

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Acute Decompensated Heart Failure* (ADHF)

1. Pengertian

Acute Decompensated Heart Failure (ADHF) merupakan terminologi yang menunjukkan sebuah perubahan dan kejadian yang cepat dari tanda dan gejala gagal jantung yang dapat mengancam kehidupan seseorang dan harus segera ditangani (Miranda et al., 2022). ADHF merupakan sebuah gangguan yang dapat muncul menjadi masalah baru tanpa adanya riwayat penyakit jantung, namun dapat juga merupakan akibat dari riwayat pernah mengalami gangguan dekomposisi dari penyakit *Chronic Heart Failure* (gagal jantung kronik) (Kusuma and Kurniawan, 2020).

2. Etiologi

Menurut Bachrudin and Najib (2016) mengemukakan beberapa etiologi gagal jantung antara lain:

a. Kelainan otot jantung

Kelainan otot jantung akan mengakibatkan kemampuan jantung sulit untuk memompa atau kontraktilitas jantung akan mengalami penurunan.

b. Ateroklerosis

Ateroklerosis atau sumbatan coroner membuat miokardium mengalami disfungsi akibat terganggunya aliran darah menuju ke otot.

Hal ini bisa terjadi lebih dahulu sebelum terjadi gagal jantung sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif

Peradangan berkaitan dengan gagal jantung dikarenakan peradangan secara langsung merusak serabut jantung sehingga membuat kemampuan pompa dari jantung menurun.

d. Faktor sistemik

Dapat berperan terhadap proses berkembangnya gangguan jantung seperti peningkatan metabolisme seperti demam, sesak napas, dan anemia. Dimana anemia membutuhkan curah jantung yang meningkat agar terpenuhinya oksigen yang dibutuhkan.

3. Manifestasi Klinis

Beberapa tanda dan gejala pada ADHF menurut Kobo dalam Kusuma and Kurniawan (2020) adalah sebagai berikut :

- a. Sesak napas
- b. Nyeri dada
- c. Batuk
- d. Kelelahan
- e. Bengkak pada kaki
- f. Dispnea, orthopnea, tachypnea
- g. Hemoptisis
- h. Takikardia
- i. Hipotensi
- j. oliguri

4. Komplikasi

Menurut Kusuma and Kurniawan (2020) beberapa komplikasi yang dapat timbul akibat *Acute Decompensated Heart Failure* (ADHF) adalah sebagai berikut :

- a. Edema trombolitik : merupakan sirkulasi yang terganggu sehingga dapat menyebabkan terbentuknya trombus pada pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah dalam tubuh.
- b. Efusi perikardial dan tamponade jantung : ketika cairan masuk ke dalam perikardium dan mengakibatkan perikardium mengalami pelebaran sampai pada ukuran maksimal.

Menurut Hariyanto and Sulistyowati (2015) komplikasi dari ADHF adalah sebagai berikut :

- a. Edema Paru
- b. Syok Kardiogenik
- c. Asites
- d. Hepatomegali
- e. Hidrotorakas

