

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang Masalah

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia dengan diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (Yancy, 2013 ; Depkes, 2014). Saat ini *Congestif Heart Failure* (CHF) atau yang biasa disebut gagal jantung kongestif merupakan satu – satunya penyakit jantung dan pembuluh darah yang terus meningkat insiden dan prevalensinya.

Risiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5 – 10% pertahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30 – 40% pada gagal jantung berat. Gagal jantung atau sering disebut gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung kiri dan kanan (Kasron, 2012).

*Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung merupakan salah satu penyakit yang paling cepat meningkat jumlahnya (Schilling, 2014). *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, mencatat 17,5 juta orang (31%) angka kematian di dunia disebabkan oleh gangguan kardiovaskular. Lebih dari 75% penderita kardiovaskular terjadi di negara – negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan 80% kematian kardiovaskuler disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Jumlah kejadian penyakit jantung di Amerika Serikat pada tahun 2012 adalah 136 per 100.000 orang, di negara – negara Eropa seperti Italia terdapat 106 per 100.000 orang, Perancis 86 per 100.000 orang. Dari benua Asia menduduki tempat tertinggi kematian akibat penyakit jantung dengan jumlah 712,1 ribu jiwa. Selanjutnya jumlah kejadian penyakit jantung di

Asia seperti di China ditemukan sebanyak 300 per 100.000 orang, Jepang 82 per 100.000 orang. Sedangkan di Asia Tenggara yaitu Filipina menduduki peringkat pertama akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki peringkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa (WHO, 2014). Sedangkan Timor Leste sebanyak 347,0 ribu jiwa dan jauh lebih tinggi dibandingkan Thailand yang hanya 184, 0 ribu jiwa (WHO, 2016).

Berdasarkan seluruh data yang telah dikumpulkan dari WHO, pada tahun 2015 diperkirakan kematian akibat penyakit jantung meningkat menjadi 20 juta jiwa. Kemudian akan tetap meningkat sampai tahun 2030, diperkirakan 23,6 juta jiwa penduduk akan meninggal akibat penyakit jantung (WHO, 2015). Pada penelitian di Amerika, risiko berkembangnya gagal jantung adalah 20% untuk usia  $\geq 40$  tahun, dengan kejadian  $>650.000$  kasus baru yang didiagnosis gagal jantung selama beberapa dekade terakhir. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu 5 tahun. Dalam studi yang telah dilakukan untuk jangka waktu 30 hari, 1 tahun, dan 5 tahun, kasus kematian setelah rawat inap untuk gagal jantung adalah sebesar 10,4%, 22%, dan 42,3% (Yancy *et al*, 2013).

Di Indonesia prevalensi penyakit jantung tahun 2018 sebesar 1,5% dari 1.017.290 orang (Riskesdas, 2018). Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnostik dokter pada penduduk semua umur tertinggi di Yogyakarta sebesar 2,0% dari 14.602 orang dan Gorontalo 2,0% dari 4.547 orang, diikuti Sulawesi Tengah sebesar 1,9% dari 11.548 orang dan DKI Jakarta sebesar 1,9% dari 40.210 orang. Sedangkan prevalensi gagal jantung di Jawa Tengah sebesar 1,6% dari 132.565 orang (Riskesdas, 2018). Menurut data dari Rekam Medis RSI Klaten penderita *Congestif Heart Failure* (CHF) mengalami peningkatan mulai dari tahun 2016 penderita CHF di RSI Klaten berjumlah 700 orang dan meningkat pada tahun 2017 berjumlah 717 serta di tahun 2018 penderita CHF meningkat

menjadi 720 orang. Penyakit CHF ini masuk dalam 10 besar penyakit pasien rawat inap di RSI Klaten dan menjadi peringkat ke 6.

