

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori**

##### **2.1.1 Pasien CHF**

###### **2.1.1.1 Definisi CHF**

Gagal jantung kongestif (CHF) adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akan oksigen dan nutrisi (Black dan Hawks, 2019). Gagal jantung kongestif merupakan sindrome klinis yang kompleks yang dikarakteristikan sebagai disfungsi ventrikel kanan, ventrikel kiri atau keduanya, yang menyebabkan perubahan pengaturan neurohormonal. Sindrom ini biasanya diikuti dengan intoleransi aktifitas, retensi cairan dan upaya untuk bernapas normal. Umumnya terjadi pada penyakit jantung stadium akhir setelah miokard dan sirkulasi perifer mengalami kelelahan akibat berkurangnya kapasitas cadangan oksigen dan nutrisi serta sebagai akibat mekanisme kompensasi (Crawford, 2019).

###### **2.1.1.2 Etiologi**

Gagal jantung kongestif disebabkan oleh disfungsi miokardial dimana jantung tidak mampu untuk mensuplai darah yang cukup untuk mempertahankan kebutuhan metabolik jaringan perifer dan organ-organ tubuh lainnya. Gangguan fungsi miokard sebagai akibat dari miokard infark akut (MI), *prolongeed cardiovascular stress* (hipertensi dan penyakit katub), *toksin* (ketergantungan alkohol) atau *infeksi* (Crawford, 2019).

Etiologi gagal jantung kongestif dapat dibedakan dalam kelompok dalam yang terdiri dari kerusakan kontraktilitas ventrikel, peningkatan afterload, dan kerusakan relaksasi dan pengisian ventrikel (kerusakan pengisian diastolik). Kerusakan kontraktilitas dapat disebabkan oleh coronary artery disease (miokard infark dan transient miokard iskemia), *chronic volume overload* (mitral dan aorta regurgitasi), dan *cardiomyopathies*. Peningkatan *afterload* terjadi karena stenosis aorta, mitral regurgitasi, hipervolemia, ventrikel septal defek, paten duktus arterious dan tidak terkontrolnya hipertensi berat. Sedangkan kerusakan *fase diastolik ventrikel* disebabkan karena *hipertropfi ventrikel* kiri, *restrictive cardiomyopathy*, *fibrosis miokard*, *transient myocardial ischemia*, *konstriksi perikardial* atau *tamponade* (Lilly, 2021).

### **2.1.1.3 Patofisiologi**

Patofisiologi gagal jantung kongestif diuraikan berdasarkan tipe yang dibedakan atas gagal jantung akut dan kronik, gagal jantung kanan dan kiri,

high output and low output heart failure, backward and forward heart failure, serta gagal jantung sistolik dan diastolik (Crawford, 2009). Sebagian besar kondisi gagal jantung kongestif dimulai dengan kegagalan ventrikel kiri dan dapat berkembang menjadi kegagalan kedua ventrikel. Hal ini terjadi karena kedua ventrikel jantung berfungsi sebagai dua sistem pompa jantung yang berbeda fungsi satu sama lain (Ignatavicius & Workman, 2020).

Kegagalan ventrikel kiri terjadi karena ketidakmampuan ventrikel untuk mengeluarkan isinya secara adekuat sehingga menyebabkan terjadinya dilatasi, peningkatan volume akhir diastolik dan peningkatan tekanan intraventrikuler pada akhir diastolik. Hal ini berefek pada atrium kiri dimana terjadi ketidakmampuan atrium untuk mengosongkan isinya kedalam ventrikel kiri dan selanjutnya tekanan pada atrium kiri akan meningkat. Peningkatan ini akan berdampak pada vena pulmonal yang membawa darah dari paru-paru ke atrium kiri dan akhirnya menyebabkan kongesti vaskuler pulmonal (Hudak & Gallo, 2021).

Kegagalan jantung kanan sering kali mengikuti kegagalan jantung kiri tetapi bisa juga disebabkan oleh karena gangguan lain seperti atrial septal defek dan cor pulmonal (Lilly, 2011; Crawford, 2009). Pada kondisi kegagalan jantung kanan terjadi after load yang berlebihan pada ventrikel kanan karena peningkatan tekanan vaskular pulmonal sebagai akibat dari disfungsi ventrikel kiri, ketika ventrikel kanan mengalami kegagalan,

peningkatan tekanan diastolik akan berbalik arah ke atrium kanan yang kemudian menyebabkan terjadinya kongesti vena sistemik (Lilly, 2011).

Beberapa kasus gagal jantung *kongestif* ditemukan *low output*, sebaliknya *high output heart failure* sangat jarang terjadi, biasanya dihubungkan dengan kondisi hiperkinetik sistem sirkulasi yang terjadi karena meningkatnya kebutuhan jantung yang disebabkan oleh kondisi lain seperti anemia atau tirotoksikosis. Vasokonstriksi dapat terjadi pada kondisi *low output heart failure* sedangkan *high output heart failure* terjadi vasodilatasi. Tipe *backward* gagal jantung kongestif merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan dalam sistem pengosongan satu atau kedua ventrikel. Tidak adekuatnya cardiac output pada sistem forward disebut sebagai *forward heart failure* (Crawford, 2009).

Tipe *diastolic heart failure (heart failure with preserved left ventricular function)* terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat berelaksasi secara adekuat selama fase diastole. Tidak adekuatnya relaksasi atau stiffening ini mencegah pengisian darah secukupnya oleh ventrikel yang menjamin adekuatnya cardiacoutput meskipun ejeksi fraksi lebih dari 40% tetapi ventrikel sering mengalami kekurangan kemampuan untuk memompakan darah karena banyaknya tekanan yang dibutuhkan untuk mengeluarkan isi jantung sesuai jumlah yang dibutuhkan pada kondisi jantung dalam keadaan sehat (Ignatavisius & Workman, 2010).

#### **2.1.1.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan gagal jantung kongestif berdasarkan tipe CHF itu sendiri, yang terdiri dari (Lilly , 2011; Ignatavisius & Workman, 2010):

##### **a. Gagal jantung kiri**

Manifestasi klinis gagal jantung kiri dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu penurunan curah jantung dan kongesti pulmonal. Penurunan curah jantung memberikan manifestasi berupa kelelahan, oliguria, angina, konfusi, dan gelisah, takikardi dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, dan akral dingin. Kongesti pulmonal memberikan manifestasi klinis berupa batuk yang bertambah buruk saat malam hari (paroxymal noctural dyspnea), dispnea, krakels, takipnea, orthopnea.

##### **b. Gagal jantung kanan**

Gagal jantung kanan manifestasi klinisnya adalah kongesti sistemik yaitu berupa: distensi vena jugularis, pembesaran hati dan lien, anoreksia dan nausea, edema menetap, distensi abdomen, bengkak pada tangan dan jari, poliuri, peningkatan berat badan, peningkatan tekanan darah (karena kelebihan cairan) atau penurunan tekanan darah (karena kegagalan pompa jantung).

##### **c. Gagal jantung kongestif**

Manifestasi pada gagal jantung kongestif adalah terjadinya kardiomegali, dan regurgitasi mitral/trikuspid sekunder. Penurunan otot skelet bisa substansial dan menyebabkan fatigue, kelelahan dan kelemahan.