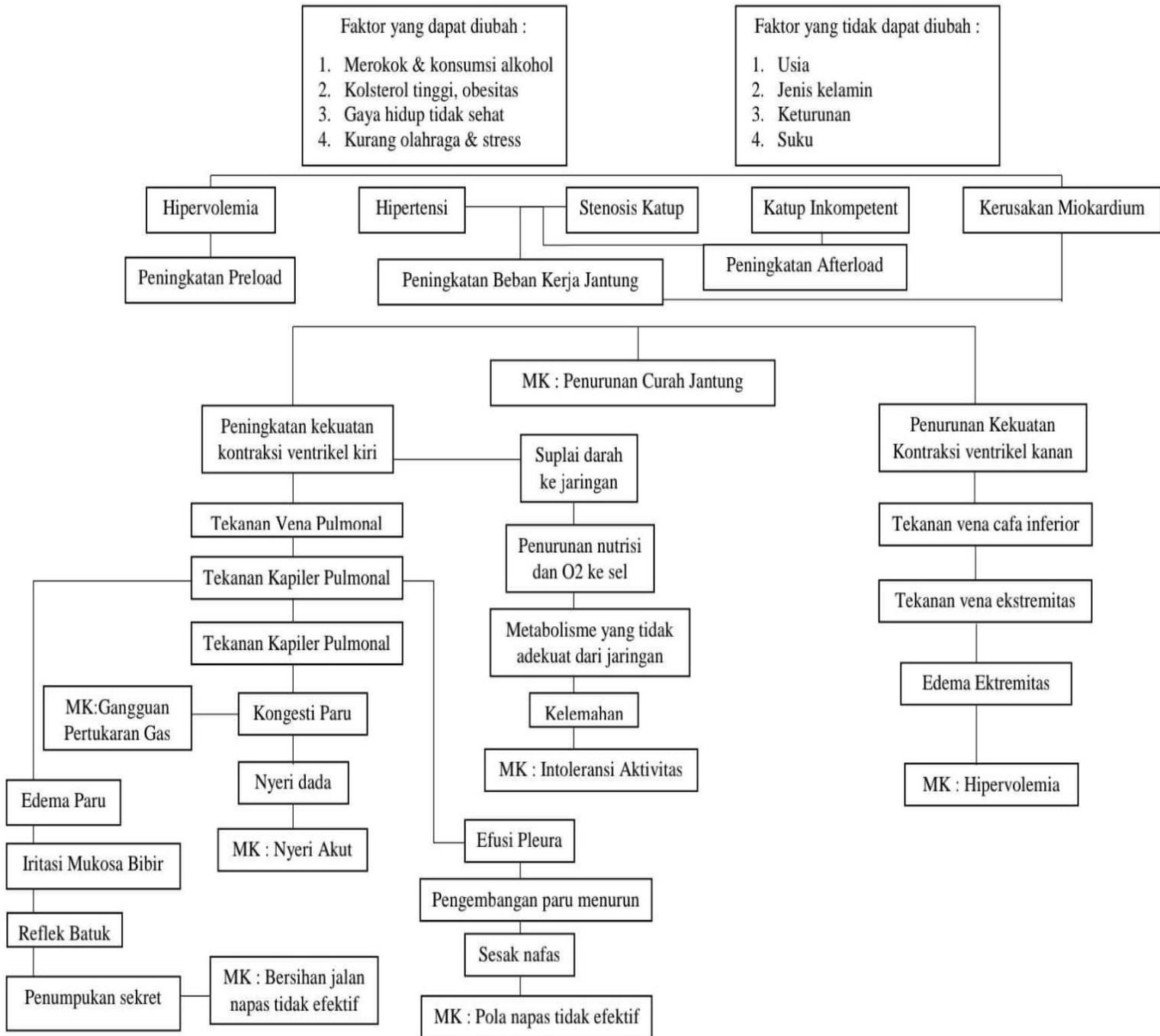
5. Patofisiologi

ADHF adalah proses yang beragam mulai dari pasien dengan edema paru ringan hingga syok kardiogenik. Pasien dengan edema paru tampak relatif baik yaitu hanya dengan kebutuhan O₂ minimal, dan kelebihan volume. Saat dekomposisi memburuk, fungsi ventrikel kiri (LV) menurun sementara tonus simpatis meningkat menyebabkan pasien mengalami stadium ekstremis progresif yang ditandai dengan hipoksemia

berat dan hipertensi. Subset pasien gagal jantung yang sakit kritis, hipoksemia, dan hipertensi ini adalah edema paru akut. (Hickey and Meyers, 2019)

ADHF dapat muncul pada organ yang sebelumnya menderita gagal jantung atau belum pernah mengalami gagal jantung, etiologi ADHF dapat bersumber dari kardiovaskuler maupun non kardiovaskuler, etiologi ini beserta dengan faktor presipitasi lainnya akan menimbulkan kelainan atau kerusakan pada jantung akibat oleh proses iskemia miokard atau hipertropi remodeling otot jantung atau kerusakan katup jantung yang dapat menyebabkan disfungsi ventrikel sehingga terjadi gangguan preload maupun afterload sehingga menurunkan curah jantung. Bila curah jantung menurun, maka tubuh akan mengeluarkan mekanisme ini melibatkan sistem adrenalin renin angiotensin dan aldosteron sehingga terjadi peningkatan tekanan darah akibat vasokonstriksi arteriolar dan retensi natrium dan air. Jika jantung telah melewati batas kompensasi, maka akan menyebabkan terdekompensasi jantung dan terganggunya ventrikel sehingga pasien akan mengalami ADHF atau gagal jantung akut dekompensasi.

