

**UPAYA PENURUNAN NYERI DADA PADA PASIEN GAGAL  
JANTUNG DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO**



**PUBLIKASI ILMIAH**

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III  
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Oleh:**

**ARDIYAN DIKA MARENDA**

**J 200 130 034**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2016**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**UPAYA PENURUNAN NYERI DADA PADA PASIEN GAGAL JANTUNG  
DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO**

**PUBLIKASI ILMIAH**

oleh

**ARDIYAN DIKA MARENDA**

**J 200 130 034**

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



**Okti Sri Purwanti, S.Kep, Ns, M.Kep, Ns, Sp. Kep. MB.**

**NIP: 197910182005012001**

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENURUNAN NYERI DADA PADA PASIEN GAGAL JANTUNG  
DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO

OLEH

**ARDIYAN DIKA MARENDA**

J 200 130 034

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta  
pada hari Senin, 25 Juli 2016  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Okti Sri Purwanti, S.Kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB.(.....)  
(Ketua Dewan Penguji)
2. Arif Widodo, A.Kep., M.Kes  
(Anggota Dewan Penguji)



Dekan,



**Dr. Suwaji, M.Kes.**

NIP. 195311231983031002

## **PERNYATAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

**Surakarta, 07 Juni 2016**

**Penulis**



**ARDIYAN DIKA MARENDA**

**J 200 130 034**

## UPAYA PENURUNAN NYERI DADA PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO

Ardiyani Dika Marenda\*, Okti Sri Purwanti\*\*, Yani Indrastuti\*\*\*

\*Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Email: [ardiyandikamarenda@gmail.com](mailto:ardiyandikamarenda@gmail.com)

\*\*Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

\*\*\*Pembimbing RSUD dr. Soehadi Prijonegoro

### Abstrak

**Latar Belakang:** Angka kejadian gagal jantung di Indonesia mengalami peningkatan cukup tinggi dari tahun ke tahun. Lanjut usia merupakan faktor resiko terjadi gagal jantung. Selain itu, penyakit gagal jantung menyebabkan munculnya gejala seperti nyeri dada. Nyeri dada muncul karena suplai oksigen ke *miokardium* menurun, ini akan berdampak pada kematian sel jantung. Jika nyeri ini dibiarkan begitu saja, tingkat keparahan nyeri menjadi meningkat. Pada akhirnya akan menimbulkan syok *neurologik* pada orang tersebut. **Tujuan:** Menggambarkan upaya penurunan nyeri dada pada pasien gagal jantung. **Metode:** Metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus di ruang Sakura RSUD dr. Soehadi Prijonegoro pada tanggal 29-31 Maret 2016. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medik, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku dan didukung jurnal-jurnal. **Hasil:** Pasien menunjukkan penurunan nyeri dada setelah dilakukan tindakan. Ada pengaruh tindakan relaksasi napas dalam dan kompres hangat untuk menurunkan nyeri dada. **Kesimpulan:** Tindakan relaksasi napas dalam dan kompres hangat efektif menurunkan nyeri dada. **Saran:** Tindakan Relaksasi napas dalam dan kompres hangat dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk menangani nyeri.

**Kata Kunci:** Nyeri, gagal jantung, relaksasi napas dalam, kompres hangat.

**THE EFFORTS TO REDUCE CHEST PAIN FOR PATIENT WITH HEART FAILURE  
IN dr. SOEHADI PRIJONEGORO HOSPITAL**

Ardiyan Dika Marenda\*, Okti Sri Purwanti\*\*, Yani Indrastuti\*\*\*

\*Student of Health Sciences Faculty of Nursing Departments Muhammadiyah University of Surakarta  
Email: [ardiyandikamarenda@gmail.com](mailto:ardiyandikamarenda@gmail.com)

\*\*Lecturer of Health Sciences Faculty of Nursing Departments Muhammadiyah University of Surakarta  
\*\*\*Preceptor dr. Soebadi Prijonegoro Hospital

**Abstract**

**Background:** The prevalence of heart failure incident in Indonesia has increased sharply each year. Elderly or aging is the major risk factor of heart failure. Moreover, heart failure can causes symptoms such as chest pain. Chest pain arises due to the lack of oxygen supply in the myocardium, and this will impact to the damage of the heart cells. If this pain is not treated well, the severity of the pain will increase. And this will lead to the neurological shock in the person with heart failure. **Objective:** To Describe the efforts in reducing chest pain in the patient with heart failure. **Method:** Method applied a descriptive method with a case study approach conducted in the inpatient installation room of Sakura at dr. Soebadi Prijonegoro from the 29<sup>th</sup> to 31<sup>st</sup> of March 2016. The data was collected through observation, physical examination, medical records, interviews, documentary studies of related journals and books. **Results:** The patient indicated decrease of the chest pain after the treatment. As for the effect of the relaxation treatment such as deep breath and warm compresses to reduce the chest pain. **Conclusion:** The relaxation treatment such as deep breath and warm compresses has effectively decrease the chest pain. **Suggestion:** The relaxation treatment such as deep breath and warm compresses can be used as an option in the independent nursing treatment to deal with pain.

**Keywords:** pain, heart failure, breathing relaxation, warm compresses.

## 1. PENDAHULUAN

Gagal jantung merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup, guna mencukupi kebutuhan metabolik tubuh (Black & Hawks, 2014). Penyebab utama gagal jantung meliputi *kardiomiopati dilatasi*, diikuti oleh *iskemik*, dan durasi gagal jantung rata-rata adalah 37 bulan (Hwang & Kim, 2016). Penyakit ini menjadi masalah yang berkembang di seluruh dunia.