#### **2.1.1.5 Klasifikasi**

Klasifikasi CHF yang digunakan di kancan internasional untuk mengelompokkan gagal jantung kongestif adalah klasifikasi menurut New York Heart Association (NYHA). NYHA mengkasifikasikan CHF menurut derajat dan beratnya gejala yang timbul (AHA, 2012).

a. NYHA I

Aktivitas fisik tidak mengalami pembatasan. Ketika melakukan aktivitas biasa tidak menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina.

b. NYHA II

Aktivitas fisik sedikit terbatas. Ketika melakukan aktivitas biasa dapat menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina tetapi akan merasa nyaman ketika istirahat.

c. NYHA III

Ditandai dengan keterbatasan-keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Ketika melakukan aktivitas yang sangat ringan dapat menimbulkan lelah, palpitasi, sesak nafas.

d. NYHA IV

Tidak dapat melakukan aktivitas dikarenakan ketidaknyamanan. Keluhan-keluhan seperti gejala insufisiensi jantung atau sesak nafas sudah timbul pada waktu pasien beristirahat. Keluhan akan semakin berat pada aktivitas ringan.

**2.1.1.6 Pemeriksaan *Penunjang***

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien CHF menurut Kasron (2012) diantaranya :

a. Pemeriksaan diagnostik

1) Elektrokardiografi (EKG) Kelainan EKG yang ditemukan pada pasien CHF adalah:

- a) Sinus takikardi dan bradikardi
- b) Atrial takikardia /Atrial flutter / Atrial fibrilasi
- c) Aritmia ventrikel
- d) Iskemia / infark
- e) Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iakemik.

- f) *Hipertrofi ventrikel* kiri dan gelombang T terbalik menunjukkan *stenosis aorta* dan penyakit jantung hipertensi
- g) *Left bundle branch block* (LBBB) kelainan segmen ST / T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
- h) Deviasi aksis ke kanan, right bundle branch block, dan hipertrofi kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan

## 2) Ekokardiografi

Gambaran yang paling sering ditemukan pada CHF akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup jantung adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel.

## 3) Rontgen Toraks

Abnormalitas foto toraks yang ditemukan pada pasien CHF:

- a) Kardiomegali
- b) Efusi pleura
- c) Hipertrofi ventrikel
- d) Edema interstisial
- e) Infiltrat paru
- f) Kongesti vena paru (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015)

## b. Pemeriksaan Laboratrium



Tes Laboratorium Darah :

- 1) Enzym hepar: Menaik dalam gagal jantung
- 2) Elektrolit : Kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal
- 3) Oksimetri nadi Kemungkinan saturasi oksigen rendah
- 4) AGD : Gagal jantung ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan  $CO_2$
- 5) Albumin : Kemungkinan besar dapat menurun sebagai akibat penurunan protein.

Abnormalitas pemeriksaan laboratorium yang ditemukan pada pasien CHF diantaranya :

- a) Anemia ( $Hb < 13$  gr/dl pada laki-laki,  $< 12$  gr/dl pada perempuan)
- b) Peningkatan kreatinin serum ( $> 150$   $\mu$  mol/L)
- c) Hiponatremia ( $< 135$  mmol/L)
- d) Hipernatremia ( $> 150$  mmol/L)
- e) Hipokalemia ( $< 3,5$  mmol/L)
- f) Hiperkalemia ( $> 5,5$  mmol/L)
- g) Hiperglikemia ( $> 200$  mg/dl)
- h) Hiperurisemia ( $> 500$   $\mu$  mmol/L)
- i) BNP ( $< 100$  pg/ml, NT proBNP  $< 400$  pg/ml)

j) BNP (> 400 pg/ml, NT proBNP > 2000 pg/ml)

k) Kadar albumin tinggi (> 45 g/L)

l) Kadar albumin rendah (< 30 g/L)

(Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2019)

#### **2.1.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan dasar pada pasien gagal jantung meliputi tirah baring untuk mengurangi beban kerja jantung, pemberian terapi farmakologis, dan pemberian terapi diuretic untuk menghilangkan penimbunan cairan tubuh yang berlebihan. Penatalaksanaan harus dilakukan supaya tidak terjadi perburukan kondisi, dan bertujuan untuk menurunkan beban kerja jantung, meningkatkan kemampuan pompa ventrikel, memberikan perfusi adekuat pada organ penting. (Black & Hawks, 2009). Berikut penatalaksanaan :

##### **a. Menurunkan Kerja Otot Jantung**

Penurunan kerja otot jantung dilakukan dengan pemberian diuretic, vasodilator dan beta -adrenergic antagonis ( beta bloker). Diuretik merupakan pilihan pertama untuk menurunkan kerja otot jantung.

##### **b. Elevasi Kepala**

Pemberian posisi fowler bertujuan untuk mengurangi kongesti pulmonal dan mengurangi sesak nafas. Kaki pasien sebisa

mungkin tetap diposisikan dependen dan tidak elevasi, meski kaki edema karena elevasi kaki dapat meningkatkan venous return yang memperberat beban awal jantung.

c. Mengurangi Retensi Cairan

Dapat dilakukan dengan mengontrol asupan natrium dan pembatasan cairan. Pembatasan natrium digunakan dalam diet sehari-hari untuk membantu mencegah, mengontrol dan menghilangkan edema. Restriksi natrium < 2 gram/hari membantu diuretic bekerja optimal.

d. Meningkatkan Pompa Ventrikel Jantung

1) Penggunaan obat inotropik merupakan cara paling efektif untuk meningkatkan kemampuan pompa ventrikel jantung. Obat-obatan ini akan meningkatkan kontraktilitas miokard sehingga meningkatkan volume sekuncup. Salah satu inotropik yang digunakan adalah dobutamine. Dobutamin memproduksi reseptor beta yang kuat dan mampu meningkatkan curah jantung tanpa meningkatkan kebutuhan oksigen otot jantung atau menurunkan aliran darah koroner. Pemberian kombinasi dopamine dan dobutamine dapat mengatasi sindrom low cardiac output dan bendungan paru.

2) Dopamin

Pada dosis kecil 2,5-5mg/kg akan merangsang alfa-adrenergik beta-adrenergik. Reseptor dopamine ini mengakibatkan keluarnya katekolamin dari sisi penyimpanan saraf. Memperbaiki kontratilitas curah jantung isi sekuncup. Dilatasi ginjal serebral dan pembuluh koroner. Pada dosis maksimal 10-20 mg/kg BB akan menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan beban kerja jantung.

### 3) Dobutamin

Merangsang hanya beta adrenergik. Dosis mirip dopamin memperbaiki isi sekuncup, curah jantung dengan sedikit vasokonstriksi dan takikardia.

#### e. Pemberian Oksigen dan Kontrol Gangguan Irama Jantung

Oksigenasi bertujuan untuk mengurangi hipoksia, sesak nafas dan membantu pertukaran oksigen dan karbondioksida. Oksigen yang baik dapat meminimalkan terjadinya gangguan irama jantung salah satunya aritmia.