Secara patofisiologi, *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu keadaan patologis dimana kelainan fungsi jantung menyebabkan kegagalan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan, atau hanya dapat memenuhi kebutuhan jaringan dengan meningkatkan tekanan pengisian (McPhee & Ganong, 2010). Gagal jantung dikenal dalam beberapa istilah yaitu gagal jantung kiri, kanan, dan kombinasi atau kongestif. Pada gagal jantung kiri terdapat bendungan paru, hipotensi, dan *vasokonstriksi perifer* yang mengakibatkan penurunan *perfusi* jaringan. Hipertrofi ventrikel kiri dimulai dengan peningkatan kontraktilitas miokard yang dipengaruhi oleh sistem saraf adrenergik sebagai respon neurohumoral, kemudian diikuti dengan peningkatan aliran darah balik vena karena vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan retensi cairan oleh ginjal. Bertambahnya volume darah dalam vaskuler akan meningkatkan beban kerja jantung, kontraksi otot jantung akan menurun karena suplai aliran darah yang menurun dari aliran koroner akibat *arteriosklerosis* dan berkurangnya cadangan aliran pembuluh darah koroner. Dengan peningkatan tahanan perifer dan beban sistolik ventrikel kiri, jantung mengalami hipertrofi karena aktivasi simpatis untuk meningkatkan kontraksi miokard (Masengi dkk, 2016). Gagal jantung kanan ditandai dengan adanya edema perifer, *asites* dan peningkatan vena *jugulari*. Gagal jantung kongestif adalah gabungan dari kedua gambaran tersebut. Namun demikian, kelainan fungsi jantung kiri maupun kanan sering terjadi secara bersamaan (McPhee & Ganong, 2010).

Apabila jantung bagian kanan dan kiri bersama – sama dalam keadaan gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru. Keadaan ini disebut gagal jantung kongestif. Gagal jantung kongestif disebabkan oleh kelainan otot jantung, *aterosklerosis koroner*, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan, penyakit jantung lain

seperti gangguan aliran darah, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah atau pengosongan jantung abnormal (Brunner & Suddarth, 2013). Gejala yang muncul adalah nyeri, sesak nafas, intoleransi aktifitas, kelelahan, dan *edema* tungkai (Aspiani, 2015).

Gejala khas pasien gagal jantung, yaitu sesak nafas saat istirahat atau beraktivitas, kelelahan, dan *edema* tungkai, sedangkan tanda khas pasien gagal jantung adalah *takikardia*, *takipnea*, suara ronchi, efusi pleura, peningkatan vena jugularis, *edema* perifer dan hepatomegali (PERKI, 2015 dalam Harigustian dkk, 2016). Selanjutnya menurut Natasha, dkk (2017) gejala yang kompleks dari pasien gagal jantung yaitu napas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktivitas disertai/tidak kelelahan, tanda retensi cairan berupa *edema pulmoner* atau *edema perifer*, dan adanya bukti dari gangguan struktural maupun fungsional jantung.

Pada gagal jantung kongesti salah satu manifestasi klinis yang dapat dilihat dan khas adalah adanya *edema* pada ekstremitas bawah yang biasanya dimulai pada kaki dan lutut (*edema dependen*) dan secara bertahap bertambah ke atas tungkai dan paha yang akhirnya ke genetalia eksterna dan tubuh bagian bawah (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Astuti & Wahyudi, 2013). Selain itu *dyspnea* juga merupakan manifestasi klinis dari gagal jantung kongesti akibat kurangnya suplai oksigen karena penimbunan cairan di alveoli. Penimbunan tersebut membuat jantung tidak mampu memompa darah dengan maksimal (Nirmalasari, 2017). *Edema* merupakan kelebihan volume cairan pada rongga intravaskular dan interstisial mengalami peningkatan kandungan air dan natrium. Kelebihan cairan interstisial dikenal sebagai *edema* (Kozier, dkk, 2010).

Pada jantung terjadi *edema* yang disebabkan oleh gagal pompa. Karena gagal pompa maka secara hemodinamika cara terbaik untuk mengurangi *edema* adalah dengan memanfaatkan sifat cairan yang selalu menuju pada tempat yang lebih rendah karena adanya pengaruh gaya gravitasi (Imran, 2008 dalam Astuti & Wahyudi, 2013). Gaya gravitasi

tersebut akan membuat cairan yang tertahan menuju ke arah ekstremitas bawah sehingga terjadi *edema*. Selain gaya gravitasi immobilitas ekstremitas bawah juga menjadi salah satu faktor penyebab *edema* pada pasien gagal jantung (Brunner & Suddarth, 2002 dalam Astuti & Wahyudi, 2013).