Gagal jantung menjadi masalah yang berkembang di seluruh dunia. Hal ini dibuktikan dengan lebih dari 20 juta orang yang terkena gagal jantung. Negara-negara maju prevalensi penderita gagal jantung pada kelompok usia dewasa adalah 2%. Prevalensi gagal jantung semakin meningkat dengan mengikuti bertambahnya usia. Orang yang terserang penyakit ini mencapai 6-10% dengan usia di atas 65 tahun. Awalnya gagal jantung muncul pada 1-2% individu dengan usia 50-59 tahun. Jumlah ini meningkat sampai 10% pada individu dengan usia diatasnya (Arianda, Uddin, & Sofia, 2014). Sekitar 25% pasien rumah sakit yang terkena gagal jantung, beresiko tinggi untuk diterima kembali dan angka ini tidak berubah selama dekade terakhir. Sebagai hasil dari populasi yang menua, kejadian gagal jantung diperkirakan meningkat menjadi satu dari lima orang di Amerika yang berusia di atas 65 tahun (Sherrod, Pipi, & Seale, 2016). Tidak hanya itu saja, di Indonesia masalah gagal jantung juga mengalami peningkatan yang menyebabkan angka kesakitan maupun kematian.

Gagal jantung di Indonesia menjadi masalah yang menyebabkan banyaknya angka kesakitan maupun kematian. Menurut data Riset Kesehatan Dasar Nasional (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring bertambahnya umur. Penderita tertinggi pada umur 65-74 tahun sebesar 0,5%. Pada umur  $\geq 75$  tahun mengalami penurunan yaitu 0,4%. Bagi yang terdiagnosis dokter atau mempunyai gejala tertinggi terjadi pada umur  $\geq 75$  tahun yaitu sebesar 1,1%. Jumlah yang berhasil terdiagnosis oleh dokter, prevalensinya lebih tinggi pada perempuan sebesar 0,2% dibandingkan dengan laki-laki yaitu 0,1%. Sehingga prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3%. Provinsi Jawa Tengah prevalensi kasus gagal jantung sebesar 12,96 per 1000 penduduk. Provinsi yang masuk dengan prevalensi gagal jantung tertinggi ditempati oleh Nusa Tenggara Timur dengan 0,7% sedangkan di Sulawesi Utara menempati posisi keempat dengan 0,4% (RISKESDAS, 2013).

Selain dari data di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Utara di atas, selanjutnya diperoleh data dari rekam medis di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro yaitu mengenai kasus gagal jantung pada 2 tahun terakhir. Pada 2 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2014 sebanyak 58 kasus dan tahun 2015 sebanyak 86 kasus. Pada Tahun 2016 dalam tiga bulan terakhir, penderita rawat inap yang mengalami gagal jantung di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro khususnya di bangsal sakura sejumlah 3 kasus. Berikutnya akan dijelaskan mengenai proses perjalanan penyakit dari gagal jantung.

Proses perjalanan penyakit gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai akibat kelanjutan dari gagal jantung kiri. Setelah terjadi hipertensi pulmonal terjadi penimbunan darah dalam ventrikel kanan, selanjutnya terjadi gagal jantung kanan. Setiap hambatan pada arah aliran (*forward flow*) dalam sirkulasi akan menimbulkan bendungan pada arah berlawanan dengan aliran (*backward congestion*). Hambatan pengaliran (*forward failure*) akan menimbulkan adanya gejala *backward failure* dalam sistem sirkulasi aliran darah. Mekanisme kompensasi jantung yang pada kegagalan jantung adalah upaya tubuh mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa *takikardia*, *vasokonstriksi perifer*, peninggian kadar *katekolamin plasma*, retensi garam, cairan badan, dan peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. 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. Gejala yang muncul dari gagal jantung salah satunya nyeri dada (Aspiani, 2014).

Gejala utama pasien gagal jantung yaitu nyeri dada. Nyeri dada timbul secara mendadak. Penyebabnya yaitu suplai oksigen ke *miokardium* mengalami penurunan yang berakibat pada kematian sel jantung. Gejala klinis nyeri dada pada kasus gagal jantung, muncul secara tiba-tiba dan secara terus menerus serta tidak mereda. Apabila nyeri ini dibiarkan, tingkat keparahan nyeri akan menjadi meningkat sehingga nyeri tidak tertahankan lagi. Nyeri tersebut dapat menjalar ke leher, bahu dan terus menuju lengan. Nyeri ini disertai sesak napas dan pucat (Aspiani, 2014).

Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Orang tersebut akan terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidurnya, pemenuhan individual, juga aspek interaksi sosialnya yang dapat berupa menghindari percakapan, menarik diri, dan menghindari kontak. Selain itu, seseorang yang mengalami nyeri hebat dan nyerinya berkelanjutan, apabila tidak segera ditangani pada akhirnya dapat mengakibatkan syok *neurologik* pada orang tersebut (Agung, Andriyani, & Sari, 2013). Selanjutnya untuk mencegah hal tersebut perlu dilakukan *managemen nyeri*.

