas ini sudah sesuai dengan teori *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC) . Diagnosa ini diambil dari NANDA (2015-2017) dengan NIC antara lain Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Lakukan fisioterapi dada jika perlu, Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, Berikan O<sub>2</sub>, Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>, Pertahankan jalan nafas yang paten, Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi, Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi, Monitor vital sign, Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas., Monitor pola nafas, Kaloraborasi dengan TIM dokter untuk pemberian trapi selanjutnya Memberikan terapi oksigen sesuai dengan petunjuk dokter. Dari rencana tindakan diatas semua bisa dilaksanakan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis. Perencanaan dari diagnosa prioritas ini sudah sesuai dengan teori *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Diagnosa ini diambil dari NANDA (2015-2017) dengan NIC antara lain Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor presipitasi nyeri, Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin, Kaloraborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri, Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang danantisipasi ketidaknyamanan dari prosedur, Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.

Dari perencanaan ada yang tidak dapat penulis implementasikan yaitu kolaborasi pemberian analgetik, dikarenakan pasien mengalami nyeri tidak lama dan bisa teratasi.

## **F. Evaluasi**

Pada evaluasi penulis mengukur tindakan yang telah dilaksanakan dalam memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi disesuaikan dengan kriteria penilaian yang telah ditetapkan dan waktu yang telah ditentukan pada tujuan keperawatan. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya. (Nursalam, 2011).

Adapun evaluasi hasil dari masing-masing diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan energi atau kelelahan

Evaluasi terakhir dilakukan pada hari Kamis tanggal Minggu, 03 Desember 2017, Pukul 13.30 WITA sesuai dengan tujuan dan kriteria waktu yang telah ditentukan sehingga tujuan tercapai sebagian dapat dikatakan dengan indikator tanda vital dalam rentang normal ( TD : 130/90 mmHg, Suhu : 36-37,5 °C, Nadi : 60-100x/menit dan tidak ada suara nafas tambahan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis.

Evaluasi terakhir dilakukan pada hari Selasa tanggal Minggu, 03 Desember 2017, Pukul 13.40 WITA didapatkan tujuan tercapai dengan indikator Mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali nyeri (skala, frekuensi, intensitas dan durasi) dan menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang skala menjadi 2-3.

## **G. Dokumentasi**

Penulis melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien Tn.S dalam studi kasus ini penulis telah mendokumentasikan secara lengkap mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi lembar catatan perkembangan yang ada pada status pasien dan dengan dan pada format yang telah disediakan dari akademik menggunakan model "SOAP" pada

setiap pergantian shift yang berfungsi untuk komunikasi dengan perawat lainnya. Pendokumentasian dilaksanakan selama proses keperawatan pada pasien yaitu 3 x 8 jam.

#### H. Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan

Penulis memberikan motivasi pada pasien agar selalu melakukan relaksasi dengan cara *back massage* / pijat punggung untuk mengurangi nyeri dada serta menormalkan laju pernafasan dan telah dilakukan implementasi selama 3kali pertemuan dan terbukti menurunkan sesak nafas dan nyeri pasien saat beraktivitas (kekamar mandi) selama di rumah sakit.

Asuhan Keperawatan kepada pasien CHF ini mempunyai beberapa kendala. Kendala yang dihadapi menuntut mahasiswa mencari alternative solusi untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Adanya alternative pemecahan masalah ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah keperawatan dengan efektif. Tindakan yang sudah di coba pengaplikasian *back massage* / pijat punggung mempunyai kendala dimana perawat tidak selalu dapat mendampingi pasien ketika mengaplikasikan tindakan Relaksasi *back massage* / pijat punggung. Akan tetapi hal ini tidak menjadi masalah serius, karena telah dilakukan penjelasan kepada keluarga dan pasien untuk memotivasi dan meningkatkan keluarga dan pasien melakukan tindakan tersebut pada saat klien sesak nafas dan nyeri kambuh lagi. Selain itu dengan di berikannya penjelasan mengenai manfaat tindakan memudahkan pasien menerima dan menimbulkan keinginan pasien untuk mengikuti intervensi tersebut.

