

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu penyumbang angka kematian dan kesakitan didunia setiap tahunnya. Menurut data yang diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*) tahun 2018 memprediksikan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular akan meningkat lebih dari 23,6 juta orang pada tahun 2030. Menurut *American Heart Association* tahun 2018 penyakit jantung koroner terdiri dari *Unstable Angina Pectoris* (UAP), *ST Elevation Myocardial Infarct* (STEMI), dan *Non ST Elevation Myocardial Infarct* (NSTEMI). Berdasarkan data riset kesehatan dasar, menunjukkan prevalensi untuk penyakit kardiovaskuler di Indonesia meningkat setiap tahunnya, yaitu sekitar 2.784.064 orang menderita PJK (riskesdas, 2018).

Penyakit Jantung Koroner merupakan suatu keadaan terjadinya perubahan pada variabel intima atau tunika intima arteri seperti lipid, hasil produk darah, kompleks karbohidrat, jaringan fibrus, dan defosit kalsium yang kemudian diikuti perubahan lapisan media (Agrina, 2017). Penyakit ini juga bisa disebut *Coronary Artery Disease (CAD)*. Sindrom Koroner Akut juga dikaitkan dengan penyakit jantung koroner. Sindrom Koroner Akut

merupakan kegawatdaruratan pembuluh darah koroner yang terdiri dari infark miokard akut (American Heart Association, 2016).

Bila sudah terjadi infark yang luas dan miokard yang harus berkompensasi sudah buruk akibat iskemia atau infark yang lama sehingga daerah miokard akan mengalami penurunan ejection fraction, stroke volume, dan peningkatan volume akhir diastolik ventrikel kiri (Wardani, 2012). kondisi ini juga akan menyebabkan tekanan atrium kiri naik yang nantinya akan menyebabkan transudasi cairan ke ruangan interstisium paru dan terjadi gagal jantung (Damanik, 2016).

Salah satu komplikasi dari penyakit jantung koroner adalah gagal jantung yang merupakan permasalahan kesehatan progresif seiring perkembangan zaman dengan meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas di Negara maju maupun berkembang (PERKI, 2015). Menurut Schilling (2014) angka kejadian gagal jantung semakin meningkat dari tahun ke tahun, data WHO Tahun 2017 tercatat 1,5% sampai 2% orang dewasa di Amerika Serikat menderita gagal jantung dan 700.000 diantaranya memerlukan perawatan di rumah sakit pertahun. Alasan utama rawat inap individu yang berusia > 65 tahun di dunia barat di dominasi oleh penyakit *Acute Heart Failure*, Amerika menampung pasien dengan gagal jantung akut sebanyak 1 juta orang pertahunnya untuk melakukan perawatan (Farmakish, 2018). Menurut infodatin, 2013 Di Indonesia pasien dengan gagal jantung memiliki usia lebih

muda dibandingkan Eropa dan Amerika disertai dengan tanda gejala klinis yang lebih berat.

Gagal jantung juga diartikan sebagai ketidakmampuan jantung untuk melakukan tugasnya sehingga kebutuhan jaringan dan nutrisi ke seluruh tubuh belum mencukupi (Majid, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Maulidita (2015) bahwa 70% gagal jantung disebabkan karena iskemik kardiomiopati dan hipertensi. Kondisi ini menyebabkan penurunan suplai darah ke arteri coroner dan menurunkan atau menghentikan suplai oksigenasi ke otot jantung yang dapat menyebabkan kematian otot jantung yang dapat mengakibatkan gangguan pompa jantung.

Gagal jantung yaitu gangguan kemampuan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh karena disfungsi ventrikel kiri sehingga dapat terjadi penurunan curah jantung yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu afterload, preload dan kontraktilitas. Karena curah jantung menurun sehingga tubuh melakukan beberapa kompensasi yaitu pada hukum *frank starling* dimana peningkatan preload dapat meningkatkan curah jantung dan mengaktifkan sistem hormonal yaitu SNS (*sympathic nerveous system*) dan RAAS (*Renin Angiotensin Aldosteron System*) yang dapat meningkatkan beban jantung, kontraktilitas dan retensi natrium. Kemudian akan menyebabkan denyut jantung meningkat sehingga akan terjadi atrial fibrilasi (Kemp & Conte, 2012).