6. Pathway (Aspiani, 2015)



7. Penatalaksanaan

Menurut Aspiani (2015) beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah :

a. Non Farmakologis

- 1) Memberikan oksigen atau menurunkan konsumsi jumlah oksigen dengan cara istirahat atau pembatasan aktivitas untuk meningkatkan oksigenasi
- 2) Untuk menurunkan odema dilakukan diet dengan pembatasan natrium (< 4 gr per hari)
- 3) Menghentikan pengobatan yang memperparah seperti obat nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) dikarenakan efek prostaglandin pada ginjal yang membuat retensi air dan natrium
- 4) Pembatasan cairan (\pm 1200-1500 cc/hari)
- 5) Olahraga secara teratur

b. Farmakologis

1) *First Line Drugs* : Diuretic

Tujuan pemberiannya untuk mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal jenis obatnya yaitu thiazide diuretic untuk gagal jantung sedang, loop diuretic, metolazon, kalsium sparing diuretic

2) *Second Line Drugs* : ACE Inhibitor

Tujuan pemberiannya untuk membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung jenis obatnya yaitu digoxin, hidralazin, isobarbide, calsium chanel dan beta blocker.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana gagal jantung telah mengganggu fungsi-fungsi organ lain seperti : hati, ginjal dan lain-lain. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah cek ureum darah dan SGOT.

B. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah merupakan keluhan yang perlu untuk ditangani secara tepat. Nyeri merupakan sesuatu yang dirasakan secara sensorik dan emosi yang membuat penderitanya merasakan ketidaknyamanan diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara nyata maupun tersembunyi (Sinardja 2022).

b. Fase Pengalaman Nyeri

Menurut Meinhart and McCaffery (1983) dalam Andarmoyo (2013) Fase pengalaman nyeri dibedakan menjadi 3 yaitu :

1) Fase Antisipasi

Fase antisipasi terjadi sebelum nyeri diterima. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut.

2) Fase Sensasi

Fase ini terjadi ketika klien merasakan nyeri, karena nyeri bersifat subjektif maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga

berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri pada tiap orang juga berbeda-beda. Kadar *endorfin* berbeda pada tiap individu, seseorang dengan kadar endorfin yang tinggi akan sedikit saja merasakan nyeri sedangkan seseorang dengan kadar endorfin yang sedikit akan merasakan nyeri yang lebih besar. Klien bisa mengungkapkan rasa nyeri dengan berbagai cara, mulai dari ekspresi wajahm vokalisasi, dan gerakan tubuh. Ekspresi yang ditunjukkan yang digunakan oleh perawat untuk mengenali pola perilaku yang menunjukkan nyeri.

3) Fase Akibat/Aftermath

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini klien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis sehingga memungkinkan klien mengalami gejala sisa pascanyeri.

c. Efek Nyeri

Menurut (Andarmoyo 2013) efek nyeri dapat menyebabkan kejadian ketidaknyamanan yang dalam perkembangannya akan memengaruhi berbagai komponen dalam tubuh. Efek nyeri dapat berpengaruh terhadap fisik, perilaku, dan pengaruhnya pada aktivitas sehari-hari.

Menurut penelitian dari Ismoyowati et al. (2021) menyatakan bahwa penumpukan zat beracun pada pembuluh darah menyebabkan aterosklerosis sehingga terjadinya plak yang menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah terutama dikoronaria akibatnya aliran darah koroner tidak adekuat dapat terjadi iskemia miokard dimana penurunan perfusi

jantung yang berakibat pada penurunan intake oksigen dan akumulasi hasil merabolisme senyawa kimia sehingga sel-sel miokard mengkompensasikan dengan berespirasi anaerob yang mengakibatkan produksi asam laktat menyebabkan pH sel menurun, perubahan metabolisme sel-sel miokard inilah yang menstimulasi reseptor nyeri melalui *sympathetic afferent* di area korteks sensori primer inilah proses terjadinya nyeri dada.

d. Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya yaitu :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah intervensi segera dan efektif, dengan berbagai intensitas (mulai dari ringan sampai parah), dan berlangsung dalam waktu singkat, digambarkan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa hari sampai enam bulan. Nyeri akut berfungsi sebagai tanda akan suatu penyakit atau cedera yang akan dialami, nyeri akut akan tidak dirasakan lagi atau menghilang dengan sendirinya dengan pengobatan pada daerah yang telah terjadi gangguan.

Nyeri akan mengakibatkan atau timbulnya sebuah respon dari tubuh seperti peningkatan tekanan darah, denyut jantung yang meningkat dan respirasi meningkat. Jika seseorang tengah mengalami nyeri akut maka akan menyebutkan keluhan berupa rasa tidak nyaman pada daerah yang berkaitan dengan rasa nyeri, dan pada pasien yang

mengalami nyeri akan memberikan respon berupa gelisah, mengerang, meringis dan mengerutkan wajah sebagai respon menahan sakit.