Penulis memberikan alternative pada pasien dengan memberikan terapi relaksasi *back massage* / pijat punggung. Dalam konsep keperawatan, pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan dan nyeri dapat menggunakan penatalaksanaan dengan penerapan non farmakologi, salah satunya teknik relaksasi. teknik relaksasi pijat punggung menunjukkan dapat menurunkan tingkat kecemasan, menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kenyamanan pada pasien gagal jantung. Pijat punggung dapat mengatasi kecemasan dan nyeri, menormalkan laju pernafasan, menaikkan SpO<sub>2</sub>, serta menurunkan tekanan darah tanpa membutuhkan banyak energi. Berdasarkan hal tersebut, maka pijat punggung dapat berpotensi efektif menurunkan kelelahan pada pasien gagal jantung. Pijat

punggung dapat menstimulasi reseptor parasimpatis di area punggung secara langsung sehingga pasien merasa rileks. Selain itu, dengan adanya relaksasi maka pembuluh darah diharapkan dapat dilatasi yang berimplikasi pada menurunnya resistensi perifer yang secara langsung akan menurunkan beban kerja jantung. Dilatasi pembuluh darah terjadi akibat sekresi agen vasoaktif yang jumlahnya akan meningkat jika tubuh berada pada kondisi relaksasi.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengelolaan kasus keperawatan pada Tn. S dengan masalah nyeri akut di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, didapatkan suatu kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari pengkajian yang telah dilakukan bahwa Tn. S merupakan pasien CHF, hari ke 1 pasien mengaelah sesak nafas dan nyeri dada, terasa seperti tertusuk-tusuk skala 6 dan hilang timbul.
2. Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada Tn. S adalah Nyeri Akut.
3. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan NIC dan NOC dimana intervensi yang disusun untuk mengatasi masalah nyeri akut adalah dengan pain level management yang meliputi pengkajian kualitas nyeri pasien (PQRST), monitoring tanda-tanda vital, memberikan terapi pijat punggung, memberikan posisi nyaman dan kolaborasi dalam pemberian analgesik.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah lebih berfokus pada monitoring kualitas nyeri dengan menggunakan terapi relaksasi *back massage* / pijat punggung.
5. Evaluasi menggunakan metode SOAP dimana pada hari ketiga masalah nyeri akut teratasi yang ditandai dengan sudah menurunnya skala nyeri dari 6 menjadi 2-3 dan tanda-tanda vital dalam rentang normal. Sehingga dapat disimpulkan bahwa aplikasi *back massage* / pijat punggung dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien CHF.

#### B. Saran

1. Laporan Akhir Stase Peminatan Ners ini dapat digunakan oleh perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien CHF sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dan perbaikan kondisi pasien. Perawat juga dapat memberikan alternatif intervensi, yaitu relaksasi pijat punggung untuk dimasukkan kedalam diagnosa ketidakefektifan pola nafas dan nyeri dada pada pasien CHF.

2. Dalam hal pemberian asuhan keperawatan, perawat hendaknya lebih meningkatkan intervensi berupa program penatalaksanaan untuk perawatan di rumah terutama mengenai kegiatan sehari-hari agar tidak terjadi sesak nafas dan nyeri yang mengganggu aktivitas pasien.
3. Sebelum pemberian terapi inovasi nonfarmakologi terapi relaksasi (*back massage*) sebaiknya dilakukan oleh perawat yang telah terlatih atau mengikuti pelatihan tentang *massage* demi keamanan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

Andarmoyo, S. (2013). *"Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri"*. Yogyakarta : Ar-Ruzz

Chen et al (2013). *"Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure"*. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine

Dalimartha (2008). *"Care Your Self Hipertensi"*. Jakarta : Penebar Plus

Doengoes (2010). *"Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien"*. EGC: Jakarta.

Ikedo et al (2007). *"The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery"* Complement Ther Clin Pract

Kaplan (2010). *"Sinopsis Psikiatri, Jilid 2 (Dr. Widjaja Kusuma, Trans"*. Tangerang : Binarupa Aksara.

Mubarak, Wahid Iqbal dan Nurul Chayatin. (2007). *"Buku Ajar: Kebutuhan. Dasar Manusia"*. Jakarta : EGC.

Muttaqin, Arif. (2014). *"Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler"*. Jakarta : Salemba Medika.