*Managemen nyeri* adalah bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau *pain relief* (Pratintya, Harmilah, & Subroto, 2014). Beberapa manajemen nyeri keperawatan terapi non farmakologis diantaranya seperti mengatur posisi fisiologis dan imobilisasi *ekstremitas* yang mengalami nyeri, mengistirahatkan klien, manajemen lingkungan, kompres, teknik relaksasi napas dalam, teknik distraksi, dan manajemen sentuhan (Muttaqin, 2011). *Pemberian teknik relaksasi napas dalam akan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga menurunkan tingkat nyeri yang dialami individu (Agung, Andriyani, & Sari, 2013). Selain teknik relaksasi napas dalam, pemberian kompres hangat juga berpengaruh dalam pengurangan nyeri dada. Kompres hangat adalah tindakan non farmakologis yang dilakukan untuk melancarkan peredaran darah dan juga menghilangkan rasa sakit (Wurangian, Bidjuni, & Kallo, 2015). Pemberian kompres hangat harus dilakukan selama 10 menit (Millard, Towle, Rankin, & Roush, 2013).*

Manajemen farmakologis berpengaruh dalam meningkatkan kelangsungan hidup jangka panjang dan fungsi fisik termasuk pengurangan nyeri, dalam hal ini perawat berperan penting dalam pemberian pereda nyeri (Sherrod, Pipi, & Seale, 2016). Prinsipnya mencakup mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik sesuai advise dokter, dan mengevaluasi keefektifannya untuk mengurangi nyeri (Purnamasari, Ismonah, & Supriyadi, 2014).

Mengingat pentingnya memberikan rasa nyaman atas nyeri, maka penulis akan merumuskan masalah: Apakah upaya penurunan nyeri dada pada pasien gagal jantung? Tujuan penulisan ini adalah untuk menggambarkan upaya penurunan nyeri dada pada pasien gagal jantung. Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “Upaya Penurunan Nyeri Dada pada Pasien Gagal Jantung di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro.”

## 2. METODE

Karya tulis ilmiah ini, penulis susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data (Syadid, 2006). Penyusunan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro di bangsal Sakura pada tanggal 29-31 Maret 2016. Pengumpulan data dalam karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan beberapa cara diantaranya sebagai berikut: Rekam medik, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku dan didukung jurnal-jurnal yang mempunyai tema yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penulis akan menguraikan mengenai: Upaya penurunan nyeri dada pada pasien gagal jantung di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Upaya penurunan nyeri dada pada pasien gagal jantung berdasarkan pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 29-31 Maret 2016 mulai dari pengkajian, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Komponen kunci dan pondasi proses keperawatan adalah pengkajian. Suatu pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat kritikal untuk mendeteksi perubahan cepat, melakukan intervensi dini dan melakukan asuhan (Talbot, Marquardt, & Meyers, 2007).

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 29 Maret 2016 jam 09.00 WIB di bangsal Sakura RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Sumber data diperoleh dari status pasien, wawancara dengan pasien dan keluarga pasien. Data yang diperoleh sebagai berikut: Nama pasien Ny. S, umur 75 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan SMA, suku bangsa Jawa, alamatnya Butuh, Banaran, Sambung Macan, Sragen. Tanggal masuk 28 Maret 2016, nomor registrasi 458xxx, diagnosa medis gagal jantung. Penanggung jawab pasien: Ny S, umur 36 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan SMA, suku Jawa. Alamatnya Butuh, Banaran, Sambung Macan, Sragen. Hubungan dengan pasien adalah anak. Alasan pasien masuk Rumah Sakit: Pasien mengeluh nyeri dada.

Riwayat kesehatan: Riwayat kesehatan sekarang: Pasien mengatakan sejak hari Senin tanggal 28 maret 2016 merasakan nyeri dada, batuk, pusing, dan sesak napas, sehingga sampai dibawa ke Rumah Sakit. Riwayat kesehatan dahulu: Pasien mengatakan belum pernah mengalami penyakit atau keluhan yang sama. Riwayat kesehatan keluarga: Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan. Sesuai dengan teori, keluhan untuk pasien gagal jantung diantaranya nyeri dada, batuk, pusing, dan sesak napas. Penulis tidak menemukan keluhan lain seperti di teori yaitu *crackles* paru, pernapasan *chynestoke*, *gallop atrial S4*, *gallop atrial S1*, *orthopnea*, peningkatan berat badan, dan *disritmia pulsus alterans* (Aspiani, 2014).

Penulis berfokus pada masalah nyeri dada. Penyebabnya suplai oksigen ke *miokardium* mengalami penurunan yang berdampak pada kematian sel jantung (Aspiani, 2014). Setelah itu terjadi peningkatan *hipoksia* di jaringan *miokardium* yang berpengaruh pada perubahan metabolisme *miokardium* sehingga muncul nyeri dada (Muttaqin, 2009).

Pengkajian menurut fungsional Gordon meliputi pengkajian pola persepsi kesehatan: Pasien mengatakan bahwa dia ingin sembuh dari penyakitnya, pasien juga berusaha untuk tetap semangat dalam menjalani hidupnya. Pentingnya dilakukan pengkajian pola persepsi kesehatan untuk menguraikan pola yang dirasakan pasien tentang kesehatan, kesejahteraan, dan bagaimana kesehatan dikelola (Deswani, 2009).

Pola aktivitas dan latihan: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan pada aktivitasnya sehari-hari seperti makan, mandi dan sebagainya. Selama sakit: Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas sendiri dan harus dibantu oleh keluarganya terutama anaknya untuk melakukan aktivitasnya. Pentingnya dilakukan pengkajian pola aktivitas yaitu mengetahui seberapa aktivitas yang bisa dilakukan seseorang ketika sakit. Beberapa hal yang menyebabkan kurangnya aktivitas seseorang yang diakibatkan gagal jantung diantaranya nyeri dada, *dispnea* pada saat istirahat atau saat beraktivitas. Tidak hanya itu, adanya kelelahan, *insomnia*, *letargi*, kurang istirahat juga berpengaruh dalam aktivitasnya (Aspiani, 2014).

