

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Congestif Heart Failure merupakan masalah kesehatan kardiovaskular yang kejadiannya terus meningkat. CHF merupakan penyakit progresif dengan prognosis yang buruk (Rs et al., 2025). *Congestif Heart Failure* terjadi karena jantung tidak mampu memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Gagal jantung menjadi siklus yang tidak ada habisnya. Ketika ruang jantung menjadi terlalu penuh, lebih sedikit darah yang dipompa keluar, sehingga meningkatkan akumulasi darah dan pemanjangan serat otot (Ismoyowati et al., 2021).

Secara global, penyakit jantung telah menjadi penyebab kematian utama di dunia selama dua decade (WHO, 2020). Berdasarkan data *Global Health Data Exchange* (GHDx) pada tahun 2020, jumlah kasus gagal jantung kongestif di seluruh dunia mencapai 64,34 juta jiwa, dengan 9,91 juta kematian dan perkiraan biaya hingga \$346,17 miliar yang dikeluarkan untuk biaya perawatan pasien (Pratiwi & Fibriyanti, 2025). Berdasarkan data survei kesehatan dasar tahun 2018, prevalensi gagal jantung di Indonesia yang didiagnosis oleh dokter adalah 1,5% atau sekitar 1.017.290 orang (RI, 2025). Berdasarkan data Survei Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi gagal jantung yang didiagnosis dokter di Jawa Timur sebesar 1,6% dari seluruh kasus di Indonesia atau sekitar 16. 277 orang (Tim Riset Dinas Kesehatan, 2018).

Kelangsungan hidup pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dipengaruhi beratnya kondisi yang dialami masing – masing pasien dan juga dipengaruhi oleh usia serta jenis kelamin. Setiap tahun mortalitas pasien dengan gagal jantung berat lebih dari 50 %, mortalitas pada pasien dengan gagal jantung ringan lebih dari 10 %, sedangkan morbiditas pasien gagal jantung juga dipengaruhi oleh beratnya penyakit masing – masing pasien (Puspita Dewi, 2017).

Gejala utama yang timbul pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu nyeri dada. Nyeri dada timbul secara mendadak. Penyebabnya yaitu suplai

oksigen ke miokardium mengalami penurunan yg berakibat kematian pada sel jantung. Gejala klinis nyeri dada dalam kasus *Congestive Heart Failure* (CHF), timbul secara tiba-tiba & secara terus menerus serta sulit mereda. Jika nyeri ini dibiarkan tingkat keparahan nyeri akan meningkat akibatnya nyeri tidak tertahankan lagi. Nyeri ini ditimbulkan lantaran menurunnya curah jantung akibatnya suplai oksigen ke miokardium menurun mengakibatkan perubahan metabolisme miokardium (Agustina et al., 2017).

Salah satu tindakan relaksasi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dada pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah relaksasi Benson. Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang diciptakan oleh ahli peneliti yang bernama *Herbert Benson*. Relaksasi Benson dikembangkan oleh Benson di *Harvard's Thorndike Memorial Laboratory* dan *Benson's Hospital*. Relaksasi Benson dapat dilakukan sendiri, bersama-sama, atau bimbingan 4 mentor. Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Formula kata-kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan. Keyakinan pasien tersebut memiliki makna menenangkan, kalimat-kalimat yang diucapkan pada terapi benson menggunakan doa, kalimat dan ucapan sesuai keyakinan masing-masing pasien sebagai contoh di dalam agama islam kata yang sering diucapkan adalah kalimat "laa ilaha illallah, astaghfirullah, dan subhanallah." (Syifa, 2024).

Herbert Benson melakukan pengkajian terhadap beberapa manfaat dari doa dan meditasi yang dilakukan seseorang terhadap peningkatan kesehatan. Proses relaksasi Benson akan membuat tubuh menjadi rileks sehingga menghentikan hormon yang diperlukan saat stress. Ketika seseorang mengurangi stress maka hormon stress akan berkurang juga sehingga relaksasi Benson akan memproduksi hormon yang penting untuk mengurangi nyeri. Relaksasi Benson ini membutuhkan waktu, tempat yang nyaman, konsentrasi dan fokus yang baik sehingga dapat mengendalikan nyeri dada pada pasien

Congestive Heart Failure (CHF) yang dirasakan. Relaksasi ini sangat baik dilakukan karena tidak menimbulkan efek samping apapun (Peek & Divers, 2018).

Bedasarkan latar belakang tersebut dan tentang manajemen nyeri, maka penulis tertarik untuk mengambil study kasus tentang “Asuhan Keperawatan manajemen nyeri Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Rumah Sakit RSUD R.T Notopuro Sidoarjo”

2.2 Konsep Teori Congestif Hearth Failure

2.2.1 Definisi

Congestive Heart Failure (CHF) sering disebut sebagai gagal jantung kongestif, adalah jantung yang tidak mampu memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan ketika terjadi gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan kondisi yang sangat berbahaya, meski demikian bukan berarti jantung tidak bisa bekerja sama sekali, hanya saja jantung tidak berdetak sebagaimana mestinya (Restiani et al., 2023).

2.2.2 Etiologi

Kontraktilitas meokardium pada keadaan dimana terjadi penurunan pada infark miokardium dan kardiomiopati. Selain ketiga mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung, ada faktor fisisologis lain yang dapat pula megakibatkan jantung gagal kerja sebagai pompa. Faktor-faktor yang mengganggu pengisian ventrikel seperti stenosis katup atrioventrikuler dapat menyebabkan gagal jatung. Penyebab gagal pompa jantung secara menyeluruh (Nurkhalis dan J,A, 2020). Disfungsi otot jantung paling sering disebabkan oleh penyakit arteri koroner, kardiomiopati, hipertensi, dan gangguan katup jantung :

a. Penyakit Arteri Koroner.

Arteriosklerosis artei koroner merupakan penyebab utama gagal jantung. Penyakit arteri koroner ini ditemukan pada lebih dari 60% pasien gagal jantung.

b. Iskemia infark

Iskemia miokard menyebabkan disfungsi miokard karena hipoksia dan asidosis karena akumulasi laktat. Infark miokard, di sisi lain, menyebabkan nekrosis atau kematian kardiomyosit. Akibatnya, otot jantung kehilangan kontraktilitas dan kapasitas pemompaan jantung berkurang. Luasnya area infark berhubungan langsung dengan tingkat keparahan gagal jantung.

c. Kardiomiopati.

Kardiomiopati merupakan penyakit pada otot jantung dan dapat dibedakan menjadi tiga jenis yaitu dilatasi, hipertrofi, dan restriktif. Kardiomiopati dilatasi penyebabnya dapat bersifat idiopatik (tidak diketahui penyebabnya). Namun, penyakit ini juga bisa disebabkan oleh miokarditis dan proses inflamasi kehamilan. Agen bakteriostatik seperti alkohol juga dapat memicu penyakit. Kardiomiopati hipertrofik dan kardiomiopati restriktif, di sisi lain, dapat mengurangi sensitivitas dan pengisian ventrikel (gagal jantung diastolik), sehingga mengurangi curah jantung.

d. Hipertensi.