Nanda. (2015). *Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda Definisi dan Klasifikasi 2015 - 2017 edisi 10*. Editor : T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI dan Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI. Jakarta : EGC

Nursalam (2011). *"Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek"*. Jakarta : Salemba Medika.

Padila (2012). *"Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah"* Yogyakarta : Nuha Medika

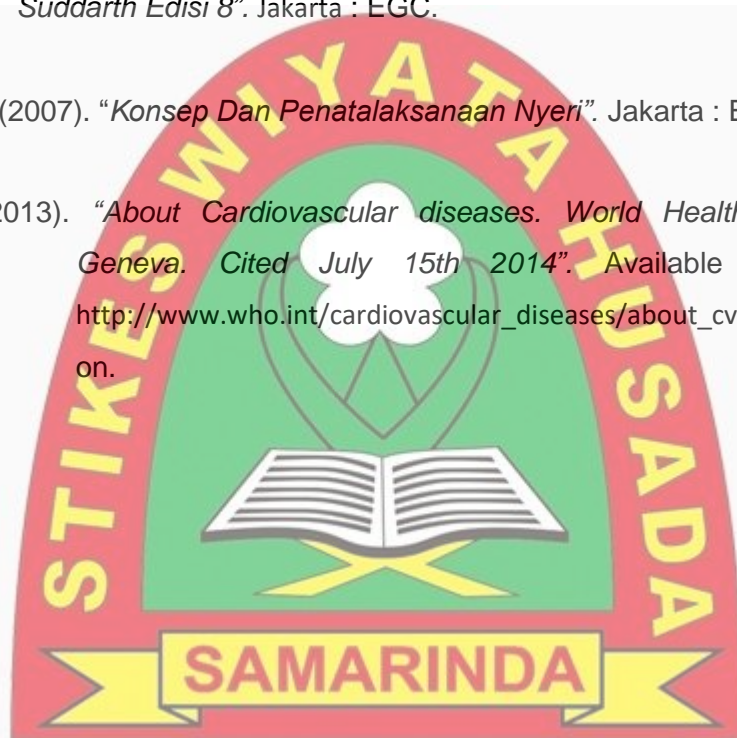
Potter dan Perry. (2010). *"Fundamental keperawatan buku 3. Edisi 7"*. Jakarta : Salemba Medika

Price.(2012). *Pathophysiology: Clinical Concepts Of Disease Process*. Jakarta

Smeltzer & Bare (2013). *"Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Bruner & Suddarth Edisi 8"*. Jakarta : EGC.

Tamsuri (2007). *"Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri"*. Jakarta : EGC

WHO (2013). *"About Cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva. Cited July 15th 2014"*. Available from URL : [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd\\_en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd_en/) accessed on.



# LAMPIRAN



## Standard Operasional Prosedur (SOP)

### Back Massage

#### Persiapan Alat :

1. Selimut
2. Lotion
3. Handuk

No	Aspek yang dinilai
<b>Preinteraksi</b>	
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</b>	
5	Beri salam dan panggil klien dengan namanya
6	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga
<b>Tahap Kerja</b>	
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 klien
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
15	Atur klien dalam posisi duduk
16	Tutup bagian tubuh yang lain dengan memakai selimut
17	Letakkan handuk di bawah punggung klien
18	Tuangkan lotion secukupnya di tangan
19	Tuangkan lotion di punggung klien
20	Mulai massage dengan gerakan menekan dan membelai ( <i>ef-fleurage</i> ) dari sakralis sampai servikal (2 menit) sambil evaluasi perasaan klien apabila terlalu kuat
21	Ubah gerakan dengan menggunakan adonan ( <i>petrissage</i> ) dari sakralis sampai servikal (2 menit)
22	Ubah gerakan dengan gerakan gosok dengan goresan pendek dari sakralis sampai servikal (2 menit)
23	Ubah gerakan dengan gerakan mengetuk ( <i>perkusi</i> ) dari sakralis sampai servikal (2 menit)
24	Ubahlah gerakan menjadi gerakan menggosok dengan goresan panjang ( <i>friction</i> ) dari sakralis sampai servikal (2 menit)
25	Katakan pada klien bahwa anda akan mengakhiri massagenya
26	Bersihkan punggung dengan handuk
27	Bantu klien memakai bajunya kembali dan mencapai posisi yang nyaman
<b>Terminasi</b>	
29	Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)
30	Simpulkan hasil kegiatan
31	Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
32	Bereskan alat-alat
33	Cuci tangan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Catat hasil kegiatan dalam catatan keperawatan
--