Gagal jantung akut dekompensata (*Acute Decompensated Heart Failure*), ADHF suatu kondisi gagal jantung yang ditandai dengan adanya onset yang cepat atau perburukan tanda dan gejala jantung sebagai akibat dari perburukan kardiomiopati yang sudah ada sebelumnya (Jiley, 2013). Angina juga disebabkan oleh infark miokard. Infark miokard merupakan perkembangan cepat dari nekrosis otot jantung yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Ainanur, 2016). ADHF merupakan perburukan tanda dan gejala gagal jantung yang membutuhkan penanganan medis dan sering kali menjadi alasan utama hospitalisasi (Kurmani dan Squire, 2017).

Pasien dengan gagal jantung memiliki tanda yang khas yaitu takikardi, takipnu, ronki paru, efusi pleura, peningkatan tekanan vena jugularis, edema perifer, hepatomegali dan dyspnoe (PERKI, 2015). Dyspnoe merupakan gejala yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal jantung. Penelitian yang dilakukan oleh Nirmalasari (2017) menyatakan bahwa 80% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami dyspnoe dan mengatakan dyspnoe mengganggu aktifitas sehari-hari.

Gagal jantung mengakibatkan kegagalan fungsi pulmonal sehingga terjadi penimbunan cairan di alveoli. Hal ini akan menyebabkan jantung tidak dapat berfungsi dengan maksimal dalam memompa darah. Perubahan yang akan terjadi pada otot-otot respirasi juga mengakibatkan suplai oksigen ke

seluruh tubuh terganggu dan terjadilah dyspnoe (Riley, 2013). Pada pasien gagal jantung gejala lain yang dirasakan selain dyspnoe dan pucat yaitu nyeri dada yang muncul secara tiba-tiba dan secara terus menerus serta tidak mereda. Nyeri dapat menjalar ke leher, bahu dan terus menuju lengan (Aspiani, 2014).

Pada pasien *Acute Decompensated Heart Failure* untuk meminimalkan konsumsi oksigen oleh miokard, pasien perlu diistirahatkan. Sesak nafas di malam hari (*Orthopnoe*) yang sebelumnya duduk lama kemudian berbaring ke tempat tidur sehingga tekanan sirkulasi paru meningkat sehingga cairan berpindah ke alveoli. Gejala lain yang muncul adanya keluhan mudah lelah akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia (gangguan tidur) yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk (Shahab, 2016). Pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat aktivitas berat dan masih tetap berlangsung saat istirahat. Gangguan istirahat dan tidur pada pasien gagal jantung terutama terjadi pada malam hari karena rasa ketidaknyamanan nyeri dada yang mengganggu kualitas dan kuantitas tidur pasien (Talebi, 2019).

Lebih dari 30% individu tidur kurang dari 6 jam per hari, hal ini mengakibatkan perasaan tidak bugar dan mengalami kelelahan saat bangun, mengantuk disiang hari serta fatigue (Wang et al., 2016). Studi lain menjelaskan bahwa durasi tidur yang pendek (kurang dari 6 jam per hari) secara signifikan berhubungan positif dengan penyakit jantung koroner (Sharma,

Sawhney, & Panda, 2014). Menurut Matsuda (2017), menemukan durasi tidur yang pendek sebanyak 35,3% dari 1071 pasien gangguan kardiovaskular di Keio University Hospital dan berkontribusi 59,3% terhadap kualitas tidur yang buruk. Penelitian yang dilakukan Grandner, et al (2012) menjelaskan hubungan signifikan durasi tidur yang pendek dengan infark miokardium.

Berdasarkan beberapa penelitian menyebutkan bahwa pasien sindrom koroner akut memiliki kualitas tidur yang rendah di 3 hari pertama rawatan (Talebi, 2019). Mendapatkan kenyamanan untuk tidur sulit didapatkan karena beberapa faktor internal seperti nyeri, ketidaknyamanan, obat-obatan, kecemasan, stres, penuaan, dan faktor-faktor eksternal seperti lingkungan yang tidak dikenal, kebisingan sekitar, pencahayaan, perawatan berkelanjutan, obat-obatan (seperti , sedatif dan inotrop) yang dapat mengubah ritme tidur harian .