2) **Nyeri Kronik**

Nyeri kronik adalah nyeri yang akan terus terjadi dalam waktu yang panjang dimana akan terjadi lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik memiliki kesulitan untuk diobati atau dihilangkan karena seseorang yang mengalami nyeri tidak akan merespon pada pengobatan yang sedang diarahkan kepada penyakit atau penyebabnya. Terdapat 2 jenis pada nyeri kronik, yaitu nyeri kronik malignan dan nyeri kronik nonmalignan. Nyeri kronik malignan merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kanker dan nyeri yang dirasakan terjadi karena gangguan syaraf sebagai komplikasi dari kanker. Gangguan syaraf pada seseorang yang menderita kanker akibat dari penekanan pada syaraf oleh tumbuhnya sel-sel kanker.

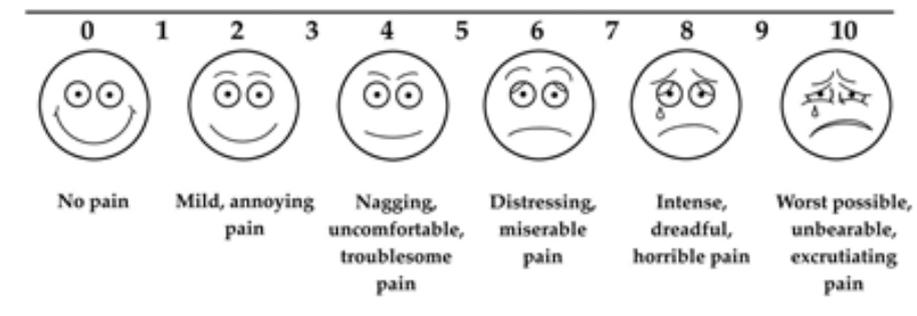
e. **Pengukuran Derajat Nyeri**

Pengukuran skala nyeri merupakan alat untuk menganalisis data nyeri secara terukur (kuantitatif). Skala-skala yang digunakan harus sesuai dengan hukum agar diperoleh penentuan intensitas nyeri sekuat mungkin yang dapat dipercaya. Skala nyeri harus disesuaikan dengan umur pada yang ingin dikaji tingkat nyerinya. Berikut adalah skala yang digunakan dalam pengukuran derajat nyeri :

1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala yang terdiri dari garis lurus dengan angka atau tanpa angka. Skala VAS dapat mengekspresikan nyeri dari arah kiri sampai tidak sakit, kearah kanan menuju sakit yang sangat berat, dan arah tengah menggambarkan nyeri yang sedang. Skala nyeri VAS biasa digunakan pada anak-anak.

Gambar 2.1 Visual Analog Scale (VAS)



(Sumber : Operative Neurosurgery, 2021)

2) *Numeric Pain Scale*

Skala ini dapat diukur menggunakan pernyataan klien, dimana perawat dapat menanyakan dengan perumpamaan angka yang terdiri dari angka 0-10. Dimana hal ini perawat mengkategorikannya sebagai berikut, angka 0 (nol) dapat didefinisikan tidak ada rasa nyeri yang dialami, 1-3 adalah terdapat rasa nyeri yang ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri sudah dirasakan berat, dan terakhir yaitu angka 10 dapat didefinisikan rasa nyeri yang sangat berat atau sudah tidak bisa ditahan.

C. Konsep ICCU

Menurut (Yuvindanati 2021) ICCU (*Intensive Cardiac Care Unit*) merupakan ruang khusus perawatan intensif untuk pasien-pasien dengan gangguan jantung, seperti gagal jantung, serangan jantung, irama jantung yang terganggu, penyakit jantung koroner, dan kelainan jantung lainnya. ICCU terdiri dari pasien yang tidak

stabil kondisinya sehingga memerlukan penanganan secara intensif, ICCU merupakan ruangan yang tepat yang mengatasi pasien dengan gangguan pembuluh darah dan jantung yang dapat ditemui pada seluruh rumah sakit. ICCU juga dikhususkan untuk menangani komplikasi dari gangguan jantung, dimana pasien ICCU akan membutuhkan penanganan yang ekstra dari tenaga kesehatan.