Hipertensi sistemik maupun pulmonar meningkatkan afterload (tahanan terhadap ejeksi jantung). Kondisi ini dapat meningkatkan ketegangan pada jantung dan menyebabkan hipertrofi miokard. Hipertrofi bertujuan untuk meningkatkan kontraktilitas untuk mengatasi afterload yang tinggi, tetapi sebenarnya mengganggu pengisian ventrikel diastolik. Akibatnya, curah jantung berkurang, menyebabkan gagal jantung.

e. Penyakit Katup Jantung.

Katup jantung berfungsi menjaga darah mengalir dalam satu arah dan mencegah aliran balik. Disfungsi katup jantung membatasi aliran darah, meningkatkan tekanan di ruang jantung, dan meningkatkan ketegangan pada jantung. Beberapa penyakit ini menyebabkan gagal jantung diastolik (Dr. Vladimir, 2017).

Menurut (Amran, 2025) etiologi dari CHF berikut ini :

1. Penyakit miokard, gagal jantung, umumnya terjadi pada penderita penyakit miokard akibat penurunan kemampuan pemompaan/ kontraktil jantung.
2. Aterosklerosis/ oklusi arteri koroner menyebabkan insufisiensi/ gangguan fungsi pompa miokard akibat terganggunya aliran darah ke otot jantung. Hal ini biasanya mendahului gagal jantung dan menyebabkan penurunan kontraktilitas.
3. Peradangan dan penyakit miokard degeneratif berhubungan dengan gagal jantung. Pasalnya, penyakit tersebut secara langsung merusak serabut jantung dan menyebabkan penurunan kemampuan memompa jantung.
4. Faktor sistemik

Banyak faktor yang berperan dalam perkembangan dan tingkat keparahan gagal jantung. Peningkatan laju metabolisme (misalnya demam , hipoksia, anemia) memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala gagal jantung dapat dideteksi relatif terhadap aktivitas yang di berikan. Pada penderita gagal jantung, toleransi olahraga terus menurun dan gejala gagal jantung muncul lebih awal saat melakukan aktivitas ringan. Gejala pertama yang biasa terlihat pada penderita gagal jantung adalah kesulitan bernapas (sesak napas), kelelahan, dan retensi cairan (Maftuha, 2024) :

1. Gagal jantung kiri
 - a. Kongesti paru : dispnea (sesak napas), batuk, paru-paru berderak, saturasi oksigen rendah, adanya bunyi jantung tambahan S3 Bunyi jantung atau “ventrikuler gallop” dapat dideteksi dengan auskultasi.
 - b. Dispnea saat beraktivitas, ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal (PND).

- c. Batuk kering tanpa dahak. Seiring berjalannya waktu, batuk tersebut bisa berubah menjadi batuk yang mengeluarkan dahak.
 - d. Dahaknya berbusa, banyak dan berwarna merah muda (berdarah).
 - e. Perfusi jaringan tidak mencukupi.
 - f. Oliguria (penurunan keluaran urin) dan nokturia (sering buang air kecil siang dan malam)
 - g. Dengan timbulnya gagal jantung, timbul gejala sebagai berikut: Gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, kebingungan, gelisah, cemas, sianosis, kulit pucat, atau terasa dingin dan basah.
 - h. Takikardia, kelemahan, denyut nadi lemah, kelelahan.
 - i. Nyeri dada yakni nyeri yang di rasakan akibat dari penurunan curah jantung yang membuat suplai O₂ ke miokard menurun sehingga terjadinya peningkatan hipoksia jaringan miokardium sehingga membuat perubahan metabolisme miokardium.
2. Gagal Jantung Kanan
- Kemacetan jaringan perifer dan visceral terjadi karena jantung sebelah kanan tidak dapat memompa volume darah yang cukup untuk menampung seluruh darah yang biasanya kembali dari sirkulasi vena.
- a. Edema ekstremitas bawah
 - b. Dilatasi vena leher dan efusi pleura
 - c. Hepatomegali dan nyeri tekan pada perut kuadran kanan atas disebabkan oleh pelebaran vena dalam hati.
 - d. Anoreksia dan mual
 - e. Kelemahan

2.2.4 Klasifikasi

Menurut (Wahyudianto, 2025) klasifikasi gagal jantung terbagi menjadi beberapa hal diantaranya:

1. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan Fraksi Ejeksi
Klasifikasi gagal jantung berdasarkan fraksi ejeksi ventrikel kiri (FEVKi) masih dianggap penting karena prognosis, respon terapi, serta sebagian besar uji klinis membagi pasien berdasarkan FEVKi. Uji klinis acak pada gagal jantung

dengan bukti yang menguntungkan untuk kelangsungan hidup sebagian besar terdaftar sebagai pasien dengan FEVKi

2. Klasifikasi Gagal Jantung

Berdasarkan stadium dan Kapasitas Fungsional

a. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan stadium menurut *American Heart Association* (AHA):

1) Stadium A:

Peningkatan risiko terkena gagal jantung. Tidak ada penyakit jantung struktural atau fungsional dan tidak ada tanda atau gejala.

2) Stadium B:

Penyakit terjadi pada struktur jantung, di antaranya berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, dan tanpa tanda atau gejala

3) Stadium C:

Gagal jantung bergejala yang berhubungan dengan penyakit jantung struktural yang mendasarinya.

4) Stadium D:

Gejala penyakit jantung struktural lanjut dan gagal

b. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan Kapasitas Fungsional

1) Kelas I:

Tidak ada batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menyebabkan kelelahan, jantung berdebar, atau sesak napas

2) Kelas II:

Berlaku pembatasan aktivitas kecil. Tidak ada rasa tidak nyaman saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menyebabkan kelelahan, jantung berdebar, atau sesak napas.

3) Kelas III:

Terdapat pembatasan kegiatan yang signifikan. Tidak ada gejala saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, jantung berdebar, atau sesak napas

4) Kelas IV:

Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik tanpa rasa tidak nyaman. Mengalami gejala saat istirahat. Keluhan meningkat seiring dengan adanya aktivitas.

2.2.5 Patofisiologi

Kemampuan jantung dalam merespon stres tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung tidak dapat lagi berfungsi sebagai pompa sehingga mengakibatkan apa yang disebut gagal jantung. Pada tahap awal, cadangan jantung normal terganggu, respons fisiologis spesifik terhadap penurunan curah jantung gagal, dan disfungsi komponen pompa dapat menyebabkan kegagalan. Semua reaksi ini menunjukkan upaya tubuh untuk menjaga aliran darah normal ke organ vital. Ada tiga mekanisme respon utama dalam menanggapi gagal jantung, yaitu peningkatan aktivitas adrenergik simpatis, peningkatan preload akibat aktivitas neurohormonal, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respons ini mencerminkan upaya untuk mempertahankan curah jantung.

Mekanisme ini, dalam keadaan normal, mungkin cukup untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau mendekati normal pada tahap awal gagal jantung. Mekanisme dasar terjadinya gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung sehingga mengakibatkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Ketika curah jantung menurun, sistem saraf simpatis mempercepat detak jantung untuk mempertahankan curah jantung.

