

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung didefinisikan sebagai kondisi patologis, dimana jantung sebagai pompa tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi untuk metabolisme jaringan tubuh, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi (Christa.dkk, 2016). Gagal jantung merupakan suatu masalah dengan angka morbiditas dan mortalitas kesehatan masyarakat yang progresif yang tinggi di negara maju maupun di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Secara patofisiologi gagal jantung merupakan dampak dari berbagai penyakit kardiovaskuler namun menimbulkan dampak yang sama yaitu penurunan kontraksi (sistole), penurunan pengisian ruang jantung (diastole) atau keduanya (Perki, 2016). Gagal jantung terjadi jika jantung tidak mampu memasok aliran darah, dan karenanya pengangkutan oksigen ke jaringan dan organ perifer, secara memadai atau hanya dapat memasoknya dengan tekanan pengisian yang tinggi (Klabunde Richard E, 2015). Oleh karena itu penyakit jantung merupakan angka kematian yang sering terjadi.

Dekompensasi kordis (Gagal Jantung) merupakan keadaan abnormal dimana terdapat gangguan fungsi jantung yang mengakibatkan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah keluar untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh dalam kondisi istirahat maupun aktifitas normal (Murwani, 2009). Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan (Kasron, 2012). Pada gagal jantung kiri terdapat bendungan paru, hipotensi dan vasokonstriksi perifer yang mengakibatkan

penurunan perifer jaringan, gagal jantung kanan ditandai dengan adanya edema perifer, asites dan peningkatan tekanan vena jugularis, gagal jantung kongestif adalah gabungan dari kedua gambaran tersebut (Mcphee & Ganong, 2010).

Penyakit gagal jantung merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kematian serta menjadi salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang, hal ini dibuktikan dengan data prevelensi dari tahun-ketahun meningkat. Di dunia, 17,5 juta jiwa (31%) dan 58 juta angka kematian disebabkan penyakit jantung (WHO, 2016). Pravelensi lebih dari 5,7 juta di Amerika Serikat saat ini hidup dengan gagal jantung: sekitar 550.000 kasus baru gagal jantung didiagnosa per tahun (*American Heart Association*), Insiden dan pravelensinya meningkat seiring usia: Kurang dari 5% orang di antara usia 55 dan 65 tahun menderita gagal jantung, sementara 6% hingga 10% lansia yang berusia lebih dari 65 tahun menderita gagal jantung. Pada usia 40 resiko seumur hidup menderita gagal jantung satu dari lima, prognosis pasien gagal jantung pada penyebab dasarnya dan seberapa efektif faktor presipitasi dapat ditangani. Sebagian besar penyakit gagal jantung meninggal dalam 8 tahun setelah didiagnosa, resiko kematian jantung mendadak secara dramatis meningkat, terjadi pada angka enam hingga sembilan kali lebih banyak dari populasi umum, pada tahun 2005 satu dari delapan surat kematian di Amerika Serikat menyebutkan gagal jantung sebagai penyebab kematian utama atau berperan pada kematian (AHA, 2009). Dari seluruh angka tersebut benua asia menempati peringkat tertinggi akibat penyakit jantung dengan jumlah 712.1 ribu jiwa. Sedangkan di asia tenggara Indonesia menduduki peringkat kedua di asia tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa (WHO, 2014).

Data Riskesdas 2013, di Indonesia diperkirakan 229.696 orang atau sekitar bertambahnya jumlah penyakit gagal jantung dan seringnya terjadi rawat ulang serta kematian dan kecacatan. Sedangkan berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter gejala sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Berdasarkan

diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%), diikuti di Yogyakarta sebanyak 6.943 orang (0,25%), Jawa Barat sebanyak 45.027 orang (0,14%) dan diikuti Jawa Tengah 43.361 orang (0,18%) sedangkan Provinsi Maluku Utara memiliki jumlah penderita paling sedikit, yaitu sebanyak 144 orang (0,02%). Berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%), Jawa Timur sebanyak 86.568 orang (0,3%), Jawa Tengah sebanyak 72.268 orang (0,3%), diikuti Sulawesi Selatan 28.695 orang (0,5%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Kep. Bangka Belitung, yaitu sebanyak 945 orang (0,1%) (Kemenkes RI, 2013). Prevalensi gagal jantung terus meningkat bersamaan dengan bertambahnya usia.

Penyakit tidak menular jantung di Jawa Tengah pada tahun 2017 menempati nomer 4 dengan hasil 3,61%, penyakit Hipertensi menempati proporsi terbesar di seluruh penyakit tidak menular di Jawa Tengah yang dilaporkan yaitu sebesar 64,83 persen, sedangkan urutan kedua terbanyak adalah Diabetes Mellitus sebesar 19,22 persen, diikuti Asma B 6,47%, sedangkan penderita penyakit tidak menular paling sedikit yaitu Kanker 0,61% (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Berdasarkan data dari rekam medik 20 besar penyakit rawat inap tahun 2018 RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dengan diagnosa medis *congestive heart failure (CHF)* menempati urutan ke-16 dengan jumlah penderita yang rawat inap sebanyak 206 pasien (Rekam Medik RSST) . Sedangkan data penyakit 10 besar di bangsal melati 4 RSUP. Soeraji Tirtonegoro pada bulan oktober tahun 2018 data paling banyak yaitu penyakit *Common Cold* 23%, diikuti oleh stroke sebanyak 21%, vertigo 12% dan CHF 11%, data paling sedikit yaitu penyakit UAP & STEMI 5% (Bangsal Melati 4 RSST, 2018).

Gejala khas yang muncul pada pasien gagal jantung, yaitu: sesak napas saat beristirahat atau aktivitas, kelelahan, kenaikan berat badan, dan edema tungkai atau pembengkakan kaki dan pergelangan kaki, sedangkan tanda khas

gagal jantung adalah takikardia, takipnea, suara nafas rhonki, efusi pleura, peningkatan vena jugularis, edema perifer dan hepatomegali (Perki, 2015).

Gagal jantung dapat terjadi pada semua usia tergantung pada penyebabnya. Gagal jantung disebabkan oleh kelainan otot jantung, *aterosklerosis coroner*, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miocardio degeneratif (Hariyanto & Rini, 2015). Gagal jantung disebabkan oleh berbagai faktor risiko, ada yang tidak bisa diubah, antara lain: usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga dengan infark miokard. Sementara itu, faktor risiko yang dapat diubah antara lain: kebiasaan merokok, berat badan berlebih, aktivitas fisik yang kurang, kadar lemak dan gula yang tinggi, serta hipertensi. Keberadaan faktor-faktor tersebut akan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler seperti gagal jantung kongestif, semakin tinggi faktor tersebut, semakin tinggi pula faktor seseorang menderita penyakit jantung (Syamsudin, 2011).

Ketika curah jantung turun, mekanisme kompensasi menyebabkan retensi garam dan air, meningkatkan volume darah. Peningkatan volume cairan ini memberikan tekanan tambahan pada ventrikel yang sudah gagal, membuat ventrikel bekerja lebih keras untuk memindahkan beban cairan (Lemone Priscilla dkk, 2016). Penimbunan cairan dalam tubuh pada pasien gagal jantung disebabkan oleh penggunaan garam yang berlebih. Kelebihan asupan natrium, peningkatan volume cairan intravaskuler, intraseluler. Oedema terjadi akibat kegagalan jantung bagian kanan memompakan sirkulasi darah menuju vena. Selain itu, ginjal mengalami gangguan organ dalam regulasi natrium dan air sehingga akan menjadi peningkatan cairan didalam jaringan. Kondisi ini akan mengakibatkan pembatasan cairan, pembatasan diet serta pemantauan yang ketat.

