**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG**

**JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh:**

**MAY ANDRIANI, S.Kep**

**NIM. 223.0061**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2023**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG**

**JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Karya Tulis Ilmiah ini Diajukan Sebagai Satu Syarat

Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns)



**Oleh:**

**MAY ANDRIANI, S.Kep**

**NIM. 223.0061**

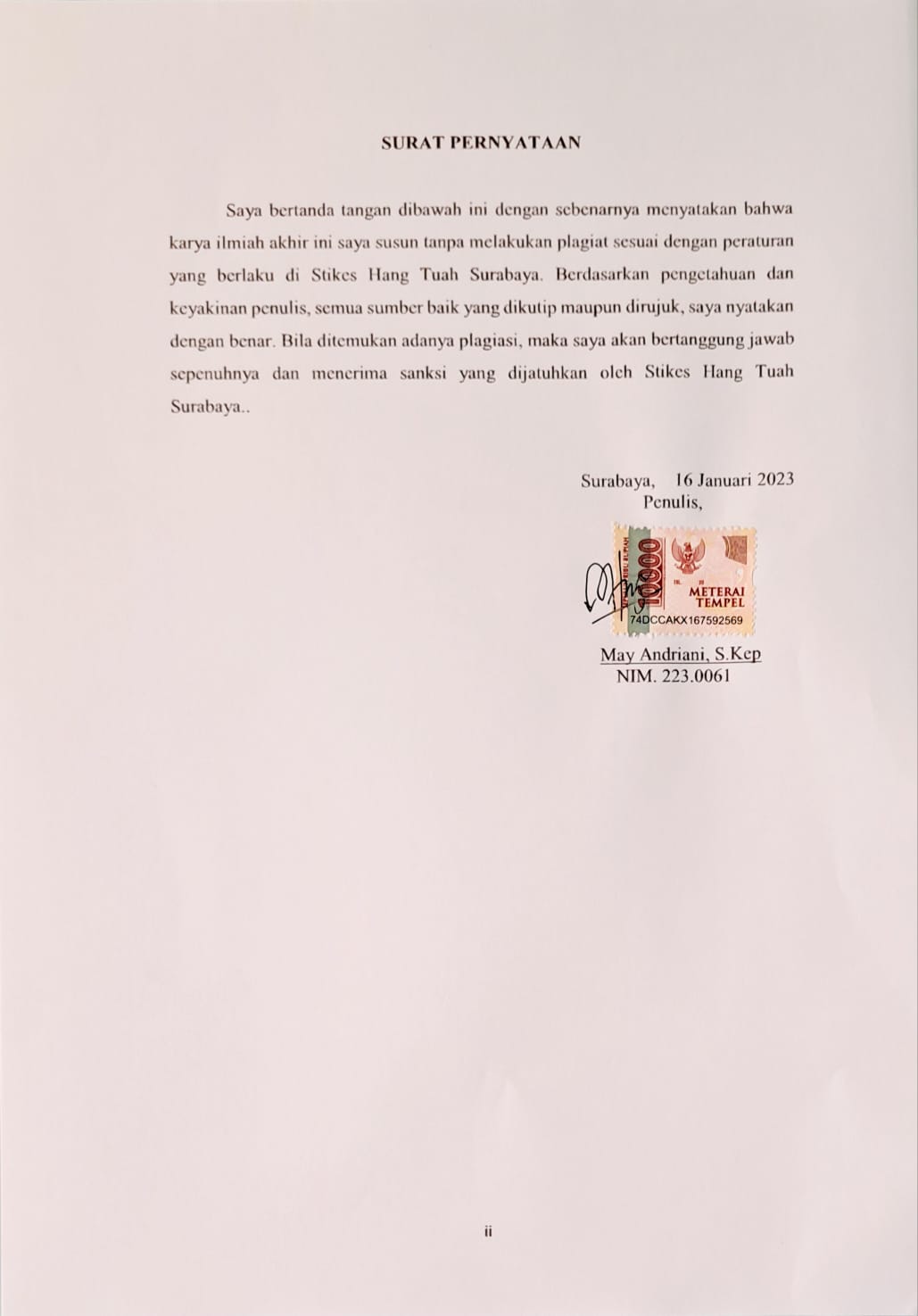
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

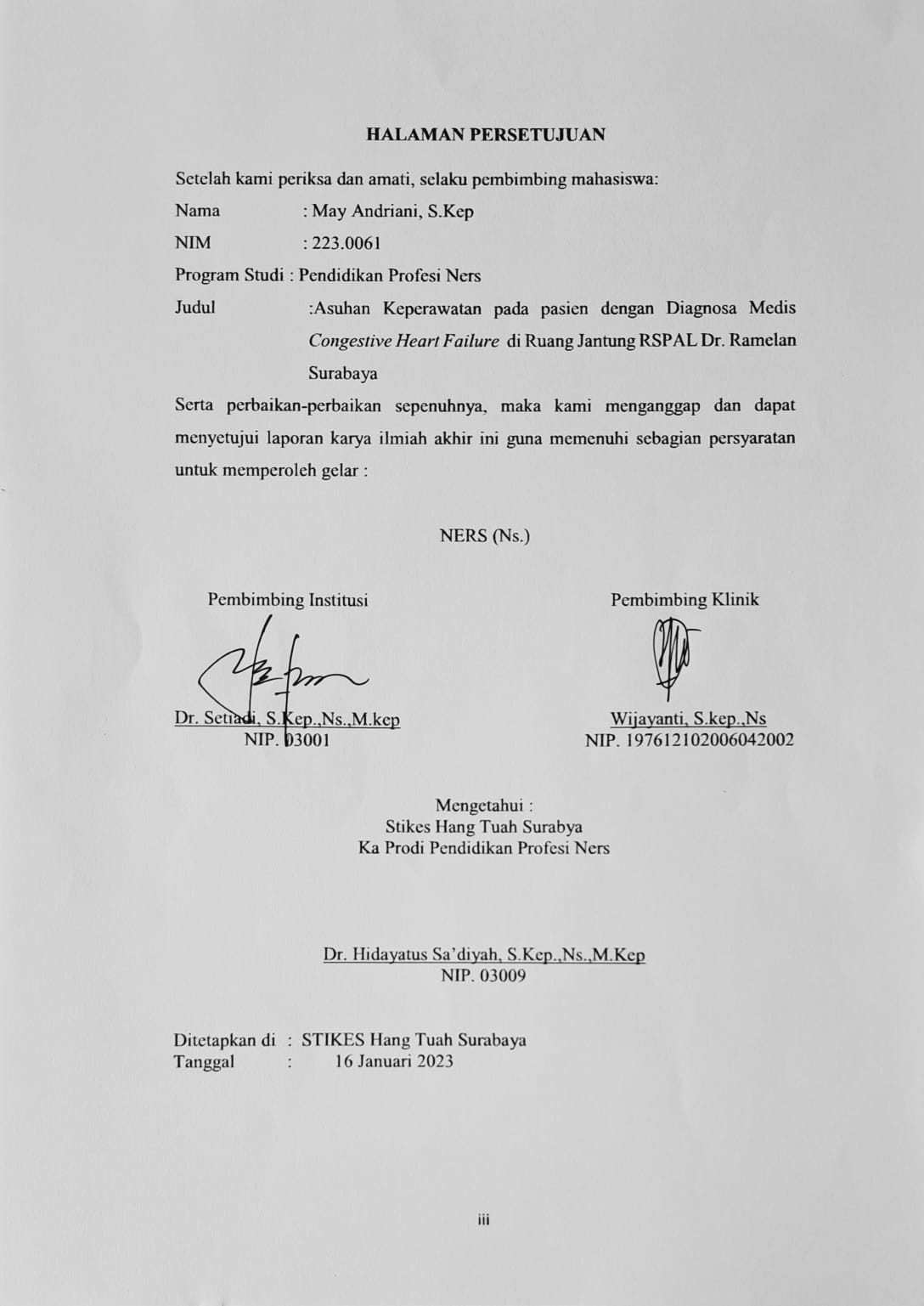
**SURABAYA**

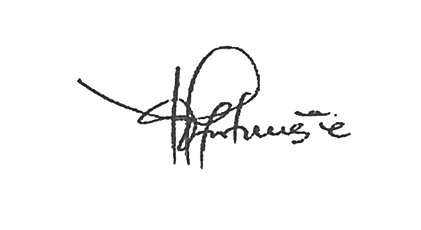
**2023**

# SURAT PERNYATAAN



# HALAMAN PERSETUJUAN





# HALAMAN PENGESAHAN

# C:\Users\ASUS\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\TTD.pngC:\Users\May Andriani\Downloads\WhatsApp Image 2023-02-03 at 04.10.47.jpeg

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa kebehasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak 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 (Purn), Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana TNI dr. Gigih Imanta J, Sp.PD., Finansim., M.M yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.KMB, selaku penguji ketua yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.kep selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Wijayanti S.Kep., Ns selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yangpenuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. 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 Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 16 Januari 2023

Penulis,

# DAFTAR ISI

[KARYA ILMIAH AKHIR i](#_Toc125525038)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc125525039)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc125525040)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc125525041)

[KATA PENGANTAR iv](#_Toc125525042)

[DAFTAR ISI viii](#_Toc125525043)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc125525044)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc125525045)

[DAFTAR LAMPIRAN xiv](#_Toc125525046)

[DAFTAR SINGKATAN xv](#_Toc125525047)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc125525048)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc125525049)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc125525050)

[1.3 Tujuan 4](#_Toc125525051)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc125525052)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc125525053)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc125525054)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 5](#_Toc125525055)

[1.4.2 Manfaat Praktis 5](#_Toc125525056)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc125525057)

[1.5.1 Metode 6](#_Toc125525058)

[1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data 6](#_Toc125525059)

[1.5.3 Sumber Data 6](#_Toc125525060)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc125525061)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc125525062)

[2.1 Konsep Penyakit 8](#_Toc125525063)

[2.1.1 Definisi *Congestive Heart Failure* 8](#_Toc125525064)

[2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung 9](#_Toc125525065)

[2.1.3 Etiologi *Congestive Heart Failure* 14](#_Toc125525066)

[2.1.4 Manifestasi Klinis *Congestive Heart Failure* 16](#_Toc125525067)

[2.1.5 Klasifikasi *Congestive Heart Failure* 18](#_Toc125525068)

[2.1.6 Patofisiologi *Congestive Heart Failure* 18](#_Toc125525069)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 20](#_Toc125525070)

[2.1.8 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* 21](#_Toc125525071)

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure* 22](#_Toc125525072)

[2.2.1 Pengkajian 22](#_Toc125525073)

[2.2.2 Diagnosa Keperawatan 30](#_Toc125525074)

[2.2.3 Intervensi Keperawatan 31](#_Toc125525075)

[2.2.4 Implementasi Keperawatan 49](#_Toc125525076)

[2.2.5 Evaluasi Keperawatan 49](#_Toc125525077)

[2.3 WOC *Congestive Heart Failure* 51](#_Toc125525078)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 52](#_Toc125525079)

[3.1 Pengkajian 52](#_Toc125525080)

[3.1.1 Identitas 52](#_Toc125525081)

[3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan 52](#_Toc125525082)

[3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan 55](#_Toc125525083)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik 60](#_Toc125525084)

[3.1.5 Pemeriksaan Penunjang 63](#_Toc125525085)

[3.1.6 Lembar Pemberian Terapi 65](#_Toc125525086)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 66](#_Toc125525087)

[3.2.1 Analisa Data 66](#_Toc125525088)

[3.2.2 Prioritas Masalah Keperawatan 68](#_Toc125525089)

[3.3 Rencana Asuhan Keperawatan 70](#_Toc125525090)

[3.4 Implementasi & Evaluasi 73](#_Toc125525091)

[BAB 4 PEMBAHASAN 98](#_Toc125525092)

[4.1.1 Identitas 98](#_Toc125525093)

[4.1.2 Riwayat Kesehatan 99](#_Toc125525094)

[4.1.3 Pola Fungsi Kesehatan 100](#_Toc125525095)

[4.1.4 Pemeriksaan Fisik Persistem 102](#_Toc125525096)

[4.1.6 Pemberian Terapi 107](#_Toc125525097)

[4.2. Diagnosa Keperawatan 108](#_Toc125525098)

[4.3. Perencanaan Keperawatan 112](#_Toc125525099)

[4.4 Pelaksanaan Keperawatan 117](#_Toc125525100)

[4.5. Evaluasi Keperawatan 119](#_Toc125525101)

[BAB 5 PENUTUP 121](#_Toc125525102)

[2.1. Simpulan 121](#_Toc125525103)

[2.2. Saran 122](#_Toc125525104)

[DAFTAR PUSTAKA 124](#_Toc125525105)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2.1 Klasifikasi Fungsional *Congestive Heart Failure*  18](#_Toc123820594)

[Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Congestive Heart Failure* 32](#_Toc123820595)

[Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang 62](#_Toc123820596)

[Tabel 3.3 Analisa Data 64](#_Toc123820597)

[Tabel 3.4 Prioritas Masalah 67](#_Toc123820598)

[Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan 68](#_Toc123820599)

[Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi 71](#_Toc123820600)

[Tabel 3.7 Evaluasi Sumatif 71](#_Toc123820600)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Anatomi Jantung 9](#_Toc123820206)

[Gambar 2.2 Kedudukan Jantung dalam Perbandingan Terhadap Sternum,Iga-Iga, dan Tulang Rawan Konstal 10](#_Toc123820207)

[Gambar 2.3 Katup-Katup Jantung 11](#_Toc123820208)

# DAFTAR LAMPIRAN

[Lampiran 1 *Curriculum Vittae* 103](#_Toc123820956)

[Lampiran 2 *Motto* dan Persembahan 104](#_Toc123820957)

[Lampiran 3 Lembar Keperawatan *Intensif* 105](#_Toc123820958)

[Lampiran 4 Lembar Keperawatan *Intensif* 106](#_Toc123820959)

[Lampiran 5 Lembar Keperawatan *Intensif* 107](#_Toc123820960)

[Lampiran 6 Lembar Konsul Bimbingan Karya Ilmiah 108](#_Toc123820960)

[Lampiran 7 SPO Pelaksanaan Pemasangan *Elektrokardiografi* 111](#_Toc123820960)

# DAFTAR SINGKATAN

K/U : Keadaan Umum

TD : Tekanan Darah

TTV : Tanda-Tanda Vital

HR : *Hearth Rate*

CHF : *Congestive Heart Failure*

AHA : *American Heart Association*

KTE : *Kejadian Tromboemboli*

NYHA : *New York Heart Association*

EKG : *Ekokardiografi*

BUN : *Blood Ureum Nitrogen*

ACEI : *Angiotensin Converting Enzym Inhibitor*

ARB : *Angiotensin Receptor Blocker*

PAWP : *Pulmonary Artery Wedge Pressure*

GCS : *Glasglow Coma Scale*

# BAB 1

# PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Congestive Heart Failure*, disebut juga gagal jantung kongestif, merupakan sindrom klinis akibat kerusakan struktural dan fungsional jantung yang menyebabkan berkurangnya volume darah yang dipompa oleh jantung (Inamdar dan Inamdar, 2016). *Congestive Heart Failure* yaitu ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluruh tubuh sehingga jantung hanya memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan adekuat. Bila terjadi kegagalan jantung hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh dan menyebabkan edema (Udjianti, Wajan Juni, 2013). Perkembagan penyakit CHF pada seseorang semakin hari semakin memburuk. Pasien yang mengalami CHF akan mengalami masalah fisik dengan tanda dan gejala yang khas. Hal tersebut membuat kondisi pasien semakin buruk dan keluhan akan penyakit seringkali muncul seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas, mudah lelah, dan pergelangan kaki yang bengkak. Semakin menurunya curah jantung juga menyebabkan insomnia dan penurunan berat badan pada kasus gagal jantung yang berat (Nurkhalis & Adista, 2020).

*Congestive Heart Failure* telah ditetapkan sebagai pandemi global karena telah menyerang 64 juta orang di dunia (Groenewegen et al., 2020). Pada tahun 2019, penyakit ini diperkirakan memakan biaya 364,17 miliar US dollar di dunia dan 5.380 US dollar dihabiskan pada setiap kasusnya atau setara kurang lebih 77 juta rupiah (Lippi dan Sanchis-Gomar, 2020). Terdapat 915.000 kasus baru tiap tahunnya dengan insiden yang mendekati 10 per 1.000 pada usia >65 tahun di

Amerika Serikat (Savarese dan Lund, 2017). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi *Congestive Heart Failure* di Indonesia adalah sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk, untuk urutan yang kedua ada pada provinsi Jawa Timur yaitu dengan jumlah 151.878 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Berdasarakan pengumpulan data yang dilakukan pada periode bulan Januari – September 2022 terdapat sebanyak 59 (9,65%) kasus gagal jantung di pavilun jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

*Congestive Heart Failure* terjadi akibat ketidakmampuan otot jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung antara lain *atreosklerosis koroner, hipertensi arterial,* dan penyakit degeneratif atau inflamasi (Karson, 2017 dalam Aritonang, 2019). Sesak nafas adalah suatu ketidaknyamanan atau kesulitan bernafas yang disebabkan oleh penyakit paru-paru, penyakit jantung, anemia dan kurangnya berolahraga (American Thoracic Society, 2013; 3-4). Pasien CHF yang mengalami tiba – tiba sesak nafas yang berat saat bangun dari tidur (*Paroxyismal nocturnal Dyspnea*), dapat berefek kearah eksaserbasi/perburukan akut kongesti jantung, edema paru dan akhirnya kematian (Black & Hawks, 2014; 110:112 dalam Purwowiyoto, 2018). Permasalahan ini akan memunculkan beberapa masalah keperawatan antara lain penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung, frekuensi jantung, kontraktilitas, *preload* serta perubahan *afterload* dikarenakan jantung mengalami penurunan fungsi katup sehingga mengakibatkan suplai O2 ke jaringan berkurang.. Penderita akan mengalami sesak napas dan *Respiratory Rate* (RR) meningkat karena adanya ketidakseimbangan suplai O2 dan kebutuhan, kondisi disini penderita mengalami masalah keperawatan pola nafas tidak efektif (SDKI, 2017).

Tenaga kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam penanganan

*Congestive Heart Failure* perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki kontraktilitas atau perfusi sistemik, istirahat total dalam posisi *semi fowler*, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan, menurunkan volume cairan yang berlebih dengan mencatat asupan dan haluaran. Prognosis pada CHF akan buruk bila penyebabnya tidak dapat diperbaiki. Setengah dari populasi pasien penderita CHF akan meninggal dalam empat tahun sejak diagnosis ditegakkan, dan lebih dari 50% akan meninggal dalam tahun pertama pada pasien yang mengalami gagal jantung berat. Rehabilitasi medik merupakan kegiatan untuk meningkatkan kemampuan fungsional seseorang sesuai dengan potensi yang dimiliki untuk mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas hidup dengan cara mencegah atau mengurangi *impairment, disabilitas, dan handicapt* semaksimal mungkin (Kemenkes RI 2018). Selain itu perawat berperan melakukan pendidikan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan pemulangan dan kebutuhan untuk perawatan tindak lanjut di rumah (Pertiwiwati & Rizany, 2017). Dengan adanya peningkatan kualitas perawat di dalam pengembangan bidang keperawatan yang komprehensif meliputi bio-psikososial-spiritual di harapkan akan dapat membantu menekan angka morbiditas menuju masyarakat yang sehat jasmani rohani dan produktif secara mandiri.

### 1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

### 1.3 Tujuan

### 1.3.1 **Tujuan Umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart* *Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

### 1.3.2 **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Congestive* *Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada dengan *Congestive Heart Failure* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

### 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Congestive Heart Failure* sehingga penatalaksanaan bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di rumah sakit yang bersangkutan**.**

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure.*

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kualitas asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

### 1.5 Metode Penulisan

### 1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah metode case study yaitu metode yang sifatnya mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### 1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

Langkah-langkah yang diambil dalam karya tulis ilmiah ini yaitu:

1. Studi kepustakaan, yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang berkaitan dengan *Congestive Heart Failure* dan asuhan keperawatan, dengan membaca sumber-sumber lain yang berkaitan dengan Observasi
2. Wawancara, yaitu wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, dokter serta petugas tim kesehatan lainnya.
3. Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati pada saat melakukan asuhan keperawatan.
4. Pemeriksaan, yaitu meliputi pemeriksaan fisk dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### 1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari pasien.
2. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan yang lain.