Fasilitas yang baik dan tepat sangat dibutuhkan pada ruang-ruang unit perawatan khusus, dalam hal ini ICCU RSUD Aji Muhammad Parikesit tenggarong memiliki fasilitas yang memadai sebagai penunjang dalam memberikan asuhan kepada para pasien yang tentunya tidak terlepas dari peran tenaga kesehatan yang sudah memiliki kemampuan dan kompeten dibidangnya. Berikut adalah fasilitas yang dapat ditemui di ruan ICCU :

1. Bed standart
2. Ventilator
3. Patient monitor
4. Defibrilator
5. *Suction*
6. *Infus pump*
7. *Syringe pump*
8. Alat ventilasi manual
9. Oksigen sentral
10. Nebulizer
11. Elektrokardiografi

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Definisi

Menurut Nurhaliza (2019) Asuhan keperawatan merupakan susunan kerja dan organisasi yang baik dan bervariasi untuk memberikan asuhan keperawatan, namun tidak hanya dibidang keperawatan saja bisa juga diterapkan pada tatatan praktik klinik lainnya. Asuhan keperawatan yang memadai dapat dicapai dengan pelaksanaan proses yang tepat, dimana memerlukan organisasi yang tersusun dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang mengenal jauh terkait cara pemecahan masalah dan pengorganisasian yang baik terhadap masalah kesehatannya. Menurut Kemenkes RI (2020) Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya.

2. Teknik Pengambilan Data

a. Anamnesa

Anamnesa atau anamnesis merupakan proses penjelajahan atau pencarian informasi terkait keluhan riwayat penyakit pasien. Proses anamnesis yang tepat dapat memudahkan tenaga kesehatan dalam mendiagnosis masalah keperawatan sehingga dapat memberikan tindakan yang tepat. Anamnesa dibagi menjadi 2 jenis (Fakhroji and Setiyawan, 2022) yaitu :

- 1) *Autoanamnesa* adalah proses anamnesa atau pengkajian yang dilakukan secara langsung kepada seseorang yang mengalami

masalah kesehatannya, dalam hal ini pasien itu sendiri yang dapat dengan baik mengikuti proses tanya jawab.

- 2) *Alloanamnesa* adalah anamnesa atau pengkajian yang diambil dari data-data lainnya atau sumber lainnya, dalam hal ini keluarga pasien, riwayat penyakit yang berisikan keterangan identitas pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Menurut Sitepu (2020) pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan empat teknik yaitu *inspeksi*, *palpasi*, *perkusi* dan *auskultasi* (IPPA). Penjelasan mengenai teknik-teknik pemeriksaan fisik tersebut adalah sebagai berikut :

1) Inspeksi

Inspeksi yaitu teknik yang dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis

2) Palpasi

Palpasi yaitu suatu tekni yang dapat dilakukan dengan menggunakan indra peraba

3) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh sehingga menghasilkan suara

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan pada suatu organ dengan menggunakan stetoskop.

3. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (pasien), oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Aspiani 2015)

a. Identitas

Identitas meliputi nama, usia, tanggal lahir, nomor rekam medik, pendidikan, pekerjaan, status, alamat dan diagnosa.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien gagal jantung meliputi sesak napas, kelemahan saat beraktivitas, nyeri dada, edema ekremitas bawah, distensi abdomen dan urine menurun.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Untuk mengetahui riwayat penyakit sekarang dengan memberikan pertanyaan yang mendukung keluhan utama dengan gejala terkait vaskuler.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu dengan menanyakan pada pasien apakah sebelumnya pernah menderita penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, hiperlipidemia, infark miokard serta menanyakan obat yang pernah dikonsumsi pada masa lalu untuk menunjang data yang relevan.

e. Pengkajian data

1) Aktivitas dan istirahat

Terdapat kelelahan, insomnia, kurang istirahat, nyeri dada, latergi, sesak napas saat aktivitas atau sedang tidak beraktivitas.

2) Sirkulasi

Apakah ada riwayat hipertensi, anemia, syok septik, sianosis, peningkatan vena jugularis, fibrilasi atrial, disaritmia, kontraksi ventrikel prematur.

3) Respirasi

Sesak napas saat beraktivitas, takipnea, ada riwayat paru

4) Pola makan dan cairan

Penurunan nafsu makan, mual dan muntah

5) Eliminasi

Penurunan volume urine, nokturia, diare , konstipasi

6) Neurologis

Penurunan kesadaran, disorientasi, pusing

7) Interaksi sosial

Berkurangnya aktivitas sosial

8) Rasa aman

Gangguan pada integritas/dermatitis, perubahan status mental.

f. Data Khusus

1) Primary Survey

- a) Airway : Mengkaji bersihan jalan napas, ada tidaknya sumbatan jalan napas, distress pernafasan, tanda-tanda adanya perdarahan di jalan napas, muntahan, edema laring.
- b) Breathing : Mengkaji frekuensi nafas, usaha dan pergerakan dinding dada, suara pernafasan melalui hidung dan mulut.
- c) Circulation : Denyut nadi karotis, tekanan darah, warna kulit, kelembabab kulit, tanda-tanda perdarahan eksternal dan internal
- d) Disability : Tingkat kesadaran, gerakan ekremitas, GCS, ukuran pupil dan respon cahaya.

2) Secondary Survey.

- a) Brain : Kesadaran compos mentis, sianosis perifer. Data objektif pasien terlihat wajah meringis, merintih, meregang dan menggeliat.
- b) Breathing : Dispnea, nokturia paroksimal, batuk, edema pulmonal akut, ortopnea.
- c) Blood : Periksa adanya parut pada dada, edema ekremitas, denyut nadi perifer melemah, kelainan bunyi napas, penurunan tekanan darah akibat penurunan volume sekuncup, terdapat bunyi napas tambahan akibat kelainan katup. Pasien mengeluh lemah, mudah lelah, apatis, latergi,

kesulitan berkonsentrasi, defisit memori

- d) Bladder : Monitor adanya oliguria, adanya edema ekremitas menandakan retensi cairan yang parah.
- e) Bowel : Nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen menandakan pembesaran vena di hepar, anoreksia, asites yang menyebabkan tekanan pada diafragma, penurunan berat badan.
- f) Bone : Kelemahan otot, edeme pada ekremitas membuat terjadinya penurunan turgor jaringan subkutan.
- g) Pemeriksaan Fisik
 - 1) Kepala : kaji bentuk, kesimetrisan, kebersihan, apakah ada luka, benjolan, perubahan tulang kepala, jaringan lunak,
 - 2) Mata : kaji konjungtiva, sklera, kesimetrisan
 - 3) Mulut : kaji membran mukosa, kesimetrisan, kelainan bentuk
 - 4) Telinga : kaji kesimetrisan, adanya pengeluaran cairan, penggunaan alat bantu dengar
 - 5) Leher : kaji adanya peningkatan vena jugularis, nyeri tulangservikal, kesulitan menelan
 - 6) Dada :
 - a) Inspeksi : kaji kesimetrisan, postur dada, gerakan napas, penggunaan otot bantu napas, warna kulit, lesi, penonjolan

- b) Palpasi : raba pergerakan dada dan taktil vemitusc
 - c) Perkusi : bunyi normal resonan (dug dug dug)
 - d) Auskultasi : bunyi napas normal vesikuler, bronchovesikular dan bronchial
- 7) Abdomen :
- a) Inspeksi: abdomen membuncit atau datar, penonjolan umbilikus, distensi abdomen, asites
 - b) Auskultasi : mendengar suara peristaltik usus
 - c) Palpasi : tanyakan terlebih dahulu apakah ada nyeri kemudian cari adanya massa atau benjolan
 - d) Perkusi : bunyi perkusi normal pada abdomen yaitu tympani, apabila redup maka hepar dan limfa membesar
- 8) Ekremitas : hal yang perlu dikaji tanda injury eksternal, nyeri ekremitas, pergerakan, sensasi keempat ekremitas, warna kulit
- 9) Pemeriksaan Khusus Jantung :
- a) Inspeksi : inspeksi pada pasien gagal jantung dapat dijumpai dispnea, peningkatan respirasi, peningkatan vena jugularis, kulit pucat
 - b) Palpasi : palpasi untuk mengetahui posisi jantung yaitu PMI akan bergeser ke kiri inferior apabila terjadi dilatasi atau hipertrofi ventrikel, hati teraba dibawah arkus kosta kanan, denyut jantung meningkat.
 - c) Perkusi : suara normal pekak
 - d) Auskultasi : auskultasi pada pasien gagal jantung biasa suara

paru menurun, suara jantung I dan II menurun, suara jantung III meningkat, kontraktilitas jantung menurun dan terdengar suara murmur jantung.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terkait respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik masalah yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 3 jenis yaitu :

a) **Diagnosis aktual**

Diagnosis yang menjelaskan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Dan pada diagnosa aktual dapat ditemukan tanda/gejala mayor dan minor.

b) **Diagnosis risiko**

Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Dan pada diagnosis risiko tidak ditemukannya tanda dan gejala mayor maupun minor.