Jika mekanisme ini gagal, perpindahan harus disesuaikan. Volume pada darah adalah jumlah darah yang dipompa selama setiap kontraksi dan bergantung pada tiga faktor: preload (jumlah darah yang mengisi jantung), dan kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel) yang dipengaruhi oleh. Panjang serat jantung berhubungan dengan perubahan tekanan darah. kalsium) dan afterload (jumlah tekanan ventrikel yang harus dikembangkan untuk memompa 10 darah melawan perbedaan tekanan yang diciptakan oleh tekanan arteri). Ketika salah satu dari

komponen ini terganggu, curah jantung menurun. Disfungsi miokard disebabkan oleh aterosklerosis koroner, hipertensi arteri, miopati degeneratif, atau miopati inflamasi.

Aterosklerosis koroner menyebabkan disfungsi miokard karena aliran darah ke otot jantung terganggu. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokard biasanya mendahului gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban pada jantung dan menyebabkan hipertrofi serat miokard. Efek ini (hipertrofi miokard) meningkatkan kontraktilitas jantung dan oleh karena itu dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi. Peradangan dan penyakit miokard degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena secara langsung merusak serabut jantung sehingga mengakibatkan penurunan kontraktilitas. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami malfungsi secara independen. Gagal jantung kiri biasanya mendahului gagal jantung kanan. Kegagalan ventrikel kiri merupakan sinonim dari edema paru akut. Karena keluaran ventrikel berpasangan atau tersinkronisasi, kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Kurniawan et al., 2026).

2.2.6 Komplikasi

1. Tromboemboli adalah risiko terjadinya bekuan vena (thrombosis vena dalam atau deep venous thrombosis dan emboli paru atau EP) dan emboli sistemik tinggi, terutama pada CHF berat. Bisa diturunkan dengan pemberian warfarin.
2. Komplikasi fibrilasi atrium sering terjadi pada CHF yang bisa menyebabkan perburukan dramatis. Hal tersebut indikasi pemantauan denyut jantung (dengan digoxin atau β blocker dan pemberian warfarin).
3. Kegagalan pompa progresif bisa terjadi karena penggunaan diuretik dengan dosis ditinggikan.
4. Aritmia ventrikel sering dijumpai, bisa menyebabkan sinkop atau sudden cardiac death (25-50% kematian CHF). Pada pasien yang

berhasil diresusitasi, amiodaron, β blocker, dan vebriator yang ditanam mungkin turut mempunyai peranan (Ali, 2024).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Tes suportif yang dilakukan untuk pasien (CHF) meliputi

- a) Elektrokardiogram Pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien diduga gagal jantung. Abnormalitas EKG sering dijumpai pada gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung.
- b) Foto thorak Foto toraks merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Foto toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura, dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru
- c) Stress Test: Ini adalah tes non-invasif yang dimaksudkan untuk mendeteksi kemungkinan iskemia atau infeksi sebelumnya.
- d) Ekokardiografi
 - a. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume terbalik dan kelainan regional, model M paling sering digunakan dan diperiksa dengan EKG
 - b. Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
 - c. Ekokardiografi dopolar (pencitraan dan akses transesophageal ke hati)
- e) Kateterisasi jantung: Tekanan abnormal merupakan indikator dan membantu membedakan antara gagal jantung kiri dan kanan serta stenosis atau insufisiensi katup.
- f) Rontgen dada: Pembesaran jantung dapat terlihat. Bayangan mencerminkan pembesaran atau hipertrofi ventrikel atau perubahan pembuluh darah abnormal
- g) Elektrolit: Mungkin berubah warna karena perpindahan/pengurangan cairan Fungsi
- h) Saturasi Oksigen: Saturasi oksigen bisa rendah, terutama jika gagal jantung akut menjadi kronis.

- i) Analisis gas darah: Gagal ventrikel kiri yang ditandai dengan pernapasan ringan Alkalosis (awal) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir)
- j) Nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin: . Peningkatan BUN menunjukkan memburuknya fungsi ginjal. Peningkatan BUN dan kreatinin menunjukkan
- k) Tes Tiroid: Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hipertiroidisme sebagai pemicu gagal jantung (Rs et al., 2025).

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terhadap pasien gagal jantung harus dilakukan agar tidak terjadi perburukan kondisi. Tujuan penatalaksanaan adalah untuk menurunkan kerja otot jantung, meningkatkan kemampuan pompa ventrikel, memberikan perfusi adekuat pada organ penting, mencegah bertambah parahnya gagal jantung dan merubah gaya hidup (Aloran et al., 2024). Penatalaksanaan dasar pada pasien gagal jantung meliputi dukungan istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung, pemberian terapi farmakologis untuk meningkatkan kekuatan dan efisien kontraksi jantung, dan pemberian terapi diuretik untuk menghilangkan penimbunan cairan tubuh yang berlebihan (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Ada 2 penatalaksanaan pada CHF yaitu :

1. Farmakologis

b. Diuretik

Diuretik merupakan pilihan pertama untuk menurunkan kerja otot jantung. Terapi ini diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal (Smeltzer & Bare, 2016). Diuretik akan menghambat reabsorpsi natrium di ascending loop henle. Hal tersebut diharapkan dapat menurunkan volume sirkulasi, menurunkan preload, dan meminimalkan kongesti sistemik dan paru (Black & Hawks, 2009). Efek samping pemberian diuretik jangka panjang dapat menyebabkan hiponatremi dan pemberian dalam dosis besar dan

berulang dapat mengakibatkan hipokalemia . Hipokalemia menjadi efek samping berbahaya karena dapat memicu terjadinya aritmia (Mujiadi & Rachmah, 2021).

- 1) Loop diuretik IV direkomendasikan untuk semua pasien gagal jantung akut dengan tanda dan gejala kelebihan cairan. Diperlukan pemantauan urine output, fungsi ginjal, dan elektrolit saat penggunaan obat ini
 - 2) Jika sebelumnya tidak mengonsumsi diuretik oral, dosis awal adalah bolus 20-40 mg IV sedangkan apabila sebelumnya sudah dengan dosis kronik, maka awal pemberian setara dengan dosis oral yang sebelumnya dikonsumsi
 - 3) Diuretik dapat diberikan baik berupa bolus atau pun drip secara kontinu
 - 4) Kombinasi loop diuretic dengan thiazide atau spironolakton dapat dipertimbangkan pada pasien dengan edema persisten atau respon yang kurang.
- c. Vasodilator Pemberian vasodilator atau obat-obat vasoaktif dapat menurunkan kerja miokardial dengan menurunkan preload dan afterload sehingga meningkatkan cardiac out (Breivik, 2002). Vasodilator dapat dipertimbangkan pada pasien gagal jantung akut dengan tekanan darah sistolik > 90 mmHg. Pemberian vasodilator ini dipertimbangkan sebagai terapi pertama pada pasien gagal jantung akut dengan hipertensi.
- d. Inotropik (dobutamine, dopamine, levosimendan, phosphodiesterase III (PDE III) inhibitor
- 1) Pemberian jangka pendek dari inotropic dipertimbangkan pada pasien dengan hipotensi (SBP < 90 mmHg) dan tanda hipoperfusi walaupun status pengisian volume yang cukup untuk meningkatkan cardiac output, tekanan darah, perfusi perifer, dan mempertahankan fungsi organ