#### f. Mencegah Miokardial Remodeling

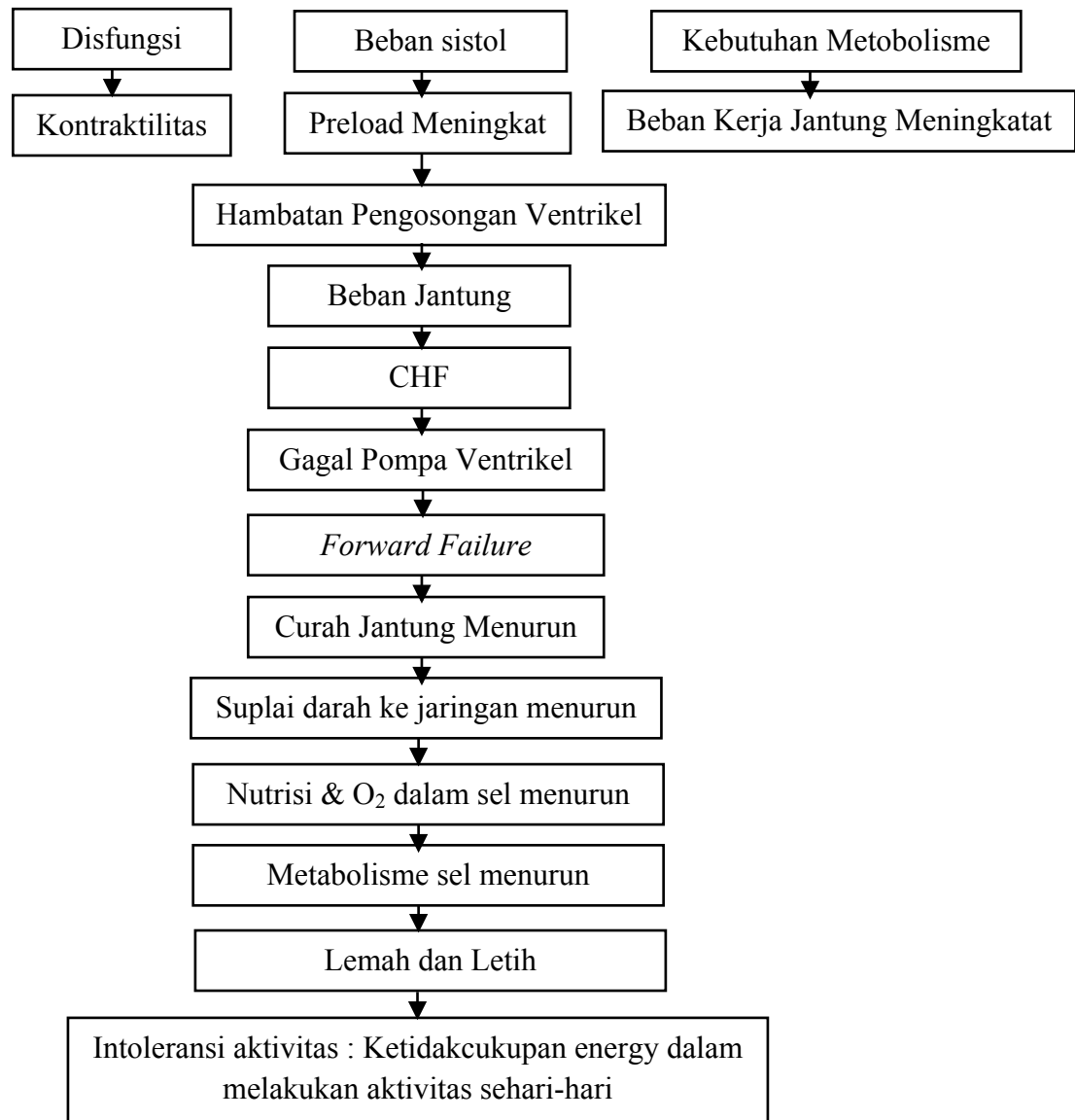
Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor atau ACE inhibitor terbukti dapat proses remodeling pada gagal jantung. ACE Inhibitor menurunkan afterload dengan memblok produksi angiotensin, yang merupakan vasokonstriktor kuat. Selain itu juga meningkatkan aliran darah ke ginjal dan menurunkan tahanan vaskuler ginjal sehingga

meningkatkan diuresis. Hal ini akan berdampak pada peningkatan cardiac output sehingga mencegah remodeling jantung yang biasanya disebabkan oleh bendungan di jantung dan tahanan vaskuler. Efek lain yang ditimbulkan CE Inhibitor adalah menurunkan kebutuhan oksigen dan meningkatkan oksigen otot jantung.

g. Merubah Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup menjadi kunci utama untuk mempertahankan fungsi jantung yang memiliki dan mencegah kekambuhan.

### 2.1.1.8 Pathway CHF



## **Gambar 2.1 Pathway CHF**

### **2.1.2 Konsep Dasar Ansietas**

#### **2.1.2.1 Definisi Ansietas**

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI, 2018). Kecemasan adalah perasaan khawatir yang samar samar dengan diikuti perasaan tidak pasti, tidak berdaya, terisolasi dan tidak aman (Stuart, 2017).

#### **2.1.2.2 Etiologi Ansietas**

Menurut Stuart, G. W., Sunden (2007) factor-faktor yang dapat mempengaruhi ansietas antara lain:

##### **a. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi yang mempengaruhi ansietas terdiri atas faktor interpersonal, faktor perilaku, kondisi biologis, dan kesehatan individu.

##### **b. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan yang pertama yaitu ancaman dari integritas fisik yang meliputi penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas atau kegiatan sehari-hari. Yang kedua yaitu

ancaman terhadap sistem diri dapat mengancam identitas diri, harga diri, kehilangan status atau peran diri, serta hubungan interpersonal.

Kecemasan mulai dirasakan penderita mulai dari memeriksakan diri ke dokter, dan mendapatkan diagnosa Gagal jantung kongestif (CHF). Pasien belum siap menerima dirinya mengidap Gagal jantung kongestif membuat meningkatnya kecemasan pasien, ini menyatakan bahwa gejala dan pengobatan Gagal jantung kongestif menjadikan faktor kecemasan yang utama yang mengakibatkan turunnya kondisi fisik, kualitas hidup dan hubungan dengan keluarga terdekat. Demikian pula pada masa pengobatan pasien banyak situasi yang menimbulkan kecemasan pasien seperti biaya pengobatan, efek dari pengobatan dan juga kematian yang menjadikan kecemasan pada pasien (Sinaga *et al.*, 2020).

### **2.1.2.3 Tingkat Ansietas**

Menurut Sutejo (2018), tingkat ansietas dibagi menjadi empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan ringan/ *Mild Anxiety*

Kecemasan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsi.

b. Kecemasan sedang/ *Moderate Anxiety*



Kecemasan ini memungkinkan seseorang memusatkan pikiran terhadap hal yang nyata dan mengesampingkan yang lain sehingga mengetahui perhatian yang sedikit tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Kecemasan berat/ *Severe Anxiety*

Pada tingkat ini penderita cenderung memusatkan terhadap sesuatu yang terperinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal yang lain.

d. Panik/ *Panic*

Kecemasan ini berhubungan dengan adanya pengaruh ketakutan dan teror.

#### **2.1.2.4 Tanda dan Gejala Ansietas**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda dan gejala ansietas dibedakan menjadi 2 yaitu mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor ansietas antara lain merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Sedangkan tanda dan gejala minor ansietas antara lain mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat.