Kualitas tidur yang buruk mengakibatkan proses perbaikan kondisi klien akan semakin lama sehingga akan memperpanjang *long of stay (LOS)* dirumah sakit (Supadi, 2008). Apabila kualitas tidur pasien dengan ADHF terganggu, maka akan berdampak buruk pada kualitas hidupnya. Buruknya kualitas tidur menyebabkan adanya stimulasi saraf simpatik dan merangsang hormon adrenalin sehingga tekanan darah meningkat, nadi meningkat dan begitu juga kebutuhan oksigen oleh miokard meningkat (Tolba, 2018).

Pada pasien kritis yang menjalani perawatan di ruang intensif dan mengalami gangguan tidur, umumnya digunakan sedasi untuk meminimalkan

kegelisahan dan nyeri yang dapat mengganggu kebutuhan tidur pasien tersebut (Talebi, 2019). Salah satu cara untuk mengatasi gangguan pola tidur dengan meningkatkan kualitas tidur dengan pemberian non farmakologi yaitu pemberian *Therapy warm footbath*.

Terapi relaksasi dengan menggunakan air atau hydrotherapy merupakan penggunaan air hangat untuk mengatasi berbagai masalah, dimana air bermanfaat untuk menjadikan tubuh lebih rileks, mengurangi rasa pegal-pegal dan kekakuan, sehingga, membuat tidur bias lebih nyaman (Sustrani, Alam, Hadibroto, 2006). Menurut Dinkes (2014) mengungkapkan air hangat mengurangi nyeri dan melancarkan peredaran darah dengan menggunakan suhu air hangat yang tidak terlalu panas 38-42°C. Adapun penggunaan *Therapy Warm Footbath* atau rendam kaki dengan air hangat dapat menjadi salah satu alternative dari pengobatan untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas tidur pasien yang dirawat di ruangan *cardiac care unit* (Talebi, 2019).

Merendam kaki pada suhu 38-42°C selama 20 menit dapat menstabilkan detak jantung, tekanan darah dan resistensi pembuluh darah, serta dapat meningkatkan aliran darah ke kaki. Menurut Fan (2018) efek terapi *footbath* dapat memperbaiki sirkulasi darah dan mengatur saraf otonom, mengurangi viscositas darah. Proses dalam tubuh air hangat akan merangsang dilatasi atau pelebaran pembuluh darah sehingga peredaran darah menjadi lancar yang akan mempengaruhi tekanan dalam ventrikel. Aliran darah menjadi lancar sehingga

darah dapat terdorong ke dalam jantung dan dapat menurunkan tekanan sistolik. Saat ventrikel berelaksasi, tekanan dalam ventrikel turun drastis, akibat aliran darah yang lancar sehingga menurunkan tekanan diastolik (Perry & Potter, 2016 dalam Solechah, 2017). Terapi rendam kaki dengan air hangat akan meningkatkan pelepasan hormone endorpin, sehingga tubuh merasa lebih rileks (Andriyadi, 2016).

Tujuan Terapi *footbath* dapat meningkatkan aliran darah ke perifer dan dapat memfasilitasi onset tidur serta meningkatkan kualitas tidur pasien (Talebi, 2019). Dimana system yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur adalah Reticular Activating System (RAS) dan Bulbar Synchronizing Regional (BSR) yang terletak pada batang otak (Perry & Potter, 2016). Ras yang nantinya akan mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk kewaspadaan dan tidur, dimana RAS terletak dalam masenalon dan bagian atas pons. Selain itu RAS dapat memberikan rangsangan visual, pendengaran, nyeri dan perabaan juga dapat menerima stimulasi dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir. Dalam keadaan sadar, neuron dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepineprin. Demikian juga pada saat tidur, disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu BSR (Potter & Perry, 2016).

RSUP Dr.M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan Sumatera Barat dan pusat jantung regional, dimana instalasi jantung merupakan bagian unggulan rumah sakit tersebut. RSUP Dr M Djamil dilengkapi dengan fasilitas ruangan intensif *Cardiovascular Care Unit (CVCU)* dimana pasien jantung dirawat khusus oleh perawat yang mempunyai skill khusus.