- 2) IV dari levosimendan atau PDE III inhibitor dipertimbangkan untuk membalik efek dari beta blocker jika dicurigai beta blocker turut memperparah keadaan hipotensi pada pasien.

e. Vasopresor

- 1) Vasopresor (terutama norepinefrin) dapat diberikan pada pasien dengan syok kardiogenik yang tetap terjadi walaupun dalam pemberian inotropik
- 2) Direkomendasikan untuk monitor EKG dan tekanan darah saat penggunaan inotropik dan vasopressor karena dapat menyebabkan aritmia, iskemia jantung, dan pada pemberian levosimendan dan PGE III inhibitor, hipotensi

f. Profilaksis tromboembolisme

Pemberian profilaksis LMWH direkomendasikan pada pasien yang sebelumnya belum mendapatkan antikoagulan dan tanpa kontraindikasi terhadap antikoagulan untuk mencegah DVT dan emboli paru.

g. Pemberian Oksigen

Pemberian oksigen dengan nasal kanul bertujuan untuk mengurangi hipoksia, sesak napas dan membantu pertukaran oksigen dan karbondioksida. Oksigenasi yang baik dapat meminimalkan terjadinya gangguan irama jantung, salah satunya aritmia (Arif Muttaqin, 2023).

h. Obat lainnya

Kontrol Gangguan Irama Jantung dimana Aritmia yang paling sering terjadi pada pasien gagal jantung adalah atrial fibrilasi (AF) dengan respon ventrikel cepat. Pengontrolan AF dapat dilakukan dengan dua cara, yakni mengontrol rate dan rhythm. Untuk mengontrol laju ventrikel terutama pada AF, dapat diberikan

- 1) Digoxin dan/ atau beta blocker sebagai pengobatan lini pertama
- 2) Amiodaron .

1.2.2 Non farmakologis

1) Diet Rendah Garam

Batasi asupan natrium untuk mencegah, mengendalikan, dan mengurangi edema. Pembatasan natrium digunakan digunakan dalam diet sehari-hari untuk membantu mencegah, mengontrol, 20 dan menghilangkan edema. Restriksi natrium < 2 gram/hari membantu diuretik bekerja secara optimal.

2) Membatasi jumlah cairan

Beban kerja pada jantung berkurang dan volume cairan berlebih dalam tubuh dapat dihindari dengan cara mengurangi retensi cairan. Pembatasan cairan hingga 1000 ml/hari direkomendasikan pada gagal jantung yang berat (Arif Muttaqin, 2023).

3) Menurunkan Berat Badan dengan Olah raga teratur

4) Ubah pola hidup dengan mengurangi makanan yang mengandung kolesterol

5) Menghindari minum alkohol

6) Mengurangi aktivitas fisik yang berlebihan

7) Terapi Relaksasi benson

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Definisi

International Association for Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan, sedangkan menurut Curton, nyeri merupakan suatu produksi mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan rusak yang menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan nyeri (Syifa, 2024).

Menurut (Breivik, 2002), nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang bervariasi dari nyeri yang ringan hingga ke nyeri yang berat. Nyeri ini adalah respons terhadap impuls dari nervus perifer dari jaringan yang rusak atau berpotensi rusak .

Nyeri merupakan alarm potensi kerusakan, tidak adanya sistem ini akan menimbulkan kerusakan yang lebih luas. Gejala dan tanda timbul pada jaringan normal terpapar stimuli yang kuat biasanya merefleksikan intensitas, lokasi dan durasi dari stimuli tersebut. Tiga jenis stimuli yang dapat merangsang reseptor nyeri yaitu mekanis, suhu, dan kimiawi. Nyeri dapat merupakan predictor prognosis, makin berat nyeri maka akan lebih besar kerusakan jaringan pada Congestive Heart failure (CHF) nyeri yang sering timbul yaitu nyeri dada, nyeri dirasakan akibat dari penurunan curah jantung yang membuat suplai O₂ ke miokard menurun sehingga terjadinya peningkatan hipoksia jaringan miokardium sehingga membuat perubahan metabolisme miokardium pada (Kinter & Sherman, 2020).

2.3.2 Fisiologi

Nyeri adalah campuran dari reaksi fisik, emosional, dan perilaku. Stimulasi produser Nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Memasuki serat nyeri itu berjalan ke sumsum tulang belakang dan salah satu dari beberapa jalur saraf dan akhirnya dengan massa abu-abu dari sumsum tulang belakang. Terdapat pesan nyeri yang dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan korteks serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Setiap pasien yang mengalami trauma berat (tekanan, suhu, kimia) atau pasca pembedahan harus dilakukan penanganan nyeri yang sempurna, karena dampak dari nyeri itu sendiri akan menimbulkan respon stres metabolik (MSR) yang akan mempengaruhi semua sistem tubuh dan memperberat kondisi pasiennya. Hal ini akan merugikan pasien akibat timbulnya perubahan fisiologi dan psikologi pasien itu sendiri, seperti:

- a) Perubahan kognitif (sentral) : kecemasan, ketakutan, gangguan tidur dan putus asa.

- b) Perubahan neurohumoral : hiperalgesia perifer, peningkatan kepekaan luka.
- c) Plastisitas neural (kornudorsalis) : transmisi nosiseptif yang difasilitasi sehingga meningkatkan kepekaan nyeri.
- d) Aktivasi simpatoadrenal : pelepasan renin, angiotensin, hipertensi, takikard.
- e) Perubahan neuroendokrin : peningkatan kortisol, hiperglikemi, katabolisme.

Nyeri pembedahan sedikitnya mengalami dua perubahan, pertama akibat pembedahan itu sendiri yang menyebabkan rangsangan ujung saraf bebas dan yang kedua setelah proses pembedahan terjadi respon inflamasi pada daerah sekitar operasi, dimana terjadi pelepasan zat-zat kimia (prostaglandin, histamin, serotonin, bradikinin, substansi P dan lekotrein) oleh jaringan yang rusak dan sel-sel inflamasi. Zat-zat kimia yang dilepaskan inilah yang berperan pada proses transduksi dari nyeri (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

2.3.3 Mekanisme

Nyeri merupakan suatu bentuk peringatan akan adanya bahaya kerusakan jaringan. Pengalaman sensoris pada nyeri akut disebabkan oleh stimulus noxius yang diperantarai oleh sistem sensorik nosiseptif. Sistem ini berjalan mulai dari perifer melalui medulla spinalis, batang otak, thalamus dan korteks serebri. Apabila telah terjadi kerusakan jaringan, maka sistem nosiseptif akan bergeser fungsinya dari fungsi protektif menjadi fungsi yang membantu perbaikan jaringan yang rusak.

Nyeri inflamasi merupakan salah satu bentuk untuk mempercepat perbaikan kerusakan jaringan. Sensitifitas akan meningkat, sehingga stimulus non noxius atau noxius ringan yang mengenai bagian yang meradang akan menyebabkan nyeri. Nyeri inflamasi akan menurunkan derajat kerusakan dan menghilangkan respon inflamasi (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

2.3.4 Klasifikasi

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

a. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- 1) Pheriperal pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
- 2) Deep pain, yaitu nyeri yang tersa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) Refered pain, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) Central pain, yaitu nyeri yang terjadi karena pemasangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya:

- 1) Incedental pain, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) Steady pain, yaitu nyeri yang timbul akan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- 3) Paroxymal pain, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap $\pm 10-15$ menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya:

- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah
- 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi
- 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi

d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan :

- 1) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas.

a) Karakteristik : Nyeri akut.