#### **2.1.2.5 Pengukuran Tingkat Ansietas**

Kecemasan ini diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur yaitu HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) dikembangkan oleh Zigmond and Snaith (1983),(Snaith,20030, (Pallant and Tennant 2007), (Strem,2014).(Swarjana,2021). HADS digunakan untuk mengukur kecemasan dan depresi pada pasien di rumah sakit. Pada instrumen HADS terdapat 14 item pertanyaan dengan rentang skor 0-3. Adapun 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan diantaranya ( pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13), dan untuk pengukuran depresi pada (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, dan 14). Semua pertanyaan tersebut terdiri dari pertanyaan positif(*favorable*) dan pertanyaan negative (*unfavorable*). Hal tersebut dilakukan untuk mengurangi adanya bias. Item positif (*favorable*) dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada pertanyaan nomor 2, 4, 9, 10, 12, dan nomor 14 dengan pengukuran skala likert skor

0 = selalu

1= sering

2= jarang

3= tidak pernah

Adapun untuk item negative (*unfavorable*) dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 1, 3, 7, 8, 11, dan nomor 13 dengan pengukuran skala likert skor

0= tidak pernah

1= jarang

2= sering

3= selalu

Pada kuesioner HADS mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28- 42.

Adapun untuk penggolongan nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil pertanyaan dengan kriteria sebagai berikut

Normal= skor 0-7

Ringan= skor 8-10

Sedang =skor 11-14

Berat = skor 15-21

#### **2.1.2.6 Batasan Karakteristik**

Adapun batasan karakteristik terkait dengan kecemasan dapat dibagi menjadi 6, yaitu perilaku, afektif, fisiologis, simpatis, parasimpatis, dan kognitif. Secara perilaku dapat dilihat seperti penurunan produktivitas, gerakan yang irelevan, gelisah, melihat sepintas, insomnia, kontak mata yang buruk, mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup, agitasi, mengintai, dan tampak waspada.

**Kedua** secara afektif terlihat seperti gelisah, distress, kesedihan yang mendalam, ketakutan, perasaan tidak adekuat, berfokus pada diri sendiri, peningkatan kewaspadaan, iritabilitas, gugup senang berlebihan, rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan, bingung, menyesal, ragu atau tidak percaya diri, dan khawatir.

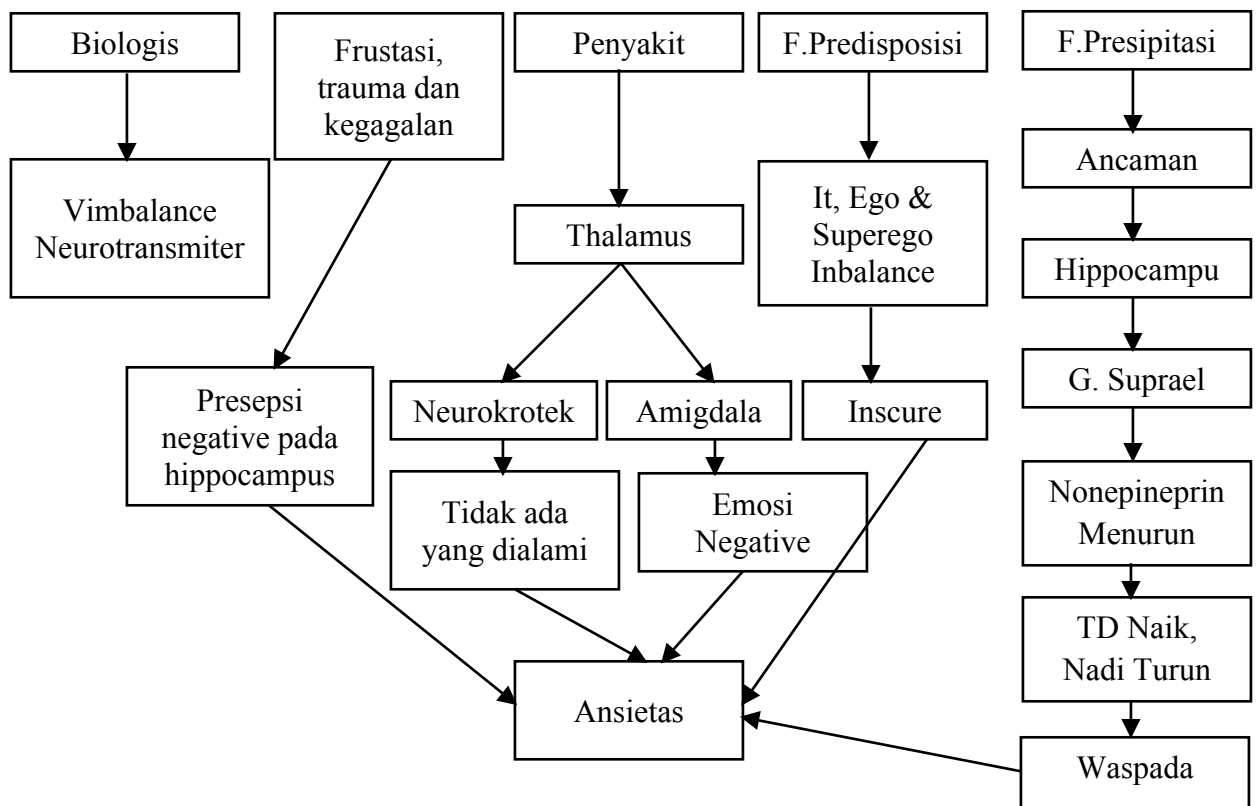
**Ketiga** yaitu fisiologis, tampak seperti wajah tegang, tangan gemetar, peningkatan keringat, peningkatan ketegangan, gemetar, tremor, dan suara bergetar.

**Keempat** yaitu simpatik, terlihat seperti anoreksia, eksitasi kardiovaskular, diare, mulut kering, wajah merah, jantung berdebar – debar, peningkatan denyut nadi, tekanan darah dan frekuensi napas, peningkatan reflek, pupil melebar, menarik napas, vasokonstriksi superfisial, lemah, dan kedutan pada otot.

**Kelima** yaitu secara parasimpatik dapat terasa nyeri perut, penurunan tekanan darah dan denyut nadi, diare, mual, vertigo, letih, gangguan tidur, kesemutan pada ekstremitas, sering berkemih, anyang-anyangan, dan dorongan segera berkemih. Sedangkan secara kognitif yaitu tampak adanya *blocking* pikiran, konfusi, menyadari gejala fisiologis, penurunan lapangan persepsi, kesulitan konsentrasi, penurunan kemampuan belajar, penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah, ketakutan terhadap konsekuensi

yang tidak spesifik, lupa, gangguan perhatian, khawatir, melamun, cenderung menyalahkan orang lain.