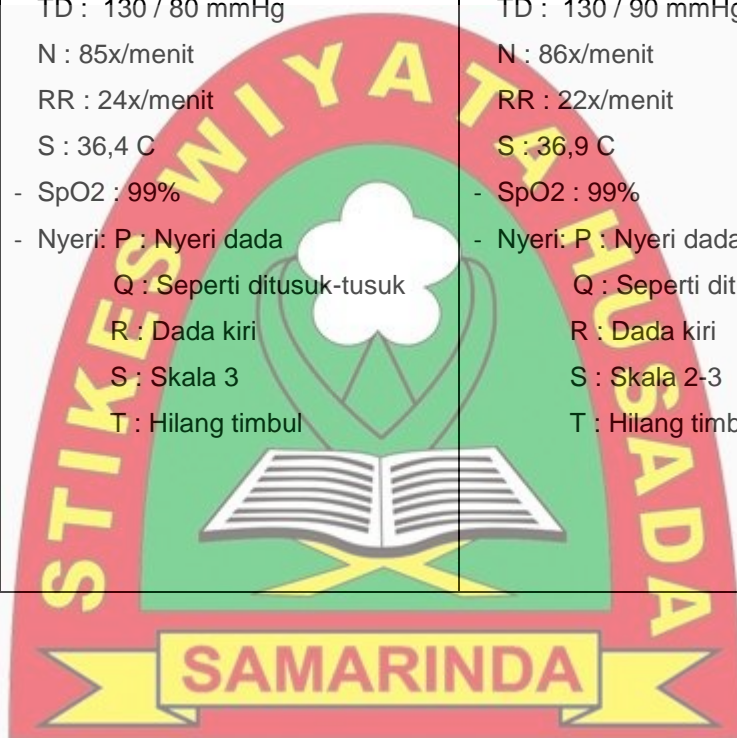


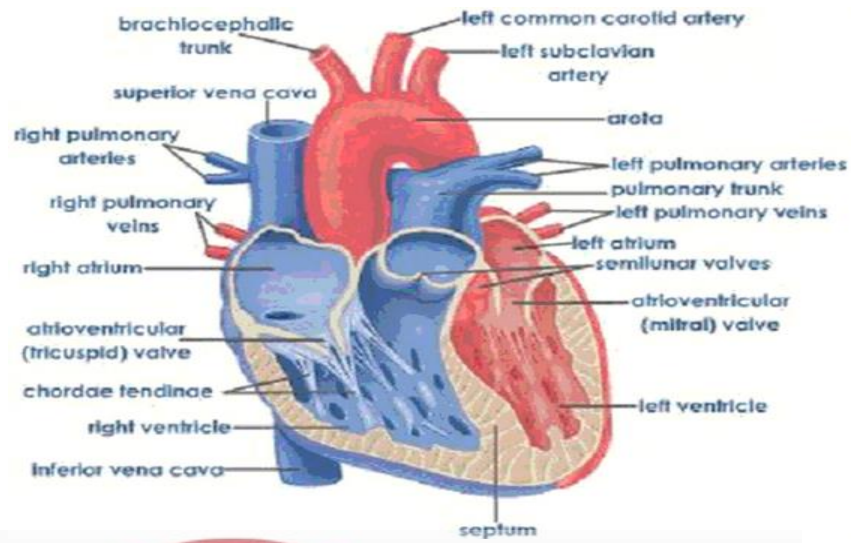
## LEMBAR OBSERVASI DAN EVALUASI

Tempat	Pre	Post
IGD	Jumat / 01 Desember 2017 <i>Pukul : (22.27 wita)</i>  <b>Subyektif :</b> - “dada saya nyeri mbak” - “sesak”  <b>Obyektif :</b> - TTV TD : 170 / 90 mmHg N : 103x/menit RR : 28x/menit S : 36, 7 C - SpO2 : 97% - Nyeri: P : Nyeri dada Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Dada kiri S : Skala 6 T : Hilang timbul	Jumat / 01 Desember 2017 <i>Pukul : (23.20 wita)</i>  <b>Subyektif :</b> - “masih nyeri mbak, Cuma agak berkurang, sesaknya juga mulai berkurang mbak”  <b>Obyektif :</b> - TTV TD : 150 / 90 mmHg N : 89x/menit RR : 26x/menit S : 36, 8 C - SpO2 : 98% - Nyeri: P : Nyeri dada Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Dada kiri S : Skala 4 T : Hilang timbul
Seruni	<i>(evaluasi pindah ruangan)</i>	Sabtu / 02 Desember 2017 <i>Pukul : (07.00 wita)</i>  <b>Subyektif :</b> - “sesak saya sedikit berkurang, tidak seperti awal datang tadi malam, tapi tetap saja masih terasa sesak mbk” - “semalam tidur saya lumayan enak habis dipijet mbk”

		<p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> <li>TD : 140 / 80 mmHg</li> <li>N : 88x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> <li>S : 37, 3 C</li> <li>- SpO2 : 99%</li> <li>- Nyeri: P : Nyeri dada <ul style="list-style-type: none"> <li>Q : Seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : Dada kiri</li> <li>S : Skala 4</li> <li>T : Hilang timbul</li> </ul> </li> </ul>
Seruni	<p>Sabtu / 02 Desember 2017 Pukul : (07.00 wita)</p> <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “sesak saya sedikit berkurang, tidak seperti awal datang tadi malam, tapi tetap saja masih terasa sesak mbk”</li> <li>- “semalam tidur saya lumayan enak habis dipijet mbk”</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> <li>TD : 140 / 80 mmHg</li> <li>N : 88x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> <li>S : 37, 3 C</li> <li>- SpO2 : 99%</li> <li>- Nyeri: P : Nyeri dada <ul style="list-style-type: none"> <li>Q : Seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : Dada kiri</li> <li>S : Skala 4</li> <li>T : Hilang timbul</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sabtu / 02 Desember 2017 Pukul : (16.35 wita)</p> <p><b>Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nyeri dada masih ada mbk hilang timbul datangnya”</li> <li>- “tadi pas datang nyeri sudah dipijat sama anak saya”</li> <li>- “sesak sudah lumayan berkurang”</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> <li>TD : 130 / 80 mmHg</li> <li>N : 85x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> <li>S : 36,4 C</li> <li>- SpO2 : 99%</li> <li>- Nyeri: P : Nyeri dada <ul style="list-style-type: none"> <li>Q : Seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : Dada kiri</li> <li>S : Skala 3</li> <li>T : Hilang timbul</li> </ul> </li> </ul>
Seruni	<p>Sabtu / 02 Desember 2017 Pukul : (16.55 wita)</p>	<p>Minggu / 03 Desember 2017 Pukul : (13.40)</p>

<p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ Nyeri dada masih ada mbk hilang timbul datangnya”</li> <li>- “tadi pas datang nyeri sudah dipijat sama anak saya”</li> <li>- “sesak sudah lumayan berkurang”</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> <li>TD : 130 / 80 mmHg</li> <li>N : 85x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> <li>S : 36,4 C</li> <li>- SpO2 : 99%</li> <li>- Nyeri: P : Nyeri dada Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Dada kiri S : Skala 3 T : Hilang timbul</li> </ul>	<p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “sudah tidak sesak lagi mbk”</li> <li>- “ Pas nyerinya datang, anak saya sudah bisa mijat punggung saya mbak”</li> <li>- “tidur rasanya lebih enak”</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> <li>TD : 130 / 90 mmHg</li> <li>N : 86x/menit</li> <li>RR : 22x/menit</li> <li>S : 36,9 C</li> <li>- SpO2 : 99%</li> <li>- Nyeri: P : Nyeri dada Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Dada kiri S : Skala 2-3 T : Hilang timbul</li> </ul>
---	--

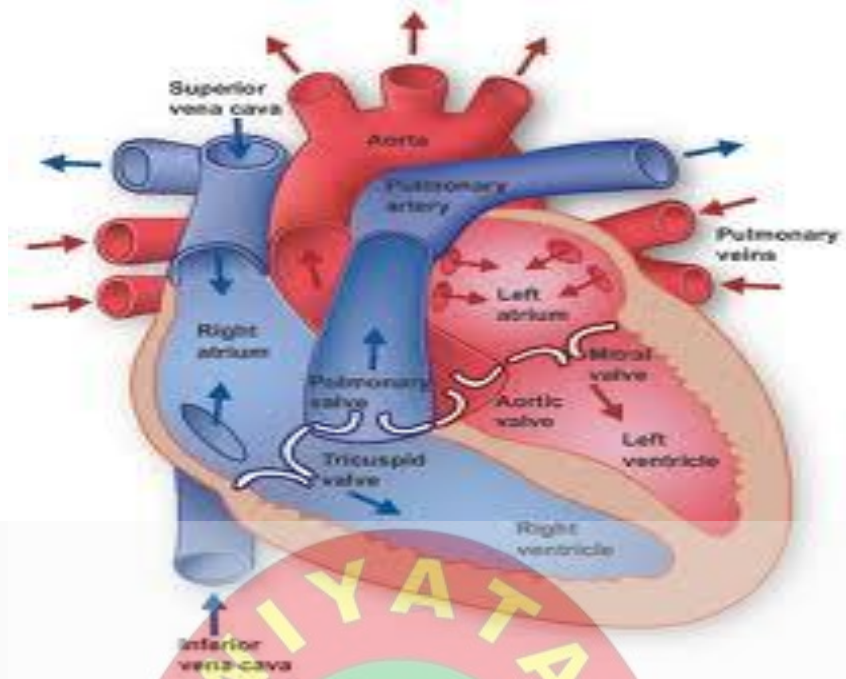




Gambar 1. Anatomi Jantung



Gambar 2. Ruang Jantung



Gambar 3. Katup pada Jantung