c) **Diagnosis promosi kesehatan**

Diagnosa promosi kesehatan menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Diagnosa yang dapat muncul pada pasien *Acute Decompensated Heart Failure* (ADHF) adalah sebagai berikut :

- a) Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload
- b) Pola Napas Tidak Efektif b.d Depresi Pusat Pernapasan
- c) Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- d) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Sekresi yang tertahan
- e) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
- f) Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi
- g) Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

5. Rencana Keperawatan

Table 2.1 Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Penurunan curah jantung b.d Perubahan afterload	<p>Curah Jantung L. 02008</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea (3) menjadi (4) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah (3) menjadi (4) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik 	<p>Perawatan Jantung I. 02075</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 1.2 Monitor tekanan darah 1.3 Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.4 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 1.5 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 1.6 Berikan terapi relaksasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.7 Anjurkan beraktivitas fisik secara toleransi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2	Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan	<p>Pola Napas L. 01004</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x.. jam diharapkan curah jantung</p>	<p>Manajemen Jalan Napas I. 01011</p> <p>Obserbasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas <p>Terapeutik</p>

		<p>membalik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea (3) menjadi (4) <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p>	<p>2.2 Posisikan semifowler 2.3 Berikan oksigen Edukasi 2.4 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi 2.5 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p>
3	Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<p>Pertukaran Gas L.01003 Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea (3) menjadi (4) <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p>	<p>Pemantauan Respirasi I.01014 Observasi 3.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 3.2 Monitor saturasi oksigen Terapeutik 3.3 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi 3.4 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
4	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>Bersihkan Jalan Napas L.01001 Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan bersihkan jalan napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif (3) menjadi (4) - Produksi Sputum (3) menjadi (4) <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p>	<p>Latihan Batuk efektif I.01006 Observasi 4.1 Identifikasi kemampuan batuk 4.2 Monitor adanya retensi sputum Terapeutik 4.3 Atur posisi semi fowler Edukasi 4.4 Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Kolaborasi 4.5 Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i></p>
5	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis	<p>Kontrol Nyeri (L.08063) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan nyeri akut membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan Nyeri (3) menjadi (4) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 5.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri Terapeutik</p>

		<p>Keterangan: 1 meningkat 2 cukup meningkat 3 sedang 4 cukup menurun 5 menurun</p>	<p>5.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurangi rasa nyeri (mis. kompres hangat/dingin, terapi bermain, terapi musik) 5.4 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 5.5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 5.6 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
6	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	<p>Status Cairan (L. 03028) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil : – Edema anasarka (3) menjadi (4) – Edema periper (3) menjadi (4)</p> <p>Keterangan : 1 meningkat 2 cukup meningkat 3 sedang 4 cukup menurun 5 menurun</p>	<p>Manajemen Hipervolemia I. 03114 Observasi 6.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 6.2 Monitor status hemodinamik 6.3 Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 6.4 Timbang berat badan setiap hari pad waktu yang sama Edukasi 6.5 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan Kolaborasi 6.6 Kolaborasi pemberian diuretik</p>
7	Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil : – Keluhan Lelah (3) menjadi (4)</p> <p>Keterangan : 1 meningkat 2 cukup meningkat 3 sedang 4 cukup menurun 5 menurun</p>	<p>Manajemen Energi (L.05178) Observasi 7.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 7.2 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 7.3 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Edukasi 7.4 Anjurkan tirah baring Kolaborasi 7.5 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan menitikberatkan pada bagaimana proses perencanaan intervensi yang berisi aktivitas yang akan dilakukan perawat kepada pasien serta pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan (Koerniawan, Daeli, and Srimiyati 2020).

7. Evaluasi Keperawatan

Tujuan evaluasi adalah untuk membuat perbandingan yang sistematis dan menyeluruh antara kesehatan klien dan tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini dilakukan dengan tetap memperhatikan klien dan klien lain dengan masalah kesehatan serupa, efektivitas rencana tindakan yang diambil untuk memenuhi kebutuhan klien berdasarkan penilaian situasi dan pelaksanaan rencana tindakan (Kurniati, 2019). Evaluasi terbagi menjadi 3 bentuk yaitu :

a. Evaluasi struktur

Evaluasi struktur lebih memperhatikan kelengkapan struktur yang menunjang baik keadaan tempat pelayanan, tata cara, dan pengorganisasian dalam melakukan asuhan keperawatan

b. Evaluasi proses

Evaluasi proses menggambarkan apakah perawat dalam memberikan asuhan merasa baik, tidak dibebankan oleh tekanan yang berat dan sesuai dengan pelimpahan tindakan yang telah dilakukan.

c. Evaluasi hasil

Evaluasi hasil memperhatikan respon pada pasien. Respon berupa perilaku yang ditunjukkan oleh pasien dapat didefinisikan sebuah pengaruh atau hasil dari intervensi atau tindakan yang telah dilakukan perawat dimana keberhasilan suatu intervensi dapat dilihat dari tujuan dan kriteria hasil yang tercapai dengan waktu yang sudah ditetapkan oleh perawat.

E. Konsep Terapi Musik Alunan Piano

1. Pengertian

Menurut Sesrianty and Wulandari (2018) terapi musik merupakan alunan sebuah melodi yang dapat membantu fisik seseorang, psikologis, dan kognitif dimana ia menderita cedera maupun gangguan kesehatan. Terapi dengan mendengarkan alunan musik akan membantu memperbaiki emosional seseorang, mengembangkan tingkat ingatan, dan mengalihkan seseorang terhadap stresor yang tengah dihadapinya bisa berupa nyeri maupun stres secara pikiran. Musik dapat diciptakan oleh seseorang yang dapat mengandung makna dan arti tertentu sehingga akan sampai kepada pendengarnya.

2. Manfaat

Menurut Natalia dalam Muzaki and Hudiyawati (2020) beberapa manfaat dari terapi musik alunan piano adalah sebagai berikut :

- a. Menurunkan tekanan darah melalui ritmik musik yang stabil memberikan irama tertatur pada sistem jantung manusia
- b. Menstimulasi kerja otak
- c. Meningkatkan imunitas tubuh

- d. Memberikan keseimbangan pada detak jantung dan denyut nadi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lee, dkk (2016) dalam Muzaki and Hudiyawati (2020) menyatakan bahwa terapi musik dapat mengurangi nyeri, kecemasan dan perubahan fisiologis pasien diruang intensif.

3. Prosedur Terapi Musik

Menurut Mariah & Ruth (2006) dalam Sesrianty and Wulandari (2018) mengemukakan pedoman dalam melakukan intervensi terapi musik adalah sebagai berikut :

- a. Pastikan pasien mempunyai pendengaran yang baik
- b. Pastikan pasien menyukai atau bersedia mendengarkan musik
- c. Sebelum melakukan intervensi pastikan terlebih dahulu perlengkapan yang ingin digunakan perawat telah lengkap
- d. Memastikan peralatan yang digunakan untuk terapi musik dalam keadaan baik seperti handphone, CD/kaset player dan baterai.
- e. Membantu pasien untuk mengatur posisi yang nyaman serta menciptakan lingkungan yang nyaman, serta memastikan volume musik tidak terlalu besar dan tidak terlalu kecil (volume sedang = 750-3000 hertz).
- f. Dokumentasikan intervensi keperawatan.

F. Konsep Terapi Musik terhadap Nyeri

Terapi musik merupakan terapi nonfarmakologis yang dapat dilakukan seorang perawat dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler, dimana musik merupakan salah satu terapi

distraksi yang akan membuat pendengarnya merasa rileks dan nyaman sehingga mengurangi persepsi terhadap nyeri yang dirasakan. Tentunya terapi musik ini juga harus dibarengi dengan terapi farmakologis berupa obat-obatan, menurut Ettenberger et al (2021) musik dapat mengurangi aktivitas jaringan yang terlibat dalam persepsi nyeri dan musik juga dapat menyebabkan lepasnya neurotransmitter dan hormon endorfin yang berperan dalam penghilang rasa sakit dan stress yang dialami tubuh.

Terapi musik yang didengar oleh pasien akan masuk ke kokhlea kemudian talamus dan akan menstimulasi hipotalamus agar tidak terlalu berfokus terhadap nyeri atau stres yang dialaminya sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang, hal ini juga dapat disebut sebagai analgetik alami yang dihasilkan oleh tubuh untuk mengurangi stressor yang dialami dalam hal ini nyeri. Melalui terapi musik, seseorang akan merasa teralihkan terhadap waktu dimana hal ini dipersepsikan oleh bagian otak yaitu hemisfer kiri. Hal ini akan memberikan kesan waktu yang dialami akan menjadi singkat dan stressor yang dialami semakin memudar disebabkan oleh kehilangan waktu yang cukup panjang sehingga berkurangnya rasa takut, nyeri dan cemas yang dialaminya (Sesrianty and Wulandari, 2018).