### 2.1.2.7 Pathway Ansietas



Gambar 2.2 Pathway Ansietas

### **2.1.3 Konsep Pemberian Aromaterapi**

#### **2.1.4.1 Pengertian**

Aromaterapi adalah terapi yang menggunakan minyak essensial atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan serta menenangkan jiwa dan raga (Astuti, 2015). Beberapa minyak essensial yang sudah diteliti dan ternyata efektif sebagai sedatif penenang ringan yang berfungsi menenangkan sistem saraf pusat yang dapat membantu mengatasi insomnia terutama diakibatkan oleh stress, gelisah, ketegangan, dan depresi (Setyoadi & Kushariyadi, 2011 ). Bentuk aromaterapi ada yang berupa minyak, sabun, dan lilin aromaterapi. Salah satu jenis macam – macam aromaterapi dari rumpun tumbuhan adalah citrus aurantium. Kandungan minyak pada citrus aurantium memiliki efek anti spasmodik dan obat penenang ringan. Kandungan citrus aurantium terdiri dari minyak essensial yang disebut dengan neroli. Kandungan tersebut ialah : limonene (96,24%), linalool (0,44%), linaly asetat, geranyl asetat, geraniol, nerol, neryl acetate.

#### **2.1.4.2 Manfaat aromaterapi**

Aromaterapi adalah salah satu bagian dari pengobatan alternative yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap dikenal sebagai minyak esensial dan senyawa aromatic lainnya yang dapat mempengaruhi jiwa, emosi dan kesehatan seseorang (Nurgiwati, 2018).

Aromaterapi merupakan metode penyembuhan dengan menggunakan minyak esensial yang sangat pekat yang seringkali sangat wangi dan diambil dari sari-sari tanaman. Unsur-unsur pokok minyak memberikan aroma atau bau sangat khas yang diperoleh dari suatu tanaman tertentu. Setiap bagian tanaman batang, daun, bunga, buah, biji ,akar atau kulit kayu bisa menghasilkan minyak esensial atau sari pati tetapi seringkali hanya dalam jumlah yang sangat sedikit. Bagian- bagian yang berbeda dari tanaman yang sama mungkin menghasilkan minyak dalam bentuk tersendiri.

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011) manfaat aromaterapi antara lain:

- a. Mengatasi insomnia dan depresi, meredakan kegelisahan
- b. Mengurangi perasaan ketegangan
- c. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan tubuh, pikiran dan jiwa
- d. Menjaga kestabilan ataupun keseimbangan sistem yang terdapat dalam tubuh menjadi sehat dan menarik

- e. Merupakan pengobatan holistik untuk menyeimbangkan semua fungsi tubuh

#### **2.1.4.3 Lilin Aromatherapy**

Lilin merupakan campuran ester asam lemak suhu tinggi dan alkohol monovalen dengan bobot molekul yang besar. Lilin tidak mudah terhidrolisis, akan tetapi mudah meleleh pada suhu 40-50°C. Lilin merupakan padatan paraffin yang diberi sumbu tali pada bagian tengahnya dan berfungsi sebagai alat penerang. Bahan baku untuk pembuatan lilin adalah parafin wax yaitu suatu campuran hidrokarbon padat yang diperoleh dari minyak bumi dan dapat meleleh pada suhu 50-60°C. Paraffin memiliki rumus empiris hidrokarbon alkana  $C_nH_{2n+2}$  yang bentuknya dapat berupa padat dengan titik cair rendah (Hussein dkk., 2016).

Berdasarkan SNI 06-0386-1989, keadaan fisik lilin adalah warna yang sama dan merata, tidak retak, tidak cacat dan tidak patah. Ciri-ciri lilin pada umumnya ialah:

- a. Tidak berbau, tidak memiliki rasa, teksturnya sedikit licin, warnanya putih hingga kekuningan, terbakar dengan nyala terang, apabila dilebur menghasilkan cairan yang tidak berfluorosensi.
- b. Memiliki titik leleh 51-58°C
- c. Tidak larut dalam air dan dalam etanol 95%, tetapi larut dalam kloroform dan eter.



Aromaterapi adalah pengobatan dengan minyak essential atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan serta menenangkan (Astuti dkk., 2015). Lilin aromaterapi adalah alternatif aplikasi terapi secara inhalasi dengan cara merangsang penghirupan dari aroma yang dihasilkan apabila dibakar. Minyak atsiri atau minyak essential memiliki molekul yang mudah menguap atau bersifat volatil. Senyawa tersebut akan membawa unsur aromatik yang terdapat dalam kandungan minyak atsiri ke puncak hidung melalui proses penghirupan. Pada hidung terdapat rambut getar yang dapat berfungsi sebagai reseptor dan kemudian menghantarkan pesan elektrokimia ke susunan saraf pusat. Pernapasan yang dalam akan meningkatkan jumlah bahan aromatik ke dalam tubuh. Hal tersebut akan memberikan efek terapeutik, relaksasi antiinflamasi, antiseptik, perangsang nafsu makan, dan perangsang sirkulasi darah (Primadiati, 2002).

#### **2.1.4.4 Minyak Atsiri**

Minyak atsiri atau dikenal dengan essential oil, volatil oil, dan ethereal oil. Minyak atsiri bersifat mudah menguap karena titik uapnya rendah dan tidak berwarna. Warna dari minyak atsiri dapat berubah menjadi kecokelatan karena oksidasi akibat penyimpanan. Minyak atsiri dapat disimpan di tempat yang sejuk, kering dalam wadah tertutup rapat dan berwarna gelap. Minyak atsiri dapat larut dalam pelarut polar dan tidak

larut dalam air. Minyak atsiri 2,4%-3,9% mengandung cinnamal, aldehid, asam motil p-cumarik, asam cinnamal, etil asetat dan pentadekan (Miranti, 2009).

Minyak atsiri merupakan suatu senyawa yang sebagian besar berwujud cair dan didapat dari bagian tumbuhan seperti akar, batang, daun, biji, kulit, buah, maupun dari bunga. Metode penyulingan atau destilasi adalah metode yang paling sering digunakan untuk mendapatkan minyak atsiri, namun ada beberapa metode lain untuk memperoleh minyak atsiri antara lain dengan menggunakan metode ekstraksi, pengepresan, atau absorpsi dengan lemak (Sastrohamidjojo, 2004). Hobir dan Nuryani (2003), menyatakan bahwa minyak atsiri digunakan dalam berbagai industri parfum, kosmetik, makanan, minuman, dan obat-obatan. Hal tersebut karena minyak atsiri dapat memberi rasa dan aroma pada makanan, minuman, parfum dan kosmetik serta sebagai sumber terapi dan senyawa antimikroba (Setyawan, 2002).

#### **2.1.4.5 Lemon**

Jeruk lemon memiliki nama ilmiah citrus lemon merupakan tanaman yang memiliki duri dengan pohon yang kecil. Memiliki daun berbentuk oval dan berwarna hijau gelap. Pada batang pohon ditumbuhi daun yang tersusun, serta memiliki bunga yang harum dan berwarna putih. Jeruk lemon memiliki warna kuning kehijauan hingga

kuning cerah dengan bentuk membulat. Jeruk lemon merupakan kelompok buah jeruk yang mempunyai rasa asam. (Nurlaely, 2019).

Jeruk lemon merupakan buah yang kaya manfaat dan kandungannya, dari beberapa kandungan jeruk lemon salah satunya adalah flavonoid dimana kandungan ini dapat berfungsi sebagai anti kanker, antiinflamasi dan juga sebagai neuroprotektif. Selain itu juga memiliki efek farmakologis yang unik seperti anti bakteri, antivirus, diuretic, vasodilator, penenang dan merangsang adrenal. Aroma dari jeruk lemon yang di hirup molekul masuk ke rongga hidung dan merangsang system limbik di otak (Ardiyanti, 2018) Klasifikasi jeruk lemon menurut Chaturvedi et al, 2016 sebagai berikut:

- Kingdom : Plantae
- Super Devisio : Spermaphyta
- Devisi : Magnoliophyta
- Kelas : Magnoliopsida
- Sub Kelas : Rosidae
- Ordo: Sapindales
- Familia : Rutaceae
- Genus : Citrus
- Species : Citrus Lemon

## **2.1.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)**

### **2.1.3.1 Pengkajian**

#### a. Anamnesis

##### 1) Identitas Pasien

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnose medic.

##### 2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

##### 3) Keluhan Utama

Biasanya pasien CHF mengeluh sesak nafas dan kelemahan saat beraktifitas, kelelahan, nyeri pada dada, dispnea pada saat beraktivitas. (Wijaya & Yessi, 2013)

##### 4) Keluhan Saat Di Kaji

Pengkajian dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik pasien secara PQRST. Biasanya pasien akan mengeluh sesak nafas dan kelemahan saat beraktifitas, kelelahan, dada terasa berat, dan berdebar-debar.

##### 5) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita klien terutama penyakit yang mendukung munculnya penyakit saat ini. Pada pasien CHF biasanya sebelumnya pernah menderita nyeri dada, hipertensi, iskemia miokardium, infark miokardium, diabetes melitus, dan hiperlipidemia. Dan juga memiliki riwayat penggunaan obat-obatan pada masa yang lalu dan masih relevan dengan kondisi saat ini. Obat-obatan ini meliputi obat diuretik, nitrat, penghambat beta, serta antihipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu, alergi obat, dan reaksi alergi yang timbul. Sering kali pasien menafsirkan suatu alergi sebagai efek samping obat (Muttaqin, 2012).

#### 6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal terutama pada usia produktif, dan penyebab kematiannya. Penyakit jantung iskemik pada keturunannya. (Muttaqin, 2012).

#### b. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Keadaan umum

Kesadaran pasien dengan CHF biasanya baik atau *compos mentis* (GCS 14-15) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan perfusi sistem saraf pusat.

2) Mata

- a) Konjungtiva biasanya anemis, sklera biasanya tidak ikterik
- b) Palpebra biasanya bengkak

3) Hidung

Biasanya bernafas dengan cuping hidung serta hidung sianosis

4) Mulut

Bibir biasanya terlihat pucat.

5) Wajah

Biasanya wajah terlihat lelah dan pucat.

6) Leher

Biasanya terjadi pembengkakan pada vena jugularis (JVP)

7) Sistem Pernafasan

- a) Dispnea saat beraktivitas atau tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal.
- b) Batuk dengan atau tanpa sputum
- c) Penggunaan bantuan pernafasan, misal oksigen atau medikasi
- d) Pernafasan takipnea, nafas dangkal, pernafasan laboral, penggunaan otot aksesori
- e) Sputum mungkin bercampur darah, merah muda / berbuih
- f) Edema pulmonal

g) Bunyi nafas : Adanya krakels banner dan mengi. (Wijaya & Yessi, 2013)

8) Jantung

a) Adanya jaringan parut pada dada

b) Bunyi jantung tambahan (ditemukan jika penyebab CHF kelainan katup)

c) Batas jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (Kardiomegali)

d) Adanya bunyi jantung S3 atau S4

e) Takikardi

9) Abdomen

a) Adanya hepatomegali

b) Adanya splenomegali

c) Adanya asites

10) Eliminasi

a) Penurunan frekuensi kemih

b) Urin berwarna gelap

c) Nokturia (berkemih pada malam hari)

d) Diare/ konstipasi.

11) Ekstremitas

a) Terdapat edema dan CRT kembali > 2 detik

- b) Adanya edema
- c) Sianosis perifer (Smeltzer & Bare, 2019)

**2.1.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (*sign and symptom*) (Amin, 2019).

**6. Intervensi**

Intervensi keperawatan jiwa adalah masalah psikososial : ansietas pada pasien CHF dengan menggunakan dua acuan yaitu berdasarkan strategi pelaksanaan pasien dan keluarga serta intervensi keperawatan berdasarkan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), serta SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

*Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Ansietas*

<b>Diagnosa keperawatan(SDKI)</b>	<b>Standar keperawatan(SDKI)</b>	<b>luaran Indonesia</b>	<b>Standar Keperawatan(SIKI)</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Ansietas</b>	Setelah	dilakukan	<b>Terapi relaksasi(I.09326)</b>	



<p><b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap subjek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman</p>	<p>asuhan keperawatan, diharapkan Tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil 1.verbalisasi kebingungan menurun 2.verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. perilaku gelisah menurun 4.perilaku tegang menurun 5.konsentrasi membaik 6. pola tidur membaik</p>	<p><b>1)Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi penurunan Tingkat energi, ketidakkampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. identifikasi Teknik relaksasi yang efektif yang pernah digunakan c. identifikasi kesediaan kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya d. periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan e. monitor respon terhadap terapi relaksasi</p>
<p><b>Penyebab:</b> 1. krisis situasional 2. kebutuhan tidak terpenuhi 3. krisis maturasional 4. ancaman terhadap konsep diri 5. ancaman terhadap kematian 6. kekhawatiran mengalami kegagalan 7. disfungsi keluarga 8. hubungan keluarga orang tua anak yang tidak memuaskan 9. faktor keturunan (mudah teragitasi sejak lahir) 10. penyalahgunaan zat 11. terpapar bahaya lingkungan (toksin, polutan) 12. kurang terpapar informasi</p>		<p><b>2)Terapeutik</b></p> <p>a. ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu nyaman b. berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi c. gunakan pakaian longgar d. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan</p>
		<p><b>3)edukasi</b></p> <p>a. jelaskan tujuan manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif) b. jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. anjurkan mengambil posisi nyaman d. anjurkan rileks dan merasakan</p>

---

sensasi relaksasi

e. anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih

f. demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi ( mis. Nafas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)

---

### **2.1.3.3 Implementasi**

Implementasi merupakan langkah ketiga dalam proses asuhan keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi kesehatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan yang di prioritaskan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Kozier et al., 2010).

Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada Tujuan. Fase ketiga merupakan tranmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

### **2.1.3.4 Evaluasi**

Langkah evaluasi dari proses keperawatan yaitu dengan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Deswani, 2011).

Tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan,

sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan (Dinarti, 2013).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan. Selain itu juga untuk menilai pencapaian tujuan, baik tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, dan mendapatkan informasi yang tepat dan jelas untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan (Deswani, 2011).