Berdasarkan data bulan Oktober 2019 sebanyak 42 pasien dengan diagnosa ACS orang, 8 diantaranya dengan diagnos UAP, dan 6 orang diantaranya dengan diagnose ADHF. Beberapa pasien UAP masih mengeluhkan nyeri dada saat sudah diruang rawatan.

Pada tanggal 15 November 2019 pasien dengan inisial Tn. H umur 51 tahun masuk CVCU pada pukul 16.00 WIB. Pasien masuk dengan diagnosa medis ADHF wet and warm on CHF e.c CAD , UAP Timi 2/7 dengan Grace Score 136, Hipertensi stage II, Efusi Pleura d/d susp TB Paru. Pasien rujukan dari RS Naili DBS. Pasien masih mengeluhkan nyeri dada skala 5 dan sesak nafas, pasien telah diberikan terapi O2 NRM 10 liter / menit, dan NTG 30 meq / jam dan masih mengeluhkan nyeri dada pada saat aktivitas, istirahat, nyeri dirasakan seperti ditindih benda berat yang menjalar ke punggung dan lengan kiri, intensitas nyeri sekala 5 serta nyeri dirasakan hilang timbul lebih dari 20 menit, serta sulit untuk tidur.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik menyusun Laporan Ilmiah Akhir tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Acute Decompensated Heart Failure* dengan Penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk meningkatkan

kualitas tidur pasien di Ruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M.Djamil Padang.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pasien dengan *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur pasien diruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada pasien dengan *Acute Heart Failure* *ec Acute Coronary Syndrome* diruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Menjelaskan perencanaan berbasis bukti pada pasien dengan *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk meningkatkan kualitas tidur pasien diruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

- d. Memberikan implementasi dengan aplikasi *Therapy Warm Footbath* pada pasien dengan dengan *Acute Decompensated Heart Failure* di ruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan dengan aplikasi *Therapy Warm Footbath* pada pasien dengan dengan *Acute Decompensated Heart Failure* di ruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

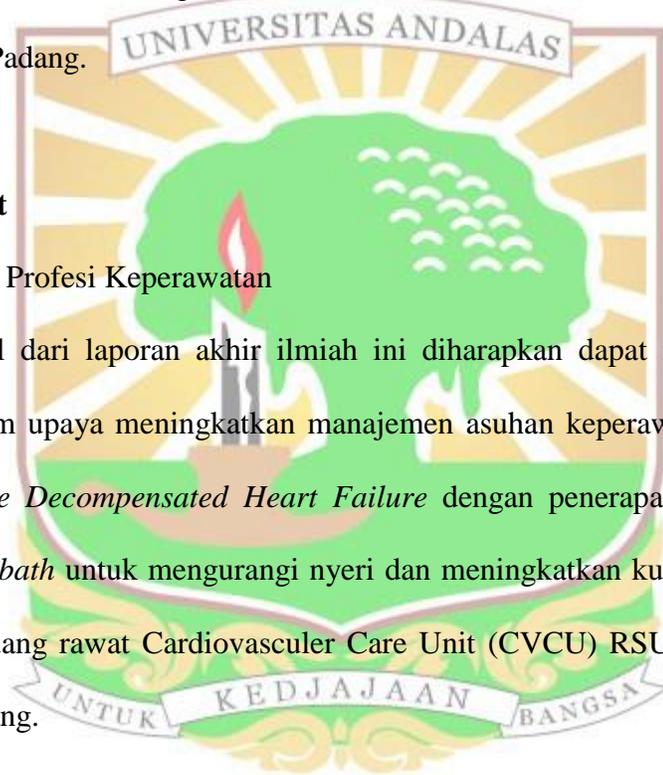
C. Manfaat

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil dari laporan akhir ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam upaya meningkatkan manajemen asuhan keperawatan pada pasien *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang rawat Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari laporan akhir ilmiah ini diharapkan dapat menjadi alternatif dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang



3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari laporan akhir ini diharapkan dapat menjadi referensi dan masukan dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya pada pasien *Acute Decompensated Heart Failure* dengan penerapan *Therapy Warm Footbath* untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur pasien diruang Cardiovascular Care Unit (CVCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