- b) Tujuan : Memperingatkan klien terhadap adanya cedera / masalah.
- c) Waktu : Mendadak.
- d) Durasi dan intensitas : Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan), ringan sampai berat.

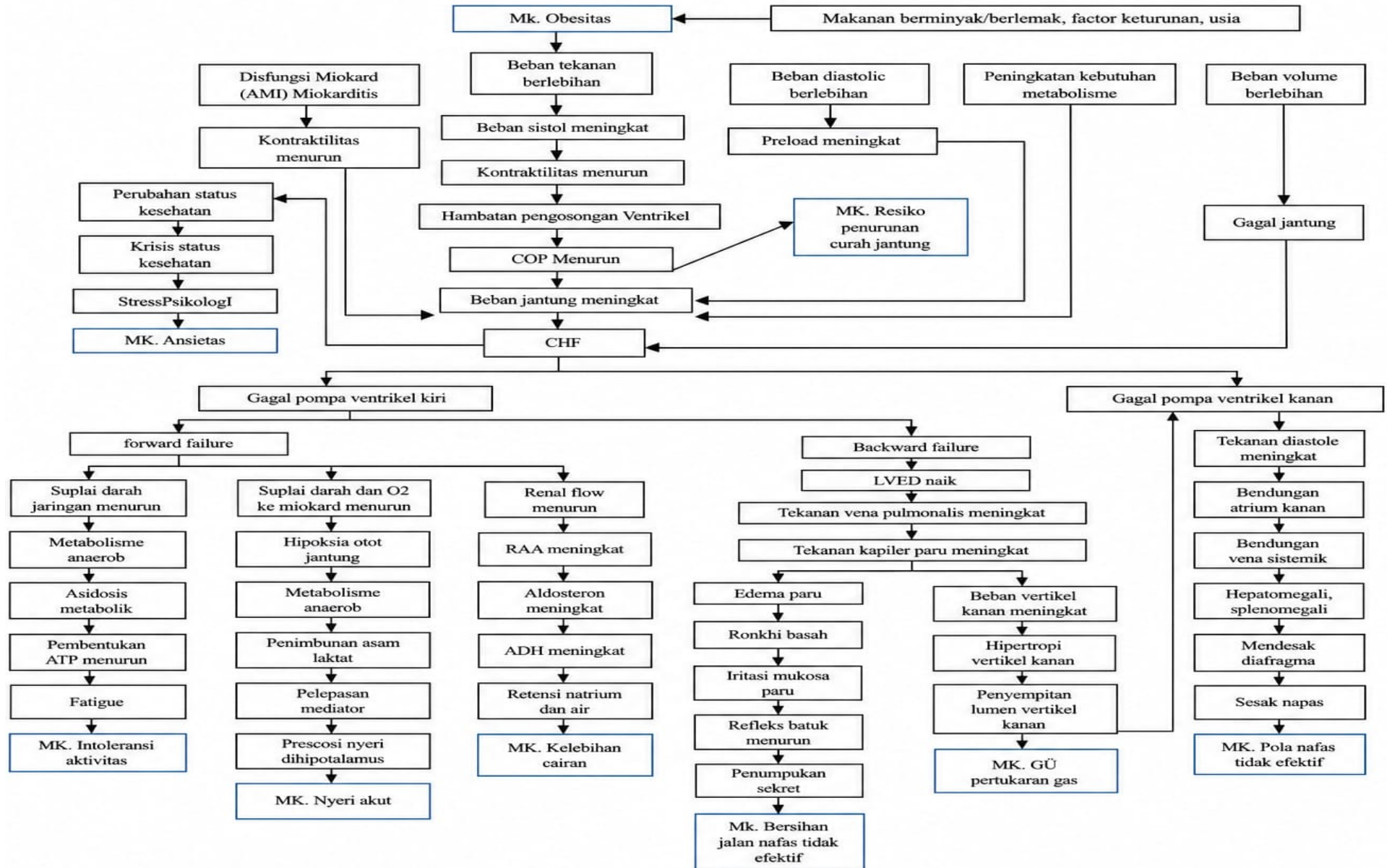
2.3.5 Pengkajian Nyeri Akut

Tabel 2. 1 Pengkajian Nyeri Akut

No.	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan pengkajian
1.	Provokasi Incident P	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan nyeri	Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik? apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul? apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur?
2.	Quality of pain Q	sifat Pengkajian keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri? apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan katakatanya)
3.	Region refered R	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik?

No.	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan pengkajian
4.	Severity scalae of pain S	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit?
5.	Time T	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba? apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang? apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda?

2.3.6 WOC (Web Of caution)



2.4 Konsep Relaksasi Benson

2.4.1 Definisi

Menurut (Aloran et al., 2024) menjelaskan Terapi relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Terapi Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi dengan melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Ali, 2024).

Dalam Agama Islam, kalimat yang dapat dibaca berulang-ulang yaitu dzikir. Kalimat dzikir tersebut antara lain adalah kalimat *laa ilaha illallah*, *astaghfirullah*, dan *subhanallah* mengandung enam huruf kategori jahr. Huruf-huruf jahr yang dilafalkan secara tepat dapat mengeluarkan karbon dioksida jauh lebih banyak dibandingkan jenis huruf lain dari sisi pelafalan. Diameter pembuluh darah otak sesaat akan mengalami pengecilan ketika seseorang berzikir (Purwitasari, 2019)

Dalam Agama Kristen, tidak ada bacaan khusus seperti dzikir dalam agama Islam. Pada ajaran Kristiani, doa yang diucapkan biasanya spontan melalui kata-kata sendiri dan merupakan ungkapan doa yang keluar dari hati. Ada tujuh unsur dalam berdoa dalam ajaran Kristiani. Pertama memuliakan nama Tuhannya, kedua mensyukuri nikmat, ketiga memaafkan orang lain, keempat mengakui dosanya, kelima berdoa secara spesifik mengenai permintaanya, keenam menyerahkan segalanya pada Tuhan, dan yang terakhir menutup doa dalam nama Tuhan Yesus.