Pola nutrisi: Sebelum sakit pasien mengatakan makan sehari 3 kali dengan variasi menu setiap harinya yaitu nasi, sayur, tahu, tempe, ikan, dan daging. Pasien juga mengatakan minum secara rutin yaitu air putih sebanyak 8 gelas setiap harinya. Selama sakit pasien mengatakan porsi makan dan minumannya tidak berubah dan tetap normal seperti sebelum sakit. Pentingnya dilakukan pengkajian pola nutrisi karena nutrisi mempunyai peran utama dalam menjaga kesehatan. Kesehatan tentang gizi tidak hanya memberikan kontribusi pada hasil-hasil perawatan yang positif tetapi juga sebagai perawatan kesehatan. Sebagai bagian dari penilaian kesehatan yang komprehensif, termasuk pemeriksaan gizi yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang

memiliki kekurangan gizi. Perawat merupakan posisi yang bagus untuk mengenal tanda-tanda nutrisi buruk dan mengambil langkah-langkah untuk mengawali perubahan. Adanya kontak sehari-hari dengan pasien dan keluarganya memungkinkan perawat untuk mengobservasi status fisik, asupan makanan, penambahan atau kehilangan berat badan, dan respons pada terapi pasien. Pengkajian nutrisi juga penting khususnya bagi pasien yang berisiko masalah nutrisi berhubungan dengan stres, penyakit, hospitalisasi, kebiasaan gaya hidup, dan faktor-faktor lain. Tujuan pengkajian nutrisi antara lain mengidentifikasi defisiensi dan kelebihan nutrisi, mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pasien, mengumpulkan informasi, menilai efektifitas asuhan keperawatan, dan memodifikasi sesuai kondisi dan kebutuhan. Informasi yang dikumpulkan meliputi konsumsi makanan, jenis makanan, waktu makan, diet khusus, dan status cairan. Mengenai konsumsi makanan, terkait dengan intake makan dan minum sehari-hari antara lain intake makanan dan minuman terakhir, kualitas makanan, dan apakah makanan itu mengandung gizi seimbang. Tidak hanya itu, pengkajian pola nutrisi juga untuk mengetahui apakah nafsu makan hilang atau berubah. Adakah masalah kesulitan menelan, mengunyah, mencerna, mual, rasa panas di perut, lapar, dan haus berlebihan serta apakah ada efek kehilangan berat badan (Deswani, 2009).

Pola istirahat tidur: Sebelum sakit maupun selama sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pola tidurnya, pasien tidur antara 6-8 jam per hari. Perlunya dilakukan pengkajian pola tidur karena untuk mengetahui kebiasaan pola tidur bangun, apakah ada perubahan tidur meliputi waktu tidur, jumlah jam tidur, kualitas tidur, apakah mengalami kesulitan tidur, sering bangun pada saat tidur, dan apakah mengalami mimpi yang mengancam. Dampak pola tidur terhadap fungsi sehari-hari meliputi apakah merasa segar saat bangun, apa yang terjadi jika kurang tidur. Adakah alat bantu tidur seperti apa yang dilakukan sebelum tidur, apakah menggunakan obat-obatan untuk tidur. Berikutnya gangguan tidur meliputi jenis gangguan tidur, kapan masalah itu terjadi. Setiap orang membutuhkan istirahat dan tidur agar mempertahankan status kesehatan pada tingkat yang optimal. Selain itu, proses tidur dapat memperbaiki berbagai sel dalam tubuh. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur sangat penting bagi orang yang sedang sakit agar lebih cepat sembuh dan memperbaiki kerusakan pada sel. Apabila kebutuhan istirahat dan tidur tersebut tercukupi, maka jumlah energi yang diharapkan dapat berpengaruh untuk memulihkan status kesehatan dan mempertahankan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari terpenuhi. Tidak hanya itu, orang yang mengalami kelelahan juga memerlukan istirahat dan tidur lebih dari biasanya (Deswani, 2009).

Pola eliminasi: Sebelum sakit maupun selama sakit, pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pola buang air kecil (BAK) maupun buang air besar (BAB). BAK 4-5 kali sehari dan BAB 1 kali dalam sehari. Pentingnya dilakukan pengkajian pola eliminasi untuk menjelaskan adakah perubahan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, kulit, dan kebiasaan defekasi. Setelah itu ada tidaknya masalah penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih (Deswani, 2009).

Pola kognitif: Pasien mampu berkomunikasi dengan lancar, mengerti apa yang dibicarakan, berespon dan berorientasi dengan baik kepada orang di sekitar serta kooperatif dengan tim medis. Pentingnya pengkajian pola kognitif untuk menjelaskan persepsi sensori dan kognitif meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi atau baru terjadi. Mengetahui kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama orang atau benda yang lain. Menjelaskan persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10. Adakah pemakaian alat bantu mendengar dan melihat. Selain itu, pola pengkajian kognitif menunjukkan tingkat kesadaran, orientasi pasien serta adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), dan penciuman (Jackson & Jackson, 2011).

Pola konsep diri terdiri dari identitas diri: Sebelum sakit pasien dapat membantu pekerjaan di rumah untuk mengisi kegiatannya sehari-hari karena pasien tidak bekerja. Gambaran diri: Sebelum sakit pasien mengatakan badannya sehat-sehat saja, selama sakit pasien merasa badannya lemah dan tidak berdaya. Harga diri: Pasien mengatakan tidak ada masalah pada harga dirinya. Ideal diri: Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Pentingnya dilakukan pengkajian pola konsep diri untuk menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai sistem terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Selain sebagai sistem terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri. Selain itu apakah ada dampak sakit terhadap diri, ekspresi wajah menunjukkan merasa tak berdaya dan apakah gugup atau rileks (Jackson & Jackson, 2011).

Pola hubungan pasien: Hubungan dengan anggota keluarga dan petugas kesehatan baik. Pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan. Pentingnya dilakukan pengkajian ini untuk menggambarkan hubungan dan peran pasien terhadap anggota keluarga, masyarakat, pekerjaan, tempat tinggal, tingkah laku yang *passive* atau *agresif* terhadap orang lain, dan apakah ada masalah keuangan. Peran hubungan mengenai informasi yaitu peran keluarga dan peran sosial, kepuasan dan ketidakpuasan dengan peran, persepsi terhadap peran yg terbesar dalam hidup, serta bentuk struktur keluarga. Selain itu, pengkajian pola hubungan mengetahui cara hidup yaitu apakah sendirian atau dengan keluarga, bisa juga dengan teman sekamar. Peran dalam keluarga: Ayah dan ibu berperan sebagai penghasil keuangan. Selain itu pemberi perawatan di rumah, peran penerima perawatan di rumah (Jackson & Jackson, 2011).

Pola seksual dan reproduksi: Pasien mengatakan tidak mempunyai gangguan seksualitas, pasien memiliki 3 orang anak perempuan. Pasien sudah mengalami *menopause*. Pentingnya dilakukan pengkajian pola seksual dan reproduksi yaitu mengetahui dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, pemeriksaan genital serta menjelaskan fase reproduksi wanita, waktu punya anak. Berikutnya menjelaskan riwayat menstruasi: Umur durasi, frekuensi, keteraturan, ada masalah apa tidak ketika menstruasi. Riwayat reproduksi: Hamil terakhir, melahirkan terakhir, adakah kesulitan saat proses persalinan, riwayat KB. Adakah riwayat melahirkan kembar: Kelainan kongenital atau kelainan genetik (Jackson & Jackson, 2011).

Pola koping dan toleransi stres: Pasien mengatakan jika ada masalah selalu dibicarakan dengan anggota keluarganya. Pengkajian koping juga penting dilakukan dalam menilai respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dalam keluarga ataupun masyarakat. Berikutnya untuk menilai respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam keluarga maupun masyarakat. Apakah juga ada dampak yang timbul pada pasien seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan pasien terhadap dirinya yang salah. Selanjutnya, pengaruh stres diakibatkan kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik (Muttaqin, 2009).

Pola nilai dan kepercayaan: Pasien mengatakan beragama Islam. Pasien juga melakukan sholat lima waktu. Pentingnya pengkajian pola nilai dan kepercayaan untuk menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Meliputi kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit. Informasi nilai, tujuan, dan kepercayaan berhubungan dengan pilihan atau membuat keputusan, kepercayaan spiritual, isu tentang hidup yg penting, hubungan antara pola nilai kepercayaan dengan masalah dan praktek kesehatan. Kepercayaan spiritual yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan praktek kesehatan (Deswani, 2009).

Pemeriksaan umum didapatkan: Kesadaran *composmentis*, tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 88 kali per menit, *respirasi rate*: 25 kali per menit, suhu: 36,2°C. Pemeriksaan sistematis didapatkan: Pemeriksaan kulit: Warna kulit sawo matang, turgor kulit tidak elastis disebabkan faktor umur, *capillary refill* >2 detik. Pemeriksaan rambut: Warna putih, panjang, rambut tampak bersih dan tidak ada ketombe. Pemeriksaan kepala: Kepala bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. Mata: Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada gangguan penglihatan, mata simetris. Telinga: Simetris, tidak ada nyeri tekan, bersih, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Hidung: Tidak ada polip, tidak ada lendir, tidak ada gangguan penciuman. Mulut: Tidak ada sariawan, mulut bersih, tidak ada gigi palsu. Pemeriksaan leher: Tidak ada pembesaran *kelenjar tiroid*, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan toraks dan paru: Inspeksi: pengembangan dada kanan dan dada kiri sama, palpasi: Tidak ada nyeri tekan, *vocal fremitus* kanan dan kiri sama, perkusi: Bunyi *sonor* pada dada kanan dan kiri sama, auskultasi: Terdengar adanya *vesikuler*. Abdomen: Inspeksi: Perut bersih, tidak ada luka. Auskultasi: Bising usus 12 kali per menit, perkusi: Terdengar bunyi *timpani*, palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Jantung: Inspeksi: *Ictus cordis* tampak, palpasi: *Ictus cordis* kuat angkat, perkusi: Batas jantung kesan melebar yaitu batas jantung kiri di *linea midclavicularis* kiri *Intercosta* 6, batas jantung kanan di *linea parasternal* kanan *intercosta* 4. Auskultasi: Bunyi jantung I normal, bunyi jantung II lebih jelas, reguler. Pemeriksaan *ekstremitas* atas: Tangan kanan terpasang infus RL 12 tetes per menit sejak tanggal 28 maret 2016, tangan kiri dapat bergerak bebas. *Ekstremitas* bawah: Kaki kanan dan kiri dapat digerakkan secara normal. Pemeriksaan genetalia: Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada genetalia dan terpasang kateter.

Pemeriksaan penunjang didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 Juli 2016 yaitu: *Hemoglobin* dengan hasil 12,8 g/dl nilai normal 12,2-16,1 g/dl, *hematokrit* 39,5% nilai normal 37,7-53,7%, *eritrosit* 4,87 10<sup>6</sup>/uL nilai normal 4,04-6,13 10<sup>6</sup>/uL, *leukosit* 9,29 10<sup>3</sup>/uL nilai normal 4,5-11,5 10<sup>3</sup>/uL, *trombosit* 263 10<sup>3</sup>/uL nilai normal 150-450 10<sup>3</sup>/uL. Pemeriksaan kimia klinik didapatkan: Gula darah sewaktu (GDS) 109 mg/dl batas normal <200, *ureum* 11,7 mg/dl batas normal 10-50 mg/dl,  *kreatinin* 0,81 mg/dl batas normal 0,60-0,90 mg/dl. Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana gagal jantung telah mengganggu fungsi organ lain (Aspiani, 2014). Hasil pemeriksaan laboratorium di atas, diketahui *hemoglobin*, *hematokrit*, *eritrosit*, *leukosit*, *trombosit*, GDS, *ureum*, *kreatinin* semuanya dalam batas normal.

Pemeriksaan toraks tanggal 1 april 2016 kesannya *edema pulmo* dan *kardiomegali*. Pemeriksaan foto *rontgen* toraks *posterior-anterior* dapat menunjukkan adanya *edema pulmo* dan *kardiomegali*. Pada *edema pulmo* adanya pembesaran jantung yang ditandai kongesti paru baik sentral maupun perifer. Foto *rontgen* toraks *posterior-anterior* juga dapat menunjukkan adanya hipertensi vena. Bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena paru adalah adanya *diversi* aliran darah ke daerah atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah (Muttaqin, 2009).

Pemeriksaan penunjang untuk mendukung pada saat praktek yang sesuai di teori diantaranya yaitu pemeriksaan laboratorium, Elektrokardiogram(EKG), dan Radiologi. Penulis tidak menemukan pemeriksaan penunjang yang lain seperti Ekokardiografi dan kateterisasi jantung. Padahal kedua pemeriksaan tersebut juga terdapat dalam teori (Aspiani, 2014).

Terapi medik yang diberikan adalah infus Ringer Laktat 20 tpm, injeksi Furosemid 1x20 mg, injeksi Ranitidine 2x25 mg. Ringer Laktat berpengaruh dalam mengembalikan keseimbangan elektrolit dan Ranitidine untuk mengobati sakit maag. Obat oral yang diberikan Kaptopril 3x12,5 mg, Kalium Slow Release 1x1 mg, Clopidogrel 1x75 mg, Isosorbid Dinitrat 3x5 mg, Aspar-K 1x60 mg. Clopidogrel memiliki efek untuk menurunkan *aterotrombosis* yang menyertai serangan *infark miokard*. Isosorbid Dinitrat dengan indikasi mengurangi nyeri dada. Sedangkan Furosemid dan Kaptopril memiliki efek antihipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Selanjutnya pada Kalium Slow Release dan Aspar-K, kedua terapi ini bermanfaat dalam pencegahan dan pengobatan terjadinya hipokalemia (Muttaqin, 2009).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 29 Maret 2016, diperoleh data fokus yang pertama, yaitu data subyektif: Pasien mengatakan nyeri dada. Data obyektif: Pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tetekan, R: Dada, S: Skala nyeri sedang 4, T: Nyeri hilang timbul. Berdasarkan hasil analisa diatas, penulis mengambil diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologi (gagal jantung). Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping sebagai berikut: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, nyeri teratasi dengan kriteria hasil nyeri berkurang skala 1-3 (Nurarif & Hardhi, 2013).

Implementasi dilakukan dari tanggal 29-31 Maret 2016 sesuai dengan intervensi yaitu pertama, mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pada pukul 09.00. Setiap dilakukan tindakan ini, pasien menunjukkan nyeri dada dari hari ke hari semakin berkurang. Pentingnya dilakukan pengkajian nyeri yaitu membantu dalam mengumpulkan informasi vital yang berkaitan dengan proses nyeri pasien. Caranya dengan mengajukan serangkaian pertanyaan menggunakan PQRST yaitu Provoking(P): Menjelaskan penyebab nyeri itu muncul, Quality(Q): Kualitas nyeri, Region(R): Lokasi atau daerah nyeri, Severity(S): Menjelaskan tingkat nyeri pasien, Time(T): Waktu atau periode saat nyeri muncul (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).

Kedua, memberikan posisi semi fowler yang dilakukan pada pukul 09.05. Dampak pemberian tindakan tersebut membuat pasien dari hari ke hari merasa lebih nyaman. Posisi semi *fowler* adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala di tempat tidur lebih tinggi dari posisi badan karena manfaat posisi ini sangat efektif untuk memberikan posisi nyaman. Posisi ini efektif untuk pasien dengan penyakit *kardiopulmonal* dimana bagian kepala dan tubuh dinaikkan dengan derajat kemiringan 45 derajat, yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma. Posisi semi *fowler* membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga mempermudah dalam pernapasan. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga pengiriman oksigen menjadi optimal yang berdampak nyeri akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi pasien akan lebih cepat. Posisi ini bertujuan untuk meningkatkan curah jantung dan ventilasi serta mempermudah eliminasi fekal dan berkemih (Febraska, 2014). Posisi semi *fowler* yang terlentang juga sangat efektif memberikan rasa nyaman dan sangat mudah untuk melakukannya (Kuhajda, Djuric, & Milos, 2015).

Ketiga, mengajarkan relaksasi napas dalam yang dilakukan pada pukul 09.10. Saat tindakan ini dilakukan selama tiga hari pada pasien, ternyata memberikan pengaruh yang positif yaitu nyeri dada pasien menjadi menurun. *Pemberian teknik relaksasi napas dalam akan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga menurunkan tingkat nyeri yang dialami individu. Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri dengan mekanisme yaitu pertama dengan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme yang disebabkan prostaglandin, sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik. Mekanisme kedua, teknik relaksasi napas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepas opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Mekanisme ketiga, mudah dilakukan karena tidak memerlukan alat relaksasi, lebih melibatkan sistem otot dan respirasi serta tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin, dan susbtansi, akan berpengaruh merangsang saraf simpatis. Hal ini menyebabkan vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medula spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri (Agung, Andriyani, & Sari, 2013).*

Pemberian teknik relaksasi napas dalam juga efektif untuk mengurangi stres yang dialami pasien ketika mengalami nyeri. Manfaat teknik relaksasi napas dalam antara lain yaitu ketenangan hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir, dan gelisah. Selanjutnya bermanfaat untuk mengurangi tekanan darah, membuat detak jantung lebih rendah, dan ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit. Selain itu bermanfaat bagi kesehatan mental menjadi lebih baik, membuat tidur lebih lelap, daya ingat menjadi lebih baik, dan meningkat kreativitas serta keyakinan (Khan, Ahmed, & Choi, 2013).

Keempat, memberikan kompres hangat di bagian dada yang dilakukan pada pukul 09.20. Pengaruh pemberian tindakan ini sangat positif dari hari ke hari karena nyeri dada pasien berkurang. Pemberian kompres hangat terhadap pengobatan nyeri yaitu membuat otot-otot yang tegang menjadi rileks sehingga nyeri menjadi berkurang (Fauziah, 2013). Efek fisiologis kompres hangat bersifat *vasodilatasi* yaitu meredakan nyeri dengan merelaksasi otot, meningkatkan aliran darah, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi yang menimbulkan nyeri (Felina, Masrul, & Iryani, 2015). Kompres hangat bekerja dengan cara induksi, yaitu terjadinya perpindahan panas dari kompres ke dalam daerah yang terasa nyeri. Panas bekerja dengan cara menstimulasi reseptor nyeri untuk memblokir reseptor nyeri (Pratintya, Harmilah, & Subroto, 2014). Panas juga meningkatkan pengiriman nutrisi dan kebutuhan oksigen ke daerah yang diberikan kompres serta *kongesti vena* menurun, meningkatkan suplai darah ke area-area tubuh. Penggunaan kompres air hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar dan *vaskuilisasi* lancar yang membuat relaksasi pada otot, menghilangkan ketegangan otot, dan kekakuan sendi (Murtiningsih & Karlina, 2015).

Panas pada kompres hangat merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi *impuls* nyeri ke *medula spinalis* dan otak dapat dihambat. Penurunan nyeri dengan transmisi yang dipengaruhi oleh teori *gate kontrol* yaitu apabila terdapat *impuls* yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar karena adanya stimulasi kulit, sentuhan, getaran, hangat dan dingin serta sentuhan halus. *Impuls* ini akan menghambat *impuls* dari serabut berdiameter kecil di area *Substantia Gelatinosa* (SG) sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak diantarkan ke otak oleh SG, karena tubuh tidak dapat merasakan nyeri. Mekanisme terjadinya penurunan nyeri akibat dilakukan kompres hangat karena ketika panas diterima reseptor, *impuls* akan diteruskan menuju hipotalamus posterior akan terjadi reaksi reflek penghambat simpatis yang akan membuat pembuluh darah berdilatasi sehingga membantu meningkatkan aliran darah ke bagian dada yang mengalami nyeri. Panas meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi (Potter & Perry, 2006).

Kelima, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat pada pukul 09.25 yaitu obat kaptopril 3x12,5 mg, Clopidogrel 1x75 mg, Isosorbid Dinitrat 3x5 mg, Kalium Slow Release 1x1 mg, Aspar-K 1x60 mg. Clopidogrel memiliki efek untuk menurunkan *aterotrombosis* yang menyertai serangan *infark miokard*. Cara kerja obat ini selektif menghambat ikatan *Adenosine Di-Phosphate* (ADP) pada reseptor ADP di *platelet* sehingga menghambat aktivasi kompleks glikoprotein GPIIb/IIIa yang dimediasi oleh ADP. Berikutnya terapi obat Isosorbid Dinitrat dengan indikasi mengurangi nyeri dada. Cara kerja obat ini dengan mengendurkan pembuluh darah, meningkatkan persediaan darah dan oksigen ke jantung. Sedangkan Kaptopril memiliki efek *antihipertensi* dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Cara kerja obat ini dengan menghambat produksi hormon *angiotensin 2*, hasilnya akan membuat dinding pembuluh darah lebih rileks sehingga dapat menurunkan tekanan darah sekaligus meningkatkan suplai darah serta oksigen ke jantung. Selanjutnya pada Kalium Slow Release dan Aspar-K, kedua terapi ini bermanfaat dalam pencegahan dan pengobatan hipokalemia (Muttaqin, 2009).

Evaluasi dilakukan setiap hari dari tanggal 29-31 Maret 2016 setiap pukul 13.30. Penulis menggunakan metode pendokumentasian SOAP yaitu Subyektif(S), Obyektif(O), Assesment(A), dan Planning(P).

NO	EVALUASI
1.	<p>Evaluasi pada tanggal 29 dan 30 Maret 2016 berdasarkan SOAP yaitu Subyektif: Pasien mengatakan lebih nyaman dan nyeri dada berkurang. Obyektif: Pengkajian nyeri PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan penurunan suplai oksigen ke <i>miokardium</i>, Q: Nyeri seperti tertekan, R: Dada, S: Pada tanggal 29 skala nyeri sedang 4 dan tanggal 30 skala nyeri turun menjadi 2, T: Nyeri hilang timbul. Assesment: Tanggal 29 masalah teratasi sebagian dan pada tanggal 30 masalah teratasi. Planning: Lanjutkan intervensi: Kaji nyeri, ajarkan latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.</p>
2.	<p>Evaluasi tanggal 31 maret 2016 hasilnya Subyektif: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi. Obyektif: Pengkajian Nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan suplai oksigen ke <i>miokardium</i>, Q: Nyeri tidak ada, R: Dada, S: Skala nyeri 0, T: Nyeri hilang. Assesment: Masalah teratasi. Planning: Hentikan intervensi.</p>

#### 4. PENUTUP

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas dapat diambil kesimpulan yaitu dengan tindakan kompres hangat di bagian dada dan relaksasi napas dalam terbukti efektif untuk menurunkan nyeri dada pada pasien gagal jantung. Penulis juga memberikan saran bagi Rumah Sakit yaitu diharapkan relaksasi napas dalam dan kompres hangat dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk menangani nyeri pada pasien dengan diagnosa gagal jantung, sehingga mengurangi komplikasi lebih lanjut. Meminimalkan keluhan nyeri dapat dilakukan baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi. Bagi pasien dan keluarga diharapkan ikut serta dalam upaya penurunan nyeri dengan pendekatan nonfarmakologi untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Bagi peneliti lain diharapkan hasil karya ilmiah ini sebagai referensi serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung dengan gangguan nyeri dada.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arianda, R. H., Uddin I., & Sofia S. N. (2014). Gambaran Peresepan Ace Inhibitor pada Pasien Gagal Jantung yang dirawat Inap di RSUP DR Kariadi Semarang Periode Januari –Desember 2013. *Jurnal Media Medika Muda, Vol. 1 No. 1*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular: Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Agung, S., Andriyani A., & Sari D. K. (2013). Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal INFOKES, Vol. 3 No. 1*. Surakarta: STIKES 'Aisyiyah.
- Black, M. J., & Hawks J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8-I Buku 3*. Singapore: Salemba Medika.
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fauziyah, I. Z. (2013). Efektivitas Teknik Effleurage dan Kompres hangat Terhadap Penurunan Tingkat Disminore pada Siswi SMA N 1 Gresik. *Jurnal Universitas Gresik, Vol 1 No. 1*. Gresik: Universitas Gresik.
- Febraska, A. I. (2014). Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Napas Pada Asuhan Keperawatan Tn. A dengan Penyakit PPOK di Bangsal Mawar I RSUD Karanganyar. *Jurnal STIKES Kusuma Husada, Vol. 1 No. 1*. Surakarta: STIKES Kusuma Husada.
- Felina, M., Masrul., & Iryani D. (2015). Pengaruh Kompres Panas dan Dingin terhadap Penurunan Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Ibu Primipara. *Jurnal Kesehatan Andalas, Vol. 4 No. 1*. Padang: Universitas Andalas.
- Hwang., & Kim. (2016) An Examination of the Association of Cognitive Functioning, Adherence to Sodium Restriction and Na/K Ratios in Korean Heart Failure Patients. *Journal J Clin Nurs, Vol. 25 No. 11*. Seoul: PubMed.
- Jackson, M., & Jackson L. (2011). *Panduan Praktis Keperawatan Klinis*. Jakarta: Erlangga.
- Khan, H. M., Ahmed B., Choi J. (2013). Using an Ambulatory Stress Monitoring Device to Identify Relaxation Due to Untrained Deep Breathing. *Journal EMBC, Vol 17 No. 7*. London: PudMed.
- Kuhajda., Djuric., & Milos. (2015). Semi-Fowler vs Lateral Decubitus Position for Thoracoscopic Sympathectomy in Treatment of Primary Focal Hyperhidrosis. *Journal Thorac Dis, Vol. 7 No 1*. London: PudMed.
- Millard., Towle., Rankin., & Roush. (2013). Effect of warm compress application on tissue temperature in healthy dogs. *Journal Am J Vet Res, Vol. 74 No.3*. London: PudMed.
- Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- . (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta: Salemba Medika.

- Murtiningsih., & Karlina L. (2015). Penurunan Nyeri Dismenore Primer Melalui Kompres Hangat Pada Remaja. *Jurnal STIKES Ahmad Yani, Vol. 3, No. 2*. Cimahi: STIKES Ahmad Yani.
- Nurarif, A. H., & Kusuma H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik edisi ke 1 volume ke-2*. Jakarta: EGC.
- Pratintya, A. D., Harmilah., & Subroto. (2014). Kompres Hangat Menurunkan Nyeri Persendian Osteoartritis pada lanjut usia. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, Vol. 10, No. 1*. Yogyakarta: Potekkes Kemenkes.
- Purnamasari, E., Ismonah., & Supriyadi. (2014). Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur di RSUD Ungaran. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK), Vol 3 No 1*. Semarang: STIKES Telogorejo.
- Sherrod., Pipi., & Seale. (2016). Improving Patient Outcomes With Oral Heart Failure Medications. *Journals Home Healthc Now, Vol. 34 No. 5*. California: PudMed.
- Syaodih, N. S. (2006). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Talbot, A. L., Marquardt., & Meyers M. (2007). *Pengkajian Keperawatan Kritis Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Wurangian, M., Bidjuni H., & Kallo V. (2015). Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Bahu Manado. *Jurnal Universitas Sam Ratulangi Manado, Vol. 1 No. 1*. Manado: Universitas Sam Ratulangi.
- Yudiyanta, N. K., & Novitasari R. W. (2015). Assessment Nyeri. *Jurnal CDK-226, Vol. 42 No. 3*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

## **PERSANTUNAN**

Karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan penelitian selanjutnya. Maka demikian dengan segala kerendahan hati dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Okti Sri Purwanti, S.kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB selaku Kaprodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.
4. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Seluruh pegawai RSUD dr. Soehadi Prijonegoro atas bimbingan dan motivasinya selama pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
6. Ny. S selaku narasumber dari penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Kedua orang tua serta keluarga besar atas do'a dan dukungannya.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Surakarta, Juni 2016

**Penulis**