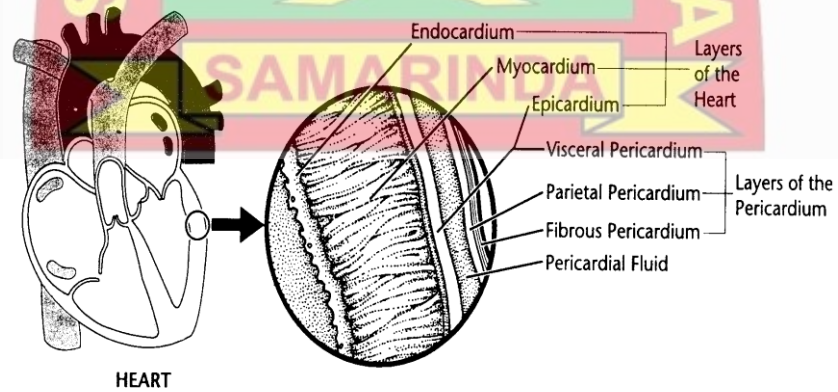
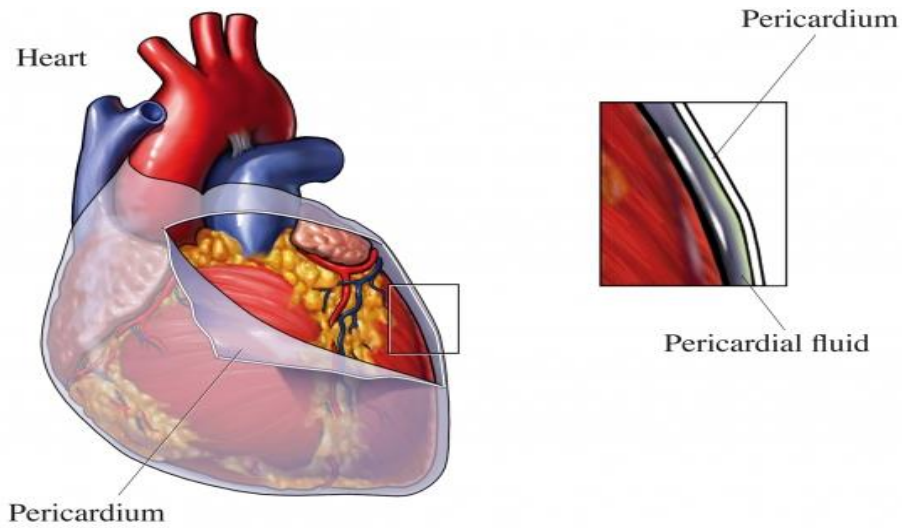
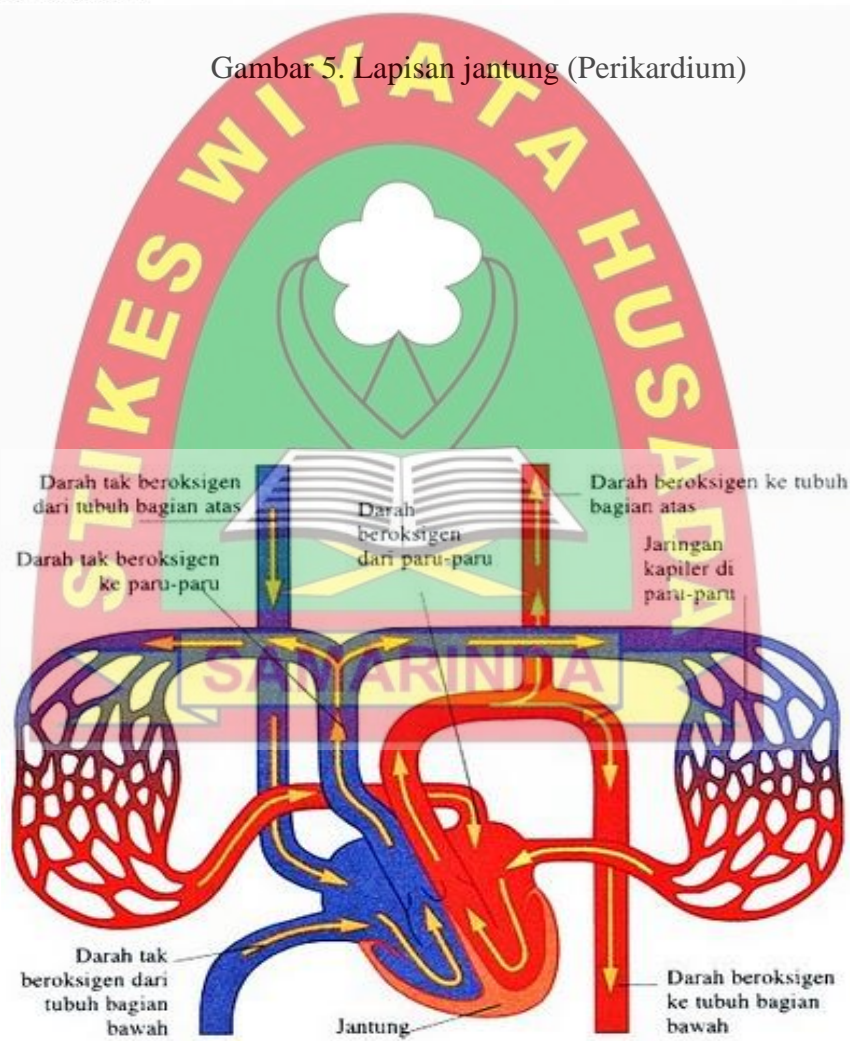