Dalam Agama Katolik, doa yang paling sering diucapkan adalah doa Bapa Kami, Salam Maria, dan Kemuliaan. Selain itu, dalam berdoa umat Katolik biasanya disertai dengan membuat tanda salib. Dalam Agama

Hindu, doa yang dibaca untuk meminta kebajikan dan juga doa yang dipakai sebelum meditasi adalah “Om wiswàni dewa sawitar duri tàni parà suwa yad bhadram tanna à suwa”, yang artinya “Ya Tuhan, Sawitar, usirlah jauh-jauh segala kekuatan jahat. Berikanlah hamba yang terbaik”. Selain itu, doa yang dibaca untuk memohon perlindungan dan juga baik diucapkan ketika sakit adalah “Om Trayambhakam yajàmahe sugandhim pusti wardhanam unwarukam iwa bandhanàt mrtyor muksiya màmrta”, yang artinya “Ya Tuhan, hamba memuja Hyang Trayambhaka/Rudra yang menyebarkan keharuman dan memperbanyak makanan. Kalimat-kalimat kalimat yang diucapkan pada terapi benson menggunakan doa kalimat dan ucapan sesuai keyakinan masing-masing pasien. (Purwitasari, 2019)

2.4.2 Komponen Dasar Terapi Benson

a) Suasana tenang

Suasana yang tenang membantu efektivitas pengulangan kata atau kelompok kata dan dengan demikian mempermudah menghilangkan pikiran-pikiran yang mengganggu.

b) Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran-pikiran yang berorientasi pada hal-hal yang logis dan yang berada di luar diri diperlukan suatu rangsangan yang konstan yaitu satu kata atau frase singkat yang diulang-ulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat merupakan fokus dalam melakukan relaksasi benson Fokus terhadap kata atau frase singkat akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk memberi pengaruh terhadap penurunan aktivitas saraf simpatik. Mata biasanya terpejam apabila tengah mengulang kata atau frase singkat. Relaksasi benson dilakukan 1 atau 2 kali sehari selama antara 10 menit. Waktu yang baik untuk mempraktikkan relaksasi benson adalah sebelum makan atau beberapa jam sesudah makan, karena selama melakukan relaksasi, darah akan dialirkan ke kulit, otot-otot ekstremitas, otak, dan

menjauhi daerah perut, sehingga efeknya akan bersaing dengan proses makan (Purwitasari, 2019).

c) Sikap pasif

Apabila pikiran-pikiran yang mengacaukan muncul, pikiran tersebut harus diabaikan dan perhatian diarahkan lagi ke pengulangan kata atau frase singkat sesuai dengan keyakinan. Tidak perlu cemas seberapa baik melakukannya karena hal itu akan mencegah terjadinya respon relaksasi benson. Sikap pasif dengan membiarkan hal itu terjadi merupakan elemen yang paling penting dalam mempraktikkan relaksasi benson (Purwitasari, 2019).

d) Posisi nyaman

Posisi tubuh yang nyaman adalah penting agar tidak menyebabkan ketegangan otot-otot. Posisi tubuh yang digunakan, biasanya dengan duduk atau berbaring di tempat tidur (Purwitasari, 2019).

2.4.3 Prosedur Terapi Benson

- a) Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman.
- b) Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus.
- c) Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala.
- d) Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih.
- e) Pertahankan sikap pasif atau sikap tenang.
- f) Lakukan berulang.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian Dan Penanggung Jawab

Pengkajian diawali dengan identitas pasien untuk memperoleh data demografis yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Identitas pasien

meliputi nama lengkap, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, serta diagnosa medis yang ditegakkan oleh dokter, misalnya cedera kepala ringan, sedang, atau berat.

Selain itu, perlu dicatat identitas penanggung jawab pasien yang meliputi nama, umur, hubungan dengan pasien, alamat, dan nomor telepon yang dapat dihubungi. Data ini penting untuk keperluan komunikasi, pengambilan keputusan, serta persetujuan tindakan medis. Pada pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran, peran penanggung jawab menjadi sangat penting karena pasien sering kali tidak mampu memberikan informasi secara mandiri.

1. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan alasan utama pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF), keluhan utama biasanya berupa nyeri dada, Sesak saat bekerja, dyspnea nokturnal paroksimal, ortopnea, Lelah, pusing, Edema ekstremitas bawah, Nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, Urine menurun. Keluhan ini muncul karena jantung mengalami gangguan dalam memompa darah secara efektif, kondisi ini menyebabkan iskemia miokard (kekurangan suplai oksigen pada otot jantung) yang menimbulkan rasa nyeri atau ketidaknyamanan di dada. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk menggali keluhan utama secara detail, termasuk waktu onset, durasi, intensitas, serta faktor yang memperberat atau meringankan keluhan.

b) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang menjelaskan secara kronologis kejadian yang menyebabkan cedera kepala hingga pasien dirawat di rumah sakit. Data yang dikaji meliputi mekanisme cedera, misalnya

akibat kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, atau trauma benda tumpul.

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

c) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien.

d) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adanya penyakit keturunan atau faktor risiko yang dapat mempengaruhi kondisi pasien, seperti hipertensi, penyakit jantung, stroke, atau diabetes mellitus.

2. Pengkajian persistem

1. B1 (*Breathing*)

Pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF), pengkajian sistem pernapasan dilakukan secara menyeluruh menggunakan metode IPPA untuk mengidentifikasi adanya gangguan ventilasi dan oksigenasi akibat kongesti paru. Penurunan fungsi pompa jantung menyebabkan darah tertahan di sirkulasi pulmonal sehingga terjadi peningkatan tekanan kapiler paru dan perpindahan cairan ke alveolus yang dapat menimbulkan edema paru.

Inpeksi : Saat dilakukan inspeksi, pasien tampak mengalami sesak napas dengan frekuensi pernapasan meningkat (takipnea). Pola napas terlihat cepat dan dangkal serta dapat disertai penggunaan

otot bantu pernapasan seperti otot sternokleidomastoideus dan interkostal. Pasien sering tampak gelisah, sulit berbicara dalam kalimat panjang, serta memilih posisi semi-Fowler atau Fowler untuk mengurangi sesak. Pada kondisi yang lebih berat dapat ditemukan sianosis pada bibir dan ujung jari akibat hipoksia.

Palpasi : Pada palpasi dapat dirasakan peningkatan ekspansi dada yang tidak simetris apabila terjadi akumulasi cairan yang signifikan. Fremitus taktil dapat meningkat pada area yang mengalami kongesti paru. Selain itu, perawat dapat merasakan peningkatan kerja pernapasan melalui kontraksi otot bantu napas yang lebih kuat dari normal.

Perkusi : Pada pemeriksaan perkusi dapat ditemukan suara redup atau pekak pada area paru yang mengalami penumpukan cairan akibat edema paru atau efusi pleura yang sering menyertai CHF.

Auskultasi : Pada auskultasi terdengar ronki basah halus (crackles) terutama pada basal paru akibat penumpukan cairan di alveoli. Pada kondisi yang lebih berat ronki dapat terdengar di seluruh lapang paru. Bunyi napas tambahan ini merupakan salah satu tanda khas kongesti paru pada pasien CHF.

2. B2 (*Blood*)

Pengkajian sistem kardiovaskular merupakan fokus utama pada pasien CHF dengan masalah keperawatan nyeri akut karena berhubungan langsung dengan gangguan perfusi miokard dan penurunan curah jantung.

Inpeksi : Saat inspeksi, pasien tampak meringis, gelisah, dan sering memegang area dada sebagai respons terhadap nyeri. Wajah tampak pucat dan berkeringat dingin akibat aktivasi sistem saraf simpatis. Dapat terlihat edema pada tungkai, pergelangan kaki, atau punggung kaki. Distensi vena jugularis juga sering terlihat sebagai tanda peningkatan tekanan vena sentral. Pasien biasanya mengeluhkan nyeri dada seperti tertindih benda berat, diremas, atau

tertekan dengan skala nyeri sedang hingga berat. Nyeri dapat menjalar ke bahu kiri, lengan kiri, leher, rahang, maupun punggung.

Palpasi : Pada palpasi dapat ditemukan denyut nadi yang cepat (takikardia) dan terkadang tidak teratur. Akral terasa dingin akibat penurunan perfusi perifer. Pengisian kapiler memanjang lebih dari tiga detik menunjukkan adanya gangguan sirkulasi perifer. Pada palpasi prekordium dapat dirasakan adanya heaving atau thrill jika terdapat pembesaran jantung atau kelainan katup yang menyertai.

Perkusi : Perkusi jantung dapat menunjukkan pelebaran batas jantung ke kiri akibat kardiomegali yang sering terjadi pada CHF kronis.

Auskultasi : Pada auskultasi terdengar bunyi jantung S3 Gallop yang merupakan tanda khas gagal jantung. Selain itu dapat ditemukan murmur apabila terdapat kelainan katup jantung yang mendasari CHF. Frekuensi denyut jantung biasanya meningkat sebagai mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan curah jantung.

3. B3 (*Brain*)

Penurunan curah jantung pada CHF dapat mengurangi perfusi serebral sehingga memengaruhi fungsi neurologis pasien.

Inpeksi : Pasien tampak gelisah, cemas, sulit berkonsentrasi, dan menunjukkan ekspresi nyeri. Pada kasus yang berat dapat terjadi penurunan kesadaran akibat hipoksia dan perfusi serebral yang tidak adekuat.

Palpasi : Palpasi umumnya tidak menunjukkan kelainan spesifik, namun dapat ditemukan kulit kepala yang dingin dan lembap akibat aktivasi sistem saraf simpatis.

Perkusi : Perkusi tidak memiliki temuan khusus pada sistem neurologis.

Auskultasi : Auskultasi tidak menunjukkan kelainan spesifik pada pengkajian neurologis.

4. B4 (*Bladder*)

Penurunan curah jantung menyebabkan perfusi ginjal berkurang sehingga memengaruhi produksi urin dan keseimbangan cairan tubuh.

Inpeksi : Pasien dapat mengeluhkan penurunan frekuensi berkemih pada siang hari serta nokturia pada malam hari. Perawat perlu mengamati warna dan jumlah urin yang keluar.

Palpasi : Palpasi kandung kemih dilakukan untuk menilai adanya distensi kandung kemih akibat retensi urin. Pada umumnya tidak ditemukan pembesaran kandung kemih kecuali terdapat masalah eliminasi yang menyertai.

Perkusi : Perkusi suprapubik dapat menunjukkan bunyi redup apabila kandung kemih penuh.

Auskultasi : Tidak terdapat pemeriksaan auskultasi spesifik pada sistem perkemihan.

5. B5 (*Bowel*)

Kongesti sistemik pada CHF dapat menyebabkan gangguan pada sistem gastrointestinal dan hepatic.

Inpeksi : Pasien tampak mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, dan perut terasa penuh. Abdomen dapat tampak membesar akibat asites pada kasus CHF yang berat.

Palpasi : Pada palpasi abdomen dapat ditemukan hepatomegali akibat kongesti vena hepatica. Pasien dapat mengeluhkan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen.

Perkusi : Perkusi abdomen dapat menunjukkan adanya shifting dullness yang menandakan akumulasi cairan asites.

Auskultasi : Auskultasi bising usus biasanya normal, namun dapat menurun apabila terjadi gangguan perfusi saluran cerna yang berat.

6. B6 (*Bone*)

Pengkajian sistem muskuloskeletal bertujuan untuk menilai kemampuan aktivitas dan kondisi perfusi jaringan perifer.

Inpeksi : Pasien tampak lemah, cepat lelah, dan mengalami keterbatasan aktivitas. Edema pitting sering ditemukan pada tungkai dan pergelangan kaki. Kulit tampak pucat, dingin, dan lembap. Pasien sering memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Palpasi : Pada palpasi ditemukan edema pitting dengan derajat tertentu pada ekstremitas bawah. Akral terasa dingin akibat perfusi perifer yang menurun. Kekuatan otot dapat menurun karena berkurangnya suplai oksigen ke jaringan.

Perkusi : Perkusi umumnya tidak memberikan temuan khusus pada sistem muskuloskeletal.

Auskultasi : Tidak terdapat pemeriksaan auskultasi spesifik pada sistem muskuloskeletal.

2.5.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami klien (Amran, 2025). Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien pasca operasiersi laparatomi berdasarkan respon pasien yang disesuaikan dengan SDKI (PPNI, 2018a), yaitu Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen pencendera Fisiologi.

2.5.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2. 2 Tabel Intervensi Keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan: Tingkat Nyeri (Menurun) Dengan kriteria hasil (PPNI, 2018c): 1. Keluhan nyeri (menurun) 2. Meringis (menurun) 3. Kesulitan tidur (menurun) 4. Gelisah (menurun)	SIKI: Manajemen Nyeri (PPNI, 2018b) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons non verbal 4. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti relaksasi benson 2. Control lingkungan yang mempeberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi pendukung: pemberian analgesik Tindakan

2.5.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Suherman, 2023).

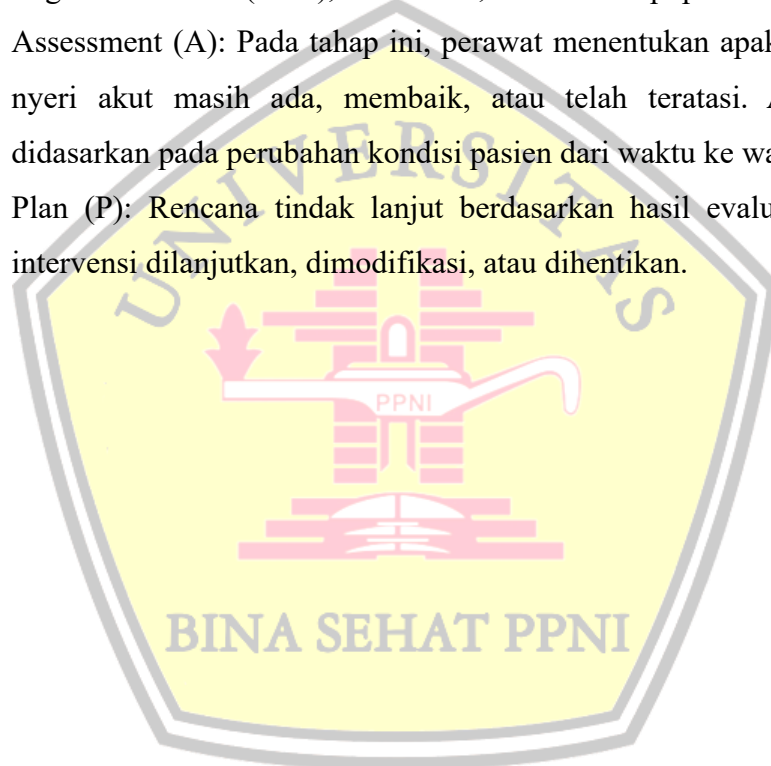
Salah satu implementasi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah melakukan Relaksasi Benson. Terapi relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Perawat menjelaskan Manfaat dari terapi benson yaitu memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang (Chaniago et al., 2024)