Pasien gagal jantung kongestif sering kembali untuk dirawat inap ulang di rumah sakit karena adanya kekambuhan. Kebanyakan kekambuhan gagal jantung kongestif terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan misalnya tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan

aktivitas fisik yang berlebih dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Smeltzer, 2010). Oleh sebab itu penyakit gagal jantung dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti edema paru, syok kardiogenik, hepatomegali. Sedangkan pada penelitian (Maulidta K W, 2015) penyebab gagal jantung terdapat 21 responden (70,00%) karena iskemia kardiomiopati dan hipertensi.

Managemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis. Managemen perawatan mandiri dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung seperti ketaatan pasien berobat, pemantauan berat badan mandiri, asupan cairan, pengurangan berat badan, kehilangan berat badan tanpa rencana, latihan fisik, aktivitas seksual (Perki, 2015). Untuk merawat pasien dengan gangguan jantung maka peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung sangat dibutuhkan dan diperlukan.

Peran perawat pada pasien dengan gagal jantung dengan kelebihan volume cairan yaitu dengan pemantauan berat badan, kolaborasi pemberian terapi diuretic, managemen cairan, memonitor cairan dan natrium dapat mengurangi peningkatan uedema, perawat harus berhati-hati untuk tidak melakukan tindakan keperawatan yang melebihi kebutuhan dan kemampuan pasien (Perki, 2015). Dampak yang terjadi apabila suplai darah tidak lancar diparu-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O^2 dan CO^2 antara udara dan darah diparu-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO^2 , yang akan membentuk asam didalam tubuh (Kasron, 2012). Perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang intersital terjadi di kaki, karena suplai

darah ke ginjal berkurang. Oedema adalah akumulasi cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh.

Studi pendahuluan yang dilakukan di ruang inap Melati 4 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pada tanggal 25 Maret 2019 terhadap pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* ditemukan pasien yang mengalami kelebihan volume cairan dan intoleransi aktivitas setiap bulannya 15-20 pasien yang terdiagnosa medis (Bangsal Melati 4 RSST, 2019).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas menjadi alasan dibutuhkan penelitian, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive heart Failure (CHF)* Dengan Kelebihan Volume Cairan”.

B. Batasan Masalah

Pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan *Congestive heart Failure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

C. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *Congestive heart Failure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler, *Congestive heart Failure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

2. Tujuan khusus

a. Melakukan dan mempelajari tentang pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive heart Failure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

b. Menetapkan dan mempelajari tentang diagnosa keperawatan pada pasien *Congestive heart Failure (CHF)* Dengan Kelebihan Volume Cairan.

- c. Menyusun dan mempelajari tentang perencanaan keperawatan pada pasien *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.
- d. Melakukan dan mempelajari tentang pelaksanaan keperawatan pada pasien *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.
- e. Melakukan dan mempelajari tentang evaluasi keperawatan pada pasien *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah dengan metode Studi Kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien dengan gangguan system kardiovaskuler, *Congestive heart Faillure (CHF)* Dengan Kelebihan Volume Cairan.

2. Manfaat Praktis

a. Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan agar perawat atau tenaga kesehatan dapat melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien *Congestive heart Faillure (CHF)* sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup, menentukan diagnosa keperawatan yang tepat serta intervensi yang tepat dengan baik pada pasien dengan *Congestive heart Faillure (CHF)*.

b. Rumah Sakit

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai bahan masukan dan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler, *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

c. Institusi Pendidikan

Bertujuan sebagai bahan masukan, inovasi, perkembangan ilmu dalam kegiatan belajar mengajar mengenai masalah dengan gangguan system kardiovaskuler, *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan.

d. Pasien

Bertujuan agar pasien mengerti dan mengetahui gambaran umum tentang gangguan sistem kardiovaskuler, *Congestive heart Faillure (CHF)* beserta tanda gejala, perawatan yang benar bagi pasien dengan gangguan system kardiovaskuler, *Congestive heart Faillure (CHF)* dengan Kelebihan Volume Cairan sehingga mampu untuk berperan serta aktif dalam perawatan.