

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE*
DI RUANG JANTUNG RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

**INDAH FITAH APRILIYAH
NIM. 2020020**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE
DI RUANG JANTUNG RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

**INDAH FITAH APRILIYAH
NIM. 2020020**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2023

Indah Fitah Apriliyah
NIM. 2020020

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Indah Fitah Apriliyah
NIM : 2020020
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. S dengan
Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di
Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 20 Februari 2023

Pembimbing I

Pembimbing II

Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 03045

Wijayanti, S.Kep.Ns
NIP. 197612102026042002

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP.03.0007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Indah Fitah Apriliyah
NIM : 2020020
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Senin 20 Februari 2022
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes, ()
NIP. 03067
Penguji II : Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si ()
NIP. 03045
Penguji III : Wijayanti, S.Kep.Ns ()
NIP. 197612102026042002

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP.03.0007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 20 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., MM, selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningih, S.Kp., M.Kes., FISQua, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Nisha Dhamayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si. selaku penguji dan pembimbing Institusi, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Wijayanti, S.Kep.Ns selaku penguji dan pembimbing lahan praktik, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, serta kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Untuk kedua Orang tuaku, Ayah Sari dan ibu Tasminah tercinta terima kasih sudah menjadi orang tua terhebat dalam hidup saya, yang selalu memberikan cinta , kasih sayang dan doa restu yang tiada henti kepada anaknya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan Kumara 26 tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2023

Indah Fitah Apriliyah
NIM. 2020020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	2
1.1 Latar Belakang.....	2
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penelitian	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Anatomi Jantung.....	8
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi	8
2.2 Konsep Penyakit CHF	17
2.2.1 Pengertian CHF	17
2.2.2 Etiologi	18
2.2.3 Patofisiologi	20
2.2.4 Klasifikasi.....	22
2.2.5 Tanda dan gejala.....	23
2.2.6 Penatalaksanaan.....	24
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	26
2.2.8 Diagnosis.....	28
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	28

2.3.1 Pengkajian.....	29
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	33
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	33
2.3.4 Kerangka Masalah.....	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	39
3.1 Pengkajian.....	39
3.1.1 Identitas	39
3.1.2 Keluhan Utama	39
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	39
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu	40
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	40
3.1.6 Riwayat alergi.....	40
3.1.7 Genogram	41
3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik.....	41
3.1.9 Pemeriksaan Penunjang	46
3.1.10 Terapi Medis	50
3.2 Diagnosa Keperawatan	51
3.2.1 Analisa Data	51
3.2.2 Prioritas Masalah	53
3.3 Intervensi Keperawatan	52
3.4 Implementasi Keperawatan	58
3.5 Evaluasi Sumatif.....	76
BAB 4 PEMBAHASAN	81
4.1 Pengkajian.....	81
4.1.1 Identitas	81
4.1.2 Riwayat Kesehatan.....	82
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	83
4.1.4 Pemeriksaan penunjang	85
4.2 Diagnosa Keperawatan	85
4.3 Pelaksanaan.....	88
4.4 Evaluasi.....	89
BAB 5 PENUTUP	122
5.1 Simpulan	122
5.2 Saran	124

DAFTAR PUSTAKA	126
LAMPIRAN.....	128

DAFTAR GAMBAR

3.1 Genogram.....	39
3.2 Foto Thorax.....	45
3.3 Hasil EKG.....	46

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel Intervensi Keperawatan.....	32
3.1 Tabel Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	44
3.2 Tabel Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	44
3.3 Tabel Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	44
3.4 Tabel Lembar Pemberian Terapi Obat.....	47
3.5 Tabel Analisa Data.....	48
3.6 Tabel Prioritas Masalah.....	51
3.7 Tabel Intervensi Keperawatan.....	52
3.8 Tabel Implementasi Keperawatan.....	58
3.9 Tabel Evaluasi Sumatif.....	75

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
BAK	: Buang Air Kecil
°C	: Celcius
CHF	: Congestive Heart Failure
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
DM	: Diabetes Militus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
EKG	: Electrocardiogram
GCS	: Glassgow Coma Scale
GDA	: Gula Darah Acak
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravena
KG	: Kilogram
Lpm	: Liter per menit
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydrargyrum
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
RM	: Rekam Medis
RR	: Respirasi
RS	: Rumah Sakit
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
S	: Suhu
SDKI	: Standard Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standard Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standard Luaran Keperawatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SPO ₂	: Saturasi Oksigen darah
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung adalah penyakit fisiologi berupa kelainan jantung dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan darah, kebutuhan metabolisme jaringan dan kapasitasnya hadir hanya jika disertai dengan peningkatan volume diastolik yang tidak normal. Kondisi ini dikaitkan dengan adanya peningkatan volume diastolik yang tidak normal. (“Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure Pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga,” 2020). Gagal jantung menimbulkan berbagai gejala klinis yang paling banyak dialami yaitu dispnea pada malam hari dan sering datang tiba-tiba sehingga menyebabkan pasien terbangun yang akan menimbulkan masalah keperawatan salah satunya yaitu gangguan pola tidur. Gagal jantung adalah sindrom klinik yang ditandai dengan dispnea umum dan dispnea (saat istirahat atau beraktivitas) yang disebabkan oleh kelainan pada struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh kelainan yang mengakibatkan penurunan ventrikel (disfungsi diastolik) dan otot jantung. (Ahmad Muzaki, 2020)

Frekuensi gagal jantung kongestif menurut Global Health Data Exchange, terdapat 64,34 juta kasus gagal jantung kongestif dan 8,52 kasus per 1000 kasus gagal jantung. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi CHF secara keseluruhan sebesar 1,5% dan propinsi Jawa Timur usia 65-74 tahun sebesar 4,6%, angka kejadian gagal jantung meningkat akibat cedera jantung akut yang dapat berujung pada gagal jantung kronis (Departemen Kesehatan RI, 2021). Dalam kutipan (Dinar Maulani, 2022). Dan berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan

pada periode Januari sampai Desember 2022 didapatkan 187 kasus gagal jantung kongestif (CHF) di paviliun RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Gagal jantung kongestif adalah sindrom klinis yang kompleks timbul dari fungsional atau structural gangguan jantung yang mengganggu kemampuan vertikel untuk mengisi darah atau mengeluarkan darah. Gagal jantung merupakan hasil dari cedera pada miokardium dari berbagai penyebab termasuk penyakit jantung iskemik, kerusakan dari racun sistemik, infeksi, gangguan metabolisme, maupun kelainan kongenital. Pengisian jantung yang tidak normal seperti tekanan darah tinggi, penyakit katup jantung, gngguan struktural miokard, kelainan perikardial, gangguan endomiokard, kondisi output yang tinggi, kelebihan volume atau aritmia juga dapat menyebabkan gagal jantung (Zakirah Zuhra & Sri Murdiati, 2022). Banyak pasien yang memiliki gejala sugestif pada penyakit gagal jantung (dispnea, edema, perifer, dispnea nocturnal paroksisma) tetapi juga fungsi ventrikel kiri dipertahankan kemungkinan tidak terdapat disfungsi diastolic. Sebuah gejala mengacuh pada sesak nafas yang dialami saat istirahat atau dalam melakukan aktivitas yang ditandai dengan takipnea, takikardi, dan release. Pada pasien dengan gagal jantung saat kondisi istirahat saturasi oksigen dari 91 % menjadi 95% jika ada pengurangan maka berdampak berkurang oksigenasi jaringan dan produksi energi sehingga kontribusi terhadap penurunan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (Aulia et al., 2021)

Menurut dochterman & bulechec nursing intervention Clasification dalam memberi asuhan keperawatan salah salah intervensi pilihannya adalah positioning (memberi tindakan posisi tubuh untuk meningkatkan, kesejahteraan dan kenyamanan pasien). Menurut hasil posisi tidur juga sangat penting pada pasien

gagal jantung. (Yesni, 2019). Self care orem berasal dari teori dimana metodenya asuhan keperawatan orem meliputi acting, intruksi, memimpin, mendukung, mengajar (Pendidikan) dan dan penyediaan pengembangan lingkungan, perawat sebagai dependen berkontribusi mengajarkan Pendidikan kesehatan kepada pasien. (Aritonang, 2019). Langkah yang dapat dilakukan penderita CHF adalah menunda timbulnya serangan berulang yang dapat terjadi kapan saja dengan cara memberikan edukasi meminum obat secara rutin, mengontrol gejala, mencegah perawatan di rumah sakit dan mencegah mortalitas. Dan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yaitu dengan menerapkan pola hidup yang baik dan sehat agar dapat mencegah dan menekan angka terjadinya penyakit CHF. Pencegahan yang dapat dilakukan seperti: mengatur jadwal aktivitas atau latihan sehari-hari, melakukan diet rendah garam-rendah, lemak atau diet untuk menurunkan berat badan, program penghentian merokok, dan pengobatan dini terhadap infeksi .(Yunita et al., 2020)

Berdasarkan pada kasus diatas penulis tertarik untuk membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Medikal bedah Pada Tn. S dengan Diagnosa Medis Gagal Jantung kongestif (CHF) di Rumkital dr. Ramelan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut keperawatan pada pasien dengan gagal jantung, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan gagal jantung kongestif atau CHF dengan membuat rumusan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan Gagal Jantung Kongestif atau CHF di ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat melakukan identifikasi asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di ruang jantung Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif
2. Tugas Karya Tulis Ilmiah ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan pembuatan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif

- c. Bagi profesi kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman asuhan keperawatan yang lebih baik terkait pasien dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif

1.5 Metode Penelitian

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang bersifat memaparkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara

Data diambil / diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Gagal Jantung Kongestif, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Gagal Jantung Kongestif. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Gagal Jantung Kongestif dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 25 Januari 2023 sampai dengan 28 Januari 2023 di ruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

2.1 Konsep Anatomi Jantung

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi jantung

a. Ukuran dan Bentuk Jantung

Jantung adalah organ muscular berongga yang berbentuk seperti piramida dan memiliki empat ruang yang terletak diantara kedua paru- paru di bagian tengah rongga toraks. Empat ruang jantung tersebut meliputi dua serambi atau atrium yang berdinding tipis dan dua bilik atau ventrikel yang berdinding lebih tebal. Dua pertiga bagian dari jantung terletak di garis midsternal sebelah kiri dan dilindungi oleh mediastinum

Normalnya, jantung berukuran kurang lebih sebesar kepalan tangan manusia, berbentuk seperti kerucut tumpul dengan bagian dasar yang lebar mengarah ke bahu kanan dan ujung bawah mengerucut mengarah ke

panggul kiri atau biasa disebut sebagai apeks jantung. Jantung terletak di atas diafragma hingga linea midclavica sinistra.

b. Pelapis Jantung

Pericardium merupakan kantong pembungkus jantung yang berlapis ganda yang dapat membesar dan mengecil. Pericardium ini melekat pada diafragma, sternum, dan pleura yang melapisi paru-paru. Lapisan pericardium tersusun dari serabut kolagen yang membentuk lapisan jaringan ikat atau dikenal juga sebagai lapisan fibrosa yang berfungsi untuk melindungi jantung. Pericardium juga terdiri dari lapisan serosa dalam yang tersusun dari dua lapisan, yakni epikardium atau membran viseral yang menutup permukaan jantung dan membrane parietal yang melapisi permukaan bagian dalam jantung.

Selain itu, jantung juga memiliki rongga pericardial yaitu ruang potensial antara membrane visceral dan parietal. Ruang ini mengandung cairan pericardial yang disekresi lapisan serosa untuk melumasi membrane dan mengurangi friksi.

c. Dinding Jantung

Dinding jantung memiliki tiga lapisan.

- 1) Epikardium, lapisan paling luar jantung yang tersusun atas lapisan sel-sel mesotelial yang berada di atas jaringan ikat.
- 2) Miokardium, lapisan bagian tengah jantung yang merupakan jaringan otot jantung yang mampu berkontraksi untuk memompa darah. Ketebalan miokardium bervariasi antara ruang jantung yang satu dengan ruang yang lainnya yang merupakan serabut otot yang tersusun seperti berkas-berkas

spiral. Kontraksi miokardium akan menekan darah keluar ruang jantung menuju aorta

- 3) Endrokardium lapisan dalam jantung yang tersusun dari lapisan endothelial yang terletak diatas jaringan ikat. Endrokardium melapisi jantung, katup, dan menyambung lapisan yang melapisi pembuluh darah yang memasuki dan meninggalkan jantung.

d. Ruang Jantung

Jantung memiliki dua serambi (atrium) dan dua bilik (ventrikel), yakni atrium kanan dan atrium kiri yang dipisahkan oleh septum intratrial, serta ventrikel kanan dan ventrikel kiri yang dipisahkan oleh septum interventrikular (Guyton dan hall, 2013) dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020).

1) Atrium

Dinding atrium pada jantung relatif tipis, karena atrium hanya bertugas menerima darah dari vena dan membawa darah kembali ke jantung.

Berikut yang perlu diketahui terkait atrium:

- a) Atrium kanan terletak di bagian superior kanan jantung yang bertugas menerima darah dari seluruh jaringan tubuh kecuali paru- paru. Atrium kanan memiliki lapisan dinding yang tipis yang berfungsi sebagai tempat penyimpanan darah dan mengalirkan darah dari vena-vena sirkulasi sistemis ke dalam ventrikel kanan, lalu mengalirkannya ke paru-paru.
- b) Vena cava superior dan inferior membawa darah yang mengandung karbondioksida dari tubuh kembali ke jantung.

- c) Sinus koroner membawa kembali darah dari dinding jantung itu sendiri.
- d) Atrium kiri dibagian superior kiri jantung memiliki ukuran yang lebih kecil dari atrium kanan, namun berdinding lebih tebal. Atrium kiri menampung darah dari empat vena pulmonalis dan mengembalikan darah teroksigenasi dari paru-paru dan mengalirkannya ke ventrikel kiri.
- e) Atrium kanan dan atrium kiri dipisahkan oleh sebuah sekat yakni septum atrium.