Dari data penelitian yang dilakukan oleh Uce Lestari, dkk pada tahun 2015 ditemukan semua pasien gagal jantung kongesti memiliki penyakit penyerta, yaitu CHF + gangguan hati (*cardiac liver, suspensi hematoma, dan hipoalbuminemia*) sebesar 21,05%, CHF + *obstruksi dyspnea* 15,80%, CHF + hipertensi 10,53%, CHF + *dislipidemia* 10,53%, CHF + *angina pectoris* 5,26%, CHF + DM tipe II 5,26%, CHF + *bronkopneumonia* 5,26%, CHF + SOPT 5,26%, CHF + enteritis akut 5,26%, dan CHF + *orthopnea* 5,26%. Pada penelitian ini komplikasi yang paling banyak ditemukan adalah gangguan hati yaitu sebanyak 21,05%, hal ini karena gagal jantung dapat menyebabkan penumpukan cairan yang menempatkan terlalu banyak tekanan pada hati, dalam hal ini terjadi penumpukan cairan pada jaringan perut yang membuatnya lebih sulit bagi hati berfungsi dengan benar.

Menurut penelitian dari GMJ Ginting pada tahun 2015 dimana gagal jantung kongesti adalah penyebab dari sepertiga efusi pleura dan merupakan penyebab efusi pleura tersering. Begitu juga dengan penelitian dari Kinasewitz (1997) yang mengatakan bahwa kejadian efusi pleura pada penyakit jantung disebabkan oleh terdapatnya hipertensi pulmonal. Peningkatan tekanan *vena pulmonal* yang mengakibatkan *edema alveolar* juga meningkatkan tekanan interstisial di daerah subpleural, *edema* mengakibatkan kebocoran cairan dari permukaan pleural visceral yang berkontribusi terhadap meningkatnya tingkat akumulasi cairan (Damanik & Imawati, 2016).

Salah satu latihan yang dapat diberikan pada pasien *congestif heart failure* (CHF) adalah pemberian posisi kaki lebih tinggi 15° selama 1 jam, 1 ½ jam dan 2 jam. Namun demikian perlu adanya kehati-hatian dalam

menerapkan posisi kaki lebih tinggi 15°, dikarenakan cairan dari ekstremitas bawah yang mengalir ke jantung akan dapat memperparah kejadian *edema* paru. Untuk itu perlu dilakukan monitoring fungsi pernapasan secara reguler pada saat perawat menerapkan posisi kaki lebih tinggi 15° dalam menurunkan *edema* ekstremitas (Astuti & Wahyudi, 2013). Selain itu dapat pula dilakukan pembatasan cairan, karena pada pasien CHF pemenuhan cairan pun akan dibatasi hal ini bermanfaat dalam pengurangan gejala, karena pasien CHF mengalami penurunan kemampuan untuk mengeluarkan air dalam tubuhnya. Pasien dengan CHF sebenarnya mengetahui mengenai pembatasan cairan dan mengetahui konsekuensi apa yang mereka dapat jika tidak taat terhadap pembatasan cairan tersebut yaitu *edema* pada kaki, *edema* pada perut, serta sesak napas karena kebanyakan minum (Agustina, dkk, 2017).

Cara penanganan *Congestif Heart Failure* (CHF) dengan *edema* dapat pula diberikan obat furosemid dan kaptopril, furosemid direkomendasikan bila menunjukkan adanya gejala *edema* atau retensi cairan, serta penggunaan kaptopril pada pasien gagal jantung diberikan untuk menunda atau mencegah terjadinya gagal jantung, mengurangi risiko *infark miokard* dan kematian mendadak (Uce Lestari, dkk, 2015). Pembatasan garam dan air serta pemberian diuretik, baik oral maupun parenteral akan menurunkan preload dan kerja jantung. Diuretik memiliki efek antihipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium sehingga menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah (Wardani, dkk, 2018). Untuk merawat pasien *congestif heart failure* (CHF) dengan *edema* agar terhindar dari komplikasi, maka peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *congestif heart failure* (CHF) sangat diperlukan. Peran perawat pada pasien *congestif heart failure* (CHF) dengan *edema* yaitu menurunkan *edema* ekstremitas maupun pulmonal, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung serta menjaga stabilitas fisik (Nirmalasari, 2017).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*”.

## **B. Batasan Masalah**

Pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

## **C. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema* ?

## **D. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

## **E. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Teoritis

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan metode studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Perawat

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan agar perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi yang tepat pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

### b. Rumah Sakit

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

### c. Institusi Pendidikan

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar mengenai masalah *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.

### d. Pasien

Laporan Karya Tulis ini bertujuan agar pasien mengerti gambaran umum tentang *Congestive Heart Failure* (CHF) beserta perawatan yang benar bagi pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan *Edema*.