Menurut Asmadi (2018) terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan.

b. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan

keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu : Tujuan tercapai/masalah teratasi

- 1) Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
- 2) Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi

### 1.5 Evidence Based Practice

No	Judul penelitian (peneliti & tahun)	Desain & metodologi	Hasil penelitian
1	Efektivitas Pemberian Aromaterapi lemon Terhadap Kecemasan Pada Lansia Di Unit Pelayanan Lanjut Usia Budi Dharma, Umbulharjo Yogyakarta Mohammad Judha, Endang Nurul Syafitri 2018	Penelitian ini merupakan quasy eksperimenone group design dengan rancangan time seriesdesignmelakukan pre test dan post test setiap setelah pemberian aromaterapi. Aromaterapi diberikan selama tujuh hari berturut-turut. Penelitian ini dilakukan di Unit Pelayanan Lanjut Usia Budi Dharma, Umbulharjo, Yogyakarta pada tanggal 1016 April 2017. Populasi penelitian ini adalah lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia Budi Dharma, Umbulharjo, Yogyakarta berjumlah 58 orang. Sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi berjumlah 18 orang. Pengumpulan data	Kecemasan lansia sebelum pemberian aromaterapi lemon rata-rata skor kecemasan yaitu 16.28. Kecemasan lansia setelah pemberian aromaterapi lemon rata-rata skor kecemasan yaitu 11.67. Ada perbedaan skor kecemasan sebelum dan setelah pemberian aromaterapi lemon dan ada pengaruh pemberian aromaterapi lemon terhadap kecemasan pada lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia Budi Dharma

		menggunakan kuisisioner DASS 42 untuk mengukur kecemasan pada lansia.	
2	Overcoming Anxiety in Chronic Kidney Failure Patients Undergoing Hemodialysis with Finger Relaxation Therapy and Lemon Aromatherapy  Rezza Hafidh Arnanditya1, Apri Rahma Dewi2, Pujiarto3 2024	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian terapan (applied research). Desain ini melibatkan pemberian pretest (tes awal) sebelum perlakuan dan posttest (tes akhir) setelah eksperimen. Tujuan desain ini adalah untuk mengetahui efektivitas terapi relaksasi memegang jari dan aromaterapi lemon dalam mengurangi kecemasan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung. Pretest dan posttest dilakukan menggunakan kuisisioner HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) untuk mengukur tingkat kecemasan pasien sebelum dan setelah intervensi. Dengan demikian, penelitian ini dapat mengetahui perubahan tingkat kecemasan pasien setelah diberikan terapi relaksasi memegang jari dan aromaterapi lemon.	Berdasarkan hasil penelitian dan diskusi, dapat disimpulkan bahwa sebelum penerapan terapi relaksasi memegang jari dan aromaterapi lemon pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dengan masalah keperawatan kecemasan di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung, hasilnya menunjukkan bahwa: - 6 responden (33,3%) mengalami kecemasan berat - 8 responden (44,5%) mengalami kecemasan sedang - 4 responden (22,2%) mengalami kecemasan ringan Setelah penerapan terapi relaksasi memegang jari dan aromaterapi lemon, hasilnya menunjukkan bahwa: - 5 responden (27,7%) mengalami kecemasan sedang - 9 responden (50%) mengalami kecemasan ringan - 4 responden (22,3%) tidak mengalami kecemasan  Dari hasil ini, dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi memegang jari dan aromaterapi lemon efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di

			Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung. Terlihat adanya pergeseran dari kecemasan berat ke kecemasan ringan atau tidak ada kecemasan setelah intervensi.
3	Efektifitas Pemberian Aroma Therapy Lemon Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Nifas Diwilayah Kerja Puskesmas Wakambangura Kasma Dewi1*, Nyna Puspitaningrum2, Nina Hidayatunnikmah 2023	Metode dalam penelitian ini menggunakan quasy eksperimen dengan desain Pretest posttest with control design. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Ibu nifas yang mengalami kecemasan sebanyak 28 orang	Hasil penelitian ini menunjukkan pemberian aromaterapi lemon efektif menurunkan tingkat kecemasan pada ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Wakambangura dinyatakan dengan P Value <0,05.

### **BAB III**

#### **METODE PENGAMBILAN KASUS**

##### **3.1 Jenis/Desain Karya Tulis**

Jenis Karya Akhir Ners ini menggunakan jenis penelitian deskriptif menggunakan metode kasus dengan pendekatan 5 proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosos, perencanaan dan implementasi serta evaluasi. Bertujuan untuk memberikan gambaran, atau lukisan secara sistematis, aktual dan akurat

mengenai peristiwa peristiwa penting yang terjadi pada masa kini, sehingga memberikan pemahaman yang mendalam tentang situasi yang diteliti. Karya tulis ilmiah ini merupakan studi kasus yang mengeksploitasi suatu masalah dengan Batasan terperinci memiliki pengambilan data yang mendalam dengan menyertakan berbagai sumber informasi.

Desain studi kasus yang di gunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Ners ini adalah metode deskriptif dengan menggunakan pemberian intervensi pemberian Teknik relaksasi dengan aromaterapi lilin lemon pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ....dengan tujuan menurunkan tingkat kecemasan pasien. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **3.2 Pengambilan Subjek**

Subjek dalam karya ilmiah ners ini adalah lima pasien dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* yang sedang menjalani perawatan di .....yang dipilih dan di tentukan sesuai kriteria berikut:

#### **a. Kriteria Inklusi**

- 1) Pasien yang terdiagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF)
- 2) Pasien mengalami masalah gangguan ansietas / kecemasan ringan – sedang
- 3) Pasien yang sudah tidak sesek dan tidak memakai alat bantu nafas
- 4) Pasien yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria Esklusi (Terputusnya proses asuhan keperawatan selama studi kasus sebagai berikut):



- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS) atau dirujuk
- 2) Pasien meninggal dunia saat dirawat inap
- 3) Perburukan kondisi pasien seperti penurunan kesadaran
- 4) Pasien yang tidak kooperatif
- 5) Pasien CHF dengan penyakit penyerta (DM CKD)

### 3.3 Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus

Studi kasus dengan penerapan pemberian teknik relaksasi aromaterapi lilin lemon bertujuan untuk mengurangi ansietas pada pasien penderita *Congestive Heart Failure* di Puskesmas Cilacap Utara I

### 3.4 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus penulisan ini yaitu asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* dengan masalah keperawatan utama Ansietas dengan terapi non farmakologi aromaterapi lilin lemon untuk mengurangi ansietas

### 3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu variabel berkaitan dengan bagaimana cara untuk mengukur suatu variabel dalam suatu penelitian.

Definisi operasional pada umumnya berkaitan dengan aspek atau indikator yang digunakan untuk mengukur suatu variabel (Suyanto, 2019).

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Alat ukur</b>	<b>Hasil ukur</b>	<b>Skala ukur</b>
Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan yang dilakukan secara sistematis	Format Asuhan Keperawatan	Masalah keperawatan teratasi dan tidak teratasi. Penurunan	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
	berdasarkan teori yang dimulai dari pengkajian, Analisa data, perumusan diagnose, intervensi dan evaluasi		Tingkat kecemasan pan peningkatan kemampuan dalam mengatasi kecemasan	
Variabel independent: Pemberian lilin aromaterapi lemon	Lilin aromaterapi lemon adalah suatu Tindakan dengan menggunakan minyak atsiri lemon yang dapat menimbulkan rasa nyaman, memnuat perasaan dan emosi lebih stabil, mengurangi rasa nyeri pikiran dan perasaan lebih tenang yang dilakukan untuk mengatasi masalah kecemasan baik secara parsial maupun total	SPO Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan Lilin Aromaterapi	1. Penurunan tanda gejala kecemasan 2. Peningkatan kemampuan dalam melakukan relaksasi dengan aromaterapi 3. Lembar Observasi : Sebelum dan sesudah dilakukan terapi lilin lemon	
Variabel Dependen : Kecemasan	Merupakan perasaan subyektif tentang kejadian yang penuh stress dan mengancam yang dimanifestasikan dalam aspek fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi	Menggunakan lembar observasi (kuesioner) HADS Kecemasan Skala likert skor 0= tidak pernah 1= jarang 2= sering 3= selalu	1. Skor normal 2. Skor kecemasan ringan 3. Skor kecemasan sedang 4. Skor kecemasan berat	0-7: ordinal 8-10: 11-14: 15-21:

### **3.6 Instrumen Studi Kasus**

1. Format asuhan keperawatan sesuai dengan tahap – tahapnya: pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi.
2. Lembar HADS untuk mengukur tingkat kecemasan pasien sebelum dan sesudah Tindakan, diadopsi dari peneliti sebelumnya
3. SPO pemberian Teknik relaksasi dengan lilin aromaterapi lemon
4. Lembar observasi kemampuan melakukan relaksasi dengan lilin aromaterapi lemon

### **3.7 Metode Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan alat ukur dan pemeriksaan menggunakan form yang sudah disediakan, serta data sekunder yang diperoleh dari rekam medis pasien, yang dilakukan untuk mendapatkan informasi data subjektif dan objektif yang sesuai untuk mendukung studi kasus.

Tahap pelaksanaan penelitian dimulai pada ...sampai dengan tanggal ... dengan melakukan pengumpulan data melalui teknik wawancara dan observasi dengan prosedur teknis sebagai berikut:

1. Studi kasus mendapatkan ijin untuk melakukan penulisan
2. Menyiapkan instrumen studi kasus dan *informed consent*.
3. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat studi kasus, pasien diberikan kesempatan untuk bertanya dan berhak untuk menolak menjadi responden,

jika bersedia pasien diminta untuk mengisi *informed consent* serta menandatangani sebelum dilakukan studi kasus.

4. Pada tahap awal peneliti melakukan pengumpulan data melalui pengkajian dan pemeriksaan fisik menggunakan format asuhan keperawatan untuk memperoleh data yang valid melalui tanya jawab antara pasien dengan perawat serta dengan keluarga dekat yang mengetahui kondisi pasien. Selanjutnya menegakkan diagnose keperawatan yang didukung oleh data subjektif, yang diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang, serta data dari rekam medis pasien. Tahap selanjutnya adalah membuat perencanaan sesuai diagnose yang muncul, serta melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan.
5. Pada pertemuan pertama
  - a. Peneliti melakukan pengkajian menegakkan diagnosa, serta merumuskan rencana keperawatan ansietas pada pasien CHF.
  - b. Peneliti mengukur kecemasan dengan menggunakan kuesioner HADS ,observasi tanda dan gejala.
  - c. Peneliti melakukan SP 1 menggunakan relaksasi nafas dalam, observasi tanda dan gejala serta observasi kemampuan Latihan nafas dalam.
6. Pada pertemuan kedua
  - a. Peneliti melakukan pemberian aromaterapi dengan menggunakan aromaterapi lemon selama 5 menit.

- b. Peneliti melakukan observasi tanda dan gejala serta observasi kemampuan melakukan Teknik relaksasi dengan aromaterapi.
7. Pada pertemuan ketiga
  - a. Peneliti melakukan pemberian aromaterapi lilin lemon
  - b. Peneliti melakukan observasi tanda dan gejala
  - c. Peneliti melakukan observasi kemampuan melakukan Teknik relaksasi dengan aromaterapi
  - d. Peneliti mengukur tingkat kecemasan dengan kuesioner HADS
  - e. Peneliti melakukan SOAP
8. Peneliti melakukan pendokumentasian keperawatan dengan cara di tulis dan dicetak, kemudian diandalkan sebagai bukti catatan oleh personal yang berwenang dan merupakan bagian dari praktik keperawatan

### **3.8 Analisa Data dan Penyajian Data**

Penyajian Data penelitian akan dianalisis dengan analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah suatu usaha mengumpulkan dan menyusun data. Setelah data terkumpul tersusun langkah selanjutnya adalah mengolah data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah (Nursalam, 2016). Data penelitian ini akan disajikan dengan uraian tentang temuan dalam bentuk tulisan.

Analisis data pada studi kasus ini dilakukan berdasarkan hasil Observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik pada subjek studi kasus. Data yang didapatkan disajikan dalam bentuk asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan ,

implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan kemudian menyusun laporan dalam bentuk naratif dan table.

Dalam studi kasus ini, analisis data dan penyajian data dilakukan secara naratif, perawatan SOAP digunakan untuk mencatat perkembangan penyakit klien, lembar observasi klien dicatat sebelum dan sesudah intervensi untuk menilai celah jalan nafas yang tidak valid, dan disajikan dalam bentuk naratif kepada mengkonfirmasi hasil yang diperoleh. Melakukan studi kasus pada waktu yang bersamaan dan mengutamakan kerahasiaan data dan identitas orang yang diwawancarai.

### **3.9 Etika Studi Kasus**

Etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian keperawatan karena dalam penelitian ini berinteraksi langsung dengan manusia. Hal ini menyebabkan perlunya sebuah etika dalam penelitian keperawatan. Penelitian diharapkan menerapkan empat prinsip sebagai berikut (Nursalam, 2013):

#### **1. Autonomy**

Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta menjelaskan lembar persetujuan. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden menandatangani lembar persetujuannya. Sebaliknya jika responden tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti akan menghormati hak-hak partisipan dengan tidak memberikan paksaan.

## 2. Asas kemanfaatan (beneficiency)

Asas ini memiliki tiga prinsip, yaitu bebas dari penderitaan, eksploitasi, dan risiko. Peneliti menjamin bahwa responden tidak akan mengalami cedera, informasi yang diberikan akan digunakan secara etis, dan responden akan terhindar dari risiko bahaya di masa mendatang. Dalam proses pengambilan data setiap calon responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian. Responden harus mendapatkan hak dan informasi tentang tujuan penelitian yang akan

dilakukan. Peneliti juga harus memberikan kebebasan kepada responden untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi. Untuk menghormati harkat dan martabat responden, peneliti harus mempersiapkan formulir persetujuan (*inform consent*).

### 3. Beneficence

Peneliti berusaha untuk memberikan manfaat sebaik-baiknya bagi masyarakat khususnya responden dan subjek penelitian. Responden diharapkan dapat mengetahui tentang pengaruh relaksasi dengan aromaterapi lilin lemon dengan ansietas .

### 4. Confidentiality

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan responden dengan tidak memberitahu identitas responden maupun hasil penelitian baik informasi maupun masalah responden kepada orang lain. Dalam penelitian ini, responden hanya diminta untuk menuliskan inisial nama dan peneliti juga tidak akan memberitahukan identitas maupun informasi responden kepada orang lain.

### 5. Nonmaleficence

Penelitian yang dilakukan kepada responden hendaknya tidak menimbulkan bahaya bagi responden. Peneliti memberi penjelasan kepada responden bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian atau bahaya bagi responden. Para peneliti mengambil langkah proaktif untuk meminimalkan potensi bahaya fisik atau



psikologis terhadap responden. Prosedur penelitian dirancang untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan responden setiap saat.

6. Keadilan (justice) Semua responden diperlakukan secara adil dan merata selama proses penelitian. Tidak ada diskriminasi berdasarkan karakteristik pribadi atau keyakinan apa pun