2) Ventrikel

Ventrikel berdinding tebal yang bertugas mendorong darah ke luar jantung menuju arteri yang membawa darah meninggalkan jantung. Adapun beberapa hal terkait ventrikel yang perlu diketahui yakni:

- a) Ventrikel kanan terletak di bagian inferior kanan pada apeks jantung yang mengalirkan darah melalui trunkus pulmonary ke paru-paru.
- b) Ventrikel kiri terletak di bagian inferior kiri pada apeks jantung yang memiliki ketebalan dinding tiga kali lipat lebih tebal dibanding dinding ventrikel kanan. Kemudian darah meninggalkan ventrikel kiri melalui aorta dan mengalir ke seluruh tubuh kecuali paru-paru.
- c) Ventrikel kanan dan kiri ini dipisahkan oleh sekat yang disebut dengan septum ventrikel.

e. Katup Jantung

Jantung memiliki 2 katup, yaitu katup atrioventrikuler dan katup semilunar (Sherwood, 2014). Dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020)

- 1) Katup atrioventrikuler Katup ini merupakan katup-katup jantung yang terletak diantara atrium dan ventrikel meliputi katup tricuspid dan katup mitral. Katup tricuspid terletak diantara atrium kanan dan ventrikel kanan yang memiliki tiga daun katup jaringan ikat fibrosa irregular yang dilapisi endokardium. Sedangkan katup mitral atau bicuspid terletak diantara atrium kiri dan ventrikel kiri yang memiliki dua buah katup. Katup atrioventrikuler memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase dilatasi (diastolik ventrikel) dan mencegah aliran balik pada fase kontraksi (sistolik ventrikel).
- 2) Katup semilunar Katup ini terdiri dari katup semilunar pulmonal dan katup semilunar aorta. Katup semilunar pulmonal terletak pada arteri pulmonaris yang memisahkan arteri pulmonaris dengan ventrikel kanan. Sedangkan katup semilunar aorta terletak diantara ventrikel kiri dan aorta. Bentuk yang sama dimiliki oleh kedua jenis katup semilunar ini, yaitu terdiri atas 3 daun katup yang simetris dan menonjol mirip seperti corong yang berikatan dengan sebuah cincin serabut. Katup semilunar memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonaris atau aorta selama fase sistolik ventrikel serta mencegah aliran balik saat diastolik ventrikel. Pembukaan katup terjadi saat masing-masing ventrikel berkontraksi yaitu saat tekanan ventrikel lebih tinggi daripada tekanan di dalam pembuluh-pembuluh arteri.

2. Fisiologi jantung

a. Siklus Jantung

Jantung memiliki dua siklus yang dimulai dari periode akhir kontraksi (sistole) dan relaksasi (diastole) sampai ke periode akhir sistole dan diastole berikutnya. Kontraksi jantung tersebut yang mempengaruhi terjadinya perubahan tekanan dan volume darah dalam jantung melalui pembuluh darah utama yang mengatur pembukaan dan penutupan katup jantung. Kemudian, darah dialirkan melalui ruang-ruang jantung masuk ke arteri. Sisi kiri dan kanan jantung berkontraksi dan berelaksasi secara bersamaan dan juga mengeluarkan volume darah yang sama secara bersamaan, meskipun tekanan atrium dan ventrikular yang dimiliki sisi kiri dan kanan jantung tersebut berbeda (Drake et al, 2013) dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020).

Tekanan dalam atrium dan ventrikel sama-sama rendah selama masa diastole, namun tekanan atrium lebih besar dibandingkan tekanan ventrikel. Vena cava superior dan inferior serta vena pulmonar secara terus menerus mengalirkan darah ke atrium. Selanjutnya darah mengalir dari atrium menuju ventrikel melalui katup atrioventrikuler (A-V) yang terbuka. Saat ventrikel relaksasi untuk menerima darah yang masuk. maka tekanan ventrikular meningkat karena tekanan dalam pembuluh- pembuluh darah lebih besar dari tekanan dalam ventrikel sehingga katup semilunar aorta dan pulmonari menutup. Pengisian ventrikular ini berlangsung sekitar 70% sebelum sistole atrial. Selanjutnya, diastole ventricular berakhir saat nodus S-A melepas impuls, sehingga atrium berkontraksi dan tekanan dalam

atrium meningkat yang kemudian mendorong darah ke dalam ventrikel sebanyak 30%. Normalnya, rentang peningkatan tekanan dalam atrium kiri yakni antara 7-8 mmHg, sedangkan pada atrium kanan berkisar antara 4-6 mmHg. Volume darah dalam setiap ventrikel diakhir sistole sebanyak 120 ml dan diakhir diastole sebanyak 80 ml.

b. Bunyi Jantung

Pada pemeriksaan auskultasi melalui stetoskop, maka akan terdengar bunyi jantung yang digambarkan dengan bunyi "lup-dup". Bunyi lup mengacu pada saat katup atrioventrikuler menutup dan bunyi dup mengacu pada saat katup semilunar menutup. Vibrasi yang terjadi pada dinding jantung saat darah mengalir dengan cepat ke dalam ventrikel menyebabkan bunyi ketiga atau keempat jantung. Melalui mikrofon bunyi jantung ketiga dan keempat ini dapat didengar dengan lebih jelas.

Bunyi jantung dapat juga bersifat abnormal atau tidak wajar. misalnya bunyi murmur. Saat hasil pemeriksaan jantung ditemukan bunyi murmur, berarti terdapat kelainan bunyi jantung yang berkaitan dengan turbulensi aliran darah. Munculnya bunyi murmur ini karena adanya defek pada katup seperti penyempitan atau stenosis yang menghambat aliran darah jantung, atau karena adanya pembukaan katup yang tidak sesuai yang memungkinkan aliran balik darah.

c. Frekuensi Jantung

Frekuensi jantung normalnya berkisar antara 60-100 kali denyutan per menit dengan rata-rata 75 kali denyutan per menit dengan kecepatan 0.8 detik, dengan fase sistole 0.5 detik dan fase diastole 0.3 detik. Saat

frekuensi jantung mengalami peningkatan hingga melebihi 100 kali denyutan per menit maka terjadi masalah takikardia. Sedangkan saat jantung mengalami penurunan frekuensi jantung hingga kurang dari 60 kali denyutan per menit, maka terjadi masalah bradikardia pada jantung.

Selanjutnya, frekuensi jantung ditentukan melalui keseimbangan antara impuls akselerator dan inhibitor dari saraf simpatis dan parasimpatis pada kurun waktu tertentu. Sedangkan impuls eferen atau sensorik yang menuju pusat kendali jantung berasal dari reseptor yang terletak di berbagai bagian dalam sistem kardiovaskular.

1) Pusat refleks kardioakselerator

Meningkatnya frekuensi jantung merupakan efek refleks dari impuls neuron ini yang berpusat di medulla oblongata. Impuls ini menjalar menuju jantung melalui serabut saraf simpatis dalam saraf jantung. Sekresi norepinefrin atau noradrenalin dari ujung serabut saraf ini dapat meningkatkan frekuensi pengeluaran impuls dari nodus S-A, mengurangi waktu hantaran melalui nodus A-V dan sistem Purkinje serta meningkatkan eksitabilitas keseluruhan jantung (Manurung, 2016). Dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020)

2) Pusat refleks kardioinhibitor

Berkurangnya frekuensi jantung merupakan efek dari neuron yang berpusat dalam medulla oblongata. Impuls ini menjalar melalui serabut parasimpatis dalam saraf vagus. Saraf vagus kanan berakhir pada nodus S-A, sedangkan saraf vagus kiri berakhir pada nodus V-A. Sekresi asetilkolin dari ujung serabut saraf ini mampu mengurangi

frekuensi pengeluaran impuls dari nodus S-A dan memperpanjang waktu hantaran melalui nodus V-A.

d. Curah Jantung

Curah jantung didefinisikan sebagai volume darah yang dikeluarkan oleh ventrikel kanan dan kiri jantung per menit. Oleh karena itu, curah jantung disebut juga dengan volume jantung per menit. Rata-rata volume curah jantung pada laki-laki ± 5 liter per menit, sedangkan pada perempuan kurang dari 20%. Curah jantung pada orang dewasa normalnya antara 4.5-8 liter per menit

Curah jantung dipengaruhi oleh faktor-faktor utama berikut ini:

- 1) Usia dan ukuran tubuh seseorang
- 2) Aktivitas berat. Saat seseorang melakukan aktivitas berat, maka curah jantung meningkat hingga 25 liter per menit. Sedangkan pada atlet yang sedang berlatih, curah jantungnya dapat meningkat hingga 35 liter per menit.
- 3) Hormon epinefrin dan norepinefrin yang merupakan hormon medular CD Adrenal dapat meningkatkan curah jantung akibat dari peningkatan frekuensi jantung dan daya kontraksi jantung.
- 4) Ion tubuh yang berupa kalium, natrium, dan kalsium dalam darah dan cairan interstisial juga berperan dalam peningkatan curah jantung
- 5) Aliran darah balik jantung. Jantung memiliki kemampuan menyeimbangkan input dan outputnya karena adanya peningkatan aliran balik vena yang mengakibatkan terjadinya peningkatan volume akhir diastolik untuk mengembangkan serabut miokardial ventrikel.

Semakin banyak serabut otot jantung yang mengembang pada permulaan kontraksi, maka daya kontraksi jantung akan semakin besar. Hal ini dikarenakan semakin banyaknya isi volume ventrikel.

- 6) Penyakit kardiovaskular menghambat kinerja pompa jantung sehingga curah jantung berkurang. Misalnya aterosklerosis yang terjadi akibat penumpukan plak-plak dalam dinding pembuluh darah koroner sehingga terjadi penyumbatan aliran darah di jantung. Penyakit jantung iskemik juga menyebabkan tidak tercukupinya suplai darah ke miokardium. Infark miokardial atau serangan jantung mengakibatkan terjadinya penurunan suplai darah ke miokardium secara tiba-tiba. Penyakit katup jantung dapat menyebabkan berkurangnya curah jantung terutama pada saat beraktivitas (Nurhayati et al., 2020)

2.2 Konsep Penyakit CHF

2.2.1 Pengertian CHF

Gagal jantung adalah penyakit Fisiologi berupa kelainan fungsi jantung dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan darah. Kebutuhan metabolisme jaringan dan atau Kapasitasnya hadir hanya jika disertai dengan peningkatan volume diastolik yang tidak normal. Kondisi ini dikaitkan dengan peningkatan volume diastolik yang tidak normal. Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. (“Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure Pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga,” 2020)

Gagal jantung kongestif (CHF) adalah penyakit kardiovaskular yang merupakan bagian dari penyakit tidak menular (PTM) dan merupakan salah satu

penyebab utama kematian di seluruh dunia dan salah satu tantangan kesehatan masyarakat terbesar abad ke-21. CHF merupakan penyakit progresif dengan mortalitas dan morbiditas yang tinggi baik di negara maju maupun negara berkembang, termasuk Indonesia.(Setianingsih & Hastuti, 2022)

2.2.2 Etiologi

Dalam kebanyakan kasus, gagal jantung disebabkan oleh suatu masalah mengubah kesehatan beberapa dari masalah ini merusak miokardium, yaitu jantung tidak dapat memompa dengan baik. Masalah ini membuat hati berkerja lebih keras sehingga dapat melemahkan jantung. Berikut ini beberapa penyebab gagal jantung antara lain yaitu :

1. Penyakit arteri koroner

Arteri koroner memasok darah dan oksigen ke otot jantung. Penyakit arteri koroner atau Coronary Artery Disease (CAD) biasanya disebabkan oleh aterosklerosis atau pengerasan pembuluh darah. Kondisi ini terjadi saat plak yang berupa timbunan lemak, kolesterol, atau bahan lainnya mengumpul dalam dinding arteri. Hal ini menyebabkan saluran arteri menyempit, sehingga mengurangi aliran darah ke otot jantung. Berkurangnya aliran darah yang kaya oksigen dalam pembuluh arteri mengakibatkan otot jantung melemah dan memicu terjadinya gagal jantung.

2. Serangan jantung

Serangan jantung terjadi ketika penyakit arteri koroner atau Coronary Artery Disease (CAD) memburuk, sehingga sebagian arteri atau semua arteri koroner mengalami penyumbatan. Kondisi ini menghentikan aliran darah ke bagian otot jantung. Tanpa adanya darah yang kaya oksigen, bagian jantung secara

permanen akan rusak. Bagian otot jantung yang rusak kehilangan kemampuannya untuk memompa darah. Maka setelah serangan jantung terjadi, otot jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi suplai darah dan oksigen tubuh. Seiring waktu, otot jantung menjadi lemah dan gagal jantung dapat berkembang.

3. Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi terjadi ketika darah mendorong lebih keras dari biasanya. Hal ini membuat jantung bekerja lebih keras hingga ruang ventrikel jantung membesar. Jika tekanan darah tinggi tidak terkontrol, otot jantung akan semakin melemah yang pada akhirnya menyebabkan gagal jantung.

4. Penyakit katup jantung

Penyakit katup jantung terjadi ketika katup di antara ruang jantung baik atrium atau ventrikel tidak terbuka atau tertutup dengan rapat. Katup jantung yang sehat akan terbuka atau menutup secara tepat saat darah bergerak maju. Namun, saat katup tidak terbuka sepenuhnya, jantung harus mendorong darah lebih keras. Sebaliknya, jika katup tidak tertutup rapat, maka darah bocor kembali ke dalam ruang jantung, sehingga otot jantung berupaya memompa darah kembali melalui katup yang sama. Pekerjaan ekstra ini lama kelamaan dapat melemahkan otot jantung dan memicu terjadinya gagal jantung.

5. Kardiomiopati

Kardiomiopati adalah penyakit otot jantung. Beberapa penyebabnya seperti infeksi, konsumsi alkohol, dan efek racun obat-obatan tertentu seperti kokain atau obat kanker. Kardiomiopati juga bisa berupa penyakit bawaan. Kelainan

otot jantung ini memaksa jantung untuk bekerja lebih keras memompa darah, hingga menyebabkan gagal jantung.

6. Masalah kesehatan lainnya

Masalah kesehatan lain yang dapat memicu gagal jantung yakni diabetes melitus. Gagal ginjal kronis yang menyebabkan retensi air membuat jantung harus memompa lebih banyak cairan dan bekerja lebih keras. Selain itu, detak jantung yang tidak teratur juga dapat terjadi bersamaan dengan gagal jantung. Gagal jantung juga lebih mungkin terjadi saat seseorang menderita anemia berat, tiroid yang terlalu aktif, atau cacat jantung bawaan. (Nurhayati et al., 2020)

2.2.3 Patofisiologi

Kekuatan jantung untuk merespon stress tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal disfungsi komponen pompa dapat mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami payah dan kegagalan respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung.

Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal. Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteri). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling

sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan

2.2.4 Klasifikasi

Berdasarkan lokasi defisitnya, gagal jantung dapat diklasifikasikan menjadi gagal jantung ventrikel kiri, ventrikel kanan, dan biventrikular atau keduanya. Berdasarkan waktu onset terjadinya, gagal jantung diklasifikasikan sebagai gagal jantung akut dan kronis. (Nurhayati et al., 2020)

1. Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA)

a. NYHA Kelas I

Kondisi gagal jantung yang tidak menyebabkan keterbatasan aktivitas fisik; pasien tetap mampu melakukan aktivitas fisik biasa tanpa menimbulkan gejala seperti sesak napas, kelelahan, maupun gejala lainnya

b. NYHA Kelas II

Gagal jantung yang menyebabkan sedikit keterbatasan aktivitas fisik; pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi saat melakukan aktivitas fisik biasa menimbulkan gejala gagal jantung.

c. NYHA Kelas III

Gagal jantung menyebabkan keterbatasan aktivitas fisik; pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi saat melakukan aktivitas ringan menyebabkan gejala gagal jantung.

d. NYHA Kelas IV

Pasien gagal jantung tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa gejala atau bahkan gejala gagal jantung dapat muncul saat istirahat

2. Klasifikasi gagal jantung menurut American College of Cardiology atau American Heart Association (ACC / AHA)

a. Tahap A

Terdapat risiko tinggi gagal jantung, tetapi tidak ada bukti objektif penyakit jantung. Tidak ada gejala dan tidak ada batasan dalam melakukan aktivitas fisik biasa.

b. Tahap B

Terdapat bukti objektif minimal adanya penyakit jantung. Terdapat gejala ringan dan sedikit batasan dalam melakukan aktivitas fisik biasa. Nyaman saat istirahat.

c. Tahap C

Terdapat bukti objektif yang signifikan adanya penyakit jantung. Terdapat keterbatasan aktivitas yang ditandai dengan munculnya gejala selama melakukan kegiatan biasa. Pasien hanya merasa nyaman saat istirahat.

d. Tahap D

Terdapat bukti objektif penyakit jantung berat yang membutuhkan intervensi khusus. Terdapat keterbatasan aktifitas fisik yang parah, bahkan muncul gejala saat istirahat.

2.2.5 Tanda dan gejala

Berdasarkan beberapa penelitian, tanda-tanda dan gejala gagal jantung yang sering dikeluhkan oleh penderitanya yaitu sebagai berikut (Gedela et al, 2016; Inamdar, 2016) dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020) :

- a. Napas tersengal-sengal disertai mengi atau batuk
- b. Mudah lelah dan merasa lemah saat melakukan aktifitas ringan atau kegiatan sehari-hari
- c. Sulit bernafas saat berbaring atau membutuhkan sandaran banyak bantal saat tidur
- d. Sering terbangun di malam hari karena batuk atau kesulitan bernapas
- e. Penambahan berat badan yang signifikan
- f. Mudah berkeringat di area perut, pergelangan tangan atau kaki
- g. Kesulitan dalam berkonsentrasi
- h. Jantung berdebar-debar atau berdegup kencang
- i. Pusing atau bahkan pingsan
- j. Nyeri dada menjalar ke seluruh lengan atau punggung
- k. Frekuensi buang air kecil lebih sering

2.2.6 Penatalaksanaan

Terapi Farmakologi pada pasien gagal jantung :

1. Diuretik

Diuretik direkomendasikan pada pasien dengan gagal jantung untuk perbaikan gejala jika pasien mengalami kelebihan volume cairan. Diuretik yang biasa digunakan pada kasus ini seperti furosemide terutama bagi pasien yang disertai dengan hipertensi dan retensi cairan ringan. Pada pasien rawat jalan, biasanya dimulai dengan diuretik dosis rendah, dan dosis ditingkatkan sampai output urin meningkat dan berat badan menurun, mulai dari 0.5 hingga 1 kg setiap hari. Setelah retensi cairan terselesaikan, diuretik harus dilanjutkan pada beberapa pasien untuk mencegah terulangnya volume cairan yang berlebihan.

2. Penghambat ACE dan penghambat reseptor angiotensin

Inhibitor ACE harus diresepkan untuk semua pasien gagal jantung, terlepas dari ada atau tidaknya coronary artery disease (CAD). Angiotensin Receptor Blocker (ARB) dapat bermanfaat sebagai terapi lini pertama pada pasien yang tidak cocok ACE inhibitor seperti adanya efek samping batuk. Fungsi ginjal dan kadar serum kalium harus dievaluasi dalam satu hingga dua minggu setelah inisiasi terapi dan secara berkala setelahnya pada pasien yang mendapatkan terapi ARB atau inhibitor ACE. Obat yang digunakan seperti bisoprolol, carvedilol dan metoprolol yang telah terbukti efektif dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas pada pasien gagal jantung.

3. Antagonis reseptor aldosteron

Reseptor antagonis aldosteron memiliki peran menguntungkan terutama pada pasien dengan NYHA kelas II- s.d IV yang memiliki LVEF 35 persen atau kurang. Pengobatan jenis ini dapat meminimalkan risiko hiperkalemia dan gagal ginjal. Selama pengobatan kadar kreatinin serum dan kalium harus dipantau dengan cermat. d. Hydralazine dan isosorbide dinitrate Kombinasi dari hydralazine dan isosorbide dinitrate telah terbukti bermanfaat dalam mengurangi angka kematian pada pasien gagal jantung dengan NYHA kelas III s.d IV. Kombinasi ini digunakan pada pasien yang tidak toleran terhadap ACE inhibitor/ ARB.

4. Digoxin

Digoxin dapat digunakan pada untuk membantu jantung memompa darah untuk memenuhi suplai darah dan oksigen tubuh.

5. Antikoagulasi

Antikoagulasi harus diresepkan apabila pasien gagal jantung mengalami atrial fibrilasi, katup jantung prostetik, dan etiologi lain yang membutuhkan pengobatan.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Tes Diagnosis

Untuk mendiagnosis gagal jantung, maka pasien harus melakukan beberapa pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

a. Radiografi dada

Pemeriksaan radiografi dada sangat penting untuk menentukan seseorang memiliki gagal jantung atau tidak. Pemeriksaan ini ditujukan untuk melihat adanya redistribusi vaskuler paru, kardiomegali, eusi pleura dan edema interstitial.

b. Elektrokardiogram (EKG)

Melakukan perekaman jalannya sinyal listrik yang mengalir di jantung, dengan meletakkan elektroda di area dada, lengan, dan kaki. Kabel elektroda tersebut dihubungkan dengan mesin EKG yang dapat merekam sinyal listrik jantung. Pada hasil EKG seseorang dengan gagal jantung biasanya ditemukan perkembangan r-wave yang buruk, aksis deviasi, brasi atrium, blok cabang berkas, hipertrofi pada ventrikel kiri atau kanan, dan munculnya gelombang-Q patologis.

c. Ekokardiogram

Pemeriksaan jantung dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk menunjukkan struktur dan gerakan otot jantung. Hal ini diperlukan untuk

mengetahu seberapa baik jantung memompa darah. Pemeriksaan ini juga dapat menunjukkan pembesaran otot jantung, ketebalan dinding jantung, dan masalah katup jantung.

d. Tes laboratorium

Tes laboratorium ditujukan untuk mengevaluasi pemeriksaan darah atau urin. Tes ini dapat menunjukkan apakah ginjal dan organ vital lainnya masih berfungsi dengan baik. Tingkat kolesterol dan gula dalam darah juga dapat diperiksa. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan meliputi uji BNP atau NT-proBNP, pemeriksaan darah lengkap untuk menentukan seseorang mengalami anemia atau infeksi, pemeriksaan urin untuk melihat apakah ada protein dalam urin sehingga dapat menentukan bagaimana kinerja glomerulus, serum urea dan kreatinin (UECs), serum albumin, dan uji fungsi lipid and tyroid (TFTs).

2. Tes modalitas invasif

a. Tes stres jantung

Untuk melihat respon jantung terhadap aktivitas. Hal ini mungkin dilakukan dengan latihan berjalan di treadmill atau naik sepeda stasioner untuk melihat seberapa keras jantung bekerja. Pemeriksaan ekokardiogram dapat dilakukan sebelum dan setelah latihan untuk melihat respon jantung.

b. Kateterisasi jantung

Untuk membantu mengatasi penyumbatan pembuluh darah. Pewarna X-ray disuntikkan ke jantung melalui kateter (tabung tipis). Kemudian, sebuah angiogram khusus (jenis x-ray) diambil dari pembuluh darah. Kateterisasi

jantung juga bisa menunjukkan masalah dengan pemompaan, ruang jantung, aliran darah, atau katup.(Nurhayati et al., 2020)

2.2.8 Diagnosis

Diagnosis gagal jantung ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Menurut pedoman ESC (2021) dalam kutipan (Zakirah Zuhra & Sri Murdiati, 2022).

1. Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan upaya nafas (SDKI, D.0005, Hal 26)
2. Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022, Hal 62)
3. Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056, Hal.128)
4. Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah (SDKI, D.0009, Hal.37)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami oleh klien dengan tujuan agar tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan prosedur keperawatan, adapun beberapa metode yang digunakan dengan cara menganalisis, eksplorasi dan kajian bebas pada artikel, jurnal, text book, maupun e-book yang relevan, Artikel yang digunakan minimal menggunakan 14 referensi yang diterbitkan sepuluh tahun terakhir. dan konsep dasar proses keperawatan ini sangatlah dibutuhkan oleh seorang perawat karena dengan proses inilah standar dalam melakukan tindakan kepada pasien misalnya mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Asenea, 2019). Dari proses tersebut harus bisa di kuasai oleh seorang perawat dan mampu

mengimplementasikannya sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap klien. Jadi peranan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan haruslah sesuai dengan proses keperawatan agar pelayanan yang diberikan kepada klien optimal dan berkualitas. (Asenea, 2019)

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Pengkajian bertujuan untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan. Status pasien akan mengatur waktu dan kedalaman pengkajian. Pengkajian menghasilkan data dasar. Data dasar ini dirumuskan dari riwayat keperawatan, pengkajian fisik, dan sumber lain dari pengkajian data. Dibutuhkan pengkajian yang komprehensif untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien saat ini, antisipasi kebutuhan yang akan datang membuat keputusan dan melakukan dan melakukan koordinasi tindak lanjut perawatan (Nauli, 2019). Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

a. Identitas

Nama pasien, suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan, agama, penanggung jawab, status, alamat.

b. Keluhan utama

Biasanya ditandai dengan luka yang tidak sembuh-sembuh, dan pasien mengatakan nyeri pada kakinya yang terdapat luka khas diabetes melitus.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Cerita kronologi awal mula terjadinya penyakit sekarang hingga dibawa ke Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit waktu muda, apa pernah dirawat dirumah sakit, obat apa yang biasa digunakan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga, mungkin ada anggota keluarga yang mengalami.

f. Observasi dan Pemeriksaan fisik

1) Meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (adanya peningkatan tekanan darah pada pasien diabetes dengan riwayat hipertensi), Suhu, Nadi, RR, Antropometri (TB, BB SMRS, BB Setelah MRS).

2) Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidak nya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suara

nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.

3) Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, edema, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan.

4) Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada tidaknya nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi : bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan (mata, pupil, refleks, konjungtiva anemis, tidak adanya gangguan, sklera tidak ikterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanya penggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula simetris dan tidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa).

5) Perkemihan (B4 : *Blader*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urine SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.

6) Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membran mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, tidak ada kelainan abdomen, hepar, lien, tidak ada nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi.

7) Muskuluskeletal dan integumen (B6 : *Bone*)

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada.

8) Endokrin Meliputi

pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemia, tidak mengalami hipoglikemia, menderita diabetes melitus dengan HbA1C : 9,5% (normalnya : <5,7 ; Prediabetes : 5,7 – 6,4 : Diabetes : >=6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : <126 mg/dL).

9) Kemampuan perawatan diri

Meliputi kemampuan mandi, berpakaian, toileting / eliminasi, mobilitas di tempat tidur, alat bantu, kemampuan berjalan, naik tangga, berbelanja, berpindah.

2. Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu di analisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis gagal jantung ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Menurut pedoman ESC (2021) dalam kutipan (Zakirah Zuhra & Sri Murdiati, 2022).

1. Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan upaya nafas (SDKI, D.0005, Hal 26)
2. Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022, Hal 62)
3. Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056, Hal.128)
4. Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah (SDKI, D.0009, Hal.37)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

2.1 Tabel Intervensi Keperawatan

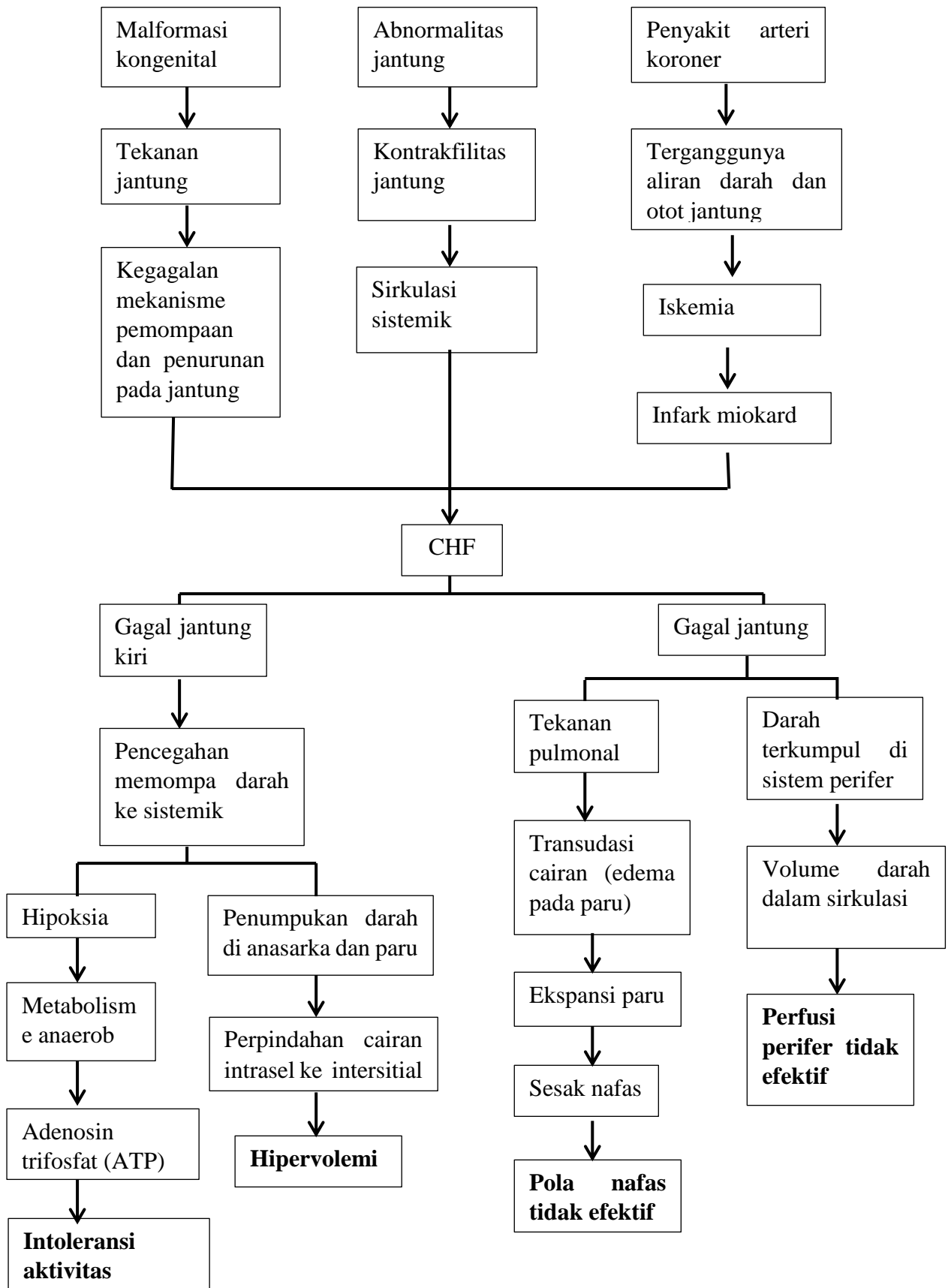
No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan upaya nafas (SDKI, D.0005, Hal 26)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan pola nafas tidak efektif membaik (SLKI, L.01004, Hal.95), dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (skala 5)	Manajemen jalan nafas Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan Terpuetik : 1. Pertahankan kepatenan jalan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun (skala 5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun (skala 5) 4. Frekuensi nafas membaik (skala 5) 5. Kedalaman nafas membaik (skala 5) 	<p>napas dengan head-tilt dan chin-lift</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 4. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
2.	Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022, Hal 62)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, (SLKI, L.03020, Hal : 41) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urine meningkat (skala 5) 2. Kelembaban membran mukosa meningkat (skala 5) 3. Edema menurun (skala 5) 4. Dehidrasi menurun (skala 5) 5. Tekanan darah membaik (skala 5) 6. Denyut nadi radial membaik (skala 5) 7. Membrane mukosa membaik (skala 5) 8. Mata cekung membaik (skala 5) 9. Berat badan membaik (skala 5) 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Indikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan cairan dan hakuaran cairan 2. Ajarkan cara membatasi cairan
3.	Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, (SLKI,</p>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan tubuh yang