### 1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

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

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, mengenai konsep fraktur collum femur, dan konsep asuhan keperawatan *Congestive Heart Failure*.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*.

BAB 4 : Berisi tentang pembahasan analisis masalah yang mencakup fakta, teori dan analisis atau opini.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

1. Bagian akhir: terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit *Congestive Heart Failure* dan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*. Konsep penyakit yang akan diuraiakan adalah definisi, etiologi, maifestasi klinis, tanda dan gejala, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Congestive Heart Failure* dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

### 2.1 Konsep Penyakit

### 2.1.1 Definisi *Congestive Heart Failure*

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologi dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup (Ongkowijaya & Wantania, 2016).

Gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan *fatigue* (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik) (Sudoyo Aru,dkk 2009) dalam (Nurarif & Kusuma, 2015).

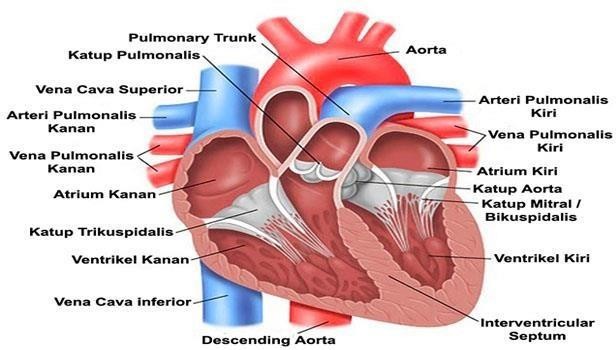
Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk

keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi (Aspani, 2016).

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung

1 Anatomi Jantung

Use the "Insert Citation" button to add citations to this document.



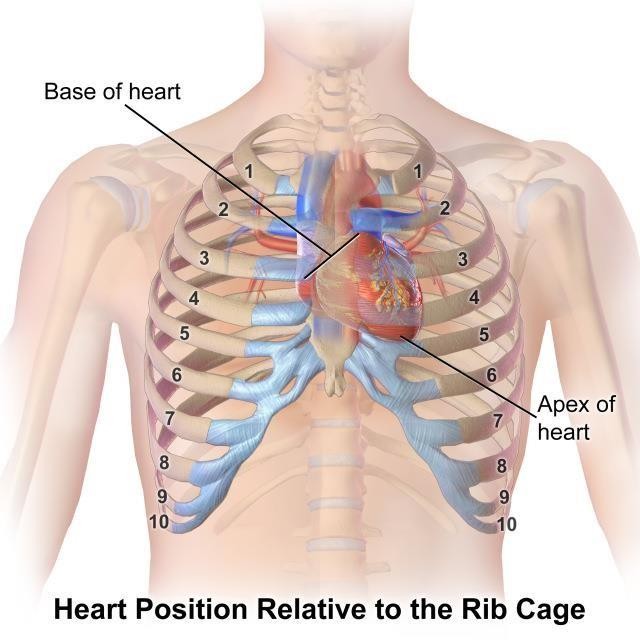
Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Sumber : (Narolita, 2018)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial (Rahmadhani, 2020).

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

1. Kedudukan jantung : jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. (lihat **Gambar 2.2**).



Gambar 2.2 Kedudukan Jantung dalam Perbandingan Terhadap Sternum,Iga-Iga, dan Tulang Rawan Konstal.

Sumber : (https://www.nerslicious.com/anatomi-fisiologi-darah/, n.d.)

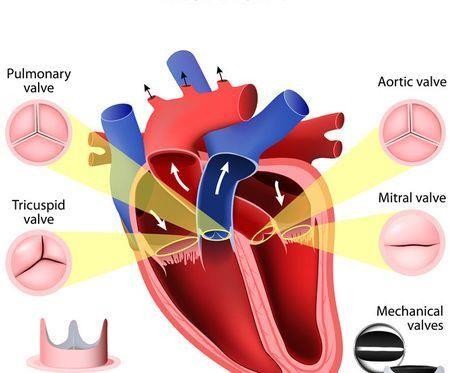
b. Lapisan Jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

1) Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.

2) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.

3) Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

c. Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar. (lihat Gambar 2.3)



**Gambar 2.3** Katup-Katup Jantung

Sumber : (https://www.nerslicious.com/anatomi-fisiologi-darah/, n.d.)

1) Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel.

Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskuspidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskuspidalis atau katup mitral memiliki 2 buah dauh katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.

2) Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel

d. Ruang jantung : jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri, dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara organ rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

2. Fisiologi jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel (Rahmadhani, 2020).

Sisklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemarker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, sistole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali. Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh :

a. Beban awal *(pre-load)*

1) *Pre-load* adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.

2) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.

3) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.

4) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang 2,0 µm dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.

5) Hukum frank starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan pre-load terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.

6) Peregangan sarkomet yang paling optimal adalah 2,2 µm. Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi 2,2 µm, kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

b. Daya kontraksi

1) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.

2) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

c. Beban akhir *(After-load)*

1) *After-load* adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.

2) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.

3) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.

4) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah ±70ml sehingga curah jantung diperkirakan ±5 liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.

5) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedangkan saat tidur curah jantung akan menurun.

### 2.1.3 Etiologi *Congestive Heart Failure*

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut : (Aspani, 2016)

1. Disfungsi miokard
2. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sistolic over-oad*).
3. Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus
4. Arteriosus paten
5. Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasiaorta
6. Disaritmia
7. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (*diastolic overload)*
8. Peningkatan kebutuhan metabolik (*demand oveload)*

Menurut Smeltzer (2013) dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

1. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati. Peradangan dan penyakit miocardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

1. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Infark miokardium menyebabkan pengurangan kontraktilitas, menimbulkan gerakan dinding yang abnormal dan mengubah daya kembang ruang jantung .

1. Hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload*)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel.

1. Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, perikarditif konstriktif atau stenosis AV), peningkatan mendadak after load. Regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan preload) sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (after load)

1. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal : demam, tirotoksikosis). Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

### 2.1.4 Manifestasi Klinis *Congestive Heart Failure*

1. Gagal Jantung Kiri

a. Kongesti pulmonal : *dispnea* (sesak), batuk, krekels paru, kadar saturasi oksigen yang rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau “gallop ventrikel” bisa dideteksi melalui auskultasi.

b. Dispnea saat beraktifitas (DOE), ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal (PND).

c. Batuk kering dan tidak berdahak diawal, lama kelamaandapat berubah menjadi batuk berdahak.

d. Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah).

e. Perfusi jaringan yang tidak memadai.

f. Oliguria (penurunan urin) dan nokturia (sering berkemih dimalam hari)

g. Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala- gejala seperti: gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab.

h. Takikardia, lemah, pulsasi lemah, keletihan.

2. Gagal Jantung Kanan

Kongestif jaringan perifer dan viscelar menonjol, karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomondasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena.

a. Edema ekstremitas bawah

b. Distensi vena leher dan acites

c. Hepatomegali dan hipervolemi tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena dihepar.

d. Anorexia dan mual

e. Kelemahan

### 2.1.5 Klasifikasi *Congestive Heart Failure*

Klasifikasi Fungsional gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA), sebagai berikut :

**Tabel 2.1** Klasifikasi Fungsional *Congestive Heart Failure*

|  |  |
| --- | --- |
| Kelas 1 | Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dipsnea napas, palpitasi atau keletihan berlebihan |
| Kelas 2 | Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan keletihan dan palpitasi. |
| Kelas 3 | Keterbatasan aktifitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala. |
| Kelas 4 | Tidak dapat melakukan aktifitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktifitas fisik apapun. |

Sumber : (Aspiani, 2016)

Pasien yang mengalami gagal jantung kongestif memiliki gejala seperti rasa cepat lelah, sesak napas, takipnea dan takikardi. Kondisi fisik ini sangat mempengaruhi kemampuan dan fungsi pasien sehingga akan sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Arroll et al, 2010).

### 2.1.6 Patofisiologi *Congestive Heart Failure*

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. (Aspiani, 2016)

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 arteriol). 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 brpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Rosyid & Marhana, 2018).

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya sebagai berikut :

1. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
2. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuanuntuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelummnya.
3. Ekokardiografi
4. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering diapakai dan ditanyakan bersama EKG)
5. Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
6. Ekokardiografi dopoler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)
7. Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau *insufisiensi*
8. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atauperubahan dalam pembuluh darah abnormal
9. Elektrolit : Mungkin beruban karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
10. Oksimetrinadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jikagagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
11. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO2 (akhir)
12. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dankreatinin merupakan indikasi
13. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung.

### 2.1.8 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure*

Penatalakasanaan gagal jantung dibagi menjadi 2 terapi yaitu sebagai berikut:

1. Terapi farmakologi :

Terapi yang dapat iberikan antara lain golongan diuretik, *angiotensin converting enzym inhibitor* (ACEI), beta bloker, *angiotensin receptor blocker* (ARB), glikosida jantung , antagonis aldosteron, serta pemberian laksarasia pada pasien dengan keluhan konstipasi.

1. Terapi non farmakologi :

Terapi non farmakologi yaitu antara lain tirah baring, perubahan gaya hidup, pendidikan kesehatan mengenai penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan, monitoring dan kontrol faktor resiko.

### 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure*

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart* *Failure* (CHF) meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik, dan memantau hasil tes hematologi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit serta kebutuhan nutrisi.(Rahmadhani, 2020)

1. Identitas :

1. Identitas pasien : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.
2. Identitas Penanggung Jawab: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

Kualitas hidup pasien dengan CHF dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*). Umur dan jenis kelamin merupakan faktor yang sangat penting pada pasien CHF. Semakin bertambah tua umur seseorang, maka penurunan fungsi tubuh akan terjadi baik secara psikologis maupun fisik (Nurchayati, 2011). Begitu juga dengan jenis kelamin, pria lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi tubuh yang lebih baik daripada wanita terutama fisik (Juenger et al, 2002). Pada lansia berumur 40 tahun keatas yang tidak aktif, jantung kirinya mengalami pengecilan sebagai respon terhadap rendahnya beban kerja yang dibutuhkan (Smeltzer et al, 2008). Heo et al (2009) juga mengatakan bahwa penuaan dapat mengakibatkan penurunan elastisitas dan pelebaran aorta, penebalan dan kekakuan katup jantung, serta peningkatan jaringan ikat yang mengakibatkan terjadinya gagal jantung pada manula.

2. Keluhan utama : Pasien dengan CHF akan mengeluh sesak saat bekerja, dipsnea nokturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, hipervolemi dada, edema ektremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urine menurun.

3. Riwayat penyakit sekarang

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

4. Riwayat penyakit dahulu

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

1. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lain seperti DM, Hipertensi.

1. Pola Fungsi Kesehatan
2. Aktifitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dipsnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas.
3. Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial,kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.
4. Respirasi : dipsnea pada waktu aktifitas, takipnea, riwayat penyakit paru. Pola makan dan cairan : hilang nafsu makan, mual dan muntah.
5. Eliminasi : penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi.
6. Neuorologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi. Interaksi sosial : aktifitas sosial berkurang
7. Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis
8. Pemeriksaan fisik secara umum
9. Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien.
10. Tanda-tanda Vital :
11. Tekanan Darah, Nilai normalnya : Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg Nilairata-rata diastolik : 80-90 mmHg
12. Nadi, Nilai normalnya : Frekuensi : 60-100x/menit (bradikardi atau takikkardi)
13. Pernapasan, Nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x/menit. Pada pasien : respirasi meningkat, dipsnea pada saat istirahat / aktivitas
14. Suhu Badan, Metabolisme menurun, suhu menurun *Head to toe examination* :
15. Kepala : bentuk , kesimetrisan
16. Mata : konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak ? Mulut: apakah ada tanda infeksi?
17. Telinga : kotor atau tidak, ada serumen atau tidak,kesimetrisan Muka; ekspresi, pucat
18. Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
19. Dada : gerakan dada, deformitas
20. Abdomen : Terdapat asites, hati teraba dibawah arkuskosta kanan
21. Ekstremitas: lengan-tangan : reflex, warna dan tekstur kulit, edema, clubbing, bandingakan arteri radialis kiri dan kanan.
22. Pemeriksaan khusus jantung :
23. Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictuscordis (normal : ICS ke5)
24. Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasiatau hepertrofi ventrikel
25. Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasaKanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis DextraKiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra
26. Auskulatsi : bunyi jantung I dan II

BJ I : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isimetris dari bilik pada permulaan systole.

BJ II : terjadi akibat getaran menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis pada dinding toraks. Ini terjadi kira-kira pada permulaan diastole.

(BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)

8. Pemeriksaan fisik persistem

a. B1 *(Breath)*

Dispneu, ortopneu, batuk, crakles (suara basah dan halus), posisi pasien dalam mengambil nafas (duduk/berbaring). Fremitus raba simetris atau tidak, gerakan dinding dada simetris atau tidak/ tidak sonor/redup

b. B2 *(Blood)*

Adanya keluhan lemah fisik, ada edema, ada distensi vena jugularis. Denyut nadi perifer lemah/cepat/tidak teratur, ictus kordis teraba/tidak, CRT >2 deti, akral dingin, pitting edema. Batas janutng mengalami pergeseran, bunyi jantung tambahan, adanya sinus takikardi, perubahan denyut nadi yang cepat dan lemah (denyut nadi yang ceoat atau takikardi), pada auskultasi ditemukan adanya bunyi jantung ketiga dan keempat

c. B3 *(Brain)*

Kesadaran penderita biasanya compos mentis, agak terganggu apabila gangguan perfusi jaringan dalam skala berat. Pengkajian objektif terhadap psien ditandai dengan wajah pasien yang terlihat meringis, menangis, atau merintih

d. B4 *(Bladder)*

Adanya oliguria sebagai tanda awal terjadinya shock kardiogenik, adanya edema ekstremitas menandakan adanya retensi cairan yang parah

e. B5 *(Bowl)*

Pasien merasa mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesran vena dan statis vena dalam ringga abdomen, serta penurunan berat badan.

f. B6 (Bone)

Kulit dingin dan pucat, mudah lelah.

1. Pemeriksaan penunjang
   * 1. Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa CHF
     2. EKG dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram
     3. Pemeriksaan laboratorium : Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin meningkat, peninkatan bilirubin dan enzim hati.
2. Terapi medis

Penatalaksanaan berdasarkan kelas *New York Heart Assosiation* (NYHA) dalam (Kasron, 2016) sebagai berikut :

1. Kelas 1: non farmakologi, meliputi diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alcohol dan rokok, aktifitas fisik, dan manajemen stress.
2. Kelas 2 dan 3: terapi pengobatan meliputi: diuretic, vasodilator, ace inhibator, digitalis, dopamineroik, oksigen.
3. Kelas 4: kombinasi diuretic, digitalis, ACE inhibator, seumur hidup.

Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* meliputi:

a. Non farmakologis

1) *Congestive Heart Failure* kronik

1. Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
2. Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari) untuk menurunkan edema
3. Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAID karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
4. Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari)
5. Olahraga secara teratur

2) *Congestive Heart Failure* akut

1. Oksigenasi (ventilasi mekanik)
2. Pembatasan cairan (<1,5 liter/hari)

b. Farmakologis

Tujuan: untuk mengurangi afterlood dan preelood.

1. *First line drugs*: diuretik

Tujuan: mengurangi afterlood pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolic. Obatnya adalah: thiazide diuretik untuk Congestive Heart Failure (CHF) sedang, loop diuretic, metolazone (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium sparing

diuretik.

1. *Second line drugs*: ACE inhibitor

Tujuan: membantu meningkatkan *Cardiac Out Put* (COP) dan menurunkan kerja jantung. Obatnya adalah:

1. Digoxin: meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolic yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
2. Hedralizine: menurunkan after load pada disfungsi sistolik.
3. Isobarbide dinitrat: mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik,
4. hindari vasodilator pada disfungsi sitolik.
5. Calcium channel blocker: untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
6. Beta blocker: sering dikontra indikasikan karena menekan respon miokard.
7. Digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi HR, mencegah iskemi
8. miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa yang muncul pada diagnosa medis *Congenital Heart Failure*, adalah sebagai berikut :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas (D.0008)
2. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)
4. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (mis: hipervolemi saat bernafas) (D.0005)
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
7. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
8. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologi (mis:stress, keengganan untuk makan) (D.0019)
9. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan kelebihan volume cairan (D.0139)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabel 2.2** Intervensi Keperawatan *Congestive Heart Failure* | | | | | |
| **Dx. keperawatan** | | **Tujuan dan**  **Kriteria hasil** | | **Intervensi** | **Rasionalisasi** |
| 1. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas | | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat.  Kriteria hasil:  **Curah jantung (L.02008)**   1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat   Tidak ada edema | | **Perawatan jantung (I.02075)**  **Observasi :**   1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu   yang sama   1. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 3. Monitor EKG 12 sadapan 4. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 5. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 6. Periksa tekanan darah dan fungsi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 7. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)   **Terapeutik :**   1. Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 5. Berikan dukungan emosional dan spiritual 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%   **Edukasi :**   1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung | 1. Penurunan curah jantung yang dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, dan adanya peningkatan CVP 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala dapat meningkatkan keefektifan pengobatan serta prognosis suatu penyakit 3. Untuk mengetahui seberapa kuatnya tekanan darah di arteri pada saat jantung di pompa 4. Untuk mengetahui balance cairan 5. Hipokalemia dapat membatasi keaktifan terapi dan dapat terjadi dengan penggunaan diuretic penurunan kalium 6. Untuk mengetahui penurunan status oksigen. Mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia 7. Nyeri dada yang muncul pada pasien dengan penurunan curah jantung, biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang terjadi yg berhubungan dengan system coroner 8. Depresi segmen ST dan datarnya gelombang Tdapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen miocard, meskipun tidak ada penyakit arteri coroner 9. Mengetahui adanya perubahan pada irama dan frekuensi jantung 10. Untuk menegakkan diagnostic yang sesuai 11. Untuk mengukur stamina / kemampuan kita sebelum / sesudah beraktivitas 12. Hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas karena efek obat (vasodilatasi) 13. Agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik 14. Merupakan risiko nutrisi dalam hipertensi 15. Gaya hidup yang sehat dapat membantuperubahan pola hidup, sehingga pasien dapat tetap ada dalam ruang lingkup sehat jika gaya hidup diubah menjadi lebih sehat 16. Stress emosi menghasilkan vasokontriksi yang meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi/kerja jantung 17. Membantu pasien menghindari situasi stress dan lebih rileks 18. Meningkatkan oksigenasi maksimal, yang menurunkan kerja jantung, alat dalam memperbaiki iskemia jantung dan disritmia 19. Agar tidak menambah beban jantung 20. Untuk keamanan dan/atau memodifikasi aktivitas kehidupan sehari-hari 21. Nikotin adalah stimulant jantung dan dapat memberikan efek merugikan pada fungsi jantung 22. Indikator utama keefektifan terapi diuretik 23. Untuk mengetahui balance cairan 24. Aritmia adalah obat yang digunakan untuk menangani kondisi aritmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat/terlalu lambatdan tidak teratur 25. Untuk mendapatkan penangan lebih tepat |
| 2. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan | | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.  Kriterian hasil :  **Keseimbangan cairan (L. 03020)**   1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat   Mampu mengontrol asupan cairan | | **Manajemen hipervolemia (I.03114)**  **Observasi**   1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO,CI), Jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) 6. Monitor kecepatan infus secara ketat 7. Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)   **Terapeutik**   1. Timbang berat badan setiap hari pada waktuyang bersamaan 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat   **Edukasi**   1. Anjurkan melapor jika haluaran urine < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4. Ajarkan cara membatasi cairan   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian diuret 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | 1. Mengetahui terjadi retensi cairan yang ditandai asites 2. Untuk menentukan intervensi yang tepat sesuai penyebabnya 3. Hypervolemia dapat meningkatkan beban jantung saat memompa 4. Menentukan balance cairan 5. Untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah 6. Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk kedalam tubuh 7. Untuk menurunkan volume cairan ekstrasel/edema 8. Hipokalemia dapat membatasi keaktifan terapi dan dapat terjadi dengan penggunaan diuretic penurunan kalium 9. Untuk mengurangi cairan dalam tubuh/edema 10. Untuk mengurangi sesak 11. Untuk menentukan balance cairan 12. Catat perubahan ada/hilangnya edema sebagai respon terhadap terapi 13. Memberikan beberapa rasa kontrol dalam menghadapi upaya pembatasan 14. Klien paham cara membatasi cairan 15. Menghambat reabsorbsi natrium/klorida, yg meningkatkan ekskresi cairan dan menurunkan kelebihan cairan total tubuh dan edema paru 16. Agar jumlah kalium dalam tubuh tetap terjaga. Tipe diuretic tergantung pada derajat gagal jantung dan status fungsi ginjal |
| 1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus- kapiler | | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.  Kriteria hasil : **Pertukaran gas (L.01003)**   1. Dipsnea menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Pola nafas membaik 4. PCO2 dan O2 membaik | | **Pemantauan Respirasi (I.01014)**  **Observasi :**   1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-Stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan bantuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks   **Teraupetik :**   1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan   **Edukasi :**   1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu | 1. Pengenalan diri dan pengobatan ventilasi abnormal dapat mencegah komplikasi 2. Kecepatan siasanya meningkat dispneu dan terjadi peningkatan kerja nafas. Kedalama pernafasan bervariasi tergantun derajat gagal nafas . ekspansi dada terbatas yang berhubunga dengan atelektasis atau nyeri dada 3. Membersihkan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen 4. Meningkatkan mobilisasi sekresi dan mencegah risiko tinggi retensi sekresi. 5. Untuk menunjang proses sumbatan jalan nafas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas 7. Menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan secret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut 8. Untuk mengetahui penurunan status oksigen. Mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia 9. Hipoksemia dapat menjadi berat selama edema paru 10. Menunjukkan perubahan indikasif peningkatan/perbaikan kongesti paru 11. Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien 12. Untuk memantau sejauh mana perkembangan pasien 13. Untuk menjelaskan perincian atau standart yang tetap mengenai tindakan yang diberikan 14. Untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan selanjutnya |
| 1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: hipervolemi saat bernafas) | | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.  Kriteria hasil :  **Pola nafas (L.01004)**   1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada pengguanaan ototbantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tandadipsnea | | **Manajemen jalan nafas (I.01011)**  **Observasi :**   1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)   **Terapeutik :**   1. Pertahanan kepatenan jalan napas dengan *head-tift* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minuman hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Berikan Oksigen, Jika perlu   **Edukasi :**   1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu | 1. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan sudah normal/tidak 2. Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan aktelektaksis, ronki, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan 3. Meningkatkan mobilisasi sekresi dan mencegah risiko tinggi retensi sekresi. 4. Agar kepatenan jalan nafas tetap terjaga 5. Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 6. Menurunkan spasme bronkus 7. Untuk mengeluarkan sputum 8. Untuk mengurangi akumulasi produksi sputum 9. Untuk mencegah hipoksemia 10. Meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar, yang dapat memperbaiki/menurunkan hipoksemia jaringan 11. Hidrasi membantu menurunkan kekentalan secret, mempermudah pengeluaran 12. Membersihkan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen 13. Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti local, menurunkan spasme jalan nafas, mengi dan produksi mukosa |
| 1. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat.  Kriteria hasil :  **Perfusi perifer (L.02011)**  1. Nadi perifer teraba kuat  2. Akral teraba hangat  3. Warna kulit tidak pucat | | **Perawatan sirkulasi (I.4570)**  **Observasi**   1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstrimitas   **Terapeutik**   1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi   **Edukasi**   1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) | | 1. Mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perfier  2. Beberapa penyakit seperti diabetes , hipertensi , hiperkolesterol dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer  3. Mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh   1. Untuk mencegah kekurangan / perubahan sirkulasi perifer 2. Mencegah ketidakakuratan hasil dari pengukuran   6. Sirkulasi perfier yang terganggu dapat memperlambat penyembuhan luka pada area yang cedera  7. Untuk mencegah munculnya infeksi akibat invasi bakteri  8. Mencegah terjadinya luka pada kaki  9. Mencegah terjadinya dehidrasi dan Syok hipovolemik  10. Merokok merupakan salah satu pemicu terjadinya ganggaun perfusi perifer  11. untuk memperlanjar sikulasi perfusi perifer  12. untuk mencegah terjadi nya luka terkait penggunaan air mandi  13. Mengontrol resiko dari peningkatan tekanan darah  14. penyakit hipertensi merupakan salah satu penyebab gangguan sirkulasi perifer  15. menghindari resiko ketidak sesuaian dalam pelaksaan terapi  16. mengcegah terjadinya luka  17. meningkatkan jumlah oksigen yang ada  18. Memberikan pemahaman terhadap pelaksanaan program diet yang ditetapkan  19. Mengetahui secara dini bahaya yang terjadi pada pasien. |
| 6. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.  Kriteria hasil :  **Toleransi aktivitas (L.05047)**   1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mangatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun | | **Manajemen energi (I.050178)**  **Observasi**   1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang 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 rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan   **Edukasi**   1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan | | 1. Untuk mengukur kemampuan 2. Mengetahui koping pasien 3. Mengetahui dan menjadwalkan pola dan jam tidur yang teratur 4. Untuk mengidentifikasi penyebab pasien tidak toleran terhadap aktifitas 5. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan dari persendian, memelihara dan meningkatkan kekuatan otot, serta mencegah kelainan bentuk 6. Menghilangkan stress dan rileksasi tubuh 7. Mencegah resiko jatuh 8. Mengurangi resiko jatuh 9. Agar pasien bisa beristirahat 10. Untuk keamanan dan/atau memodifikasi aktivitas kehidupan sehari-hari 11. Untuk mendapatakan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi/kemampuan 12. Untuk mencegah cedera 13. Mendapatkan diit yang sesuai dengan kebutuhan energi |
| 7. Ansietas b.d kurang terpapar informasi | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.  Kriterian hasil :  **Tingkat an ansietas (L.09093)**   1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman | | **Reduksi Ansietas (I.09314)**  **Observasi**   1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)   **Terapeutik**   1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang   **Edukasi**   1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengelihatan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu | | 1. Mengidentifikasi pencetus dari peningkatan status ansietas 2. Keputusan yang dihasilkan bersifat objektif, logis, lebih transparan, konsisten untuk memaksimalkan hasil atau nilai dalam batas kendala tertentu 3. Mengetahui tingkat ansietas ringan, sedang, berat atau panic 4. Lingkungan mempengaruhi tingkat kecemasan 5. Memberikan rasa nyaman kepada pasien 6. Membantu untuk memberikan terapi 7. Membantu meningkatkan rasa aman pasien 8. Membantu meningkatkan rasa aman pasien 9. Mencegah peningkatan kecemasan 10. Membuat perencanaan yang menyeluruh berdasarkan keputusan yang logis 11. Menambah pengetahuan pasien 12. Sebagai sumber koping tambahan.. Membantu 13. Membantu meningkatkan rasa nyaman pasien 14. Mengidentifikasi respon dari pasien 15. Mengurangi tingkat kecemasan 16. Mengurangi ketegangan untuk menurunkan tingkat cemas 17. Melatih respon dari agresi emosi atas kebutuhan yang tidak terpenuhi 18. Mengurangi kecemasan 19. Memberikan terapy sesuai dengan kebutuhan dari pasien. 20. Obat anti ansietas dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat karena obat tersebut langsung memberikan efek pada sistem limbik. |
| 1. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis:stress,keeng ganan untuk makan) | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik  Kriteria hasil :  **Status Nutrisi (L.03030)**   1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Nafsu makan membaik | | **Manajemen gangguan makan (I.03111)**  **Observasi**   1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori   **Terapeutik**   1. Timbang berat badan secara rutin 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai 3. Lakukan kontrak perilaku (mis. target berat badan, tanggung jawab perilaku) 4. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan 5. Rencanakan program pengolahan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling)   **Edukasi**   1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebih) 2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat 3. Ajarkan keterampilan kopi untuk penyelesaian masalah perilaku makan   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan | | 1. Mengetahui nutrisi yang masuk sesuai dengan kebutuhan 2. Mengetahui kecukupan nutrisi dan mengetahui secara dini gejala-gejala kurang gizi 3. Mencapai pola sesuai dengan kebutuhan 4. Kesepakatan yang dibuat untuk mencapai pemenuhan kebutuhan pasien 5. Memantau perilaku yang tidak benar dalam meningkatkan nutrisi 6. Rumusan pemikiran untuk meningkatkan keberhasilan dalam peningkatan nutrisi 7. Mengetahui peilaku untuk menurunkan hasil peningkatan berat badan sesuai dengan data. 8. Mengetahui tentang keadaan dan kebutuhan nutrisi pasiensehingga dapat diberikan tindakan dan pengaturan diet yang adekuat 9. Membantu membentuk koping positif terkait perilaku. 10. Memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diet individu |
| 1. Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan | Tujuan :  setelah dilakukan tindakan keperawatandiharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.  Kriteria hasil :  **Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)**   1. Resiko kerusakan jaringan integritas kulit meningkat 2. Tidak ada tanda kemerahan 3. Tidak ada keluhan hipervolemi pada daerah edema | | **Edukasi Edema (I.12370)**  **Observasi**   1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Monitor kemampuan dan pemahaman pasien dan keluarga setelah edukasi   **Terapeutik**   1. Persiapkan materi dan media edukasi (mis. formulir Balance cairan) 2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya   **Edukasi**   1. Jelaskan tentang definisi, penyebab (penurunan fungsi ginjal gagal, hipoalbuminemia, gagal jantung, retensi natrium) gejala dan tanda edema (kenaikan BB yang drastis, penurunan output urine, albumin darah kurang dari normal,pittting edema) 2. Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema (mis. timbang BB tiap hari, balans cairan, obat diuretik, diet tinggi protein, diet rendah garam, antihipertensi) 3. Intruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, gejala dan tanda, penanganan dan pencegahan endema | | 1. Mengidentifikasi kelemahan/ kekuatan dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan 2. mengetahui apakah klien dan keluarga mau menerima dan siap untuk menerima edukasi 3. Kesesuaian dari program akan mempermudah menerima ketepatan materi 4. Waktu yang tepat dalam pemberian pendidikan kesehatan agar keluarga dan pasien dapat menerima informasi dengan baik 5. Memberikan kesempatan bertanya kepada keluarga apa yang kurang difahami dalam pemberian materi dan agar keluraga faham 6. Memberikan informasi yang tepat dari masalah yang diderita oleh pasien 7. Mengetahui pemahaman dalam penanganan dan mencegah komplikasi 8. Mengetahui pemahaman pasien dan keluarga setelah menerima edukasi |
| *Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2018)* | | | | | |

### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

Komponen tahap implementasi (Kurniati, 2019) : 1. Tindakan keperawatan mandiri. 2. Tindakan Keperawatan edukatif. 3. Tindakan keperawatan kolaboratif. 4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012). Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan, Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Menurut (Asmadi, 2008)Terdapat 2 jenis evaluasi :

1. Evaluasi formatif (Proses)

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

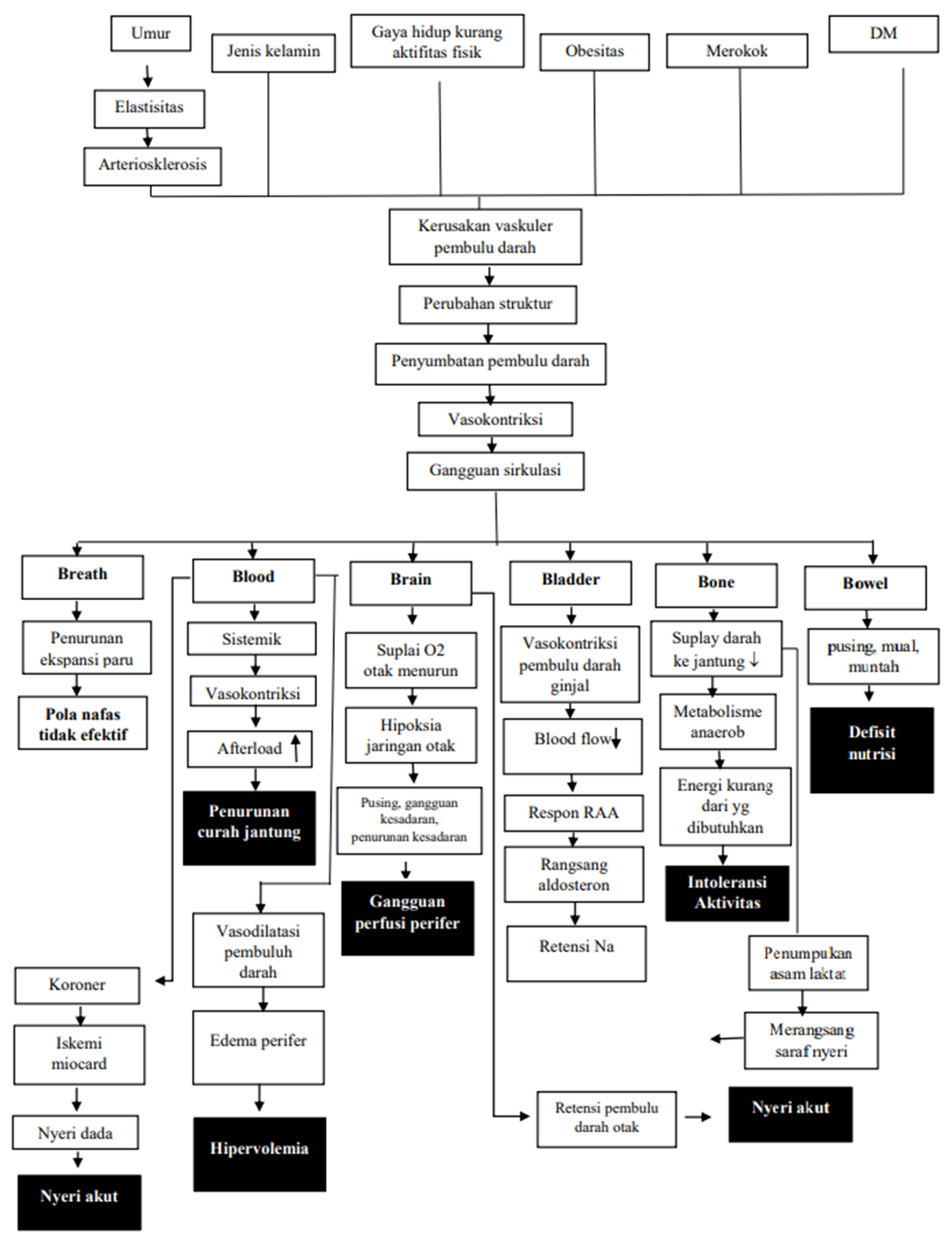
2. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkai pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu

* 1. Tujuan tercapai/masalah teratasi
  2. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
  3. Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi

### 2.3 WOC *Congestive Heart Failure*



*Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2017)*

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. M dengan *Congestive Heart Failure*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 november 2022 data diperoleh dari anamnesa pasien dan data dokumenter dari file No. Register 71-xx-xx. Data yang didapat sebagai berikut :

### 3.1 Pengkajian

### 3.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. M berjenis kelamin laki - laki berusia 50 tahun, pendidikan terakhir SMU dan beragama beragama islam. Suku jawa, bangsa Indonesia. Pasien tinggal di daerah Surabaya. Pasien MRS pada tanggal 28 November 2022 pukul 09.00 WIB dan langsung pindah keruangan Jantung & HCU Jantung dan dirawat di ruang HCU Jantung dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure*. Pasien adalah seorang kepala keluarga dengan 1 orang anak, istri. Bekerja sebagai pegawai swasta.

### 3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

* + - 1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak nafas

* + - 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 28 november 2022 pukul 06.30 dengan keluhan sesak sejak 2 hari yang lalu, perut membesar

sejak 2 hari yang lalu dan terasa sebah, kepala terasa pusing. Berdasarkan anamnesa yang diperoleh dari keluarga pasien didapatkan bahwa pasien sudah demam sejak dua hari yang lalu, dan pasien tiba-tiba sesak, badan lemas sejak 2 hari lalu, perut tampak asites, dan disertai dengan mual, kulit pucat, BAK seperti teh sejak 2 hari yang lalu, mata kuning. Di IGD di dapatkan kesadaran pasien composmentis dengan GCS pasien E4V5M6 dan terdiagnosa *Congestive Heart Failure*. Konsul dr. Laurentia, Sp.JP dengan hasil : Fargoxin 1 amp iv bolus pelan diencerkan --> evaluasi HR 6 jam post koreksi, ada hasil lapor ulang dr. Laurentia, Sp.JP, infus NS 500 ml/24jam, furosemide pump 5 mg/jam, cedocard pump 5 mg/jam, lisinopril 5 mg 0-0-1, simarc 2 mg 0-0-1, Cek lab bsk pagi : Albumin (bila blm dicek), SE ulang, BSN, 2 jpp, A1C, LDL, TG, AU, INR, MRS ruang HCU jantung. Urine *output* saat dikonsulkan 1200 cc post lasix 2 amp bolus dari dr IGD. Pemeriksaan tanda-tanda vital saat di IGD didapatkan TD : 191/108 mmHg, N : 86 x/mnt, S : 36.5 °C, RR : 28 x/mnt, SpO2 : 95%. Pukul 09.00 keluarga memberikan persetujuan untuk pemindahan ke ruang HCU jantung kemudian pasien di bawa ke ruang HCU jantung untuk mendapatkan perawatan intensive. Anamnesa pasien, pasien mengatakan sesak. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 147/71 mmHg, N : 118 x/mnt, S : 36.5 °C, RR : 24-28 x/mnt, SpO2 : 97%, Terpasang oksigen nasal canul 4 lpm.

* + - 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan Tn. M tidak pernah sakit seperti ini. Tn. M tidak pernah opname di RS dan tidak pernah melakukan *medical chek up* rutin di rumah sakit. Sebelum sakit Tn. M suka merokok, tetapi sekarang sudah berhenti merokok sejak satu tahun yang lalu.

* + - 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan asma. (-)

* + - 1. Riwayat Alergi

Pasien mengtakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan

* + - 1. Susunan keluarga (genogram)

Pasien bernama Tn. M umur 50 th telah menikah, dari hasil pernikahan tersebut pasien dikaruniai 1 orang anak laki-laki usia 18 tahun.

Genogram

50

Keterangan:

= Laki-laki

= Perempuan

X = Meninggal

= Pasien

= Ada hubungan

= Tinggal satu rumah

### 3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

Persepsi Terhadap Kesehatan (Keyakinan Terhadap Kesehatan & Sakitnya)

Pasien mengatakan kalau sakitnya ini adalah ujian dari Allah SWT dan tidak pernah mengeluh karena cobaan yang diberikan tidak melebihi batas kemampuannya, serta penyakit jantungnya supaya bisa membaik dan cepat pulang bisa berkumpul bersama keluarga.

Pola Aktivitas dan Latihan

* 1. Kemampuan perawatan diri

1) Saat di rumah

Pasien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah dilakukan secara mandiri, mulai dari mandi, berpakaian, berjalan, dan bekerja.

2) Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan perawatan dirinya dibantu oleh keluarga, seperti mandi dengan air diseka, berganti pakaian, beraktifitas di tempat tidur, eliminasi/ toileting BAK menggunakan folley kateter, berpindah masih belum dapat dilakukan, karena pasien masih sesak dan harus *bed rest.* Skor yang didapatkan pasien adalah 3 (dibantu orang lain dan alat). Px mengatakan kalo turun dari tempat tidur sesak.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri mandi, berganti pakaian.

* 1. Kebersihan diri
     1. Saat dirumah

Pasien mengatakan saat di rumah, mandi sebanyak 3x/hari, gosok gigi rutin pasien dilaksanakan saat mandi 3x/hari, pasien keramas 2 hari sekali, memotong kuku jika kukunya sudah panjang

* + 1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan perawatan dirinya dibantu oleh keluarga, seperti mandi dengan air diseka, berganti pakaian, beraktifitas di tempat tidur, eliminasi/ toileting BAK menggunakan *folley* kateter, berpindah masih belum dapat dilakukan, karena pasien *bed rest*. Skor yang didapatkan pasien adalah 3 (dibantu orang lain dan alat).

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri mandi, berganti pakaian.

* 1. Aktivitas sehari-hari
     1. Saat dirumah

Pasien mengatakan bekerja sebagai pegawai swasta

* + 1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan sementara ini lebih banyak istirahat *semifowler* terlebih dahulu karena masih terasa sesak jika berbaring diakrenakan perutnya yang membesar. Anamnesa, pasien mengatakan sesak jika turun dari tempat tidur. TD meningkat setelah beraktivitas turun dari tempat tidur. TD sebelum beraktivitas = 147/71 mmHg. TD setelah beraktivitas = 150/73 mmHg..

Masalah keperawatan : keterbatasan aktifitas

* 1. Rekreasi
  2. Saat di rumah

Pasien mengatakan hiburan di waktu senggang yaitu dengan menonton TV dan kadang-kadang kalu ada waktu klien mengajak istri dan anaknya untuk rekreasi bersama.

* 1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan bahwa bertemu dengan orang-orang di ruangan saling berbagi certia merupakan suatu hiburan selama berada di rumah sakit.

Masalah keperawatan : -

* 1. Olah raga

1. Saat di rumah

Pasien mengatakan setiap pagi berjalan-jalan sendiri di depan daerah rumahnya merupakan aktifitas olahraga rutin yang dilakukan pasien.

1. Saat di rumah sakit

Pasien sementara (*bedrest)* sehingga olahraga tidak dilakukan.

Masalah Keperawatan : Intoleransi aktivitas

Pola istirahat dan tidur

* 1. Saat di rumah

Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan teratur sebanyak ± 9 jam per hari, pasien tidur siang pada jam 12.00-15.00, dan tidur malam jam 22.00-04.00, pasien tidak pernah merasa kesulitan dalam tidur.

* 1. Saat di rumah sakit

Pasien baru MRS pkl. 09.00 WIB di ruang jantung, belum istirahat siang

Masalah Keperawatan : -

Pola nutrisi metabolic

1. Pola makan
   * + - 1. Saat di rumah

Pasien mengatakan di rumah makan 3x/hari dengan teratur dalam porsi yang sedikit, pasien terkadang minum teh hangat/kopi di pagi hari. Namun sejak sesak nafsu makan pasien menurun, sedikit diberi makan perut terasa tidak enak atau sebah. TB = 165 cm. BB = 65 kg

* + - * 1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan 1 porsi yang disajikan hanya dihabiskan sebanyak 4 sendok saja, karena pasien mengatakan perut sebah terasa penuh cairan dan membesar. Pasien makan disuapin oleh keluarga. MRS BB= 64 kg

Masalah Keperawatan : Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan

1. Pola minum

Saat di rumah

Pasien mengatakan di rumah minum sebanyak 5-6 gelas per hari (± 1500 cc) terdiri dari air putih, teh manis.

Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan mendapat diet air minum sehari hanya 500 liter/hr

Masalah Keperawatan : -

Pola eliminasi

* + - * 1. Saat di rumah

Pasien mengatakan saat di rumah BAB 2x/hari, tidak keras, lembek, tidak cair, warna kuning kecoklatan, bau khas, dan tidak ada waktu tertentu saat BAB. Untuk BAK klien sebanyak 5-6 kali/hari dan klien memperkirakan sebanyak 1500 cc/hari, warna kuning dan tidak ada rasa nyeri saat BAK.

* + - * 1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan belum BAB, klien menggunakan folley kateter dengan jumlah urine ± 50 cc/3 jam, warna kuning pekat seperti teh.

Masalah Keperawatan : -

Pola kognitif perseptual

Pasien menganggap sakitnya merupakan bentuk perhatian dari ALLAH SWT kepada dirinya karena dengan sakit berati klien mungkin dianjurkan untuk beristirahat. Klien mengatakan penyakit yang dia alami sekarang tidak dijadikannya sebagai suatu beban pikiran.

Masalah Keperawatan : -

Pola konsep diri

a. Gambaran diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan kembali bekerja

b. Identitas diri : Pasien mengtakan dirinya seorang laki laki dan seorang Ayah

c. Peran diri : pasien bekerja sebagai pegawai swasta

d. Ideal diri : Pasien yakin segera sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya

e. Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa malu dan yakin dia sembuh.

Masalah Keperawatan : -

Pola Koping

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit semua biaya perawatan ditanggung oleh BPJS mandiri sehingga dari segi biaya perawatan pasien merasa terbantu, fasilitas yang diberikan sudah cukup bagi pasien dan keluarga. Pasien masih mampu beradaptasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dan keluarga mampu mengikuti alur kegiatan dalam pemberian obat dan orientasi lingkungan baik.

Masalah Keperawatan : -

Pola seksual reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki. Pasien tidak mengalami masalah dalam berhubungan intim dengan istri

Masalah Keperawatan : -

Pola peran-hubungan

Pasien adalah seorang kepala keluarga. Bekerja sebagai pegawai swasta. Istri dan anaknya adalah *support system* yang dimiliki oleh pasien, pasien merasa bersyukur masih diberi umur panjang sampai sekarang bisa melihat anaknyanya tumbuh dewasa. Selama di rumah sakit tidak ada masalah tentang pembiayaan

Masalah Keperawatan : -

Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama Islam, selama berada di rumah sakit kegiatan ibadah dilakukan dengan posisi duduk diatas tempat tidur.

Masalah Keperawatan : -

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1.Pemeriksaan Umum

Keadaan umum pasien lemah GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, dimana mata pasien terbuka secara spontan. Vital Sign : TD : 147/71 mmHg, N : 118 x/mnt, S : 36.5 °C, RR : 24-28 x/mnt, SpO2 : 97%, Terpasang oksigen nasal canul 4 lpm.

2. Pemeriksaan Persistem

B1 (*Breath*)

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien sesak. Terpasang oksigen nasal canule 4 lpm, SpO2 97%, RR : 24-28 x/mnt. Inspeksi : Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas. Terdapat pernafasan nafas cuping hidung. Palpasi : Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada simetris. Perkusi : Sonor dibagian lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra, batas jantung paru ICS ke-6 midklavikula sinistra, batas paru – hepar ICS 11 midclavikula dextra. Auskultasi : irama napas: reguler, pola napas : takipnea, suara napas: vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, ada pernapasan abdomen. Posisi tidur pasien *semi fowler.*

Anamnesa : pasien mengatakan nafas terasa berat apabila posisi bed turun. Dari data penunjang hasil lab BGA didapatkan, PCO2 LL 23.2 mmHg (N:35 – 45), PO2 H 117.5 mmHg (N: 80.0 - 100.0)

Masalah Keperawatan : Gangguan Pertukaran gas.

B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan, Inspeksi jantung : tidak ada perdarahan, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, warna kulit pucat, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-). Palpasi : N: 118 x/menit, nadi teraba kuat, tidak teratur dan cepat. Ictus cordis (teraba pada mid clavikula sinistra ICS ke IV-V), tidak ada nyeri dada, akral hangat, CRT: > 3 detik . Perkusi : batas jantung normal, batas atas : ICS II (N = ICS II ), batas bawah : ICS V (N = ICS V), batas Kiri : ICS V (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra) ,batas Kanan : ICS IV (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra). Auskultasi : Irama jantung: reguler, bunyi jantung : S1 - S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada. ., S : 36.5 °C, TD: 147/71 mmHg. Map: 96, , pemeriksaan EKG, hasil : AF RVR 110-170x/mnt. Pada tangan kanan terpasang infus NS 7 tpm cab cedocard pump 0,5mg, pada tangan kiri terpasang furosemide pump 5mg/jam.

Anamnesa : pasien mengatakan perut sebah, membesar, badan lemas dan mudah lelah. Dari data penunjang foto thorax didapatkan Cardiomegali dan effuse pleura kiri, CTR > 70%.

Masalah Keperawatan : Penurunan Curah Jantung, Hipervolemia.

B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, tidak ada paralisis, N-I (olfaktorius) : dapat mengidentifikasi bau, N-II (optikus) : ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan, N-III (okulomotorikus) : pergerakan pupil simetris, N-IV (toklearis) : pergerakan pupil kanan-kiri, N-V (trigeminal) : sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, dapat membuka mulut, mengunyah, N-VI (abdusen) : dapat menggerakan mata ke arah lateral, N-VII (fasial) : wajah simetris, tidak ada mencong, dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, N-VIII (vestibulokoklear) : pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik, mendekatkan suara, N-IX (glosofarengeal) : pengecapan baik, dapat menelan, N-X (vagus) : ada reflek muntah, N- XI (aksesoris) : mampu menolehkan leher tanpa menggerakan bahu, N- XII ( hipoglosus) : bicara normal, tidak ada nyeri tekan, Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan perkemihan pasien terpasang (Dower cateter) ukuran No.16.. Eliminasi urine SMRS frekuensi: 4-5 x/hr, jumlah: ±1500 cc/hari warna: kuning jernih, eliminasi urine MRS pasien terpasang kateter, jumlah urin pada saat pukul 09.00 WIB 50 cc/3 jam, berwarna kuning pekat seperti teh. Intake pasien pukul 07.00 –09.00 WIB 150 cc dengan balance cairan + 100 cc. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri.

Masalah Keperawatan : Hipervolemi

B5 (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien mengeluh mual, nafsu makan kurang, makan habis ½ porsi (4 sendok makan). Bentuk abdomen pasien cembung, dan terdapat pembesaran abdomen atau asites. Saat auskultasi didapatkan bising usus 16 x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani.

Masalah Keperawatan : Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan

B6 (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuluskeletal didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi, warna kulit tampak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun. Pasien mengatakan badan lemas dan lelah. Pasien terbaring di tempat tidur. Terpasang infus di tangan kanan dan tangan kiri. Jaundis (+), ikterik mata (+).

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

Masalah Keperawatan : Hipervolemia

### 3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hari/**  **Tanggal** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** |
| Senin, 28/11/2022 | Darah lengkap  Fungsi Ginjal  Faal Hemostasis  Elektrolit  Fungsi Liver  HBSAg  Imunologi  BGA | HB 13.5 g/dl (N: 13-17)  Hematokrit 40.50 % (N: 40-54)  Leukosit H 12.72 10^3/µL (N: 4-10)  Trombosit 362.00 10^3/µL (N: 150-450)  Eritrosit: 4.43 10^6/µL (N: 4-5.5)  Kreatinin 1.03 mg/dL (N: 0.6 - 1.5)  BUN 12 mg/dL (N: 10 – 24)  Asam Urat H 7.8 mg/dL (N: 2 – 7)  INR 1.83 Detik 1.00 - 2.00  Natrium (Na) 136.7 mEq/L (N: 135 – 147)  Kalium (K) 4.47 mmol/L (N: 3.0 - 5.0)  Clorida (Cl) 101.1 mEq/L (N: 95 – 105)  SGOT 24 U/L (N: 0-50)  SGPT 13 U/L (N: 0-50)  Albumin 4.11 mg/dL (N: 3,50 - 5,20)  Negatif (negatif)  Antigen sars-cov 2 Negatif  pH 7.365 (N: 7.350 - 7.450)  PCO2 LL 23.2 mmHg (N:35 – 45)  PO2 H 117.5 mmHg (N: 80.0 - 100.0)  HCO3 Act 13.0 mEq/L (N: 22-26)  HCO3 Std 16.3 mEq/L (N: 22 – 26)  BE(ecf) -12.4 mmol/L (N: -2 s/d +2)  BE (B) -10.5 mmol/L  ctCO2 13.8 mmol/L  O2 SAT 98.3 % (N: > 95%)  O2CT 18.8 mL/dL  pO2/FI02 3.26  pO2(A-a)(T) 118.7 mmHg  pO2(a/A)(T) 0.50 mmHg  Temp 36.5 °C  ctHb 13.5 g/dL  FIO2 37.0 %  Alb 3.74 |

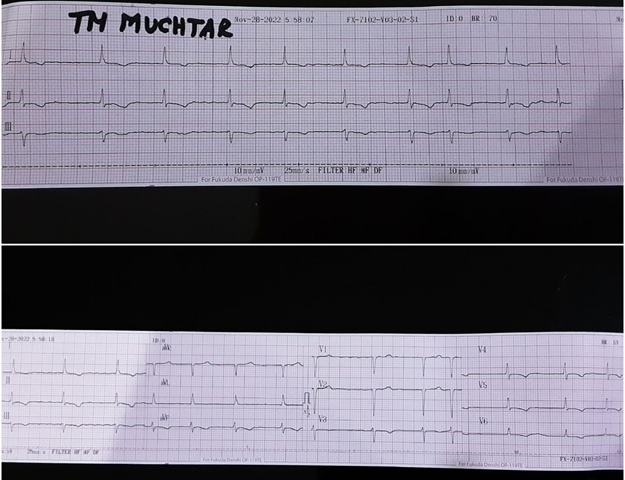
2. Pemeriksaan Thorax

Foto thorax tanggal 28 november 2022, hasil : Cardiomegali dan effusi pleura kiri, CTR > 70%



3. Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan EKG di IGD Tanggal 28 november 2022, hasil : AF RVR 110-170x/mnt



### 3.1.6 Lembar Pemberian Terapi

Nama Pasien : Tn. M

Ruangan : HCU jantung 3A

**Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/ Tanggal** | **Medikasi** | **Dosis** | **Indikasi** |
| **Senin,**  **28-11-2022**  **Selasa,**  **29-11-2022**  **Rabu**  **30-11-2022** | * Fargoxin inj * Cedocard pump * Furosemide pump * Lisinopril * Simarc * Infus NS * Furosemide * Spironolacton * Simarc * Lisinopril * Bisoprolol * Drip Kcl * Furosemide * Spironolacton * Simarc * Lisinopril * Bisoprolol | 1 ampul bolus  0.5 mg/jam  5 mg/jam  10 mg (0-0-1)  2 mg (0-0-1)  500 cc/24 jam  3x1 ampul (20 mg)  100 mg (1/2-1/2-0)  2 mg (0-0-0-1)  5 mg (0-0-1)  5 mg 1-0-0  25 meq dlm NS 500 cc  40 mg (1-0-0)  100 mg (1/2-1/2-0)  2 mg (0-0-0-1)  5 mg (0-0-1)  5 mg (1-0-0) | Untuk mengatasi gagal jantung serta denyut jantung tidak beraturan (fibrilasi atrium kronis).  Untuk membantu mencegah nyeri dada (angina) pada pasien dengan kondisi jantung tertentu (penyakit arteri koroner).  Diuretik, mengeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh  Menurunkan tekanan darah  Mencegah trombosis vena  Mengganti cairan plasma isotonic yang hilang  Diuretik, mengeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh  Mengatasi gagal jantung  Mencegah trombosis vena  Menurunkan tekanan darah  Mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung  Meningkatkan kalium tubuh  Diuretik, engeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh  Mengatasi gagal jantung  Mengatasi gagal jantung  Menurunkan tekanan darah  Mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung |

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pasien maka data focus atau analisa data sebagai berikut :

### 3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **PROBLEM** |
| 1 | **DS:**  Pasien mengatakan sesak  **DO:**   1. Pasien terlihat sesak (*dyspnea*) RR : 24-28 x/mnt 2. TD meningkat : 147/71 mmHg 3. Takikardi, N : 118 x/mnt 4. Warna kulit pucat 5. CRT >3 detik 6. Hasil Pemeriksaan EKG : AF RVR 110-170x/mnt (28/11/2022) 7. HB = 13.5 g/dl | Perubahan *afterload* | Penurunan curah jantung  **(SDKI, D. 0008)** |
| 2 | **DS:**  Pasien mengatakan perut sebah, membesar sejak 2 hari yang lalu dan mudah lelah  **DO:**   1. SMRS px minum 5-6 gelas per hari (± 1500 cc) (air putih, teh manis).   MRS ; px mendapat diit diet air minum sehari hanya 500 liter/hr.  BB SMRS = 65 kg  BB MRS = 64 kg   1. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 2. Intake jam 07.00 – 09.00 = 150 cc 3. Output jam 09.00 = 50 cc/3jam 4. Balance Cairan = + 100 cc/3 jam 5. Klien menggunakan *folley* kateter dengan jumlah urine ± 50 cc/3 jam, warna kuning pekat seperti teh. 6. Hsl thorax foto :   cardiomegali (+), Effusi pleura kiri, CTR > 70%.   1. Pembesaran abdomen : asites, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-) | Kelebihan asupan cairan | Hipervolemi  **(SDKI, D.0022)** |
| 3 | **DS:**  Pasien mengatakan nafas terasa berat apabila posisi bed turun.  **DO:**   1. PCO2 LL 23.2 mmHg (N:35 – 45) 2. PO2 H 117.5 mmHg (N: 80.0 - 100.0) 3. Takikardi, N : 118 x/mnt 4. Takipnea, RR : 24-28 x/mnt 5. Terdapat pernapasan cuping hidung 6. Warna kulit pucat 7. SpO2 97% dgn O2 nasal 4 lpm | Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi | Gangguan pertukaran gas  **(SDKI, D. 0003)** |
| 4 | **DS:**  Pasien mengatakan sesak jika turun dari tempat tidur  **DO:**   1. Pasien tirah baring (+), posisi tidur *semifowler* 2. Pasien *dyspnea* setelah beraktivitas turun dari tempat tidur 3. TD meningkat setelah beraktivitas turun dari tempat tidur.   TD sebelum beraktivitas = 147/71 mmHg  TD setelah beraktivitas = 150/73 mmHg | Ketidakseimbangan antara suplai dan  kebutuhan oksigen | Intoleran aktifitas  **(SDKI, D. 0056)** |

### 3.2.2 Prioritas Masalah Keperawatan

**Tabel 3.4** Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **MASALAH KEPERAWATAN** | **TANGGAL** | | **PARAF**  **(nama)** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1 | Penurunan curah  jantung berhubungan  dengan perubahan  *afterload*  **(SDKI, D. 0008)** | 28/11/2022 | 31/11/2022 | May |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Hipervolemia | 28/11/2022 | 31/11/2022 | May |
|  | berhubungan dengan  kelebihan asupan cairan  **(SDKI, D.0022)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 | Gangguan pertukaran  gas berhubungan  dengan  Ketidakseimbangan  ventilasi – perfusi  **(SDKI, D. 0003)** | 28/11/2022 | 31/11/2022 | May |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 | Intoleransi aktivitas  berhubungan dengan  ketidak seimbangan  antara suplai dan  kebutuhan oksigen  **(SDKI, D. 0056)** | 28/11/2022 | 31/11/2022 | May |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

**Tabel 3.5** Rencana Asuhan Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)** |
| **1.** | | Penurunan curah jantung b/d perubahan *afterload*  **(SDKI, D. 0008, Hal : 34)** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat.  Kriteria hasil :  **(SLKI, L.02008, Hal : 20 )**   1. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (Nadi : 60-100 x/menit, TD : 120/80 - 130/90 mmHg) 2. *Dispnea* menurun | **Perawatan jantung (SIKI, I.02075, Hal : 317)**  *Observasi :*   1. Monitor tanda dan gejala penurunan curah jantung (*dipsneu*), tekanan darah tiap jam, intake dan output cairan tiap 3 jam, saturasi oksigen tiap jam. 2. Periksa TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas. 3. Posisikan pasien *semi fowler* 30 derajat 4. Berikan dukungan emosional dan spiritual   *Kolaborasi*   1. Berikan hasil kolaborasi : 2. oksigen : nasal kanul 4 lpm untuk mempertahankan saturasi oksigen 95-100% 3. Obat : fargoxin injeksi 1 ampul bolus, spinorolacton 100 mg (1/2-1/2-0), bisoprolol 5 mg (1-0-0), Lisinopril 10 mg (0-0-1), Simarc 2 mg (0-0-1) |
| 2 | | Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan  **(SDKI, D.0022, Hal : 62)** | | Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil :  **(SLKI, L.02009, Hal : 40)**   1. Asupan cairan menurun 2. Haluaran urine meningkat 3. Asites menurun | **Managemen hipervolemia (SIKI, I.15506, Hal : 181)**  *Observasi:*   1. Monitor tanda dan gejala *hipervolemik (dipsnea)* setiap jam, status hemodinamik setiap jam, *intake* dan *output* cairan tiap 3 jam, kecepatan infus secara tepat tiap 8 jam   *Terapeutik*   1. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 45 derajat   *Edukasi*   1. Ajarkan keluarga dan pasien cara membatasi cairan   *Kolaborasi*   1. Berikan hasil kolaborasi obat diuretik (Furosemid pump 3 mg/jam), penggantian kehilangan kalium akibat diuretic dengan Drip KCL 25 meq dlm NS 500 cc   Injeksi furosemide 20 mg (iv) |
| 3. | | Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimba ngan ventilasi  – perfusi  **(SDKI, D. 0003, Hal : 22)** | | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat.  Kriterian hasil :  **(SLKI, L.01003, Hal : 94)**  1.*Dipsnea* menurun  2.Napas cuping hidung menurun  3.Pola nafas membaik | **Pemantauan Respirasi** **(SIKI, I.01014, Hal : 247)**  *Observasi:*   1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas tiap jam, pola nafas tiap jam, saturasi oksigen tiap jam   *Kolaborasi:*   1. Berikan hasil kolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 4 lpm |
| 4 | | Intoleransi aktifitas b/d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan  Oksigen  **(SDKI, D. 0056)** | | selama dilakukan intervensi keperawatan 3x24 diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :  **(SLKI, L.05047, Hal : 149)**   1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. *Dispnea* saat dan/atau setelah aktifitas menurun | **Manajemen Energi** **(SIKI, L.05178, Hal : 176)**  *Observasi*  1. Monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan fisik, pola dan jam tidur  *Terapeutik*  2. Berikan lingkungan yang nyaman   1. Lakukan rentang gerak aktif/pasif   *Edukasi*   1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap : berdiri di samping tempat tidur, berjalan sekitar bed, berjalan agak jauh |

### 3.4 Implementasi & Evaluasi

**Tabel 3.6** Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl** | **Masalah**  **Keperawatan** | **Waktu** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi formatif SOAPIE**  **/ Catatan perkembangan** | **Paraf** |
| **Senin**  **28/11/2022** | 1,2,3,4 | **PAGI**  10.00  10.30  11.00  11.30  12.00  12.10  12.15  12.20  13.00  13.10  13.25  13.45  **SIANG**  14.00  15.00  15.15  16.00  17.00  17.30  18.00  19.00  19.30  19.40  20.00  20.30  20.45  **MALAM**  21.30  22.00  22.10  22.15  01.00  03.00  04.30  05.00  06.00  06.30  06.45  06.55 | Menerima pasien baru dari IGD k/u pasien lemah, perhatian. GCS 4.5.6. nafas takipnea. terpasang oksigen nasal 4 lpm. Pada tangan kanan Terpasang infus NS 7 tpm cab cedocard pump 0,5 mg, tangan kiri terpasang furosemide pump 5mg/jam. Terpasang keteter.  Membantu pasien pindah bed, memberikan posisi tidur *semi fowler* 45 derajat, mengganti baju, memasang monitor, melakukan rekam EKG.  Observasi TTV (terlampir)  Pengkajian pasien.  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral : spironolactone 50 mg, bisoprolol 5mg.  Memonitor frekuensi dan irama pernafasan  Memonitor pola pernafasan abnormal  Mengobservasi TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 200cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 150cc  Total Terapi Obat: 100cc  -Inf. Pump Furosemid : 15cc  -Inf. Pump Cedocard : 15cc  **Total Intake** : 460cc  **Output**  Urine : 700 cc (dibuang)  Memberikan lingkungan yang nyaman  Memfasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap dengan belajar duduk *semifowler* serta makan sendiri  Memfasilitasi istirahat dan tidur dan anjurkan tirah baring  Memonitor keadaan pasien GCS 4,5,6, Composmentis  Memonitor pola nafas terpasang oksigen *canule* 4lpm. SpO2: 98%  Memposisikan pasien *semi-fowler* serta pasien mengatakan sesak berkurang  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta *oral hygiene*  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral Lisinopril 10 mg, Simarc 2 mg,.  Memberikan lingkungan yang nyaman  Mengukur TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas  Memfasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap dengan belajar duduk *semi fowler*  Acites pada pasien, pasien mengatakan perut agak kempes  Mengobservasi keluhan sesak pada pasien saat beraktivitas, pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan aktivitas masih ditempat tidur serta dengan dibantu keluarga dan perawat  Memfasilitasi istirahat dan tidur dan anjurkan tirah baring  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Makan, Kuah sayur dan buah : 50c  Infus : 150cc  Terapi Obat: 100cc  -Inf. Pump Furosemid : 15cc  -Inf. Pump Cedocard : 15cc  **Total Intake** : 480cc  **Output**  Urine : 1000cc (dibuang)  Memonitor keadaan umum pasien, GCS: 456 composmentis, terpasang DK, terpasang O2 canule 4lpm, SpO2 97%  Mengobservasi keluhan pasien mengatakan sesak sudah berkurang  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memposisikan pasien *semi-fowler* serta memberikan oksigen *canule* 4lpm untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%  Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Observasi TTV (hasil terlampir)  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta *oral hygiene*  Injeksi Lasix 20mg (iv)  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral Spinorolacton 50 mg, Bisoprolol 5 mg.  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan minum 500 cc/24 jam serta menghitung intake dan output cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 200cc  Total Terapi Obat: 100cc  -Inf. Pump Furosemid : 20cc  -Inf. Pump Cedocard : 20cc  -Inj. Lasix : 2cc  **Total Intake :** 642cc  **Output**  Urine : 900cc (dibuang)  **Menghitung Balance Cairan 24jam**  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  -Inf. Pump Furosemid : 50cc  -Inf. Pump Cedocard : 50cc  -Inj. Lasix :2cc  **Total Intake** : 1652 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2600 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.652cc – 2.600cc = - 948cc/24jam**  Fasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap dengan miring kanan, miring kiri dan duduk | May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May | **Selasa, 29/11/2022. Pukul 07.00 WIB**  **Dx.1 Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload**  **DS:**  Px mengatakan sesak berkurang  **DO:**  Pasien tampak lemah, nafas dengan oksigen nasal 3 lpm, dyspnea menurun, RR= 24x/mnt, Spo2 97%. CRT >3 detik  Posisi semi fowler (+)  Tensi :135/94 mmHg,. Nadi : 96 x/mnt, nadi teraba kuat, irreguler  **A :** Masalah teratasi sebagian  **P :** Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4  **Dx.2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan**  **DS:**  Px mengatakan perut agak mengecil, sebah berkurang  **DO**:  Pasien tampak lemah  Acites menurun  Haluaran urine meningkat  Menghitung balance cairan/24 jam  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  -Inf. Pump Furosemid : 50cc  -Inf. Pump Cedocard : 50cc  -Inj. Lasix :2cc  **Total Intake** : 1652 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2600 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.652cc – 2.600cc = - 948cc/24jam**  **A:** Masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4  **Dx.3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi– perfusi**  **DS:**  Px mengatakan sesak berkurang  **DO**:  Pasien tampak lemah, *dyspnea* menurun, tidak ada pernafasan cuping hidung, nafas dengan oksigen nasal 3 lpm RR= 24 x/mnt, SpO2 98%  **A:** Masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi dilanjutkan no. 1,2 | May  May  May |
| **Selasa**  **29/11/2022** | 1,2,3,4 | **PAGI**  07.30  08.00  08.10  09.00  10.00  10.30  10.45  12.00  12.30  12.45  13.00  13.10  13.15  13.30  13.45  13.50  **SIANG**  14.30  14.45  15.00  15.30  16.00  17.00  17.30  18.00  18.15  18.30  19.00  20.00  20.30  20.45  **MALAM**  21.30  22.00  22.10  22.15  01.00  03.00  04.30  05.00  06.00  06.30  06.35  06.40  06.45 | Memonitor keadaan umum pasien , tampak lebih bugar, GCS 4,5,6 Composmentis. Terpasang infus Kcl drip 25 meq dlm 500 cc NS  Observasi TTV (Hasil terlampir)  Memberikan oksigen nasal kanul 4 lpm untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%  Mengikuti visited dr.Laurent, Sp.J, advis terapi :  - O2 nasal 3lpm k/p sesak  - Cedocard pump 0.5 mg/jam **STOP**  - Furosemide pump 5 mg/jam **STOP**  - Furosemide inj 2x1 amp --> **besok** oral 40 mg (1-0-0)  - Spironolacton 100 mg (1/2-1/2-0) ----> **besok** 25 mg (0-1-0)  - Simarc 2 mg (0-0-0-1)  - Lisinopril 5 mg (0-0-1)  - Bisoprolol 2.5 mg (1-0-0)  - Kcl drip 25 meq dlm 500 cc NS --> **habis stop**  - Allopurinol 100 mg (0-0-1)  - HCT 12.5 mg (0-1-0)  - Cek SE ulang besok pagi  Memonitor EKG dan aritmia sinus takikardi 105x/m  Memberikan posisi klien *semi fowler* untuk mempertahankan ventilasi  Memonitor keaadaan dan keluhan sesak pasien mengatakan sudah berkurang  Observasi TTV (terlampir)  Pengkajian pasien.  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs 1 porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral : HCT 12,5 mg  Memonitor frekuensi dan irama pernafasan  Memonitor pola pernafasan abnormal  Mengobservasi TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas  Memfasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap duduk di sisi tempat tidur, berdiri disekitar tempat tidur, serta melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 250cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 150cc  Total Terapi Obat: 100cc  -Inf. Pump Furosemid : 15cc  -Inf. Pump Cedocard : 15cc  -inj. Lasix 2 mg (iv) : 2cc  **Total Intake** : 582cc  **Output**  Urine : 800 cc (dibuang)  Memberikan lingkungan yang nyaman  Memfasilitasi istirahat dan tidur  Aff cedocard pump dan furosemide pump (habis stop)  Menanyakan keluhan kepada pasien, Pasien mengatakan sesak berkurang. KIE batasan minum. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Observasi pola nafas membaik  Observasi TTV (terlampir)  Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm. Infus NS drip KCL 25 meq/24 jam  Memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta oral hygiene  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs 1 porsi, minum 100 cc  Memberikan obat oral Spinorolacton 50 mg, Simarc 2 mg, linsinopril 5 mg, injeksi lasik 20 mg (iv)  Observasi TTV (terlampir)  Memonitor pola dan jam tidur  Mengukur TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas  Memfasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap dengan belajar duduk *semi fowler*  Acites pada pasien, pasien mengatakan perut agak kempes  Mengobservasi keluhan sesak pada pasien saat beraktivitas, pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan aktivitas masih ditempat tidur serta dengan dibantu keluarga dan perawat  Memfasilitasi istirahat dan tidur dan anjurkan tirah baring  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Makan, Kuah sayur dan buah : 50c c  Infus : 150cc  Terapi Obat: 100cc  -inj. Lasix 2cc  **Total Intake** : 480cc  **Output**  Urine : 900cc (dibuang)  Memonitor kelelahan fisik  Memonitor keadaan umum pasien, GCS: 456 composmentis, terpasang DK, terpasang O2 canule 4lpm, SpO2 97%  Mengobservasi keluhan pasien mengatakan sesak sudah berkurang  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memposisikan pasien *semi-fowler* serta Memberikan oksigen *canule* 3lpm untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%  Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Observasi TTV (hasil terlampir)  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta *oral hygiene*  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs 1 porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral furosemide 40 mg, Spinorolacton 50 mg, Bisoprolol 5 mg.  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan minum 500 cc/24 jam serta menghitung intake dan output cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 200cc  Total Terapi Obat: 100cc  **Total Intake** : 600cc  **Output**  Urine : 800cc (dibuang)  **Menghitung Balance Cairan 24jam**  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  -Inf. Pump Furosemid : 15cc  -Inf. Pump Cedocard : 15cc  -inf KCL drip : 50cc  -Inj. Lasix :4cc  **Total Intake** : 1.634 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2500 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.634cc – 2.500cc = - 866 cc/24jam**  Observasi TD dan Nadi sebelum dan sesudah aktivitas  Fasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap turun dari tempat tidur | May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May | **Rabu, 30/11/2022. Pkl. 07.00 WIB**  **Dx.1 Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload**  **DS:**  Px mengatakan sesak berkurang  **DO:**  Pola nafas membaik. *Dyspnea* menurun, nafas dengan oksigen nasal 3 lpm, RR= 22x/mnt. Spo2 98%  TD dalam batas normal  TD : 100/67 mmHg, Nadi : 88 x/mnt  **A**: Masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi 1,2,3,4  **Dx.2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan**  **DS:**  Px mengatakan perut sudah tidak sebah  **DO :**  Pasien tampak rileks,  Haluaran urine meningkat  Acites (-)  Menghitung Balance cairan  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  -Inf. Pump Furosemid : 15cc  -Inf. Pump Cedocard : 15cc  -inf KCL drip : 50cc  -Inj. Lasix :4cc  **Total Intake** : 1.634 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2500 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.652cc – 2.600cc = - 948cc/24jam**  **A:** Masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi dilanjutkan no.1,3,4  **Dx.3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi**  **DS:**  Px mengatakan sesak berkurang  **DO:**  pola nafas membaik. nafas dengan oksigen nasal 3 lpm RR= 22x/mnt. Spo2 98%  Posisi semi fowler (+)  **A**: Masalah teratasi sebagian  **P:** lanjutkan intervensi 1,2 | May  May  May |
| **Rabu**  **30/11/2022** | 1,2,3,4 | **PAGI**  07.00  07.30  08.00  09.00  09.30  10.00  10.10  10.20  11.30  11.50  12.00  12.30  13.30  13.45  **SIANG**  14.00  14.10  15.00  15.15  15.30  16.00  17.00  17.30  18.00  19.00  19.30  20.00  20.30  20.40  20.50  **MALAM**  21.30  22.00  22.10  01.00  03.00  04.30  05.00  06.00  06.30  06.40  06.50 | Pasien mengatakan sesak berkurang. Kondisi umum sedang, pola nafas reguler, Observasi TTV (terlampir). RR 20x/mnt.  Menganjurkan pasien untuk istirahat. Observasi TTV (terlampir)  Pasien bernafas spontan, posisi tidur *semi fowler* (+). Infus nacl 0,9% drip KCL 25 mcq/24 jam  Memonitor frekuensi dan irama pernapasan  Memberikan posisi *semi fowler* untuk memaksimalkan ventilasi  Menyajikan *extra fooding*, kacang hijau habis 150cc  Observasi TTV (terlampir)  Memonitor frekuensi dan irama pernafasan  Memonitor pola pernafasan abnormal  Mengganti cairan infus nacl 0,9% drip KCL 25 mcq/24 jam dengan cairan infus NaCl 0,9% 7 tpm  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs1 porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral : HCT 12,5 mg, spironolactone 50 mg  Observasi TTV ( Hasil Terlampir )  Memonitor kelelahan fisik  Menyediakan lingkungan yang nyaman serta menganjurkan px untuk istirahat siang  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 250cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 150cc  Total Terapi Obat: 100cc  **Total Intake** : 550cc  **Output**  Urine : 750 cc (dibuang)  Memonitor k.u px ( px tampak tidur )  Menanyakan keluhan kepada pasien, Pasien mengatakan sesak berkurang. KIE batasan minum. Pasien terpasang Infus NS 7 tpm  Menganjurkan pasien untuk istirahat.  Observasi pola nafas membaik, kx bernafas spontan  Observasi TTV (terlampir)  Memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta oral hygiene  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs 1 porsi, minum 100 cc  Memberikan obat oral Simarc 2 mg, linsinopril 5 mg.  Observasi TTV (terlampir)  Mengukur TD dan nadi sebelum dan sesudah beraktivitas  Memfasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap dengan turun tempat tidur, berjalan ke kamar mandi  Menanyakan keluhan Acites pada pasien, pasien mengatakan perut agak kempes  Memfasilitasi istirahat dan tidur dan anjurkan tirah baring  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Makan, Kuah sayur dan buah : 50c c  Infus : 150cc  Terapi Obat: 100cc  **Total Intake** : 450cc  **Output**  Urine : 800cc (dibuang)  Memonitor kelelahan fisik  Memonitor keadaan umum pasien baik GCS: 456 composmentis, terpasang DK, nafas spontan, SpO2 97%  Mengobservasi keluhan pasien mengatakan sesak sudah berkurang  Memonitor keluhan pasien dan observasi TTV (Hasil terlampir)  Memposisikan pasien *semi-fowler*  Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Mengobservasi k.u pasien (pasien tampak tidur)  Observasi TTV (hasil terlampir)  Menganjurkan dan membantu px untuk mandi dengan di seka serta oral hygiene  Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs 1 porsi, minum 100 cc  Memberikan terapi oral furosemide 40 mg, Spinorolacton 50 mg, Bisoprolol 5 mg.  Memonitor kecepatan infus secara ketat serta Membatasi asupan cairan minum 500 cc/24 jam serta menghitung intake dan output cairan  **Intake**  Minum : 150cc  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 50cc  Infus : 200cc  Total Terapi Obat: 100cc  **Total Intake** : 600cc  **Output**  Urine : 1000cc (dibuang)  **Menghitung Balance Cairan 24jam**  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  **Total Intake** : 1.550 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2550 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.550cc – 2.550cc = - 1000 cc/24jam**  Observasi TD dan Nadi sebelum dan sesudah aktivitas  Fasilitasi melakukan aktivitas secara bertahap turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi. | May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May  May | **Kamis, 01/12/2022. Pkl. 07.00 WIB**  **Dx.1 Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload**  **DS:**  Px mengatakan sudah tidak sesak  **DO:**  K/U pasien baik, bernafas spontan RR 20 x/mnt, SpO2 98%  TTV dalam batas normal  TD : 117/71 mmHg, Nadi : 75 x/mnt  **A :** Masalah teratasi  **P :** Intervensi keperawatan dipertahankan  **Dx.2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan**  **DS:**  Px mengatakan perut kempes dan sudah tidak sebah  **DO:**  K/U pasien baik  Haluaran urine meningkat  Acites (-)  Menghitung Balance cairan  **Intake Total**  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  **Total Intake** : 1.550 cc/24jam  **Output Total**  Urin: 2550 cc/24 jam  **Balance Cairan : CM-CK total**  **1.634cc – 2.500cc = - 866 cc/24jam**  **A**: Masalah teratasi  **P:** Intervensi keperawatan dipertahankan  **Dx.3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi– perfusi**  **DS:**  Px mengatakan sudah tidak sesak  **DO:**  K/U pasien baik, pola nafas membaik, bernafas spontan RR 20x/mnt, SpO2 98%  Hasil lab 29/11/2022  Natrium (Na) 137.7 mEq/L 135 - 147  Kalium (K) 3.48 mmol/L 3.0 - **5.0**  Clorida (Cl) H 107.5 mEq/L 95 - 105  HbA1C 6.0 %  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi keperawatan dipertahankan | May  May  May |

**3.5 Evaluasi Sumatif**

Tabel 3.7 Evaluasi sumatif pada Tn. M dengan diagnose *Congestive Heart Failure*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/**  **Tanggal** | **Diagnosa** | **Evaluasi Sumatif** | **TTD** |
| **Kamis,**  **01-12-2022** | Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Afterload  (SDKI, D.0008, Hal. 34) | **DS**   * Pasien mengatakan sudah tidak sesak   **DO**   * K/U pasien baik, bernafas spontan RR 20 x/mnt, SpO2 98% * TTV dalam batas normal * TD : 117/71 mmHg, Nadi : 75 x/mnt   **A: Masalah Teratasi**  **P: Intervensi dipertahankan** | May |
| **Kamis,**  **01-12-2022** | Hipervolemia b.d Kelebihan Volume Cairan  (SDKI, D.0022, Hal. 62) | **DS**   * Px mengatakan perut kempes dan sudah tidak sebah   **DO**   * K/U pasien baik * Haluaran urine meningkat * Acites (-) * Menghitung Balance cairan   Intake Total  Minum : 500cc/24 jam  Teh : 100cc  Kuah sayur dan buah : 150cc  Infus : 500cc  Total Terapi Obat: 300cc  Total Intake : 1.550 cc/24jam  Output Total  Urin: 2550 cc/24 jam  Balance Cairan : CM-CK total  1.634cc – 2.500cc = - 866 cc/24jam  **A: Masalah Teratasi**  **P: Intervensi dipertahankan** | May |
| **Kamis,**  **01-12-2022** | Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimba Ngan Ventilasi  – Perfusi  (SDKI, D. 0003, Hal. 22) | **DS**   * Px mengatakan sudah tidak sesak   **DO**   * K/U pasien baik, pola nafas membaik, bernafas spontan RR 20x/mnt, SpO2 98% * Hasil lab 29/11/2022 * Natrium (Na) 137.7 mEq/L 135 - 147 * Kalium (K) 3.48 mmol/L 3.0 - 5.0 * Clorida (Cl) H 107.5 mEq/L 95 - 105 * HbA1C 6.0 %   **A**: **Masalah Teratasi**  **P: Intervensi dipertahankan** | May |
| **Kamis,**  **01-12-2022** | Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan Antara Suplai Dan Kebutuhan Oksigen  (SDKI, D.0056, Hal. 128) | **DS**   * Pasien mengatakan saat dibuat aktivitas sudah tidak lemas dan merasa badannya sehat, serta dapat melakukan adl sendiri, jalan ke kamar mandi sendiri serta duduk lama tidak sesak   **DO**   * Pasien terlihat sudah lebih bugar * Adl pasien mandiri * Pasien tampak ke kamar mandi sendiri * Saat beraktivitas pasien sudah tidak tampak sesak * Pasien sudah terlihat duduk dan berjalan tanpa mengeluh sesak * Nadi: 97x/menit * RR: 20x/menit   **A: Masalah Teratasi**  **P: Intervensi dipertahankan** | May |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* di 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 yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012).

### 4.1.1 Identitas

Pengkajian pada kasus didapatkan pasien bernama Tn. M berjenis kelamin laki - laki berusia 50 tahun, pendidikan terakhir SMU dan beragama beragama islam. Suku jawa, bangsa Indonesia. Pasien tinggal di daerah Surabaya.

Kualitas hidup pasien dengan CHF dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*). Umur dan jenis kelamin merupakan faktor yang sangat

penting pada pasien CHF. Semakin bertambah tua umur seseorang, maka penurunan fungsi tubuh akan terjadi baik secara psikologis maupun fisik (Nurchayati, 2011). Pada faktor risiko jenis kelamin, pria lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi tubuh yang lebih baik daripada wanita terutama fisik (Juenger et al, 2002). Pada wanita risiko penyakit jantung pada perempun ditemukan lebih rendah. Hal ini disebabkan karena hormone estrogen pada perempuan mampu memberikan efek proteksi (perlindungan) terhadap mekanisme aliran darah dari dan ke dalam jantung (Purbianto & Agustanti, 2015). Pada lansia berumur 40 tahun keatas yang tidak aktif, jantung kirinya mengalami pengecilan sebagai respon terhadap rendahnya beban kerja yang dibutuhkan (Smeltzer et al, 2008).

Peneliti berpendapat bahwa penuaan dapat mengakibatkan penurunan elastisitas dan pelebaran aorta, penebalan dan kekakuan katup jantung, serta peningkatan jaringan ikat yang mengakibatkan terjadinya gagal jantung pada manula. Faktor gaya hidup tidak sehat, misalnya pola makan buruk, merokok, minum alkohol berlebih, dan kurang aktivitas fisik, juga bisa memicu kegagalan fungsi jantung. Tetapi, pada saat wanita mengalami menopouse, hormon estrogen

berkurang sehingga wanita juga memiliki risiko yang sama dengan laki-laki terhadap terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah.

### 4.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan utama pada Tn. M mengeluh sesak nafas, sejak sejak 2 hari yang lalu dan memberat hari ini, badan lemas, kesadaran composmentis dan GCS 456. Data Objektif keadaan umum pasien tampak lemah, perut tampak asites, dan disertai dengan mual, kulit kuning pucat, BAK seperti teh dan mata kuning.

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Brunner & Suddarth (2017) bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan *kongesti pulmonal* berupa *dipsnea* atau sesak nafas saat beraktifitas, keletihan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan.

Kondisi ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada maka secara umum jaringan organ pada manusia akan kekurangan oksigen, yang secara otomatis akan menimbulkan kelemahan. Kondisi kekurangan oksigen jika berkelanjutan maka juga akan disertai oleh rasa nyeri pada bagian dada sebelah kiri karena adanya iskemia pada organ jantung.

### 4.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Aktivitas Dan Latihan

Pengkajian pada kasus didapatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarganya sperti, mandi, berpakaian, *Toileting*/eliminasi menggunakan kateter, px *bedrest*, berpindah dan jalan dibantu. *Personal Hygiene* dibantu oleh keluarga dan saat di RS pasien diseka.

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian (Herdman, 2015) Sindrom klinis yang timbul akibat gagal jantung diantaranya adalah perfusi jaringan, dan penurunan intoleransi aktivitas sehari-hari. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi psikologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

Peneliti berpendapat bahwa perawatan diri klien perlu dibantu orang lain, pasien cepat lelah saat beraktivitas berat karena penurunan miokardium untuk meningkaktkan volume sekuncup selama aktivitas,. Sistem tubuh mengalihkan darah dari organ yang kurang vital, seperti otot kaki, lalu mengirimnya ke organ vital yang membutuhkan lebih banyak darah seperti otak, ginjal, dan jantung. Rasa lelah ini juga sering kali disertai keluhan sesak nafas dan rasa berdebar karena kerja jantung yang lebih keras untuk memcukupi kebutuhan tubuh tersebut. Latihan fisik yang sesuai dengan kondisi pasien akan membantu menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan dan memperbaiki gejala serta efek toleransi aktivitas pada gagal jantung terkompensasi dan stabil.

2. Pola Istirahat dan Tidur

Pengkajian pada kasus didapatkan setelah MRS pasien belum istirahat siang. Sebelum MRS Istirahat dan tidur pasien mengatakan bisa tidur tidak ada kesulitan, serta mudah mengawali tidur. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien membutuhkan istirahat yang cukup untuk menunjang perbaikan keadaan dan mempercepat kesembuhan.

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian (Nursita & Pratiwi, 2020) pasien gagal jantung perlu diberikan metode perawatan diri yang beragam, agar kualitas hidup pasien gagal jantung dapat meningkat sehingga pasien memiliki harapan hidup yang lebih baik, serta memfasilitasi istirahat yang cukup untuk mempertahankan keadaan lebih baik.

Peneliti berpendapat bahwa dengan istirahat yang cukup dan peningkatan bertahap pada aktivitas menghindari kerja jantung atau konsumsi oksigen yang berlebihan sehingga akan mengembalikan perbaikan fungsi jantung.

### 4.1.4 Pemeriksaan Fisik Persistem

1. B1 *(Breath)*

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien sesak. Terpasang oksigen nasal canule 4 lpm, SpO2 97%, RR : 24-28 x/mnt, irama napas : reguler, pola napas : takipnea, suara napas: vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, terdapat pernafasan nafas cuping hidung.

Dari hasil pengkajian, menurut Muttaqin (2009) pola napas yang tidak efektif pada pasien gagal jantung disebabkan karena pasien mengalami peningkatan kongesti pulmonalis, yaitu keadaan dimana terdapat darah secara berlebihan atau peningkatan jumlah darah di dalam pembuluh darah pada daerah paru kemudian yang diikuti dengan peningkatan tekanan hidrostatis, kemudian akan terjdi perembesan cairan ke alveoli dan akan terjadi kerusakan pertukaran gas. Perembesan cairan ke alveoli menyebabkan *dipsnea* atau sesak nafas saat beraktifitas.

Peneliti berpendapat bahwa kondisi ketika suplay oksigen ke seluruh tubuh berkurang dari kebutuhan, mengakibatkan berkurang pula oksigenasi dalam arteri dan terjadi peningkatan CO2 yang akan membentuk asam di dalam tubuh sehingga menimbulkan sesak nafas dan RR meningkat. Selain itu, sesak yang ditemukan pada pasien juga dipengaruhi oleh asites yang ada sehingga organ paru dan jantung terjadi penekanan.

2. B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan, denyut nadi : 118 x/menit, nadi teraba kuat, tidak teratur dan cepat. Irama jantung: reguler, bunyi jantung : S1 - S2 tunggal, Tidak ada nyeri dada, akral hangat, warna kulit pucat. CRT: > 3 detik. Anamnesa : pasien mengatakan perut sebah, membesar, badan lemas dan mudah lelah. Dari data penunjang foto thorax didapatkan Cardiomegali dan effuse pleura kiri, CTR > 70 %. Pemeriksaan EKG, hasil : AF RVR 110-170x/mnt.

Hasil dari pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian (Kasron, 2016), pada keadaan gagal jantung, bila salah satu/lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *prelood* meningkat. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada Infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Peneliti berpendapat bahwa pasien dengan diagnose medis CHF biasanya terlihat pucat kondisi tersebut terjadi karena menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung dan vasokontriksi pembuluh darah. Keluhan badan lemas dan mudah lelah disebabkan karena adanya penurunan/ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume sekuncup setelah aktivitas, dapat menyebabkan peningkatan segera pada frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen sehingga mengakibatkan peningkatan kelelahan dan kelemahan aktivitas.

3. B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, pasien terlihat lemah.

Hasil dari pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian dari (Utomo et al., 2019) yang menjelaskan Gejala yang timbul akibat perubahan struktur dan fungsi jantung akan berdampak secara langsung pada status fungsional pasien itu sendiri. Keterbatasan fungsional menjadi suatu hal yang sering terjadi pada pasien *heart failure*. Ketidakmampuan pasien *heart failure* untuk beradaptasi terhadap penyakitnya termasuk di dalamnya mengenal secara dini gejala penyakit (seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas dan kelelahan) akan mempengaruhi kehidupan yang dijalaninya setiap hari.

Kondisi ketika jantung tidak dapat memaksimalkan kemampuannya untuk memompa darah yang menyebabkan suplai oksigen dalam darah terhambat, sehingga pasien akan terlihat pucat dan lemas.

4. B4 (*Bledder*)

Pada pemeriksaan perkemihan B4 didapatkan pasien terpasang (Dower cateter) ukuran No.16, jumlah urin pada saat pukul 09.00 WIB 50 cc/3 jam berwarna kuning pekat seperti teh. Intake pasien pukul 07.00 –09.00 WIB 150 cc dengan balance cairan + 100 cc.

Hasil dari pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian dari (Prihantono, 2013) yang menjelaskan bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan kongesti pulmonal berupa *dipsnea* / sesak nafas saat beraktifitas, keletihan sedangkan pada ventrikel kanan terdapat acites.

Kondisi yang dialami pasien saat ini menunjukkan bahwa pasien sedang dalam pantauan untuk mengetahui apakah penyakitnya berdampak ke organ lainnya seperti ginjal. sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomondasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena.

5. B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian B5 didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien mengeluh mual, nafsu makan kurang, makan habis ½ porsi. Bentuk abdomen pasien cembung, dan terdapat pembesaran abdomen atau asites. Saat auskultasi didapatkan bising usus 16 x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani.

Hasil dari pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian dari (Smeltser , 2002) yang menyebutkan bahwa klien dengan gagal jantung akan ditemukan penurunan nafsu makan, klien tidak sampai, hanya ingin muntah mungkin disebabkan karena kompensasi tubuh klien baik, dilihat dari hasil laboratorium terdapat masalah pada fungsi ginjal maupun hati, juga dapat disebabkan dengan pemberian terapi primperan, primperan mengandung zat aktif metoclopramide yang mempunyai cara kerja khusus pada berbagai kelainan pencernaan yang umum seperti mual dan muntah.

Kondisi yang dialami pasien gagal jantung terdapat pembesaran abdomen atau asites, dikarenakan volume darah di arteri turun, ketika otot jantung tidak mampu memompa cairan dan darah ke seluruh tubuh, menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah ginjal dan retensi natrium sehingga menyebabkan cairan kembali ke paru-paru atau organ lain dan bocor ke rongga peritoneum. Pasien merasa mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena didalam rongga abdomen.

6. B6 (*Bone*)

Pada pengkajian B5 didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada saat inspeksi, warna kulit tampak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun. Pasien mengatakan badan lemas dan lelah.

Hasil dari pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian dari (Muttaqin,2015). yang menyebutkan bahwa salah satu gejala gagal jantung pada sistem muskuloskeletal adalah kelemahan dan kelelahan, akibat curah jantung yang berkurang yang dapat menghambat sirkulasi normal dan suplai oksigen ke jaringan dan menghambat pembuangan sisa hasil katabolisme.

Kondisi ketika jantung gagal mensuplay oksigen pada salah satu atau kedua bilik jantung akan mengakibatkan penurunan kemampuan jantung untuk memompa darah secara efektif. Jika sel-sel otot jantung kekurangan oksigen maka akan mengakibatkan penurunan produksi adenosine trifosfat (ATP). ATP digunakan untuk pembentukan energi didalam tubuh. Jika produksi ATP menurun, maka otot-otot jantung tidak mampu berkontraksi sehingga menyebabkan kelemahan dan kelelahan untuk beraktivitas.

**4.1.5 Pemeriksaan Penunjang**

Pada tinjauan kasus hasil pemeriksaan laboratorium klinik darah lengkap BGA didapatkan hasil HB 13.5 g/dl (N: 13-17), PCO2 LL 23.2 mmHg (N:35 – 45), PO2 H 117.5 mmHg (N: 80.0 - 100.0), gejala sesak nafas dan peningkatan RR 24-28 x/mnt yang timbul pada Tn. M karena adanya gangguan pertukaran difusi O2 dan CO dalam arteri pulmonalis yang mengakibatkan kadar PCO2 meningkat dan PO2 menurun.

Pada tinjauan kasus hasil *x-ray foto thorax* didapatkan kesmipulan : *Cardiomegali* dan effusi pleura kiri, CTR > 70 %. *Cardiomegali* merupakan implikasi dari adanya gagal jantung dikarenakan adanya dilatasi atau hipertropi bilik jantung, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal.

Pada tinjauan kasus hasil EKG didapatkan hasil : AF RVR 110-170x/mnt. Frekuensi nadi : 118 x/menit, nadi teraba kuat, tidak teratur dan cepat. Hal ini terjadi karena adanya gangguan aritmia pada gagal jantung

### 4.1.6 Pemberian Terapi

Pada tinjauan kasus terapi farmakologis untuk Tn. M yakni oksigen nasal canul 4lpm yang berfungsi untuk oksigenasi. Furosemid 3x20 mg *(antidiuretic)* berfunsi untuk mengurangi *afterlood* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolic. Fargoksin injeksi 1 ampul bolus untuk meningkatkan kontraktilitas jantung. Spironolacton 100 mg (1/2-1/2-0) untuk mengatasi penimbunan cairan/ edema, gangguan ginjal/ hati, gagal jantung. Simarc 2 mg (0-0-0-1) untuk mencegah trombosis vena. Lisinopril 5 mg (0-0-1) untuk menurunkan tekanan darah, Bisoprolol 5 mg 1-0-0 untuk mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung dan drip KCL 25 meq dlm NS 500 cc untuk meningkatkan kalium tubuh. Sedangkan untuk terapi non-farmakologis pada Tn. M yakni meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas. Posisi *semifowler* untuk mengurangi sesak nafas. *Bedrest* untuk mencegah *dypsneu* setelah beraktivitas dan pembatasan cairan 500 cc/hari untuk mengurangi beban jantung. Apabila cairan yang dikonsumsi banyak, maka voluma darah akan meningkat, dan secara tidak langsung beban kerja jantung akan meningkat

### Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada 9 diagnosa, yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas (D.0008)
2. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)
4. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (mis: hipervolemi saat bernafas) (D.0005)
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
7. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
8. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologi (mis:stress, keengganan untuk makan) (D.0019)
9. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan kelebihan volume cairan (D.0139)

Dari 9 diagnosa yang muncul pada kasus Tn. M ada 4 dignosa yaitu:

* + - 1. Penurunan curah jantuh berhubungan dengan perubahan *afterload*

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data *dyspnea*, nadi perifer teraba lemah, CRT >3 detik, mudah lelah, tekanan darah menurun atau bahkan bisa meningkat, warna kulit pucat, oliguria. Kondisi yang dialami Tn. M dari tekanan darah cenderung dibawah batas normal yaitu TD : 147/71 mmHg, N : 118 x/menit sinus ritme teraba kuat, tidak teratur dan cepat, nadi perifer teraba kuat, warna kulit pucat, pasien merasa sesak dan semakin memberat, hingga nadi teraba lemah.

Menurut Doenges (2012) dasar data pengkajian pasien gagal jantung kongestif yaitu keadaan umum pasien gagal jantung biasanya keletihan/kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia, *dyspnea* pada istirahat dan tanda vital berubah pada waktu aktivitas. Pasien juga didapati bengkak pada kaki, abdomen, takikardi, disritmia, kulit pucat. Penurunan berkemih, urin berwarna gelap, berkemih pada malam hari (nokturia). Pasien juga kehilangan napsu makan, mual/muntah dan asites. Manurut ( Muttaqin, 2014), Patofisiologis gagal jantung kongestif dimulai saat kemampuan kontraktilitas jantung menurun, yang menyebabkan gerakan abnormal pada dinding jantung dan daya kembang pada ruang jantung menjadi berubah, keadaan ini akan menyebabkan ventrikel tidak mampu memompa darah keluar sebanyak yang masuk selama diastole. Kondisi ini yang menyebabkan volume akhir diastolik atau *preload* pada ventrikel mengalami peningkatan secara progresif. Saat terjadi peningkatan pada preload, maka sel – sel otot ventrikel akan mengalami peregangan melebihi batas panjang optimalnya sehingga tegangan yang dihasilkan menjadi berkurang karena ventrikel menjadi regang oleh darah Semakin bertambahnya beban awal dari ventrikel maka semakin sedikit pula darah yang mampu dipompa ke luar oleh jantung, sehingga menyebabkan *afterload* menurun dan menyebabkan volume sekuncup jantung menurun. Hal ini yang pada akhirnya memicu penurunan curah jantung

Penulis berpendapat bahwa Gagal jantung kongestif merupakan kongesti sirkulasi akibat disfungsi miokardium. Gagal jantung kongestif terjadi ketika kemampuan kontraktilitas jantung berkurang, menimbulkan gerakan abnormal pada dinding jantung, daya kembang ruang jantung menjadi berubah, dan ventrikel tidak mampu memompa darah keluar sebanyak yang masuk selama diastole. Hal ini menyebabkan volume akhir diastolik atau biasa disebut dengan *preload* pada ventrikel secara progresif meningkat. Seiring dengan peningkatan *preload*, sel-sel otot ventrikel mengalami peregangan melebihi batas panjang optimalnya. Tegangan yang dihasilkan menjadi berkurang karena ventrikel teregang oleh darah. Semakin berlebih beban awal dari ventrikel, semakin sedikit darah yang dapat dipompa keluar, sehingga *afterload* menurun. Akibatnya volume sekuncup, curah jantung dan tekanan darah turun.

* + - 1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data Ortopnea, dispnea, Paroxymal Nocturnal Dyspnea (PND), Acites, Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+).

Berdasarkan penelitian (Aspiani, 2016) menyebutkan bahwa gagal jantung kanan akan menimbulkan gejala acites dan acites pada pasien muncul dari penumpukan cairan akibat dari terganggunya mekanisme keseimbangan cairan sebagai tanda dari gagalnya ventrikel kanan memompa sehingga semua darah yang kembali dari vena tidak dapat terakomodasi.

Menurut penulis kondisi yang dialami Tn. M mengalami sesak nafas dan ditemukan acites, kondisi tersebut sering ditemukan pada pasien CHF dikarenakan jantung tidak dapat memompa darah dengan maksimal. Adanya kegagalan antara ventrikel kiri dan kanan memompa darah keseluruh tubuh akan mengakibatkan terjadinya peningkatan pengisian LVEP sehingga aliran darah ke jantung dan ke otak menjadi tidak adekuat.

* + - 1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data : Objektif : PCO2 meningkat/menurun, PO2 meningkat, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan, Pusing, penglihatan kabur Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal/pucat, kesadaran menurun.

Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Narolita, 2018) yang menjelaskan Pasien dengan gagal jantung memiliki tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, dan terjadi abnormalitas dari struktur jantung dan fungsi jantung.

Menurut penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami Tn. M telah sesuai dengan tanda dan gejala, meskipun demikian biasanya pasien dengan CHF merasakan perama kali yaitu sesak yang semakin hari semakin berkepanjangan.

* + - 1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data pasien mengeluh lelah, dan sesak yang memberat jika setelah beraktivitas.

Sejalan dengan penelitian dari (Sinambela, 2020) *Congestive Heart Failure* adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal.

Menurut penulis kondisi yang dialami Tn, M ini beriringan kurangnya suplai oksigen dalam darah ke seluruh tubuh terhambat akibat jantung tidak dapat memompa dengan sempurna.

### Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan (Darmawan, 2016). Pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil dan interfensi dibuat berdasarkan standart SDKI yang disesuaikan kondisi nyata pasien.

Diangosis 1 : Penurunan curah jantuh berhubungan dengan perubahan afterload

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) Tanda vital dalam rentang normal, Kekuatan nadi perifer meningkat, Tidak ada edema. Menurut penulis kekuatan nadi perifer pada pasien CHF sangat lemah, karena kurangnya suplai darah pada oksigen, hal ini bisa terjadi akibat jantung yang sebagai prioritas diagnosa karena penurunan curah jantung akan menggangu sistem vaskularisasi darah, menyebabkan sel dan jaringan mengalami kekurangan suplai oksigen maupun nutrient, menyebabkan perubahan membrane kapiler alveolar, edema, peningkatan tekanan vena (Mustofa & Listiyanawati, 2020).

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : (a) Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dipsneu, kelelahan, edema, orthopnea), Rasionalisasi adalah Penurunan curah jantung yang dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, dan adanya peningkatan CVP. (b) Monitor takanan darah, Rasionalisasi adalah untuk mengetahui seberapa kuatnya tekanan darah di arteri pada saat jantung di pompa. (c) Monitor *intake* dan *output* cairan. Rasionalisasi adalah untuk mengetahui balance cairan. (d) Monitor saturasi oksigen. Rasionalisasi adalah untuk mengetahui penurunan status oksigen. Mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia. (e) Monitor EKG, Rasionalisasi adalah Depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen miocard, meskipun tidak ada penyakit arteri coroner. (f) Monitor aritmia, Rasionalisasi adalah mengetahui adanya perubahan pada irama dan frekuensi jantung. (g) Posisikan pasien semi fowler (30 derajat dengan bantal). Rasionalisasi adalah agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik. (h) Berikan dukungan emosional dan spiritual. Rasionalisasi adalah membantu pasien menghindari situasi stress dan lebih rileks. (i) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Rasionalisasi adalah meningkatkan oksigenasi maksimal, yang menurunkan kerja jantung, alat dalam memperbaiki iskemia jantung dan disritmia. (j) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur *intake* dan *output* cairan, Rasionalisasi adalah untuk mengetahui balance cairan. (k) Kolaborasi pemberian anti aritmia jika perlu, Rasionalisasi adalah aritmia adalah obat yang digunakan untuk menangani kondisi aritmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat/terlalu lambatdan tidak teratur.

Diagnosis 2 : Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat hipervolemi menurun. Kriteria hasil : Tingkat hipervolemi (L.08066), Pasien mengatakan hipervolemi berkurang dari skala 7 menjadi 2, Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang, Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.

Pasien CHF dengan edema hingga asites berasal dari ketidakefektifan kerja jantung, akibatnya ginjal juga seing merespon untuk menahan air pada tubuh. Hal ini merupakan tanda gejala pasien CHF dimana, jantung yang sulit memompa darah untuk menyampaikan oksigen keseluruh tubuh, terdapat beberapa organ yang menjadi korbannya, seperti ginjal (Narolita, 2018)

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil antara lain adalah : (a) Monitor penurunan hipervolemik (orthopnea, dipsnea, edema, JVP meningkat), Monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan, Monitor kecepatan infus secara tepat. Rasionalisasi monitor adalah mengetahui terjadi retensi cairan yang ditandai asites. (b) Batasi asupan cairan dan garam. Rasionalisasi adalah untuk mengurangi cairan dalam tubuh/edema. (c) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat. Rasionalisasi adalah untuk meberikan posisi yang nyaman kepada pasien. (d) Ajarkan cara membatasi cairan. Rasionalisasi adalah agar pasien bisa membatasi berapa jumlah cairan yg boleh masuk ke dalam tubuh. (e) Kolaborasi pemberian obat *diuretic*. Rasionalisasi adalah untuk mempercepat laju pengeluaran urine. (f) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat *diuretic*, yaitu Drip KCl 25 meq dlm NS 500 cc. Rasionalisasi adalah agar jumlah kalium dalam tubuh tetap terjaga. Tipe *diuretic* tergantung pada derajat gagal jantung dan status fungsi ginjal.

Diagnosis 3 : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriterian hasil : (Pertukaran gas L.01003), Dipsnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pola nafas membaik, PCO2 dan O2 membaik. Menurut penulis pasien dengan *Congestive Heart Failure* atau gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi patofisiologis dicirikan oleh adanya bendungan (kongesti) di paru atau sirkulasi sistemik yang disebabkan karena jantung tidak mampu memompa darah yang beroksigen secara cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Khairul, 2019).

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : (a) Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas. Rasionalisasi adalah pengenalan diri dan pengobatan ventilasi abnormal dapat mencegah komplikasi. (b) Monitor pola nafas. Rasionalisasi adalah kecepatan siasanya meningkat dispneu dan terjadi peningkatan kerja nafas. Kedalama pernafasan bervariasi tergantun derajat gagal nafas . ekspansi dada terbatas yang berhubunga dengan atelektasis atau nyeri dada. (c) Monitor saturasi oksigen. Rasionalisasi adalah untuk mengetahui penurunan status oksigen. Mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia. (d) Auskultasi bunyi nafas. Rasionalisas adalah menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan secret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut (e) Dokumentasikan hasil pemantauan. Rasionalisasi adalah untuk memantau sejauh mana perkembangan pasien. (f) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Rasionalisasi adalah untuk menjelaskan perincian atau standart yang tetap mengenai tindakan yang diberikan. (i) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Rasionalisasi adalah untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan selanjutnya. (j) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur. Rasionalisasi adalah untuk mengurangi *dyspnea* dan memenuhi kebutuhan oksigen.

Diagnosisi 4 : Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat., Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047). kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan. Pasien mangatakan *dipsnea* saat dan/atau setelah aktifitas menurun.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : (a) Monitor kelelahan fisik dan emosional. Rasionalisasi adalah mengetahui koping pasien. (b) Monitor pola dan jam tidur. Rasionalisasi adalah untuk mengidentifikasi penyebab pasien tidak toleran terhadap aktifitas. (c) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan). Rasionalisasi adalah untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan dari persendian, memelihara dan meningkatkan kekuatan otot, serta mencegah kelainan bentuk. (d) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan. Rasionalisasi adalah mencegah resiko jatuh. (e) Anjurkan tirah baring. Rasionalisasi adalah agar pasien bisa beristirahat. (f) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap. Rasionalisasi adalah untuk keamanan dan/atau memodifikasi aktivitas kehidupan sehari-hari. (g) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Rasionalisai adalah mendapatkan diit yang sesuai dengan kebutuhan energi.

### 4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah perawatan jantung, hal ini untuk mengetahui tanda – tanda vital dan kesadaran pada pasien, Untuk mengatasi gagal jantung serta denyut jantung tidak beraturan (fibrilasi atrium kronis), pasien telah mendapatkan terapi cedocard pump 0,5 mg serta obat oral yang diberikan ke pasien. Menurut penulis tekanan darah berpotensi menurun bahkan sangat drastris mengalami peningkatan pada pasien CHF dikarenakan pada gagal jantung kiri darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah paru ke atrium kiri terbendung. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, sesak saat bekerja *(dypnea d’effort),* atau waktu istirahat (ortopnea) (Astuti et al., 2018).

2. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah dengan manajemen hypervolemia, hal ini perlu dilakukan untuk pemantauan *intake* maupun *output* pada pasien setiap waktunya guna mengetahui balance cairan yang ada pada pasien. Menurut penulis pasien yang mengalami CHF kemungkinan besar mengalami *hypervolemia* dikarenakan adanya penyumbatan atau bendungan yang terjadi di jantung dan menyebabkan organ lain seperti ginjal menerima respon untuk menahan pengeluaran cairan ditubuh, itu sebabnya pasien CHF sering ditemukannya edema hingga asites. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Astuti et al., 2018) yang menjelaskan bahwa bahwa gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah pemantauan respirasi, pada kondisi saat ini pasien terpasang nasal canul 4lpm, dengan saturasi 98%. Menurut penulis sesak yang dirasakan oleh pasien merupakan dari banyaknya cairan yang tertahan di paru-paru, yang mengakibatkan rasa sesak yang memberat. Hak ini sejalan dengan penelitian dari (Astuti, 2020) yang menyatakan bahwa Salah satu gejala dari gagal jantung adalah sesak nafas, untuk mengurangi sesak nafas agar tidak terjadi komplikasi atau kecanduan dari obat yang selalu di minum, maka diberikanlah terapi nonfarmakologi yaitu dengan melakukan pemberian posisi semi flower 45 derajat, pemberian O2, *Deep breathing exercise*, *Slow Deep Breathing*

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah manajemen energy yaitu dengan pemantauan aktivitas, identifikasi penyebab kelelahan atau lemas. Kondisi pasien masih terlihat lemas, makan habs ½ porsi dan terbaring lemas. Menurut penulis kondisi yang dialami pasien menjelaskan bahwa Sindrom klinis yang timbul akibat gagal jantung diantaranya adalah perfusi jaringan, dan penurunan intoleransi aktivitas sehari- hari. Gambaran tersebut menunjukan salah satu permasalahan orang Gagal jantung adalah intoleransi aktivitas. Hal ini sejalan penelitian dari (Isnaeni & Puspitasari, 2018) bahwa tindakan keperawatan untuk mengatasi intoleransi aktivitas diperoleh hasil bahwa level toleransi klien dari hari kehari mengalami peningkatan. Keluhan sesak nafas, dan kelelahan berkurang selama maupun sesudah melakukan aktivitas, klien mampu berpartisipasi dalam kegiatan kebutuhan dasar mandiri, klien mampu melakukan latihan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi klien.

### 4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 curah jatung meningkat, tekanan darah pasien masih dibawah batas normal yakni 100/57 mmHg, terapi farmakologi tetap diberikan, masalah teratasi, intervensi yang dilanjutkan Monitor takanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen.

2. Hipervolemiai berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 keseimbangan cairan meningkat.. Masalah teratasi sebagian di tanggal 30 november 2022. Intervensi yang tetap dilanjutkan yaitu monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, kolaborasi pemberian obat diuretik.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 pertukaran gas meningkat, pasien sudah tidak sesak, pernafasan normal, saturasi oksigen dalam batas normal (97-98 %), dengan demikian masalah teratasi di tanggal 30 november 2022, intervensi yang dipertahankan Monitor saturasi oksigen, Auskultasi bunyi nafas, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 toleransi aktivitas meningkat, pasien bisa mobilisasi ke kamar mandi, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

### Simpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Tn. M didapatan sesak sejak 2 hari yang lalu, perut membesar dan terasa sebah, kepala terasa pusing, kesadaran composmentis dan GCS 456. RR 24-28 x/mnt, pasien tampak dispnea, tampak lemah, warna kulit pucat dan perut acites, sehingga mengangkat diagnosa keperawatan hipervolemi, penurunan curah jantung.

1. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

1. Intervensi

Intervensi yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan

menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.

1. Implementasi dan evaluasi

Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan hypervolemia, penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas teratasi, namun intervensi keperawatan tetap dipertahankan.

1. Pendokumentasian

Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn.M.

### Saran

Sesuai dari simpulan di atas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

* + 1. Bagi Rumah Sakit

Agar semakin meningkatkan kualitas dan kuantitas dokter dan para perawat serta tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kualitas Rumah Sakit.

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Hendakanya terus berupaya mengembangkan dan meningkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar.

* + 1. 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*. Memberikan edukasi tentang pembatasan aktivitas turun tempat tidur dan juga pembatasan intake yang diperoleh pasien.

* + 1. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya ditujukan untuk klien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*.

# DAFTAR PUSTAKA

Ananda Putra, R. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Bangsal Jantung RSUP Dr.Djamil Padang*. Retrieved From Http://Pustaka.Poltekkespdg.Ac.Id/Index.Php?P=Show Detail&Id= 5245&Keywords=

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar* Keperawatan*. Jakarta.*

Arroll, B., Doughty, R., andAndersen, V. (2010). *Investigation and management of congestive heart failure,* BMJ, 341, pp.190-195.

Aspaiani,RY. (2016). *Buku Ajar Asuhan* Keperawatan *Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler* : aplikasi nic&noc. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Doenges, M. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan*

*dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC

Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar* Keperawatan*: Dokumentasi Keperawatan.* 1–172. Retrieved from http://bppsdmk. kemkes.go.id/ pusdiksdmk /wpcontent /uploads/2017/11 /praktika-dokumen keperawatan - dafis. pdf.

Gledis, M., & Gobel, S. (2016). *Hubungan Peran Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Rs Gmibm Monompia Kota Mabagu Kabupaten Bolaang Mongondow.* Elektronik Keperawatan, 4(2), 1–6. <https://doi.org/10.22460/infinity.v2i1.22>.

Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., &Moser, D. K.(2009). *Quality of Life in Patients With Heart Failure: Ask the Patients, Heart Lung*, 38(2), pp.100–108

Juenger,J., Schellberg,D., Kraemer,S., Haunstetter,A.,Zugck, C., Herzog, W., and Haass, M.(2002). *Health Related Quality Of Life In Patients With Congestive Heart Failure:Comparison With Other Chronic Diseases And Relation To Functional Variable*, Heart Journal, 87, pp.235-241.

Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas* 2018.

Mahananto, F., & Djunaidy, A. (2017). *Simple* Symbolic *Dynamic of Heart Rate Variability Identify Patient with Congestive Heart Failure. Procedia ComputerScience,* 124, 197–204.https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.12.147

Melanie, R. (2012). *Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur terhadap Kualitas Tidur dan Tanda Vital Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr.* *Hasan Sadikin Bandung. Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur Terhadap Kualitas Tidur Dan Tanda* Vital *Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*, 15.

Muttaqin, Arif. (2009). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika

Nurchayati, S.(2011). *Analysis of Factors Related to Quality of Life of Patients With Chronic Kidney Disease Undergroing Hemodialysis at the Islamic Hospital Fatimah Cilacap and Banyumas District General Hospital*, Thesis Magister Keperawatan, Universitas Indonesia.

Nugroho, F. A. (2018). *Perancangan Sistem* Pakar *Diagnosa Penyakit Jantung dengan Metode Forward Chaining*. Jurnal Informatika Universitas Pamulang, 3(2), 75. https://doi.org/10.32493/informatika.v3i2.1431.

Nurdamailaila.(2017). *Congestive Heart Failure (Gagal Jantung*). diakses pada tanggal20/08/2019 melalui https://nurdamailaia.blogspot.com/2017

Nurarif,a.h. (2015).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda Nic Noc.*yogyakarta : medication publishing yogyakarta.

Nur Akhmad, Arif. Yanuar Primanda, Yuni Permatasari Istanti. (2016). *Kualitas Hidup Pasiengagal Jantung Kongestif (Gjk) Berdasarkan Karakteristik Demografi*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 11, No.1,Maret2016. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/629/388>

Ongkowijaya, J., & Wantania, F. E. (2016). *Hubungan Hiperurisemia Dengan Kardiomegali Pada Pasien Gagal* Jantung *Kongestif.* 4, 0–5.

Pertiwiwati, E., & Rizany, I. (2017). *Peran Educator Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Di Ruang Tulip 1c Rsud Ulin Banjarmasin. Dunia Keperawatan*, 4(2), 82. https://doi.org/10.20527/dk.v4i2.2509.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar *Diagnosis Keperawatan Indonesia.*

*DPP PPNI*. Jakarta Selatan.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP . (2018). Standar *Intervensi Keperawatan Indonesia.*

*DPP PPNI.* Jakarta Selatan.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). Standar *Luaran Keperawatan Indonesia.*

*DPP PPNI*.Jakarta Selatan.

Priharjo, robert. (2013). Pengkajian *Fisik Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran. EGC.

Pusat Data dan Informasi. (2014). Infodatin : *Situasi Kesehatan Jantung*. Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI,1–8. Retrieved from www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodati n- jantung.pdf.

Russel, D. M. (2011). *6 Bebas Dari Penyakti Paling Mematikan (Tim MedPre)*. Yogyakarta.

Smeltzer,S. C., Bare, B. G.,2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah.* Brunner &suddarth. Vol.2.E/8”. Jakarta : EGC.

Smeltzer,S.C., Bare,B.G., Hinkle,J.L., and Cheever,K.H., (2008). *Textbook of medical-surgical nursing*. 12thEd, Wolter Kluwer, Lippincott William & Wilkins.

Starry Homenta, R. (2014). *Buku Praktis Kardiologi*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI.

Lampiran 1

***CURRICULUM VITAE***

Nama : May Andriani, S.Kep

NIM : 223.0061

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Sidoarjo, 22 Mei 1983

Agama : Islam

*Email* : andrianimay22@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Siring-Porong (1989)

2. SDN Siring 1 (!995)

3. SLTPN 1 Porong (1998)

4. SMU KARTIKA V-3 Surabaya (2001)

5. DIPLOMA III AKPER Hang Tuah Surabaya (2004)

6. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya (2022)

7. Menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya (2022 – Sekarang)

Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**Motto:**

“Setiap Kesulitan Selalu Ada Kemudahan”

“Tidak Ada Yang Tidak Mungkin, Semua atas izin Allah Subhanahu Wata’ala”

**Persembahan:**

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Karya ini ku persembahkan untuk :

1. Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat selesai tepat waktu.

2. Suamiku dan anak-anakku tercinta, Ayah dan Ibuku tersayang ibu Patmiasih yang selalu mendoakan, memberikan kasih sayang, perhatian dan memberikan motivasi dalam belajar.

3. Adikku tersayang Miranda Novia Putri dan Adi Cahyono yang selalu menolongku dikala penat dan lelah.

4. Sahabat kampus rasa saudara Nur Hidayanti, Harun Pabendon yang selalu memotivasi tetap tegar dan sabar serta hadapi apapun rintangan yang ada didepan. Serta membantu saya dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Untuk teman-teman sekelasku Prodi Pendidikan Profesi Ners, terima kasih untuk kalian yang sudah berbagi ilmu satu sama lain.