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan kriteria hasil telah tercapai setelah dilakukan tindakan keperawatan. Evaluasi dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk menentukan efektivitas intervensi

serta sebagai dasar dalam pengambilan keputusan selanjutnya. Metode evaluasi yang umum digunakan adalah SOAP, yang terdiri dari:

- a. Subjective (S): Data yang diperoleh dari pasien atau keluarga mengenai mengenai kondisi pasien, seperti keluhan, perasaan, atau perubahan yang dirasakan. Pada pasien cedera kepala, data subjektif sering kali diperoleh dari keluarga karena pasien mungkin mengalami penurunan kesadaran.
- b. Objective (O): Data hasil observasi dan pemeriksaan fisik, seperti tingkat kesadaran (GCS), tanda vital, dan kondisi pupil.
- c. Assessment (A): Pada tahap ini, perawat menentukan apakah masalah nyeri akut masih ada, membaik, atau telah teratasi. Analisis ini didasarkan pada perubahan kondisi pasien dari waktu ke waktu.
- d. Plan (P): Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi, apakah intervensi dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.



2.6 Analisa Jurnal Penelitian Terkait

1. Jurnal 1

Tabel 2. 3 Tabel Jurnal 1

Judul	Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Dengan Penyakit Congestive Heart Failure Diruang (CHF) Icu Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere (Dhay & Aloysia, 2023)
populasi	Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah penulis berminat untuk melakukan penelitian pada pasie dengan penyakit Congestive Heart failure (CHF)
intervension	Dengan manajemen nyeri terapi relaksasi benson
comperasion	Membandingkan tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi
outcome	Pemberian terapi relaksasi benson selama tiga hari dengan durasi waktu 10 menit dapat menurunkan skala nyeri yangdirasakan pasien. Pasien dengan skala nyeri 6 menurun menjadi skala nyeri 3.
time	Durasi waktu pelaksanaan terapi relaksasi benson 10 menit selama 1-2 kali

2. Jurnal 2

Tabel 2. 4 Tabel Jurnal 2

judul	Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Icu Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya (Ai Cahyati & Lia Herliana, 2022)
Populasi	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan terapi relaksasi benson pada pasien dengan CHF
intervension	Pemberian intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan masalah nyeri akut adalah dengan menejemen nyeri non-farmakologis melalui teknik relaksasi benson
comperasion	Data dikumpulkan dan dibandingkan dengan mengobservasi tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi
outcome	Penetian mampu menerapkan evidence based practice terapi relaksasi benson dalam mengurangi nyeri dengan penyakit CHF di ruangan ICU RSUD dr. Soekardjo kota tasikmalay. Sebelum diberikan intervensi skala nyeri 5 berkurang menjadi skala nyeri 2. Peneliti mampu menganalisis terapi relaksasi benson dalam mengurangi nyeri dengan penyakit CHF diruangan ICU RSUD dr. Soekardjo kota tasikmalaya
time	Implementasi dilakuakan selama 20 menit 3x dalam sehari

3. Jurnal 3

Tabel 2. 5 Jurnal 3

judul	Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang ICU RSUD Wates Kulon Progo
Populasi	Pasien mengalami masalah keperawatan nyeri akut berupa nyeri dada sebelah kiri yang menjalar ke punggung (skala nyeri awal 5), disertai sesak napas, badan lemah, mual muntah, dan penurunan nafsu makan.
intervension	Prosedurnya dilakukan dengan menarik napas dalam melalui hidung secara perlahan (hitungan 1, 2, 3), menahannya selama 5–10 detik, lalu menghembuskannya lewat mulut secara perlahan selama durasi perawatan di ICU.
comperasion	Peneliti membandingkan perubahan Tingkat nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum serta sesudah intervensi.
outcome	Berdasarkan pengukuran <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS), rata-rata skala nyeri dada pasien menurun dari skala 5 menjadi skala 4 setelah implementasi [1, 7] (pada kesimpulan akhir studi disebutkan keluhan berkurang hingga skala 2 setelah pemantauan lanjutan).
time	Intervensi dan pemantauan dilakukan selama 7 jam di Ruang ICU RSUD Wates Kulon Progo pada tanggal 20 Desember 2024

4. Jurnal 4

Tabel 2. 6 Tabel Jurnal 4

judul	Penerapan Pemberian Relaksasi Benson Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Congestive Heart failure Di Ruangan Intensive RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe
Populasi	Pasien yang mengalami nyeri akut di ruangan Intensive RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe. Populasi spesifik dalam studi kasus ini terdiri dari 6 orang pasien dengan diagnosis medis Congestive Heart Failure (CHF)

intervension	Penerapan kombinasi terapi nonfarmakologis berupa Teknik relaksasi benson
comperasion	Tidak ada kelompok pembanding (kontrol) ataupun intervensi pembanding dalam artikel ini. Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus (<i>case report</i>) naratif yang berfokus pada evaluasi sebelum dan sesudah intervensi pada subjek yang sama.
outcome	Penurunan Tingkat nyeri pada pasien. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa relaksasi benson bisa mengurangi Tingkat nyeri yang sebelum dilakukan Tindakan rata-rata 5 dan sesudah dilakukan Tindakan rata-rata menjadi 3.
time	Proses pemantauan dan pemberian intervensi relaksasi benson dilakukan selama 1 x 6 jam, yang dimulai dalam rentang waktu studi dari 27 Desember 2022 sampai 5 Januari 2023 sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan lanjutan.

5. Jurnal 5

Tabel 2. 7 Tabel jurnal 5

judul	A quasi-experimental study to assess the effect of Benson's relaxation on anxiety and depression among patients with heart failure in Jordan (Aloran et al., 2024)
Populasi	Pasien Heart Failure (HF) berusia ≥ 18 tahun dengan diagnosis HF yang dikonfirmasi oleh dokter spesialis jantung. Penelitian melibatkan 30 pasien dari rumah sakit di Yordania. Pasien dengan kanker, gangguan kecemasan atau depresi yang telah didiagnosis, maupun yang mengonsumsi obat antidepresan atau antikecemasan tidak diikutsertakan.
intervension	Benson Relaxation Technique (BRT) diberikan 2 kali sehari, masing-masing 10 menit, selama 3 hari. Intervensi meliputi latihan relaksasi dengan posisi nyaman, relaksasi otot progresif, pernapasan dalam, dan pengulangan kata "one" secara perlahan.
comperasion	Kelompok kontrol menerima perawatan rutin tanpa pemberian Benson Relaxation Technique. Peneliti membandingkan perubahan skor kecemasan dan depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum serta sesudah intervensi.

outcome	Benson Relaxation Technique terbukti menurunkan tingkat kecemasan dan depresi secara signifikan pada kelompok intervensi ($P < 0,001$). Sebaliknya, kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan yang bermakna. Penelitian menyimpulkan bahwa BRT efektif sebagai terapi komplementer untuk meningkatkan kondisi psikologis pasien HF
time	Intervensi dilakukan selama 3 hari, dengan latihan dua kali sehari dan evaluasi dilakukan sebelum (pre-test) dan setelah (post-test) intervensi