	(SDKI, D.0056, Hal.128)	L.05047, Hal :149) dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat (skala 5) 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (skala 5) 3. Kecepatan berjalan meningkat (skala 5) 4. Keluhan Lelah menurun (skala 5) 5. Dyspnea saat beraktivitas menurun (skala 5) 6. Dyspnea setelah beraktivitas menurun (skala 5) 7. Frekuensi napas membaik (skala 5)	mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentan gerak pasif dan atau aktif 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
4.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (SLKI, L.02011, Hal :84) 1. Denyut nadi perifer	Perawatan sirkulasi Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angle-brachial index

	<p>darah (SDKI, D.0009, Hal.37)</p>	<p>meningkat (skala 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Warna kulit pucat menurun (skala 5) 3. Edema perifer menurun (skala 5) 4. Kelemahan otot menurun (skala 5) 5. Pengisian kapiler membaik (skala 5) 6. Akral membaik (skala 5) 7. Turgor kulit membaik (skala 5) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan atau pemasangan tourniquet pada area cedera <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin 4. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
--	-------------------------------------	---	---

2.3.4 Kerangka Masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini merupakan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *congestive heart failure* (CHF) di ruang jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 25 sampai 28 Januari 2023 Sumber data penulis dapatkan dari SIM RS dan keluarga pasien. Data yang didapatkan sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah Tuan. S berusia 57 tahun, warga negara Indonesia beragama Islam, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan Jawa, status menikah dan mempunyai 3 orang anak serta kepala keluarga dan berdomisili di Surabaya, Pendidikan terakhir SMA, pasien seorang purnawirawan TNI AL, MRS pada tanggal 25 Januari 2023 jam 12.00 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengeluh Sesak Napas.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke poli jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 Januari 2023 untuk melakukan kontrol setelah KRS satu minggu yang lalu, pada saat menunggu obat, pasien tiba-tiba sesak, pasien dilarikan ke IGD pukul 12.00, di IGD pasien dilakukan tindakan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 111/80 mmHg, S : 36,3°C, SPO2 : 96%, N : 94x/menit, RR : 26x/menit, GCS :

456 kesadaran : Composmentis. Di IGD konsul dokter Fifi Sp.JP. saat dilakukan pemasangan kateter pasien tidak bersedia, pasien diberikan O2 Masker 8 lpm, inj Lasix 1 amp extra dilanjutkan Lasix pump 5 mg/ jam, total cairan masuk 1200cc/24 jam, Spironolactone 25 mg 1-0-0, V-Bloc 6,25 mg 1-0-1, inj Lansoprazole 1x1 vial, Warfarin 2 mg 0-0-1.5 tab, Candesartan 8mg 1-0-0. saat jam 18.00 pasien dipindahkan dari IGD ke Ruang jantung saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh sesak nafas, tanda-tanda vital dengan hasil TD: 102/79 mmHg, S : 36,3 °C, SPO2 : 99%, N : 108, RR : 22x/menit, GCS : 456, kesadaran : komposmentis, pasien terpasang O2 Masker 8 lpm diganti O2 nasal kanul 4 lpm

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak tahun 2013, pada tahun 2014 pasien pernah menjalani terapi akupunktur untuk pengobatan hipertensi, dan setelah melakukan terapi akupunktur tekanan darahnya sudah tidak tinggi lagi, pada tanggal 18 Januari 2023 Tn. S baru saja keluar rumah sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan riwayat penyakit *Congestive heart failure* (CHF), setelah mengetahui jika memiliki riwayat penyakit CHF pasien menjaga gaya hidupnya, pasien mengatakan sudah tidak merokok lagi sejak mengetahui penyakit yang dideritanya. Pasien rutin kontrol dan meminum obat tepat waktu.

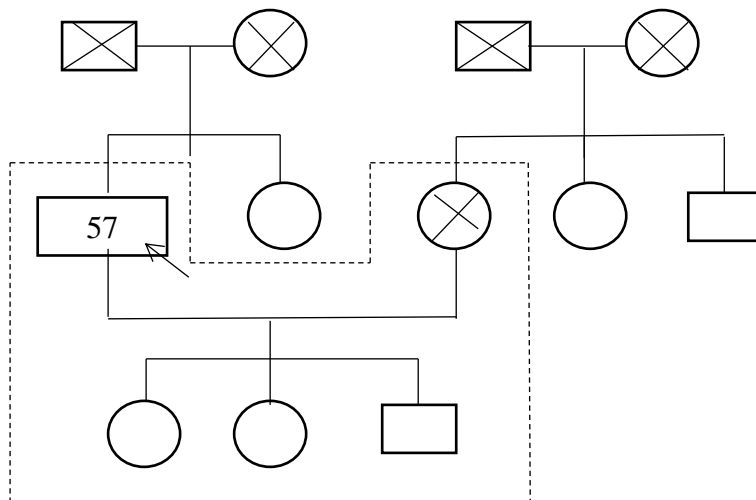
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan





3.1.6 Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi, obat – obatan maupun makanan

3.1.7 Genogram



Keterangan :

-  Laki-laki
-  Perempuan
-  Pasien
-  Tinggal satu rumah

Gambar 3.1 Genogram

Sumber : Pasien dan keluarga pasien

3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Kesadaran pasien : compos mentis

TD: 102/79 mmHg

Suhu : 36,3 °C

SPO2 : 99%

Nadi : 108x/menit

RR : 22x/menit

GCS : 456

BB sebelum MRS : 70 kg, BB sesudah MRS : 74 kg

1. B1 Pernafasan (*Breath*)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, Irama nafas irreguler, pola nafas takipnea, terpasang O2 nasal kanul 4lpm, terdapat dipsnea, RR : 22x/menit. Palpasi : tidak terdapat krepitasi, tidak terdapat palpitasi. Perkusi : perkusi dada sonor pada kedua lapang dada. Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan, ronkhi (-), wheezing (-)

Masalah keperawatan : Pola nafas tidak efektif

2. B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Inspeksi : Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada sianosis, perut kembung dan terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah. Palpasi : Ictus cordis teraba pada ruang intercostal kiri V, medial (2cm) dari linea midclavikularis kiri, TD: 102/79 mmHg, Nadi : 108x/menit ireguler, CRT >2 detik, akral hangat. Perkusi : batas atas jantung sela iga III garis parasternal kiri, batas jantung sela iga VI garis midklavikula kiri, batas kanan jantung sela iga IV medial garis parasternal kanan. Aukultasi : Bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama jantung irregular

Masalah keperawatan : Hipervolemia

3. B3 Persyarafan (*Brain*)

Inspeksi : Didapatkan keadaan umum lemah, GCS : 456, kesadaran Compositis, bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri pada kepala, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah tidak ada polip, tidak tampak kelainan mata kanan kiri simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikteris, bentuk telinga simetris kanan kiri, tidak ada serumen pada kedua telinga, tidak ada benjolan,

fungsi pendengaran baik, tidak ada alat bantu pendengaran, lidah bersih, tidak ada sariawan, tidak ada kesulitan menelan.

Reflek Fisiologi : Biceps normal, Triceps normal, Patella normal

Reflek Patologis : Kuku kuduk (-), Bruzinski I (-), Brunzinski II (-)

- a. Nervus I (Olfaktorius) : fungsi penciuman tidak ada kelaian, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih
- b. Nervus II (Optikus) : fungsi pengelihatan tidak ada gangguan, pasien mampu membaca tulisan dengan jarak 30 cm
- c. Nervus III (Okulomotorius) : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
- d. Nervus IV (Trochler) : pasien dapat melotot dan bias kembali seperti semula
- e. Pasien Nervus V (Trigeminus) : tidak ditemukan paralisis pada otot wajah dan reflek kornea tidak ada kelainan
- f. Nervus VI (Abdusen) : Pasien mampu melihat ke arah kesamping
- g. Nervus VII (Fasial) : pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi
- h. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis) : Pasien mampu mendengar dengan baik
- i. Nervus IX (Glosopharyngeal) : Pasien mampu menelan makanan dan merasakan rasa pahit
- j. Nervus X (Vagus) : tidak ada kelainan pada fungsi saraf vagus, pasien mampu menelan, pencernaan baik
- k. Nervus XI (Asesoris) : otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus pada pasien tidak teraba dan terlihat
- l. Nervus XII (Hipoglosal) : Pasien mampu menjulurkan lidah

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. B4 Perkemihan (*Blader*)

Inspeksi :Genetalia bersih, pasien tidak terpasang kateter, pasien sudah didedukasi untuk pemasangan kateter tetapi menolak, urine tampung, produksi urine : 1500cc/24jam. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan diatas pubis, tidak ada asites pada abdomen. Auskultasi : tidak ada bunyi pekak di daerah kandung kemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Inspeksi: Membra mukosa pada mulut lembab, tidak ada sariawan, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan menelan, pasien belum BAB saat dilakukan pengkajian. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen Aukultasi: Didapatkan bising usus normal

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 Muskuloskeletal & Integumen (*Bone*)

Inspeksi : Pasien tirah baring, belum bisa berpindah, rambut dan kulit kepala tampak bersih tidak ada skabies, warna kulit sawo matang. Palpasi : terdapat pembengkakan pada kedua kaki, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, kekuatan pada ekstremitas bawah 4444/4444

Masalah keperawatan : Intoleransi Aktivitas

7. Pola Istirahat Tidur

Pola istirahat tidur SMRS, pasien mengatakan saat tidur nyenyak dan merasa waktu istirahat cukup. Pasien mengatakan saat MRS tidak ada masalah, pasien tidur nyenyak seperti biasa

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening KGB, terdapat adanya hiperglikemia, gula darah sewaktu : 283 dan gula darah 2 jam PP dengan hasil 418 mg/dL, Diabetes militus disangkal

Masalah keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit pengetahuan

9. Personal Hygiene

Pada pemeriksaan personal hygiene didapatkan hasil sebelum masuk rumah sakit pasien bias melakukan aktivitas makan, mandi, berpakaian, toileting, mobilitas ditempat tidur dengan leluasa, berjalan ke rumah tetangga. Saat pasien masuk rumah sakit, pasien terpasang infus lasix pump 5mg. Kegiatan yang dilakukan terbatas, pasien tirah barih, tidak bisa makan, mandi, toileting dengan mandiri, ADL dibantu oleh keluarga dan perawat, terpasang infus lasix pump.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF) di ruang jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Tanggal Pemeriksaan : 25 Januari 2023

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil		
25/01/2023	KIMIA KLINIK			
	FUNGSI HATI			
	Albumin	4.65	3.50-5.20	mg/dL
	DIABETES			
	Glukosa Darah Sewaktu	283	<200	mg/dL
	FUNGSI GINJAL			
	Kreatinin	0.98	0.6 - 1.5	mg/dL
	BUN	23	10 – 24	mg/dL
	HEMATOLOGI			
	Darah Lengkap			
	Leukosit	16.09	4.00 - 10.00	10 ³ /μL
	Hitung jenis leukosit :			
	- Eosinofil #	0.38	0.02-0.50	10 ³ /μL
	- Eosinofil %	2.40	0.5-5.0	%
	- Basofil #	0.12	0.00-0.10	10 ³ /μL
	- Basofil %	0.7	50.0-70.0	%
	- Neutrofil#	13.03	2.00 - 7.00	10 ³ /μL
	- Neutrofil%	81.10	50.0 - 70.0	%
	- Limfosit #	1.62	0.80-4.00	10 ³ /μL
- Limfosit %	10.00	20.0-40.0	%	
- Monosit #	0.94	0.12-1.20	10 ³ /μL	
- Monosit %	5.80	3.0-12.0	%	
IMG #	0.020	0.01-0.04	10 ³ /μL	
IMG %	0.100	0.16-0.62	%	
Hemoglobin	13.80	13 – 17	g/dl	
Hematokrit	41.90	40.0 – 54.0	g/dL	
Eritrosit	4.96	4.00 – 5.50	%	
Indeks eritrosit :				
• MCV	84.5	80-100	Fmol/cell	
• MCH	27.9	26-34	Pg	
• MCHC	33.0	33-36	g/dL	

	RDW_CV	14.8	11.0-16.0	%
	RDW_SD	43.9	35.0-56.0	fL
	Trombosit	677.00	150 – 450	10 ³ /μL
	Indeks Trombosit :			
	• MPV	10.5	6.5-12.0	fL
	• PDW	16.7	15-17	%
	• PCT	0.712	0.108-0.282	10 ³ /μL
	P-LCC	207.0	30-90	10 ⁶ /μL

Tanggal Pemeriksaan : 26 Januari 2023

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

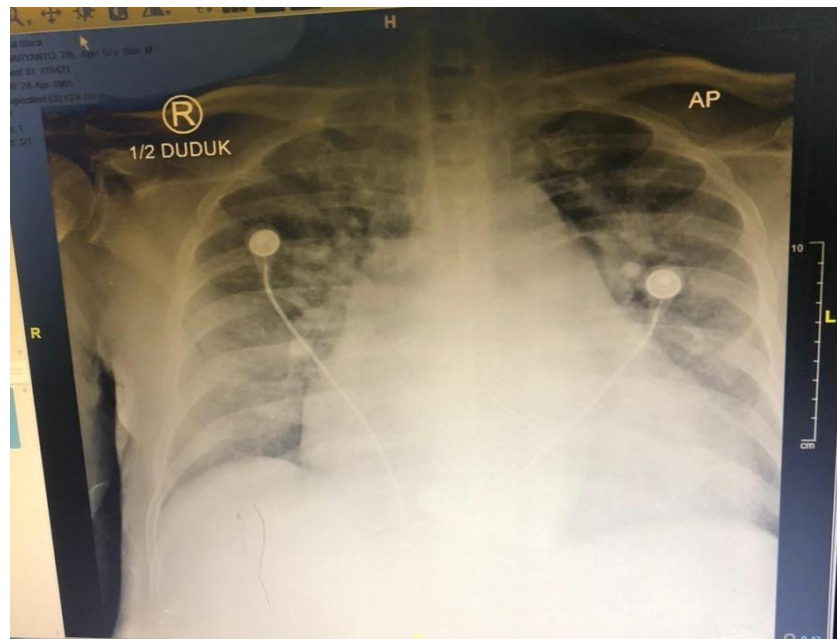
Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil		
26/01/2023	KIMIA KLINIK			
	LEMAK DARAH			
	Trigilserda	83	70-140	mg/dL
	Kolesterol LDL	57	< 130	mg/dL
	DIABETES			
Glukosa Darah Sewaktu	317	<200	mg/dL	
FUNGSI GINJAL				
Asam Urat	9.2	2-7	mg/dL	

Tanggal Pemeriksaan : 26 Januari 2023

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil		
26/01/2023	DIABETES			
	Glukosa Darah 2 jam PP	418	<200	mg/dL

b. Hasil pemeriksaan radiologi



Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI

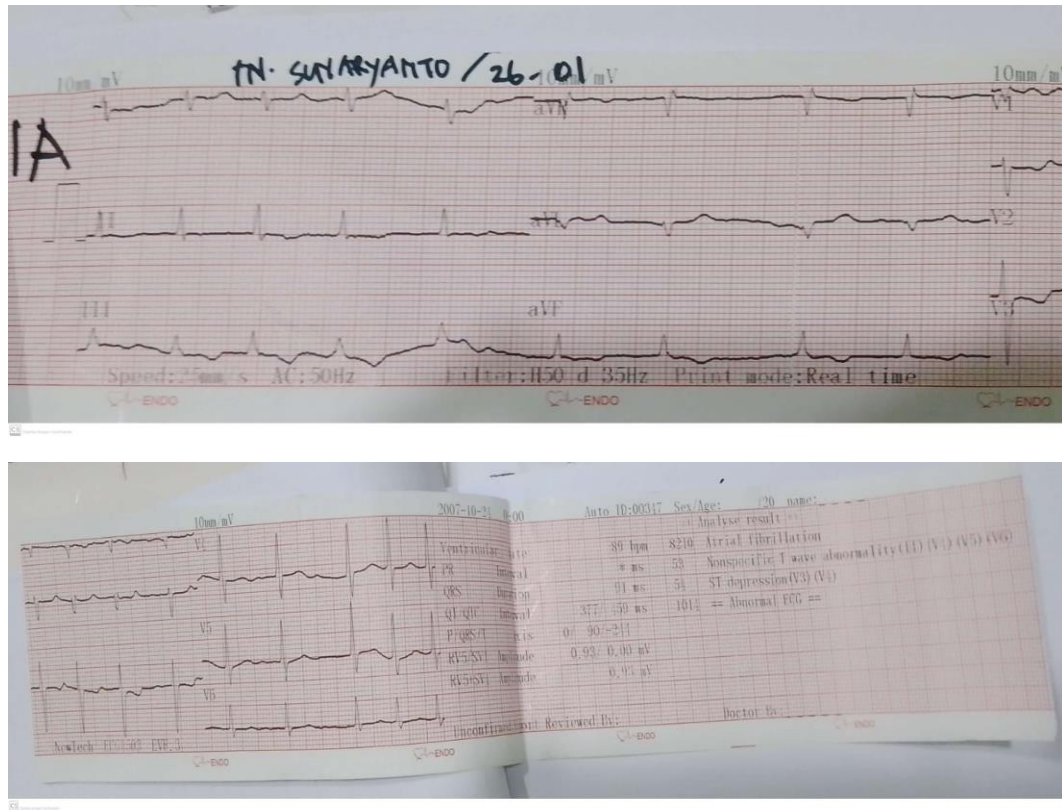
Pemeriksaan tanggal 25 Januari 2023

Foto Thorax

Cor : Cardiomegalia
Pulmo : Infiltrat / terselubung (-)
Diaphragma dan sinus baik
Tulang-tulang baik
Kesan : Cardiomegalia

c. Pemeriksaan EKG

Dokumentasi 26 Januari 2023



Gambar 3.3 Hasil EKG

Keterangan

<i>Keterangan</i>		<i>Analyse result</i>	
Ventrikular late	89 bpm	8210	Atrial fibrillation
PR Interval	* ms	53	Nonspecific I wave abnormality (V1) (V5) (V6)
QRS Dination	91 ms	54	ST Depression (V3) (V4)
QT/QTc Interval	377/495 ms	1014	Abnormal ECG
P/QRS / T Ixis	0/90/-211		

3.1.10 Terapi Medis

3.2 Lembar Pemberian Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Lasix	5 mg/jam	Sebagai diuretik menyerap atau mengeluarkan cairan di jantung, mengobati retensi cairan (oedema) pembengkakan jantung, bekerja pada ginjal untuk meningkatkan aliran urin, diberikan melalui intravena
2.	V Bloc 6.25 mg	1-0-1	Digunakan untuk mengobati gagal jantung
3.	Warfarin 2 mg	0-0-1	Obat antikoagulan, obat ini untuk menghambat koagulasi dengan jalan mencegah reduksi vitamin K secara enzimatis didalam hati sehingga aktifitas faktor pembekuan darah terganggu atau tidak terjadi
4.	Allopurinol 300 mg	0-0-1	Obat generic yang digunakan untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah
5.	Inj. Humalog kwinkpen	3x4 ui sc	Humalog Kwikpen diindikasikan untuk perawatan pasien dengan diabetes mellitus yang membutuhkan insulin untuk pemeliharaan kadar gula darah.

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

3.3 Tabel Analisa Data

No	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah / problem
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh sesak nafas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum pasien Lemah Observasi TTV : TD : 102/79 mmHg N : 108x/ menit ireguler S : 36,3°C SPO2 : 99 % RR : 22 x/menit Pasien terpasang O2 Nasal kanul 4 lpm 	Hambatan upaya nafas	Pola Nafas Tidak Efektif (SDKI,D.0005, Hal 26)
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh kaki kanan dan kiri bengkak sejak satu minggu yang lalu Pasien mengatakan minumannya sebelum masuk RS : 2x600 cc/hari dan BAK sedikit <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat oedema pada kedua kaki kanan dan kiri pasien BB masuk rumah sakit 70 kg BB sesudah masuk RS 74 kg 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia (SDKI, D.0022, Hal 62)
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh sesak dan ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bet tidur 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (SDKI, D.0056, Hal.128)

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum pasien lemah 2. Pasien tampak tidak nyaman saat berdiri dan berjalan di sekitar bed 3. Pasien tampak ngos-ngosan saat berdiri 4. Pasien terpasang infus Lasix pump 5. Observasi tanda-tanda vital <p>TD : 102 / 79 mmHg N : 108x/ menit S : 36,3°C SPO2 : 99 % RR : 22 x/ menit</p>		
4.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki DM 2. Pasien mengatakan tidak ada riwayat diabetes militus dari keluarga <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum pasien lemah 2. Gula darah sewaktu : 283 mg/dL 3. Gula darah 2jam PP : 418 mg/dL 4. Observasi tanda-tanda vital <p>TD : 102 / 79 mmHg N : 108x/ menit S : 36,3°C SPO2 : 99 % RR : 22 x/ menit</p>	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI,D.0027 Hal.71)
5	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki DM 2. Pasien mengatakan tidak ada riwayat diabetes militus dari keluarga 	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan (SDKI.D.0111)

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum pasien lemah 2. Pasien tampak terkejut saat mengetahui jika memiliki DM 3. Pasien tampak bingung saat diberitahu tentang penyakit DM nya 4. Observasi tanda-tanda vital TD : 102 / 79 mmHg N : 108x/ menit S : 36,3°C SPO2 : 99 % RR : 22 x/ menit 		
--	--	--	--

3.2.2 Prioritas Masalah

3.4 Tabel Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	TANGGAL		Paraf (nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan upaya nafas (SDKI,D.0005, Hal 26)	25-01-2023	28-01-2023	Indah
2.	Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022, Hal 62)	25-01-2023	28-01-2023	Indah
3.	Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056, Hal.128)	25-01-2023	28-01-2023	Indah
4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin (SDKI,D.0027 Hal.71)	25-01-2023	28-01-2023	Indah
5	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (SDKI.D.0111, Hal 246)	25-01-2023	28-01-2023	Indah

3.3 Intervensi Keperawatan

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan upaya nafas (SDKI, D.0005, Hal 26)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan pola nafas tidak efektif membaik (SLKI, L.01004, Hal.95), dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (skala 5) 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun (skala 5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun (skala 5) 4. Frekuensi nafas membaik (skala 5) 5. Kedalaman nafas membaik (skala 5)	Manajemen jalan nafas Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan Terpuetik : 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 4. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi : 1. Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi	1. Bina hubungan baik dengan pasien 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Dapat melongarkan jalan napas pada pasien 4. Untuk memberikan rasa nyaman pada jalan napas pasien 5. Untuk memudahkan pengobatan pada pasien agar cepat teratasi

2.	<p>Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022, Hal 62)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, (SLKI, L.03020, Hal : 41) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urine meningkat (skala 5) 2. Kelembaban membran mukosa meningkat (skala 5) 3. Edema menurun (skala 5) 4. Dehidrasi menurun (skala 5) 5. Tekanan darah membaik (skala 5) 6. Denyut nadi radial membaik (skala 5) 7. Membrane mukosa membaik (skala 5) 8. Mata cekung membaik (skala 5) 9. Berat badan membaik (skala 5) 	<p>Manajemen Hipervolemia Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Indikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan cairan dan hakuaran cairan 2. Ajarkan cara membatasi cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala hipervolemia 2. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipervolemia 3. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh kurang atau seimbang 4. Untuk mrnghindari kelebihan cairan yang masuk kedalam tubuh 5. Untuk memudahkan dalam penanganan dan pengobatan
3.	<p>Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056, Hal.128)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, (SLKI, L.05047, Hal :149) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat (skala 5) 	<p>Manajemen Energi Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (skala 5) 3. Kecepatan berjalan meningkat (skala 5) 4. Keluhan Lelah menurun (skala 5) 5. Dyspnea saat beraktivitas menurun (skala 5) 6. Dyspnea setelah beraktivitas menurun (skala 5) 7. Frekuensi napas membaik (skala 5) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentan gerak pasif dan atau aktif 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 	<p>pasien selama melakukan aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat 4. Untuk memudahkan pengobatan pasien
--	--	--	---	---

4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin (SDKI,D.0027 Hal.71)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, (SLKI, L.03022, Hal :47) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. koordinasi meningkat (skala 5) 2. mengantuk menurun (skala 5) 3. pusing menurun (skala 5) 4. Lelah / lesu menurun (skala 5) 5. Keluhan lapar menurun (skala 5) 6. Kadar glukosa dalam darah membaik (skala 5) 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan diit dan olahraga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab hiperglikemia pada pasien 2. Untuk menghindari dan mengantisipasi terjadinya hiperglikemia pada pasien 3. Untuk mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia 4. Untuk menjaga intake dan output tetap stabil 5. Membantu agar pasien patuh pada diit dan olahraga 6. Memberikan informasi cara pengelolaan diabetes 7. Mengatur kadar glukosa dalam darah
---	---	--	---	---

			<p>4. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, <i>jika perlu</i> 	
5.	<p>Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (SDKI.D.0111, Hal 246)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, (SLKI, L.12111, Hal : 146) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (skala 5) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (skala 5) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (skala 5) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (skala 5) 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (skala 5) 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam peresapan informasi 2. Untuk menunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik 3. Membrikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi 4. Untuk sebagai pengetahuan agar

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>kedepannya lebih berhati-hati</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat 6. Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat
--	--	--	---	---

3.4 Implementasi Keperawatan

3.6 Tabel Implementasi Keperawatan

No Dx	Waktu (Tgl dan Jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl dan Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	25-01-2023 18.00	1. Menerima pasien baru dari IGD Kesadaran : composmentis, GCS: 456, K/U : sesak, bengkak pada kedua kaki kanan dan kiri, ngos-ngosan saat melakukan aktivitas. Terpasang Lasix pump 5 mg/jam. Terpasang O2 nasal 4 lpm		25-01-2023 21.00	Dx 1: Pola nafas tidak efektif S : 1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang O : 1. Pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat 2. Posisi pasien semi fowler 3. Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, SPO 2 : 99 % 4. TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit A : Masalah belum teratasi P : 1. Lanjutkan observasi, monitor TTV, pertahankan kepatenan jalan nafas, pertahankan posisi semi fowler.	
	18.10	2. Memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi Memberika O2 nasal kanul 4 lpm				
	19.00	3. Melakukan observasi TTV TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C SPO 2 : 99 % N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit				
	19.30	4. Mengobservasi pasien k/u Memberikan terapi oral				

	20.00	spironolactone 25 mg, v-bloc 6,25 mg, candesartan 8 mg 5. Mengambil darah vena untuk pemeriksaan lab.				
2	25-01-2023 18.00 18.30 20.30 06.30	1. K/U pasien : pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengeluh kedua kakinya bengkak, dan pasien mengeluh ngos-ngosan saat melakukan aktivitas Melakukan edukasi untuk pemasangan kateter : pasien menolak 2. Memberikan diit pasien dan edukasi untuk pembatasan cairan masuk 1000 cc/24 jam 3. Menghitung intake output shift siang Intake masuk : IGD : 1200 cc Infus Lasix pump 20cc Makanan : 300cc Intake : 1520 cc/8 jam Output : tidak ada cairan keluar 4. Menghitung intake output shift malam Intake masuk : Intake masuk siang : 1520 cc			Dx 2 : Hipervolemia S : 1. Pasien mengeluh kedua kaki kanan dan kiri bengkak O : 1. Panpak pada kedua kaki kanan dan kiri pasien oedema 2. TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C SPO 2 : 99 % N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit 3. Intake : 1820 cc/24jam Output : 1100 cc/24 jam Balance : + 420 cc/24 jam 4. BB : 70 kg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi monitor TTV, batasi cairan masuk 1000cc/24 jam, pertahankan	

		Makanan : 300cc Intake : 1820 cc/24jam Output : 1100 cc/24 jam Balance : + 420 cc/24 jam			posisi semi, timbang berat badan setiap hari secara berkala
3	25-01-2023 18.30 19.00 20.30	1. Melakukan observasi TTV TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C SPO 2 : 99 % N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit 2. K/U pasien : pasien mengeluh ngos-ngosan saat melakukan aktivitas 3. Mengajarkan pasien untuk istirahat			Dx 3: intoleransi aktivitas S : 1. Pasien mengeluh ngos-ngosan saat berdiri dan melakukan aktivitas lainnya O : 1. Pasien tampak sesak dan ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bed 2. Pasien terpasang lasix pump 5 mg/ jam 3. TTV TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit A : Maslah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi, anjurkan latihan mobilitas bertahap

1	<p>26-01-2023 08.00</p> <p>08.30</p> <p>09.00</p> <p>13.00</p>	<p>1. K/U : cukup, GCS : 456, kesadaran : komposmentis, terpasang Lasix pump 5 mg / jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, pasien mengatakan sesak nafas berkurang, kedua kakinya bengkak, perut kembung, dan saat melakukan aktivitas pasien mengeluh ngos-ngosan</p> <p>2. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>3. menganjurkan pasien untuk latihan nafas Panjang dan dalam</p> <p>4. TTV : TD : 110/70 S : 36,5°C N : 63x/menit SPO 2 :98 % RR : 20x/menit</p>	Indah	<p>26-01-2023 14.00</p>	<p>Dx 1: Pola nafas tidak efektif</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat</p> <p>2. Posisi pasien semi fowler</p> <p>3. Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, SPO 2 : 98 %</p> <p>4. TD : 110 / 70 mmHg S : 36,5°C N : 63 x/ menit RR : 20x/ menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>1. Lanjutkan observasi, monitor TTV, pertahankan kepatenan jalan nafas, pertahankan posisi semi fowler.</p>	Indah
2	<p>26-01-2023 08.00</p> <p>09.00</p>	<p>5. K/U pasien, pasien mengatakan sesak nafas berkurang, kedua kakinya bengkak, perut kembung</p> <p>6. TTV : TD : 110/70</p>	Indah	<p>26-01-2023 21.00</p>	<p>Dx 2 : Hipervolemia</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengeluh kedua kaki kanan dan kiri bengkak</p> <p>2. Pasien mengeluh perutnya kembung</p>	Indah

		<p>S : 36,5°C N : 63x/menit SPO 2 :98 % RR : 20x/menit</p>			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanpak pada kedua kaki kanan dan kiri pasien oedema 2. Perut tanpak kembung, tetapi tidak ada nyeri tekan 3. Berat badan sebelum MRS : 70kg berat badan saat di RS 74kg 4. TD : 110 / 70 mmHg S : 36,5°C SPO 2 : 99 % N : 63 x/ menit RR : 20x/ menit 5 Intake : 1220 cc/24jam Output : 1000 cc/24 jam Balance :+220 cc/24 jam <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor TTV, batasi cairan masuk 1000cc/24 jam, pertahankan posisi semi, timbang berat badan setiap hari secara berkala</p>
	10.00	7. Menimbang berat badan pasien secara berkala BB sebelum MRS : 70 kg BB saat di RS : 74 kg			
	12.000 13.30	8. Memberikan diit pasien 9. Monitor TTV dan Edukasi Batasan cairan 1000 cc/24 jam			
	13.30	10. Menghitung intake output shift pagi : Intake masuk : Infus Lasix pump : 20 cc Makanan : 300cc Intake : 320 cc/8 jam Output : tidak ada cairan keluar			
	14.00	11. Menghitung intake output shift siang : Intake masuk : Makanan dan snak : 500 cc Intake : 500 cc/8 jam Output : 400 cc/8jam			
	06.30	12. Menghitung intake output shift malam Intake masuk : Makanan : 400 cc/8 jam Intake : 400 cc/8 jam			

		<p>Output : 600 cc/8jam Menghitung balance cairan : Intake masuk pagi : 320 cc Intake siang : 500 cc Intake malam : 400 cc</p> <p>Intake : 1220 cc/24jam Output : 1000 cc/24 jam Balance :+220 cc/24 jam</p>			
3	<p>26-01-2023 08.00</p> <p>08.30</p> <p>09.00</p> <p>10.00</p>	<p>1. K/U pasien, pasien mengatakan saat melakukan aktivitas pasien mengeluh ngos-ngosan</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk latihan nafas Panjang dan dalam</p> <p>3. TTV : TD : 110/70 S : 36,5°C N : 63x/menit SPO 2 :98 % RR : 20x/menit</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk latihan mobilitas bertahap</p>		<p>27-01-2023 07.00</p>	<p>Dx 3: intoleransi aktivitas</p> <p>S : 1. Pasien mengeluh ngos-ngosan saat berdiri</p> <p>O : 1. Pasien tampak ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bed 2. Pasien terpasang lasix pump 5 mg/ jam 3. TTV TD : 110 / 70 mmHg S : 36,5°C N : 63 x/ menit RR : 20x/ menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, anjurkan latihan mobilitas bertahap</p>

	26-01-2023	<p>08.00 1. Melakukan observasi TTV TTV : TD : 110/70 S : 36,5°C N : 63x/menit SPO 2 :98 % RR : 20x/menit</p> <p>09.00 2. monitor GDA pagi hasil : 317 mg/dL</p>			<p>Dx 4 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM 2. Pasien mengatakan jika tidak ada riwayat DM dari keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan pasien lemah 2. Gula darah pagi 317 mg/dL 3. Gula darah 2 jam PP : 418 mg/dL 4. TD : 110 / 70 mmHg S : 36,5°C N : 63 x/ menit RR : 20x/ menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor GDA pagi <200 mg/dL</p>	
--	------------	--	--	--	--	--

	26-01-2023	<p>08.00 1. Melakukan observasi TTV TTV : TD : 110/70 S : 36,5°C N : 63x/menit SPO 2 :98 % RR : 20x/menit</p> <p>09.00 2. Memberikan edukasi mengenai DM</p>		<p>Dx 5: Defisit pengetahuan S : 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM 2. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM dari keluarga</p> <p>O : 1. Keadaan umum pasien lemah 2. Pasien tampak terkejut saat mengetahui jima memiliki penyakit DM 3. Pasien tampak bingung saat diberitahu tentang penyakit DM nya 4. TTV TD : 110 / 70 mmHg S : 36,5°C N : 63 x/ menit RR : 20x/ menit</p> <p>A : Maslah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, edukasi pasien mengenai penyakit yang dideritanya.</p>	
--	------------	--	--	--	--

1	<p>27-01-2023 08.00</p> <p>09.00</p> <p>09.30</p> <p>10.00</p>	<p>1. K/U cukup, GCS : 456, kesadaran composmentis, terpasang Lasix pump 5 mg/jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm</p> <p>2. Observasi TTV dan K/U pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak nafas berkurang, terkadang sesak terkadang tidak sesak - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Berikan oksigen, jika perlu <p>3. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 %</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk latihan nafas dalam</p>	Indah	27-01-2023 14.00	<p>Dx 1: pola nafas tidak efektif</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat 2. Posisi pasien semi fowler 3. Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, SPO 2 : 100 % 4. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 % <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan observasi, monitor TTV, pertahankan kepatenan jalan nafas, pertahankan posisi semi fowler.</p>	Indah
2	27-01-2023 08.00	1. Observasi TTV dan K/U pasien Pasien mengeluh kedua kakinya bengkak		27-01-2023 21.00	<p>Dx 2 : Hipervolemia</p> <p>S : Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki kanan dan kiri</p>	

	09.00	<p>Pasien mengeluh perutnya kembung</p> <p>2. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 %</p>			<p>sudah berkurang dan kembung pada perutnya sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. Bengkak pada kedua kaki kanan dan kiri pasien sudah berkurang</p> <p>2. Kembung pada perut pasien sudah berkurang tetapi tidak ada nyeri tekan</p>
	10.00	<p>3. Timbang berat badan secara berkala BB 26-01-2023 : 74 kg BB 27-01-2023 : 73 kg</p>			<p>3. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 %</p>
	10.00	<p>4. Menghitung intake output shift pagi :</p> <p>Intake masuk : Infus Lasix pump : 20 cc Makanan : 520cc Intake : 440 cc/8 jam Output : 600 cc/8 jam</p>			<p>4. Berat badan H-1 tanggal 26-01-2023 BB: 74 dan pada tanggal 27-01-2023 BB: 73, berat badan pasien turun 1 kg</p>
	13.30	<p>5. Menghitung intake output shift siang :</p> <p>Intake masuk : Makanan dan snak : 500 cc Intake : 500 cc/8 jam Output : 800cc/8jam</p> <p>6. Menghitung intake output shift malam</p> <p>Intake masuk : Makanan : 400 cc/8 jam Intake : 400 cc/8 jam Output : 2.500 cc/8jam</p>			<p>5. Intake : 1400 cc/24jam Output : 3.900 cc/24 jam Balance :-2.500 cc/24 jam</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor TTV, batasi cairan masuk 1000cc/24 jam, pertahankan</p>

		7. Menghitung balance cairan : Intake : 1400 cc/24jam Output : 3.900 cc/24 jam Balance :-2.500 cc/24 jam			posisi semi fowler, timbang berat badan setiap hari secara berkala	
3	27-01-2023 08.00 09.00 09.30 10.00	K/U cukup, GCS : 456, kesadaran composmentis, terpasang Lasix pump 5 mg/jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm 1. Observasi TTV dan K/U pasien TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 % 2. Menganjurkan pasien untuk latihan mobilitas bertahap 3. Menganjurkan pasien untuk istirahat	Indah	28-01-2023 07.00	Dx 3: intoleransi aktivitas S : 1. Pasien mengeluh ngos-ngosan saat berdiri 2. Pasien mengatakan tidak mampu berjalan dengan jarak 10 meter O : 1. Pasien tampak ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bed 2. Pasien terpasang lasix pump 5 mg/ jam 3. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 % A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi, anjurkan latihan mobilitas bertahap	

4	27-01-2023 09.00 10.00 13.00	1. Observasi TTV dan K/U pasien TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 % 2. Cek GDA stik : 247 mg/Dl 3. Menganjurkan pasien untuk istirahat			Dx 4 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah S : 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM 2. Pasien mengatakan jika tidak ada riwayat DM dari keluarga O : 1. Keadaan pasien lemah 2. GDA stik : 247 mg/dL 3. TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 % A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi monitor GDA pagi <200 mg/dL	
5	27-01-2023 08.00	1. Observasi TTV dan K/U pasien TD : 105 /69 mmHg S : 36,3°C N : 100x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 :100 %			Dx 5: Defisit pengetahuan S : 1. Pasien mengaatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM	

	09.00	2. Edukasi pasien tentang penyakit DMnya			<p>2. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM dari keluarga</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum pasien lemah Pasien tampak terkejut saat mengetahui jima memiliki penyakit DM Pasien tampak bingung saat diberitahu tentang penyakit DM nya TTV TD : 102 / 79 mmHg S : 36,3°C N : 108 x/ menit RR : 22x/ menit <p>A : Maslah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, edukasi pasien mengenai penyakit yang dideritanya</p>	
1	28-01-2023 14.00	1. Observasi TTV dan k/u pasien - Pasien mengatakan sesak nafas berkurang, terkadang sesak terkadang tidak sesak	indah	28-02-2023 21.00	<p>Dx 1: Pola nafas tidak efektif</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak nafas berkurang 	indah

	15.00 16.00 16.45 17.00 17.30 18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kembung pada perutnya sudah berkurang - Pasien mengatakan bengkak pada kakinya sudah berkurang - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Berikan oksigen, jika perlu - Menganjurkan pasien untuk latihan nafas dalam <p>2. Observasi TTV TD : 95/70 mmHg S : 36,6°C N : 80x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>3. Memberikan diit pasien</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk istirahat</p>			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat 2. Posisi pasien semi fowler 3. Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, SPO 2 : 99 % 4. TD : 95/70 mmHg S : 36,6°C N : 80x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 % <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan observasi, monitor TTV, pertahankan kepatenan jalan nafas, pertahankan posisi semi fowler. 	
1	28-01-2023 14.00 15.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. K/U cukup, GCS : 456, terpasang Lasix pump 5mg/jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm 2. Monitor keadaan pasien <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kadang merasa sesak kadang tidak 	Indah	28-01-2023 21.00	<p>Dx 1: pola nafas tidak efektif</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat 2. Posisi pasien semi fowler 	Indah

		<p>Intake masuk :</p> <p>Infus Lasix pump : 20 cc</p> <p>Makanan : 520cc</p> <p>Intake : 540 cc/8 jam</p> <p>Output : 1100 cc/8 jam</p> <p>Menghitung intake output shift siang :</p> <p>Intake masuk :</p> <p>Makanan dan snak : 500 cc</p> <p>Intake : 500 cc/8 jam</p> <p>Output : 800cc/8jam</p> <p>5. Menghitung intake output shift malam</p> <p>Intake masuk :</p> <p>Intake : tidak ada intake masuk</p> <p>Output : 800 cc/8jam</p> <p>6. Menghitung balance cairan :</p> <p>Intake : 1020 cc/24jam</p> <p>Output : 2.700 cc/24 jam</p> <p>Balance : - 1680cc/24</p>		<p>RR : 20x/ menit</p> <p>3 Menghitung balance cairan :</p> <p>Intake : 1020 cc/24jam</p> <p>Output : 2.700 cc/24 jam</p> <p>Balance : - 1680cc/24</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi monitor TTV, batasi cairan masuk 1000cc/24 jam, pertahankan posisi semi fowler, timbang berat badan setiap hari secara berkala</p>	
	<p>28-01-2023</p> <p>14.00</p> <p>15.00</p> <p>18.00</p>	<p>1. K/U cukup, GCS : 456, terpasang Lasix pump 5mg/jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm</p> <p>2. Membantu ADL pasien</p> <p>Anjurkan pasien untuk latihan mobilisasi bertahap</p> <p>3. Observasi TTV</p> <p>TD : 110/75 mmHg</p>		<p>Dx 3: intoleransi aktivitas</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengeluh ngos-ngosan saat berdiri</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bed</p>	

		<p>S : 36,5°C N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p>			<p>2. Pasien terpasang lasix pump 5 mg/ jam 3. TTV TD : 95 / 71 mmHg S : 36,5°C N : 87 x/ menit RR : 22x/ menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi, anjurkan latihan mobilitas bertahap</p>	
	<p>28-01-2023 14.00 16.00 18.00</p>	<p>1. Monitor keadaan pasien GDA stik : 283 mg/dL 2. Memberikan inj hkp 4 ui 3. Observasi TTV TD : 110/75 mmHg S : 36,5°C N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p>			<p>Dx 4 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah S : 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM 2. Pasien mengatakan jika tidak ada riwayat DM dari keluarga O : 1. Keadaan pasien lemah 2. Gula darah sewaktu 283 mg/dL</p>	

					<p>3. Pasien mendapatkan terapi HKP 4 ui</p> <p>4. TD : 110/75 mmHg S : 36,5°C N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor GDA pagi <200 mg/dL</p>	
	<p>28-01-2023 14.00</p> <p>15.00</p> <p>16.00</p>	<p>1. K/U cukup, GCS : 456, kesadaran composmentis, terpasang Lasix pump 5 mg/jam, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm</p> <p>2. Observasi TTV dan K/U pasien Observasi TTV TD : 95/70 mmHg S : 36,6°C N : 80x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>3. Memberikan edukasi pasien mengenai penyakitnya tentang DM</p>			<p>Dx 5: Defisit pengetahuan</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakakan sudah mengetahui apa itu DM</p> <p>2. Pasien mengatakan paham mengenai penyakit DM yang dideritanya</p> <p>O :</p> <p>1. Keadaan umum pasien lemah</p> <p>2. Pasien sudah tidak terkejut dan bingung mengenai penyakit DM</p> <p>3. TTV TD : 110/75 mmHg S : 36,5°C</p>	

					<p>N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>A : Maslah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--	--	--

3.5 Evaluasi Sumatif

3.7 Evaluasi Sumatif

No	Hari / tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif	Nama / TTD
1	Sabtu 28-01-2023	Pola Napas Tidak Efektif	<p>S : 1. pasien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O : 1. pasien kooperatif dan mengikuti arahan dari perawat 2. posisi pasien semi fowler 3. pasien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, SPO 2 : 99 % 4. TD : 95/70 mmHg</p> <p>S : 36,6°C N : 80x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	

			<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lanjutkan observasi, monitor TTV, pertahankan kepatenan jalan nafas, pertahankan posisi semi fowler. 	
2	Sabtu 28-01-2023	Hipervolemia	<p>Dx 2 : Hipervolemia</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki kanan dan kiri berkurang dan kembung pada perutnya berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. bengkak pada kedua kaki kanan dan kiri pasien berkurang 4. TD : 100 / 70 mmHg S : 36,5°C SPO 2 : 99 % N : 100 x/ menit RR : 20x/ menit 3. intake : 465 cc/ 24 jam 4. output : 2700 cc/ 24 jam 5. balance : -2.235 cc/24 jam <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor TTV, batasi cairan masuk 1000cc/24 jam, pertahankan posisi semi fowler, timbang berat badan setiap hari secara berkala</p>	

3	Sabtu 28-01-2023	Intoleransi aktivitas	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh ngos-ngosan saat melakukan aktivitas 2. Pasien mengatakan tidak mampu berjalan dengan jarak 10 meter <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak ngos-ngosan saat berdiri di sebelah bed 2. Pasien terpasang lasix pump 5 mg/ jam 3. TTV <p>TD : 95/70 mmHg S : 36,6°C N : 80x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, anjurkan latihan mobilitas bertahap</p>	
		Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak tau jika memiliki penyakit DM 2. Pasien mengatakan jika tidak ada riwayat DM dari keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan pasien lemah 2. Gula darah sewaktu 283 mg/dL 3. Pasien mendapatkan terapi HKP 4 ui 	Indah

			<p>4. TD : 110/75 mmHg S : 36,5°C N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 %</p> <p>A : Masalah teratasi sebagaian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi monitor GDA pagi <200 mg/dL</p>	
4	Sabtu 28-01-2023	Defisit pengetahuan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakakan sudah mengetahui apa itu DM 2. Pasien mengatakan paham mengenai penyakit DM yang dideritanya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum pasien lemah 2. Pasien sudah tidak terkejut dan bingung mengenai penyakit DM 3. TTV TD : 110/75 mmHg S : 36,5°C N : 88x/menit RR : 20 x/ menit SPO 2 : 99 % <p>A : Maslah sudah teratasi</p>	

			P : Intervensi dihentikan, pasien sudah mengerti dan memahami apa itu diabetes militus	
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure di ruang ruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien, sehingga klien dan keluarga menerima keberadaan penulis dalam melakukan asuhan keperawatann, dengan demikian klien dan keluarga dapat bersikap terbuka dan mengerti serta kooperatif kepada penulis.

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa klien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 57 tahun. Menurut (Saida et al., 2020) menunjukkan bahwa sebagian besar penderita *congestive heart failure* (CHF) berusia diatas 50 tahun. Resiko gagal jantung kongestife akan meningkat seiring bertambahnya usia, presentase pasien dengan gagal jantung kongestife laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Pria

memiliki resiko gagal jantung dua kali lipat lebih banyak dibandingkan wanita pada usia 55-64 tahun, menurut asumsi penulis tidak ada kesenjangan antara data dan teori hal ini dibuktikan adanya kebenaran antara teori dengan lapangan.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

Pada tinjauan kasus didapatkan keluhan utama pasien adalah sesak napas. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh (Nurarif & Kusuma, 2015) dalam kutipan (Ahmad Muzaki, 2020) gagal jantung menimbulkan berbagai gejala klinis, yang paling banyak dialami adalah sesak napas pada malam hari dan sering datang tiba-tiba sehingga menyebabkan pasien terbangun. Gagal jantung adalah sindrom klinis yang ditandai dengan sesak napas saat istirahat atau beraktivitas karena kelainan pada struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh kelainan yang berkurang kontraktilitas ventrikel dan miokardium. Menurut asumsi penulis Tn.S mengalami sesak nafas karena adanya kelainan struktur dan fungsi jantung.

2. Riwayat Penyakit dahulu

pada tinjauan kasus pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Menurut (Yunita et al., 2020) gagal jantung disebabkan oleh cacat atau kerusakan otot jantung sehingga suplai darah keseluruhan tubuh tidak terisi. Adapun penyebab CHF adalah gangguan miokard, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan kardiomiopati degenerative. Menurut asumsi penulis tidak didapatkan kesenjangan antara data lapangan dan teori yang dibuktikan bahwa Tn. S pernah memiliki riwayat penyakit hipertensi.

3. Riwayat penyakit keluarga

Pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Sistem pernafasan (*Breath*)

pada tinjauan kasus didapatkan frekuensi napas 22x/menit dengan irama regular, tidak ada otot bantu napas tambahan, pasien mengeluh sesak nafas dan terpasang O2 nasal kanul 4 lpm. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh (Aulia et al., 2021) Sebuah gejala mengacuh pada sesak nafas yang dialami saat istirahat atau dalam melakukan aktivitas yang ditandai dengan takipnea, takikardi, dan reles. Pada pasien dengan gagal jantung saat kondisi istirahat saturasi oksigen dari 91 % menjadi 95% jika ada pengurangan maka berdampak berkurang oksigenasi jaringan dan produksi energi sehingga kontribusi terhadap penurunan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Menurut asumsi penulis ini wajar terjadi pada pasien yang mengalami gagal jantung karena diakibatkan oksigen yang masuk kedalam tubuh berkurang atau tidak adekuat.

2. Sistem kardiovaskuler (blood)

Pada saat pengkajian didapatkan perut kembung, edema pada kedua ekstremitas bawah, tidak ada nyeri pada dada, nadi 108x/menit, bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama jantung regular CRT <2 detik. Menurut (Putradana et al., 2021). Keseimbangan cairan dan sesak napas merupakan salah satu keperawatan utama yang dialami pasien dengan kasus CHF. Hasi penelitian dari Tertius dan Peacock IV dalam kutipan (Putradana et al., 2021) menunjukkan bahwa dispea merupakan gejala utama yang muncul pada pasien dengan gagal jantung kongestif dengan

prevalensi lebih dari 90 % banyak faktor yang mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit, termasuk usia, pola makan dan aktivitas. Menurut asumsi penulis hal ini wajar karena pada pasien CHF akan terjadi banyak faktor yang mengganggu adanya keseimbangan antara intake dan output cairan pada pasien.

3. Sistem persyarafan (brain)

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 456, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri pada kepala, pupil isokor reflek cahaya +/+

4. Sistem perkemihan (bladder)

Pada tinjauan kasus didapatkan urine produksi 1.130 cc/24jam dengan output < input, didapatkan abdomen kembung, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, ditemukan adanya kardiomegali menurut (Astuti et al., 2018) palpasi dilakukan pada pasien CHF dengan gangguan kebutuhan cairan adalah edema, suhu ekstremitas akibat penurunan aliran darah ke jaringan perifer. Penilaian kebutuhan cairan dan elektrolit yang berkurang secara umum dapat dinilai dari kemampuan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang ditunjukkan dengan keseimbangan antara asupan dan haluaran, berat badan normal tidak didapatkan penurunan dan peningkatan secara cepat, tidak terdapat edema dan lain-lain. Menurut asumsi penulis ini adalah hal yang wajar terjadi pada pasien CHF karena adanya penurunan aliran darah ke jaringan perifer yang terbukti adanya kebenaran antara teori dengan lapangan.

5. Sistem pencernaan (bowl)

Pada tinjauan kasus ditemukan mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada gangguan menelan, didapatkan asites pada abdomen, tetapi tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

6. Sistem Muskuloskeletal (bone)

Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien melaporkan badanya terasa lemas dan tidak bias melakukan aktivitas berat. Hal ini sesuai dengan teori dari New York Heart Association (NYHA) dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020) Gagal jantung yang menyebabkan sedikit keterbatasan aktivitas fisik : pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi saat melakukan aktivitas fisik biasa menimbulkan gejala gagal jantung seperti sesak napas, kelelahan. Menurut asumsi penulis pada gejala yang dialami oleh Tn. S itu wajar karena pada saat itu adanya kondisi ketidakadekuatan jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh.

4.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pada hasil x-ray foto thorax didapatkan kesan kardiomegalia, hal ini sesuai dengan (Munawaroh, 2022) Rontgen dada sering menunjukkan kardiomegali (rasio kardiotoraks (CTR) $> 50\%$, terutama pada pasien gagal jantung kongestife. Kardiomegali dapat terjadi akibat pembesaran ventrikel kiri atau kanan atau terkadang dari efusi pericardial. Tingkat kardiomegali tidak berkorelasi dengan fungsi ventrikel kiri. Elektrokardiografi menunjukkan kelainan multiple seperti gelombang Q, perubahan ST-T, hipertrofi LV, kelainan konduksi, aritmia pada sebagian besar pasien (80-90). Ekokardiografi harus dilakukan pada semua pasien dengan kecurigaan klinis gagal jantung.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Tidak ada kesenjangan antara diagnosis keperawatan pada teori dan tinjauan kasus, meskipun terdapat perbedaan jumlah diagnosis yang terjadi antara teori dengan kenyataan, hal ini disebabkan adanya perbedaan respon setiap individu terhadap penyakit berbeda-beda.

Diagnosa keperawatan yang ada dalam tinjauan pustaka meliputi :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Terdapat lima diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh (Nurarif & Kusuma, 2015) dalam kutipan (Ahmad Muzaki, 2020) gagal jantung menimbulkan berbagai gejala klinis, yang paling banyak dialami adalah sesak napas pada malam hari dan sering datang tiba-tiba sehingga menyebabkan pasien terbangun. Gagal jantung adalah sindrom klinis yang ditandai dengan sesak napas saat istirahat atau beraktivitas karena kelainan pada struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh kelainan yang berkurang kontraktilitas ventrikel dan miokardium.
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme menurut (Astuti et al., 2018) palpasi dilakukan pada pasien CHF dengan gangguan kebutuhan cairan adalah edema, suhu ekstremitas akibat penurunan aliran darah ke jaringan perifer. Penilaian kebutuhan cairan dan elektrolit yang berkurang secara umum dapat dinilai dari kemampuan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang ditunjukkan dengan keseimbangan antara asupan dan haluaran, berat badan normal tidak didapatkan penurunan dan peningkatan secara cepat, tidak terdapat edema dan lain-lain.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Hal ini sesuai dengan teori dari New York Heart Association (NYHA) dalam kutipan (Nurhayati et al., 2020) Gagal jantung yang menyebabkan sedikit keterbatasan aktivitas fisik : pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi saat melakukan aktivitas fisik biasa menimbulkan gejala gagal jantung seperti sesak napas, kelelahan. Menurut (Suharto, 2021) Hal ini dibuktikan dengan beberapa penelitian sebelumnya dimana deep breathing exercise dapat meningkatkan volume paru, meningkatkan dan redistribusi ventilasi, mempertahankan alveolus tetap mengembang, meningkatkan oksigenasi, membantu membersihkan sekresi, mobilisasi torak dan meningkatkan kekuatan dan daya tahan serta efisiensi dari otot-otot pernapasan. Sedangkan aktivitas bertahap mampu meminimalkan kebutuhan (demand) oksigen tubuh, melatih jantung beradaptasi dengan kapasitas maksimal dalam menjalankan fungsinya, mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh,
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Hal berdasarkan Beberapa penelitian menunjukkan, laki-laki lebih banyak mengalami DM karena tingginya lemak visceral yang menumpuk di area rongga perut, sehingga memicu terjadinya resistensi insulin terkait dengan penyakit penyerta dan komplikasi, sebagian besar hipertensi (37,8%) dan komplikasi makrovaskular (13,3%) yaitu PJK, CHF dan stroke. (rdeliani et al., 2021)
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Hal ini sesuai dengan (American Diabetes Association, 2021) dalam kutipan (Umat et al., 2022), Pengetahuan peserta terkait komplikasi penyakit sebelum kegiatan

dilaksanakan juga cukup rendah. Kondisi ini menjadi sangat penting untuk diperhatikan karena diabetes yang tidak terkontrol akan memicu penyakit-penyakit lain, diantaranya penyakit aterosklerosis, gagal ginjal, kebutaan, gagal jantung, dan penyakit kardiovaskular lainnya

6. Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus. Hal ini disebabkan karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada klien dengan gagal jantung secara umum. sedangkan diagnosa pada tinjauan kasus telah disesuaikan langsung dengan kondisi pasien dan lingkungan di ruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dilaksanakan selama 3x24 jam, yang mengacu pada beberapa aspek dalam penanganan gagal jantung, yakni mengurangi beban kerja jantung dengan fase istirahat, memperkuat kontraktilitas miokard dengan penggunaan teknik nafas dalam, mengurangi kelebihan cairan dan garam dengan mengurangi asupan cairan dan penggunaan obat Lasix dan V-Bloc.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam

melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka, evaluasi dapat dilaksanakan dengan baik, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan adanya klien secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi semua masalah keperawatan sesuai dengan kriteria hasil

Untuk masalah keperawatan pola napas tidak efektif dapat diatasi 3x24 jam, dikarenakan klien masih merasa sesak saat beraktivitas berat dan akan baik jika dibuat istirahat.