6. Terima kasih untuk semua pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Lampiran 3

**LEMBAR KEPERAWATAN INTENSIF**

**Nama Pasien : Tn. M Hari/Tanggal : Senin, 28/12/2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **MAP** | **Nadi** | **Suhu** | **RR** | **SPO2** | **CVP** | **Resp Mode** | **FIO2** | **Input (cc)** | **Output (cc)** |
| 6.00 | 125/83 | 97 | 88 | 36.7 | 26 | 96 |  |  |  |  |  |
| 7.00 | 116/72 | 86 | 87 | 36.6 | 25 | 100 |  |  |  |  |  |
| 8.00 | 113/69 | 83 | 72 | 36.1 | 26 | 100 |  |  |  |  |  |
| 9.00 | 100/67 | 78 | 88 | 36.5 | 24 | 98 |  |  |  |  |  |
| 10.00 | 135/78 | 97 | 78 | 36.3 | 23 | 99 |  |  |  |  |  |
| 11.00 | 130/80 | 97 | 85 | 36.3 | 24 | 99 |  |  |  |  |  |
| 12.00 | 147/71 | 96 | 89 | 36.2 | 23 | 99 |  |  |  |  |  |
| 13.00 | 135/93 | 107 | 133 | 36.4 | 22 | 97 |  |  |  | 460 | 700 |
| 14.00 | 135/94 | 108 | 96 | 36.5 | 24 | 97 |  |  |  |  |  |
| 15.00 | 116/62 | 81 | 84 | 36.5 | 24 | 99 |  |  |  |  |  |
| 16.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 24 | 99 |  |  |  |  |  |
| 17.00 | 111/69 | 66 | 98 | 36.3 | 24 | 97 |  |  |  |  |  |
| 18.00 | 121/68 | 65 | 87 | 36.5 | 24 | 99 |  |  |  |  |  |
| 19.00 | 100/89 | 71 | 75 | 36.2 | 23 | 98 |  |  |  |  |  |
| 20.00 | 124/78 | 78 | 78 | 36.5 | 24 | 100 |  |  |  |  |  |
| 21.00 | 122/74 | 87 | 85 | 36.5 | 24 | 100 |  |  |  | 480 | 1000 |
| 22.00 | 117/71 | 86 | 75 | 36.3 | 23 | 98 |  |  |  |  |  |
| 23.00 | 116/62 | 81 | 84 | 36.5 | 23 | 99 |  |  |  |  |  |
| 24.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 22 | 99 |  |  |  |  |  |

Lampiran 4

**LEMBAR KEPERAWATAN INTENSIF**

**Nama Pasien : Tn. M Hari/Tanggal : Selasa, 29/12/2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **MAP** | **Nadi** | **Suhu** | **RR** | **SPO2** | **CVP** | **Resp Mode** | **FIO2** | **Input (cc)** | **Output (cc)** |
| 6.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 22 | 99 |  |  |  |  |  |
| 7.00 | 100/85 | 90 | 90 | 36.8 | 22 | 99 |  |  |  | 642 | 900 |
| 8.00 | 105/64 | 77 | 85 | 36.2 | 22 | 100 |  |  |  |  |  |
| 9.00 | 113/76 | 88 | 78 | 36.2 | 22 | 100 |  |  |  |  |  |
| 10.00 | 117/71 | 86 | 75 | 36.1 | 22 | 100 |  |  |  |  |  |
| 11.00 | 125/83 | 97 | 88 | 36.7 | 22 | 96 |  |  |  |  |  |
| 12.00 | 116/72 | 86 | 87 | 36.6 | 22 | 100 |  |  |  |  |  |
| 13.00 | 113/69 | 83 | 72 | 36.1 | 23 | 100 |  |  |  |  |  |
| 14.00 | 100/67 | 78 | 88 | 36.5 | 22 | 98 |  |  |  | 582 | 800 |
| 15.00 | 135/78 | 97 | 78 | 36.3 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 16.00 | 130/80 | 97 | 85 | 36.3 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 17.00 | 147/71 | 96 | 89 | 36.2 | 22 | 99 |  |  |  |  |  |
| 18.00 | 135/93 | 107 | 133 | 36.4 | 20 | 97 |  |  |  |  |  |
| 19.00 | 135/94 | 108 | 96 | 36.5 | 20 | 97 |  |  |  |  |  |
| 20.00 | 116/62 | 81 | 84 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 21.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  | 480 | 900 |
| 22.00 | 111/69 | 66 | 98 | 36.3 | 20 | 97 |  |  |  |  |  |
| 23.00 | 121/68 | 65 | 87 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 24.00 | 100/89 | 71 | 75 | 36.2 | 20 | 98 |  |  |  |  |  |

Lampiran 5

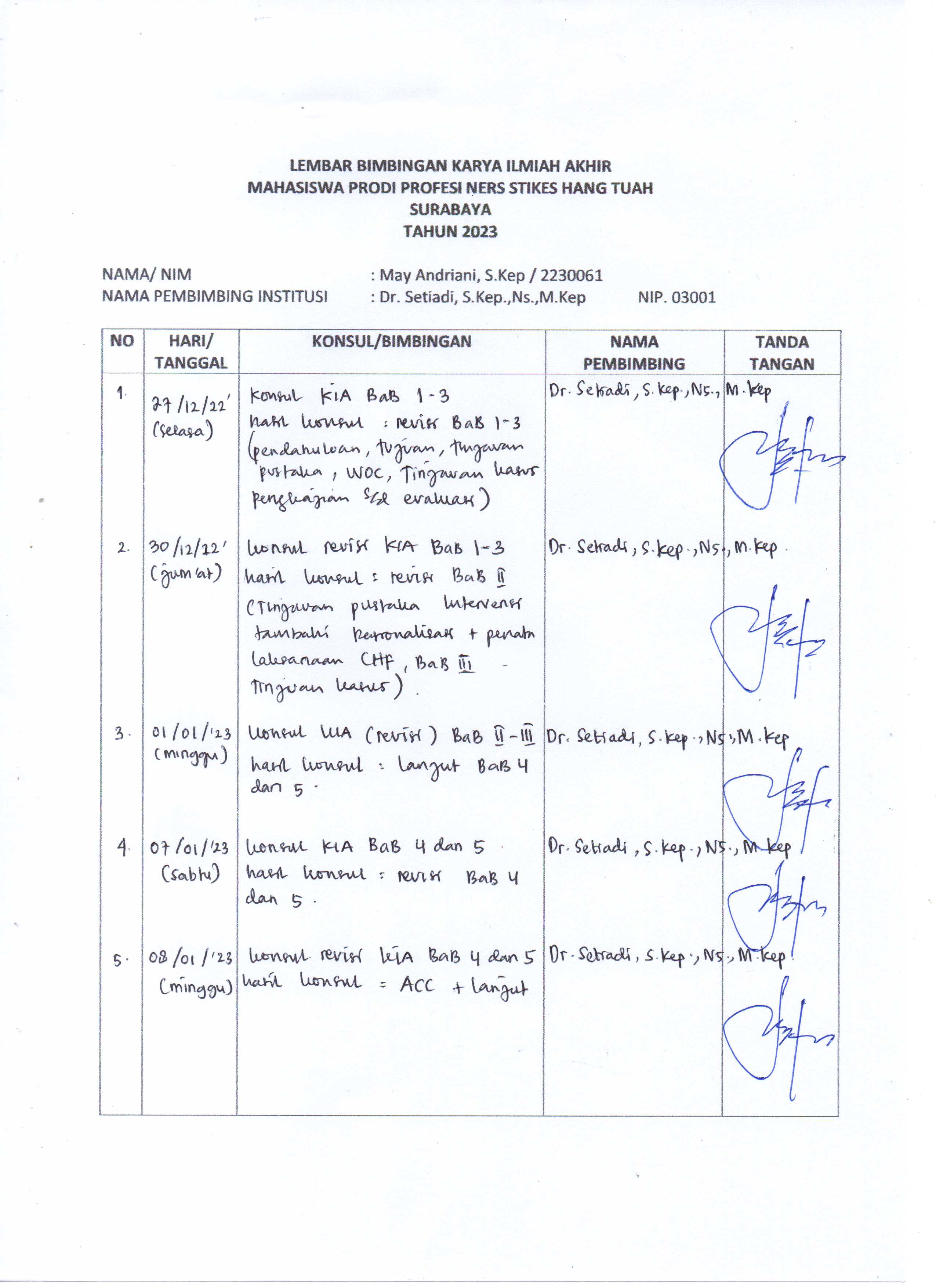
**LEMBAR KEPERAWATAN INTENSIF**

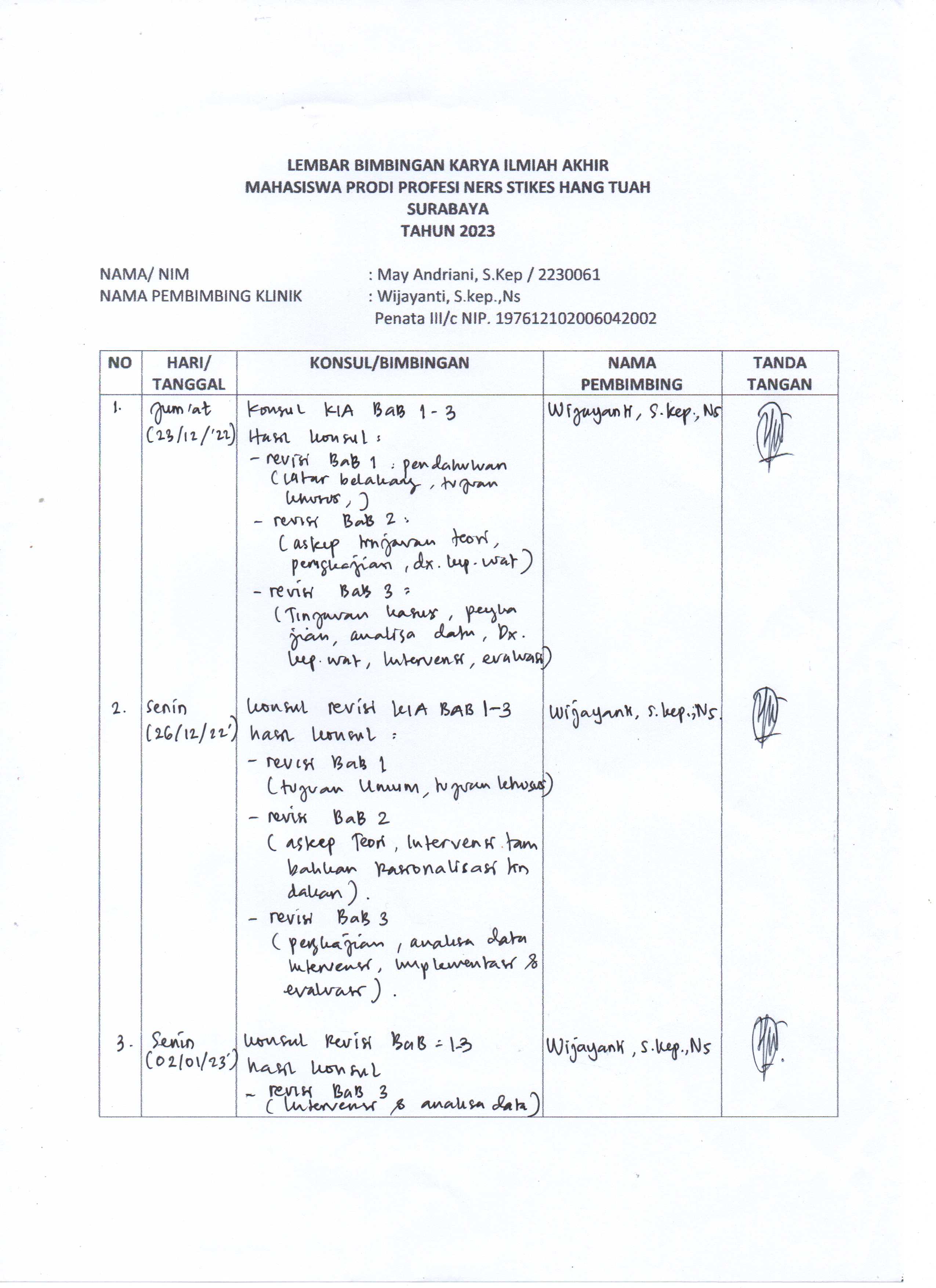
**Nama Pasien : Tn. M Hari/Tanggal : Rabu, 30/12/2022**

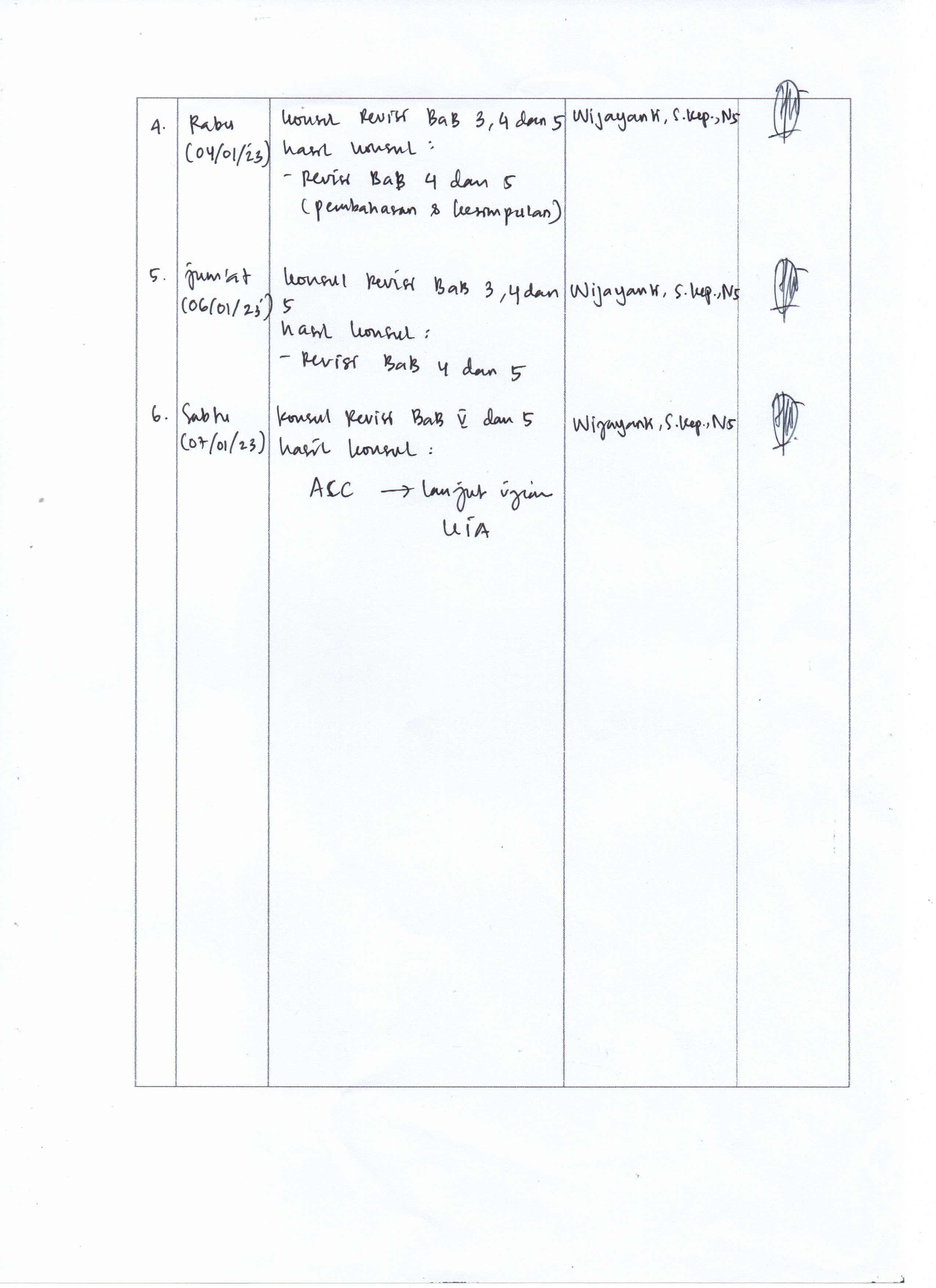
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **MAP** | **Nadi** | **Suhu** | **RR** | **SPO2** | **CVP** | **Resp Mode** | **FIO2** | **Input (cc)** | **Output (cc)** |
| 6.00 | 124/78 | 78 | 78 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  |  |  |
| 7.00 | 122/74 | 87 | 85 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  | 600 | 800 |
| 8.00 | 117/71 | 86 | 75 | 36.3 | 20 | 98 |  |  |  |  |  |
| 9.00 | 116/62 | 81 | 84 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 10.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 11.00 | 124/78 | 78 | 78 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  |  |  |
| 12.00 | 122/74 | 87 | 85 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  |  |  |
| 13.00 | 117/71 | 86 | 75 | 36.3 | 20 | 98 |  |  |  |  |  |
| 14.00 | 116/62 | 81 | 84 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  | 550 | 750 |
| 15.00 | 108/66 | 68 | 79 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 16.00 | 111/69 | 66 | 98 | 36.3 | 20 | 97 |  |  |  |  |  |
| 17.00 | 121/68 | 65 | 87 | 36.5 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 18.00 | 100/89 | 71 | 75 | 36.2 | 20 | 98 |  |  |  |  |  |
| 19.00 | 124/78 | 78 | 78 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  |  |  |
| 20.00 | 122/74 | 87 | 85 | 36.5 | 20 | 100 |  |  |  |  |  |
| 21.00 | 117/71 | 86 | 75 | 36.3 | 20 | 98 |  |  |  | 450 | 800 |
| 22.00 | 100/67 | 78 | 88 | 36.5 | 22 | 98 |  |  |  |  |  |
| 23.00 | 135/78 | 97 | 78 | 36.3 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |
| 24.00 | 130/80 | 97 | 85 | 36.3 | 20 | 99 |  |  |  |  |  |

**Lampiran 6**

**LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KARYA ILMIAH**

****

****

****

**Lampiran 7**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description: Description: Description: Description: logo stikes.pngPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**  **SURABAYA** | |
| **STANDART OPERASIONAL PROSEDUR** | **PELAKSANAAN PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI** |
| **Pengertian** | Elektrokardiografi (EKG) adalah grafik yang merekam potensial listrik pada jantung yang dihantarkan ke permukaan badan dan tercatat sebagai perbedaan potensial pada elektroda-elektroda pada kulit. Perbedaan potensial ini terjadi karena proses eksitasi yang tidak terjadi simultan pada seluruh jantung. Elektrokardiografi merepresentasikan aktivitas listrik total pada jantung yang direkam pada permukaan tubuh. Hal yang harus diingat adalah bahwa elektrokardiografi merupakan “gambaran” listrik suatu objek tiga dimensi (Baltazar, 2013) |
| **Tujuan** | Tujuan pelaksanaan EKG adalah untuk mengukur dan merekam aktifitas jantung dan menilai efektivitas pengobatan penyakit jantung (Heru, 2008) |
| **Indikasi** | 1. Angina pektoris atau nyeri dada 2. Dada terasa ditekan/ diinjak 3. Palpitasi , fekuensi nadi > 150x/menit 4. Detak jantung lambat, nadi 5. Kesulitan bernafas 6. Cardiac arrest |
| **Kontraindikasi** | Kontraindikasi utama pemasangan EKG adalah bila pasien menolak |
| **Petugas** | Perawat |
| **Persiapan Alat** | Persiapan Alat :   1. Kapas dan alkohol. 2. Mesin EKG beserta elektroda-elektrodanya. 3. Pasta/ Gel EKG. 4. Kertas grafik garis horizontal dan vertikal dengan jarak 1 mm. Garis lebih tebal terdapat pada setiap 5 mm. 5. Lembar pelaporan hasil EKG. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persiapan Perawat** | 1. Perawat mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan 2. Perawat memberitahu tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan |
| **Persiapan Pasien** | 1. Pemberian penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan. 2. Sebaiknya istirahat 15 menit sebelum pemeriksaan. 3. Bila menggunakan perhiasan/logam/gawai supaya dilepas dan diletakkan tidak dekat/menempel pada pasien 4. Pasien diminta membuka baju bagian dada. 5. Pasien dipersilakan tidur terlentang, posisi pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. 6. Pasien diusahakan untuk tenang dan bernafas normal. Selama proses perekaman tidak boleh bicara. 7. Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas beralkohol. 8. Oleskan pasta/gel EKG pada elektroda untuk memperbaiki hantaran listrik. 9. Sebaiknya tidak merokok/makan 30 menit sebelumnya |
| **Prosedur** | 1. Pasang elektroda sesuai dengan lead masing-masing 2. Lead ekstremitas bipolar dan unipolar (jangan sampai terbalik) Lead I, II dan III dipasang pada pergelangan tangan kanan dan kiri serta pergelangan kaki kanan dan kiri Pergelangan tangan kanan dipasang elektroda yang berwarna merah [kutub (-)/(-) dan aVR]. Pergelangan tangan kiri dipasang elektroda yang berwarna kuning [kutub 17 (-)/(+) dan aVL]. Pergelangan kaki kanan dipasang elektroda yang berwarna hitam (netral). Pergelangan kaki kiri dipasang elektroda yang berwarna hijau [kutub (+)/(+) dan aVF]. 3. Lead prekordial (jangan sampai terbalik) 4. Pasang lead V1 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kanan 5. Pasang lead V2 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kiri 6. Pasang lead V3 diantara V2 dan V4 7. Pasang lead V4 pada spatium intercostale V linea medio klavikularis kiri 8. Pasang lead V5 pada spatium intercostale V linea aksilaris anterior kiri. 9. Pasang lead V6 pada spatium intercostaleV linea aksilaris media kiri 10. Tekan tombol ID (Cardimax®) 11. Isian untuk nomer ID: arahkan kursor ke tulisan ID kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓ 12. Isian untuk umur:arahkan kursor pada tulisan AGE kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓ 13. Isian untuk jenis kelamin: arahkan kursor pada tulisan SEX kemudian tekan enter kemudian tekan → atau ← 14. Apabila tersedia komputer dan bisa disambungkan, isikan nama probandus. Pilih mode auto/manual kemudian tekan enter kemudian tekan mode lagi untuk keluar. 15. Auto : tekan start tunggu sampai tercetak semua lead dan kesimpulan interpretasi hasil EKG 16. Manual : tekan start untuk merekam satu persatu setiap lead secara manual kemudian tekan stop setelah didapatkan panjang elektrogram yang diinginkan (contohnya untuk merekam lead II panjang pada kasus aritmia) 17. Kalibrasi kertas EKG dengan ecepatan perekaman standar 25 mm/detik dan voltase 10 mm/milivolt (skala 1) 18. Rekam EKG dan hasil akan tampak pada kertas EKG. Lakukan interpretasi hasil EKG tersebut 19. Lepas semua leaddan bersihkan sisa pasta EKG dengan kapas beralkohol 20. Tuliskan keterangan nama pasien, tanggal dan jam pemeriksaan. |
| **Referensi** | Baltazar, R.F. (2013). Basic and Bedside Electrocardiography. Baltimore,MD : Lippincott Williams & Wilkins. Heru, A., (2008). Desain Alat Deteksi Dini Dan Mandiri Aritmia, Jurnal Teknologi Dan Managemen Informatika Volume 6. |