Figure 1B: The Pericardium and the Layers of the Heart

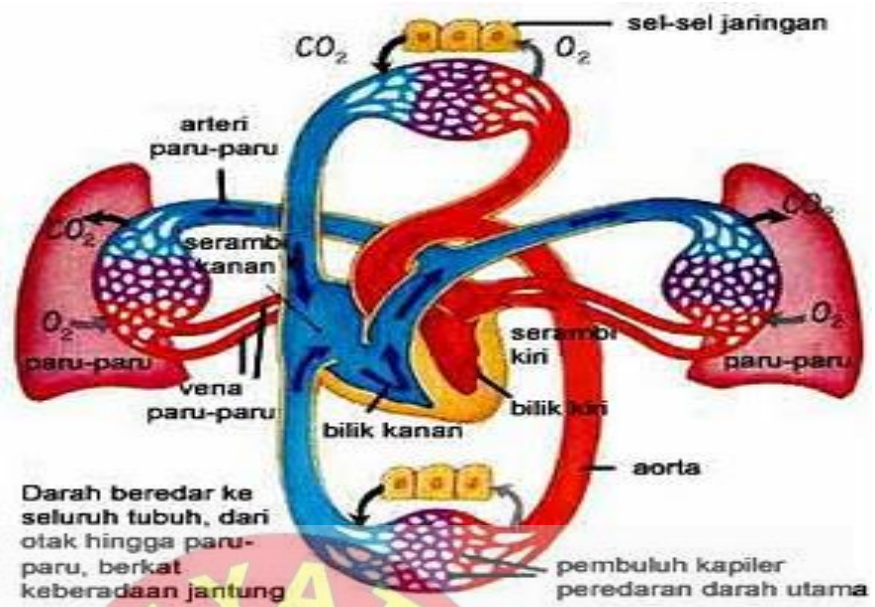
Gambar 4. Lapisan jantung



Gambar 5. Lapisan jantung (Perikardium)

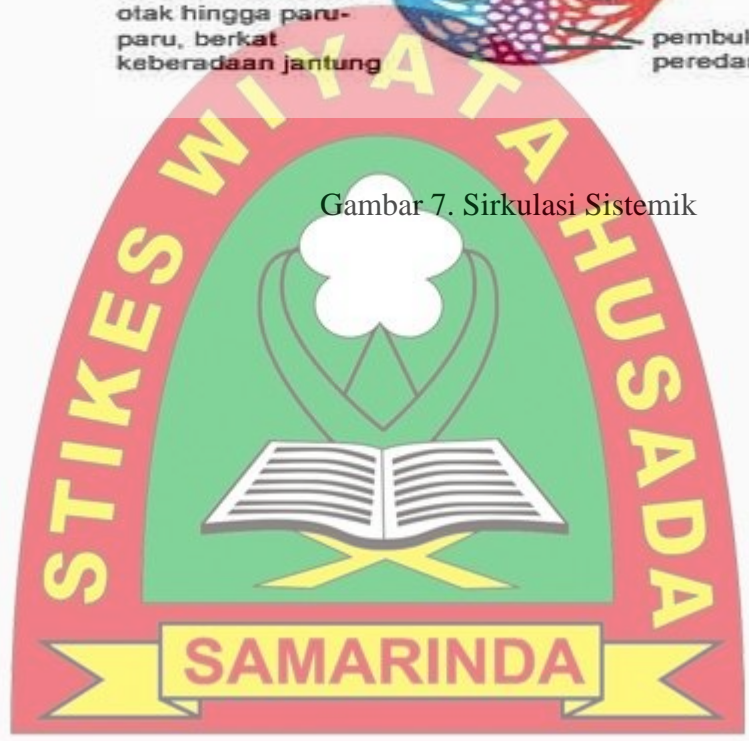


Gambar 6. Sirkulasi Paru



Darah beredar ke seluruh tubuh, dari otak hingga paru-paru, berkat keberadaan jantung

Gambar 7. Sirkulasi Sistemik



## Hasil Pemeriksaan Laboratorium

### PEMERIKSAAN KIMIA DARAH

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Glukosa Sewaktu	219 mg/dl	50 – 150 mg/dl
Ureum	130,2 mg/dl	10 – 40 mg/dl
Creatinin	5,9 mg/dl	0,5 – 1, 8 mg/dl
Natrium	139 mmol/L	135 – 155 mmol/l
Kalium	4,7 mmol/L	3,6 – 5,5 mmol/L
Chloride	106 mmol/L	95 – 108 mmol/L
Leukosit	7,55	4,80-10,80
Eritrosit	2,35	4,70-6,10
Hemoglobin	6,6	14,0-18,0
Hemotokrit	19,7	37,0-54,0
MCV	83,7	81,0-99,0
MCH	28,3	27,0-31,0
MCHC	33,8	33,0-37,0
PLT	282	150-450
RDW-SD	55,1	35,0-47,0
RDW-CV	18,2	11,5-14,5
PDW	15,6	9,0-13,0
MPV	8,7	7,2-11,1
P-LCR	18	15-25
PCT	0,25	0,15-7,0
Neutrofil#	4,8	1,5-7,0

Neutrofil%	64	40-74
Limfosit#	1,29	1,00-3,70
Limfosit%	17	19-48
Monosit#	0,53	0,16-100
Monosit%	7	3-9
Eosinofil#	0,84	0,00-0,80
Eosinofil%	11	0-7
Basofil#	0,1	0,0-0,2
Basofil%	1	0-1