Pada masalah keperawatan hypervolemia dapat diatasi pada setelah 3x24 jam yang dimana pada hari ke 3 pasien mengalami perkembangan antara suplai intake dan output, didapatkan oedema pada kedua kaki pasien berkurang dan adanya penurunan berat badan secara berkala dalam tiga hari

Pada masalah intoleransi aktivitas masalah dapat diatasi setelah 3x24 jam, dikarenakan pasien masih takut untuk melakukan aktivitas sendiri yang akan menimbulkan sesak saat setelah melakukan dan saat akan melakukan aktivitas.

Pada masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah masalah dapat diatasi setelah 3x24 jam, dikarenakan pasien sudah dapat pemberian insulin

Pada masalah Defisit pengetahuan masalah dapat diatasi setelah 3x24 jam, dikarenakan pasien sudah banyak mengetahui tentang penyakitnya

Pada akhir evaluasi selama dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masih ditemukan beberapa masalah keperawatan yang belum teratasi tetapi intervensi yang telah dibuat sudah dilaksanakan dan intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih, pasien tetap rawat inap di ruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) diruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF).

5.1 Simpulan

Berdasarkan tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada Tn S dengan diagnosa medis *congestive heart failure* (CHF) di ruang jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien yakni Pasien datang ke poli jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 Januari 2023 untuk melakukan kontrol setelah KRS dengan riwayat penyakit yang sama yaitu CHF satu minggu yang lalu, pada saat menunggu obat, pasien tiba-tiba sesak, pasien dilarikan ke IGD pukul 12.00, saat jam 18.00 pasien dipindahkan dari IGD ke Ruang jantung saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh sesak nafas, tanda-tanda vital dengan hasil TD: 102/79 mmHg, S : 36,3°C, SPO2 : 99%, N : 108, RR : 22x/menit, GCS : 456, kesadaran : komposmentis, pasien terpasang O2 Masker 8 lpm diganti O2 nasal kanul 4 lpm

2. Diagnosa yang muncul adalah Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas, Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regular, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan panduan buku SDKI DPP PPNI (2017)
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya telah dilaksanakan sesuai rencana, yang disesuaikan dengan system triage, primary survey, dan secondary survey. Sedangkan implementasi pada saat di ruang jantung, implementasi dilanjutkan sesuai rencana yang dibuat dan di kolaborasikan ulang dengan dokter, mengingat pemberian terapi yang berbeda.
5. Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *congestive hear failure* (CHF) mempertimbangkan kondisi klien secara keseluruhan dan kondisi di ruang jantung serta target waktu penyelesaian hingga 3x24 jam. Karena pada dasarnya setiap individu memiliki rentan respon yang berbeda.
6. Evaluasi dan analisi data tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan pola napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, hipervolemia teratasi, ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit pengetahuan teratasi sebagian.

7. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn. S

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis mengenai asuhan keperawatan dari orientasi atau pengenalan antara pasien dan perawat hingga evaluasi, sebagai berikut :

1. Agar tercapainya asuhan keperawatan dengan maksimal diperlukan komunikasi terapeutik yang baik antara perawat dan pasien. Hendaknya pula perawat membangun kepercayaan dengan pasien melalui bina hubungan saling percaya.
2. Bagi pasien
Agar patuh untuk meminum obat, menjaga diit pembatasan intake yang masuk sesuai ketentuan dan mau bekerjasama dengan tenaga medis seperti dokter dan perawat dalam proses penyembuhan penyakitnya.
3. Bagi keluarga
Agar memberikan semangat dan dukungan yang positif serta doa terus menerus kepada pasien
4. Bagi perawat
Bagi perawat ruangan khususnya di Ruang Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis *congestive heart failure* (CHF).

5. Bagi rumah sakit RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Agar semakin meningkatkan kualitas dan kuantitas dokter dan para perawat serta tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kualitas rumah sakit

6. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya ditunjukkan untuk pasien dengan diagnosa medis *congestive heart failure* (CHF).


DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Muzaki, Y. A. (2020). Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1, 19–24.
- Aritonang, Y. A. (2019). Gambaran Frekuensi Pernafasan Pada Pasien Gagal Jantung Fungsional Kelas II & III Di Jakarta. *Jurnal Ilmiah Widya*, 6, 1–6.
- Asenea, Om. (2019). *Konsep dasar proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan*.
- Astuti, Y. E., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 155–167. <https://doi.org/10.37341/interest.v7i2.28>
- Aulia, E. A., Sarwono, B., & Widigdo, D. A. M. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung Kongestif: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 16(1), 99. <https://doi.org/10.26630/jkep.v16i1.1714>
- Dinar Maulani, E. S. (2022). Jurnal Penelitian Perawat Profesional. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 153–158.
- Munawaroh, S. (2022). *PATOLOGI UNTUK FISIOTERAPI*. November 2022. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=z0ehEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=CHF+kardiomegali&ots=TTwQOWwqmO&sig=IyYKKGtBlIbq1HbbTOtS0_YsVvk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Nauli, H. D. (2019). *Tahapan Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Nurhayati, Andari, F., & Fredrika, L. (2020). *penatalaksanaan gagal jantung*.
- Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. (2020). *Jurnal Majority*, 9(1), 1–11.
- Putradana, A., Mardiyono, M., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Diet Sodium dan Pembatasan Cairan Berbasis Aplikasi Android Terhadap Keseimbangan Cairan Dan Dyspnea Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF). *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan)*, 5(1). <https://doi.org/10.58258/jisip.v5i1.1768>
- rdeliani, I. G. A. I., Ratnasari, P. M. D., & Yuliawati, A. N. (2021). Analisis Hubungan Kepatuhan Pengobatan Terhadap Kontrol Glikemik Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit “X” Buleleng. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina (JIIS): Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 6(2), 331–340. <https://doi.org/10.36387/jiis.v6i2.739>
- Saida, S., Haryati, H., & Rangki, L. (2020). Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Derajat Kemampuan Fisik dan Durasi Penyakit. *Faletehan Health Journal*, 7(02), 70–76. <https://doi.org/10.33746/fhj.v7i02.134>

- Setianingsih, M. P., & Hastuti, Y. D. (2022). *Kelelahan pada Pasien Congestive Heart Failure*. 5(2), 178–187.
- Suharto, D. N. (2021). Deep Breathing Exercise Dan Aktivitas Bertahap Dalam Menurunkan Dyspnea Pada Pasien Congestive Heart Failure. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 16(1), 83–86. <https://doi.org/10.36911/pannmed.v16i1.1031>
- Umat, D., St, P., & Padua, A. (2022). Edukasi Diabetes Melitus Dan Pemeriksaan Kadar Glukosa. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat MAPALUS*, 1(1), 18–25.
- Yesni, M. (2019). Pengaruh Terapi Posisi Lateral Kanan Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Jantung Di Rsup M Djamil Padang. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 8(1), 117. <https://doi.org/10.36565/jab.v8i1.109>
- Yunita, A., Nurcahyati, S., & Utami, S. (2020). Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Pencegahan Komplikasi Congestive Heart Failure (Chf). *Jurnal Ners Indonesia*, 11(1), 98. <https://doi.org/10.31258/jni.11.1.98-107>
- Zakirah Zuhra, & Sri Murdiati. (2022). Penderita gagal jantung dengan tuberkulosis paru. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(2), 120–125. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i2.26041>

LAMPIRAN


SOP PEMASANGAN EKG

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	STIKES Hang Tuah Surabaya	Tgl Pembuatan 13 Februari 2023
1.	DEFINISI	Suatu tindakan merekam aktivitas listrik jantung yang berawal dari nodus sinoatrial, yang dikonduksikan melalui jaringan serat-serat (sistem konduksi) dalam jantung yang menyebabkan jantung berkontraksi, yang dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit.	
2.	TUJUAN	Tujuan umum : Mampu membuat rekaman Aktifitas listrik Otot jantung secara berurutan dan benar Tujuan khusus : Mempersiapkan alat dan pasien Memasang electrode pada tempat penekanan dengan benar Melaksanakan penyadapan aktifitas listrik jantung Membuat elektrokardiogram dan keterangannya Merawat EKG setelah pemeriksaan	
3.	INDIKASI	Adanya kelainan –kelainan irama jantung Adanya kelainan-kelainan myokard seperti Infark Miokard, hipertrofi atrial dan ventrikel Adanya pengaruh obat-obat jantung terutama Digitalis Gangguan Elektrolit Adanya Perikarditis Pembesaran Jantung	

4.	PERSIAPAN ALAT	<p>Memeriksa kelengkapan alat EKG yang akan digunakan, sbb :</p> <p>Buku panduan untuk pemeriksaan EKG Mesin EKG beserta electrode dan kabel listrik (power) dan kabel untuk ground Kertas Interpretasi EKG, Pulpen, pensil Siapkan Jelly/ air Kapas Alkohol dalam tempatnya Kertas tissue Memeriksa Fungsi alat sehingga siap digunakan Membawa alat kedekat pasien</p>
5.	PERSIAPAN KONDISI PASIEN	<p>Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga Menjelaskan Tujuan tindakan kepada pasien / keluarga Meminta persetujuan pasien Mengatur posisi tidur terlentang pada pasien</p>
6.	TINDAKAN PROSEDUR	<p>Perawat mencuci tangan Memasang Sampiran Menghidupkan monitor EKG Membuka dan melonggarkan pakaian bagian atas pasien serta melepas jam tangan, gelang dan logam lain. Membersihkan kotoran dan lemak menggunakan kapas alcohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai di lokasi pemasangan manset electrode Mengoleskan Jelly EKG pada permukaan electrode. Bila tidak ada jelly, gunakan kapas basah Menyambungkan Kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk merekam ekstremitas lead (Lead I, II, III, aVR, aVF, AVL) dengan cara sbb : Warna Merah pada Tangan Kanan Warna Hijau pada Kaki Kiri Warna Hitam pada Kaki Kanan Warna Kuning pada Tangan Kiri Memasang Elektrode dada untuk rekaman Precordial Lead sbb : V1 : Spatium Interkostal (SIC) ke IV pinggir kanan sternum V2 : SIC ke IV sebelah pinggir kiri sternum V3 : ditengah diantara V2 dan V4 V4 : SIC ke V garis mid klavikula kiria</p>

		<p>V5 : Sejajar V4 garis aksilaris kiri V6 : Sejajar V6 garis mid aksilaris V7 : Sejajar V6 pada garis post aksilaris (<i>jarang dipakai</i>) V8 : Sejajar V7 garis ventrikel ujung scapula (<i>jarang dipakai</i>) V9 : Sejajar V8 pada kiri ventrikel (<i>jarang dipakai</i>)</p>  <p>Melakukan Kalibrasi 10mm dengan keadaan 25 mm/volt/ detik Membuat rekaman EKG secara berurutan sesuai dengan pilihan Lead yang terdapat pada mesin EKG Melakukan Kalibrasi kembali setelah perekaman selesai Memberi identitas pasien hasil rekaman : nama, umur, tanggal dan jam rekaman serta nomor Lead dan nama pembuat rekaman EKG</p>
7.	EVALUASI	Mencuci tangan Bereskan peralatan Salam terapeutik
8.	DOKUMENTASI	Dokumentasi Waktu pelaksanaan Reaksi pasien
9.	SIKAP KEPADA PASIEN	Ramah Sopan santun Komunikasi terapeutik Tepat & telit

SOP PEMASANGAN OKSIGEN NASAL KANUL

		STANSTANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tgl Pembuatan 20 Februari 2023
1.	DEFINISI	Nasal kanul: pemberian oksigen dengan konsentrasi rendah 24-40% dengan kecepatan aliran 2-6 liter/menit	
2.	TUJUAN	Mencegah atau mengatasi hipoksia	
3.	INDIKASI	Nasal kanul untuk mengalirkan O ₂ dengan aliran ringan/rendah, membutuhkan pernafasan hidung tidak bisa mengalirkan O ₂ dengan konsentrasi >40%, biasanya 2-3 liter/menit	
4.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nasal kanul 2. Selang oksigen 3. Humidifier 4. Cairan steril 5. Sumber oksigen dengan flowmeter 6. Plester 	
6.	TINDAKAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 2. Menjaga privasi 3. Mengkaji adanya tanda-tanda hipoksia dan sekret pada jalan napas 4. Menentukan kebutuhan oksigen, sesuai dengan program medis 5. Menyambungkan nasal kanul atau face mask ke selang oksigen yang sudah dihumidifikasi 	

		<p>6. Memberikan oksigen dengan kecepatan aliran pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik:</p> <p>a. Selang tidak tertekuk, sambungan paten</p> <p>b. Ada gelembung udara pada humidifier</p> <p>c. Terasa oksigen keluar dari nasal kanul/fask mask</p> <p>7. Meletakkan ujung kanul pada lubang hidung</p> <p>8. Mengatur pita elastis atau selang plastik ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanul pas dan nyaman</p> <p>9. Memberi plester pada kedua sisi wajah</p>
7.	EVALUASI	<p>Mencuci tangan</p> <p>Bereskan peralatan</p> <p>Salam terapeutik</p>
8.	DOKUMENTASI	<p>Dokumentasi</p> <p>Waktu pelaksanaan</p> <p>Reaksi pasien</p>
9.	SIKAP KEPADA PASIEN	<p>Ramah</p> <p>Sopan santun</p> <p>Komunikasi terapeutik</p> <p>Tepat & teliti</p>