**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Penyakit kardiovaskuler merupakan merupakan penyebab kematian utama diberbagai negara maju dan tampak adanya kecenderungan yang meningkat sebagai penyebab kematian diberbagai negara berkembang (Hatma, 2007). Gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat (Kasron, 2012). Gagal jantung terjadi karena gangguan sirkulasi yang berhubungan dengan kegagalan jantung untuk berfungsi secara normal yang menyebabkan kongesti pada dasar vaskuler paru dan jaringan perifer, yang menimbulkan gejala pernafasan dan edema perifer (Gallo, 2011). Hasil dari beberapa penelitian yang telah dilaksanakan, dari 5 penelitian tentang gagal jantung, terdapat 4 penelitian dan masalah keperawatan sering muncul yang menjadi prioritas utama pada pasien dengan diagnosa medis gagal jantung di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah ketidakefektifan pola nafas (Pratiwi, 2013; Kusumawardani, 2012;Dhiasa, 2012;Andriyanto, 2013).

Menurut WHO sekitar 3000 penduduk Amerika menderita CHF sedangkan pada tahun 2005 di Jawa Tengah terdapat 520 penderita CHF (Pangastuti, 2009). Sekitar 250.000 pasien meninggal oleh sebab gagal jantung (langsung maupun tidak langsung) setiap tahunnya dan angka tersebut telah meningkat 6 kali dalam 40 tahun terakhir (Joesoef, 2007). Bahkan di Indonesia, penyakit ini telah menjadi pembunuh nomor satu. Data epidemologi untuk gagal jantung di Indonesia belum ada, namun hasil survey Departemen Kesehatan tahun 2008 di Indonesia menunjukkan kejadian pasien yang diopname dengan diagnosis gagal jantung mencapai 14.449 jiwa (Rahmayanti, 2012; Puspitasari, 2012). Pada bulan Januari-Juli 2015 terdapat 35 pasien menderita penyakit *congestive heart failure* (CHF) dari keseluruhan 294 pasien rawat inap di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

Gagal jantung kongestif disebabkan oleh *infark miokard acut*, miokarditis, hipertensi dan penyakit jantung lain yang menyebabkan gangguan pada irama jantung. Pada pasien gagal jantung terjadi hipertrofi ventrikel sebagai respon mempertahankan curah jantung, akan tetapi saat beraktivitas akan memperberat kerja ventrikel curah jantung menurun, akibatnya pengisian ventrikel kiri menurun dan aliran darah jantung dan otak tidak adekuat. Sehingga muncul masalah penurunan curah jantung. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Dengan meningkatnya EDV (volume akhir diastolic ventrikel), maka terjadi pola peningkatan tekanan akhir diastole ventrikel (LVDEP), derajat peningkatan tekanan tergantung dan kelenturan ventrikel. Dengan LVDEP, maka terjadi peningkatan tekanan atrium kiri (LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung selama diastole. Peningkatan LAP diteruskan ke dalam anyaman vascular paru-paru, meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru-paru. Jika tekanan hidrostatik dari anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan onkotik vascular, maka akan terjadi transuasi cairan ke dalam intersisial. Akibatnya kecepatan transudasi cairan melebihi kecepatan drainase, limfatik, sehingga terjadi edema intersisial (Smeltzer & Suzzane, 2001). Masalah keperawatan yang muncul adalah kelebihan volume cairan.

Perawat berperan sangat penting dalam memberikan Asuhan keperawatan secara bio-psiko-sosio cultural sehingga perlu diberikan upaya promotif, preventif, kuratif dan juga rehabilitative (Musliha, 2010). Salah satu masalah keperawatan yang muncul dan menjadi prioritas adalah ketidakefektifan pola nafas. Untuk mengatasi masalah tersebut peran perawat secara independen adalah mengobservasi tanda-tanda vital pasien meliputi frekuensi, kecepatan, kedalaman dan irama pernafasan, penggunaan otot bantu nafas, memberikan posisi semi fowler jika tidak terdapat kontraindikasi, menganjurkan nafas dalam, memperhatikan pengembangan dada simetris atau tidak simetris, mengauskultasi bunyi nafas dan memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga pasien. Peran perawat secara interdependen adalah berkolaborasi dalam memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien, pemeriksaan laboratorium atau analisa gas darah, pemeriksaan rontgen thorax, pemasasangan oroparingeal tube, pemberian obat- obatan sesuai dengan indikasi.

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana pemberian Asuhan Keperawatan Pada Tn. N Dengan Diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Tujuan**

1. **Tujuan Umum**

Menganalisis pemberian Asuhan Keperawatan Pada Tn. N Dengan Diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Tujuan Khusus**
2. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan sesuai dengan implementasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan diagnosis Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Sindrom Marfan Di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat**
8. **Bagi pasien**

Pasien mampu mengerti tentang penanganan, tanda gejala dan penyebab *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Disritmia *Atrial Fibrilasi* (AF) Dengan Marfan Sindrom.

1. **Bagi IPTEK**

Menambah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam asuhan keperawatan

1. **Bagi profesi keperawatan**

Menjadi acuan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dalam profesi keperawatan.

* 1. **Metode Penulisan**
     1. **Metode**

Metode penulisan ini mengunakan deskriptif. Dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF) pada Tn. N dengan keluhan bengkak dikedua tungkainya. Awal mula kejadian, pasien panas mencapai 40oC kemudian pasien meminum obat penurun panas paracetamol. Dari data tersebut penulis mengangkat prioritas masalah keperawatan yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan komplikasi potensial gagal jantung.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber Data**

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekudner

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematik Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa gagal jantung kongesti, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran