# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG JANTUNG**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**akper3**

**Oleh :**

**NOVI KARINA ISMALASARI, S.,Kep**

**NIM. 2130100**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG JANTUNG**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

**akper3**

**Oleh :**

**NOVI KARINA ISMALASARI, S.,Kep.**

**NIM. 2130100**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 6 Juli 2022

penulis

**Novi Karina Ismalasari., S,Kep**

**NIM. 2130100**

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Novi Karina Ismalasari

NIM : 2130100

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. B dengan diagnose *Congestive Heart Failure* di ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

Pembimbing I Pembimbing II

**Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep Muharini, S.Kep.,Ns.**

**NIP.03.049 NIP.196410171987032005**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Novi Karina Ismalasari, S.Kep.

NIM : 2130100

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn. B dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji Ketua** | **: Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep**  **NIP. 03011** |  |
| **Penguji I** | **: Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns.,M.Kep**  **NIP. 03049** |  |
| **Penguji II** | **: Muharini, S.Kep.,Ns**  **NIP.196410171987032005** |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Mengetahui,**  **STIKES Hang Tuah Surabaya**  **Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners** |
| **Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  **NIP. 03009** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M. Selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A.V. Suhardiningsih S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M. Kep , selaku kepala progam pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Ceria Nurhayati, S. Kep., Ns., M. Kep dan Ibu Muharini,S.Kep.,Ns Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Wijayanti,S.Kep.,Ns Selaku Karu Ruangan Pav jantung yang telah memberikan tempat untuk terselainya karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan ilmu untuk penulis melalui materi – materi selama perkuliahan yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 6 Juli 2022

Penulis

# DAFTAR ISI

[KARYA ILMIAH AKHIR 1](#_Toc107895984)

[KARYA ILMIAH AKHIR i](#_Toc107895985)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc107895986)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc107895987)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc107895988)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc107895989)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc107895990)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc107895991)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_Toc107895992)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_Toc107895993)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc107895994)

[BAB 1 1](#_Toc107895995)

[PENDAHULUAN 1](#_Toc107895996)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc107895997)

[1.2 Rumusan Masalah 2](#_Toc107895998)

[1.3 Tujuan 2](#_Toc107895999)

[1.3.1 Tujuan Umum 2](#_Toc107896000)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc107896001)

[1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir 3](#_Toc107896002)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 3](#_Toc107896003)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc107896004)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc107896005)

[BAB 2 7](#_Toc107896006)

[TINJAUAN PUSTAKA 7](#_Toc107896007)

[2.1 Konsep Penyakit Congestive Heart Failure 7](#_Toc107896008)

[2.1.1 Pengertian 7](#_Toc107896009)

[2.1.2 Anatomi Fisiologi Jantung 8](#_Toc107896010)

[2.1.3 Etiologi 15](#_Toc107896011)

[2.1.4 Manifestasi Klinis 15](#_Toc107896012)

[2.1.5 Patofisiolog 16](#_Toc107896013)

[2.1.6 Klasifikasi 18](#_Toc107896014)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 19](#_Toc107896015)

[2.1.8 Penatalaksanaan Medis 20](#_Toc107896016)

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure* 22](#_Toc107896017)

[2.2.1 Pengkajian Keperawatan 22](#_Toc107896018)

[2.2.2 Diagnosa Keperawatan 25](#_Toc107896019)

[2.2.3 Intervensi Keperawatan 26](#_Toc107896020)

[2.2.4 Implementasi Keperawatan 31](#_Toc107896021)

[2.2.5 Evaluasi Keperawatan 31](#_Toc107896022)

[2.3 WOC *Congestive Heart Failure* 32](#_Toc107896023)

[BAB 3 33](#_Toc107896024)

[TINJAUAN KASUS 33](#_Toc107896025)

[3.1 Pengkajian 33](#_Toc107896026)

[3.1.1 Data Dasar 33](#_Toc107896027)

[3.1.2 Pemeriksaan Fisik 33](#_Toc107896028)

[3.1.3 Pemeriksaan B1-B6 35](#_Toc107896029)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik Perpola 39](#_Toc107896030)

[3.1.5 Pemeriksaan Penunjang 44](#_Toc107896031)

[3.1.6 Terapi Medis 45](#_Toc107896032)

[3.2 Analisa Data 46](#_Toc107896033)

[3.3 Prioritas Masalah 48](#_Toc107896034)

[3.4 Intervensi Keperawatan 49](#_Toc107896035)

[3.5 Implementasi 52](#_Toc107896036)

[3.6 Evaluasi Sumatif Keperawatan 58](#_Toc107896037)

[BAB 4 60](#_Toc107896038)

[PEMBAHASAN 60](#_Toc107896039)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 60](#_Toc107896040)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 63](#_Toc107896041)

[4.3 Perencanaan 65](#_Toc107896042)

[4.4 Pelaksanaan 66](#_Toc107896043)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 67](#_Toc107896044)

[BAB 5 68](#_Toc107896045)

[PENUTUP 68](#_Toc107896046)

[5.1 Kesimpulan 68](#_Toc107896047)

[5.2 Saran 69](#_Toc107896048)

[DAFTAR PUSTAKA 71](#_Toc107896049)

[LAMPIRAN 1 73](#_Toc107896050)

[LAMPIRAN 2 74](#_Toc107896051)

[LAMPIRAN 3 76](#_Toc107896052)

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi *Congestive Heart Failure*………………………. 18

Tabel 2.2 Intervensi Perawatan Jantung……….……………………… 26

Tabel 2.3 Intervensi Pola Nafas Tidak Efektif ……..………………… 27

Tabel 2.4 Intervensi Manajemen Ener………………………………… 28

Tabel 2.5 Intervensi Dukungan Tidur………….……………………… 29

Tabel 2.6 Intervensi Perawatan Sirkulasi…………………………….. 30

Tabel 2.7 Intervensi Manajemen Hipervolemia……………..……….. 31

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Jantung………………………………….. 10

Gambar 2.2 Lapisan Perikardium……………...………………………….. 11

Gambar 2.3 Lapisan Perikardium…………...…………………………….. 12

Gambar 2.4 Katup Jantung........................................................................... 14

# DAFTAR LAMPIRAN

[LAMPIRAN 1 73](#_Toc107820920)

[LAMPIRAN 2 74](#_Toc107820921)

[LAMPIRAN 3 76](#_Toc107820922)

# DAFTAR SINGKATAN

**SINGKATAN**

B1 : *Breath/ Pernapasan*

B2 : *Blood/* Sirkulas

B3 : *Brain/* Persarafan

B4 : *Bladder/* Perkemihan

B5 : *Bowel/* Pencernaan

B6 : *Bone/* Muskuloskeletal

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

CFR : Case Fatality Rate

CRT : *Capillary Refill Time*

DINKES JATIM : Dinas Kesehatan Jawa Timur

CHF : *Congestive Heart Failure*

GCS : *Glasgow Coma Scale*

KEMENKES RI : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

KTI : Karya Tulis Ilmiah

NGT : *Nasogastric Tube*

Ns : Ners

RS : Rumah Sakit

SDKI : Standara Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SPO : Standar Prosedur Operasional

WHO : *World Health Organization*

**SIMBOL**

% : Persen

? : Tanda Tanya

/ : Atau

= : Sama Dengan

− : Sampai

(+) : Positif

(-) : Negatif

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

≤ : Kurang Dari Sama Dengan

≥ : Lebih Dari Sama Dengan

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

*Congestive haerth failure* (CHF)atau disebut juga gagal jantung, adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Kasron, 2016). Gagal jantung merupakan penyebab kematian serta disabilitas yang cukup besar dan kejadian yang terus meningkat (Agung dkk, 2016). Penyakit gagal jantung merupakan suatu penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit (*readmission*), meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan secara optimal.

Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar (0,13%) atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter atau gejala sebesar (0,3%) atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%) (Dinkes, 2014), Berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan pada periode bulan September 2021 terdapat sebanyak 103 (43%) kasus gagal jantung di pavilun jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Pada penderita gagal jantung terdapat perubahan hemodinamik berupa penurunan curah jantung, volume sekuncup, dan fraksi ejeksi sehingga menyebabkan terjadinya gejala berupa sesak napas, kelelahan, dan intoleransi latihan fisik. Berkurangnya toleransi latihan merupakan faktor utama penurunan fungsi sosial, fisik, serta kualitas hidup dan meningkatkan kemungkinkan terjadinya kejadian kardiovaskular (Agung dkk, 2016). Jika gagal jantung tidak ditangani secara tepat, dan cepat dapat menimbulkan syok kardiogenik edema paru, tromboemboli, atrial fibrilasi, kegagalan pompa progresif, aritmia ventrikel, dan kematian mendadak (khaider, 2017)

Deteksi dini dan penanganan awal gagal jantung dan faktor risiko lainnya, contohnya melalui kebijakan kesehatan masyarakat untuk mengurangi paparan terhadap faktor risiko perilaku, telah berkontribusi secara bertahap terhadap turunnya kematian karena serangan jantung di negara berpenghasilan tinggi lebih dari tiga dekade terakhir. Jika faktor resiko dapat dideteksi sejak dini, maka kemungkinan terjadinya risiko serangan jantung, gagal jantung, dapat diminimalisir. Sebagaimana pengendalian dan kewaspadaan yang lebih baik terhadap pentingnya mencari pertolongan kesehatan Kemenkes, 2014). Berdasarkan latar belakang diatas, maka perlu dilakukan pemberian asuhan keperawatan guna mengidentifikasi pemberian intervensi secara tepat pada penderita gagal jantung di paviliun jantung Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

## Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut. “Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn B dengan diagnosa CHF di ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?

## Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan Tn. B dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* di ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn.B dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada Tn. B dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnose keperawatan pada pasien Tn. B dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. B dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. B dengan diagnose medis *Congestive Heart Failur* di Ruang Pav Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

## Manfaat Karya Ilmiah Akhir

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmia secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *morbiditity, disability,* dan mortalitas pada pasien *Congestive Heart Failure*

1. Secara Praktis
2. Bagi Institusi di Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Congestive Heart Failure* sehingga penatalaksanaan dini bias dilakukkan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan institusi rumah sakit yang bersangkutan.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

1. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit *Congestive Heart Failure* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* di rumah secara mandiri

1. Bagi Penulis Selanjutnya

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

## Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada suatu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain

1. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

1. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

1. Sumber Data
2. Data Primer Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien
3. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti: catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1. Studi Kepustakaan

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

## Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mepelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengatar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

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

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

BAB 4 : Pembahasan, bab ini berisi tentang perbandingan antara teori dan fakta yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, bab ini berisi tentang simpulan dan saran

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dam lampiran.

# 

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi : 1) Konsep Penyakit *Congestive Heart Failure*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure,* 3) Konsep Map (Patflow).

## Konsep Penyakit Congestive Heart Failure

## Pengertian

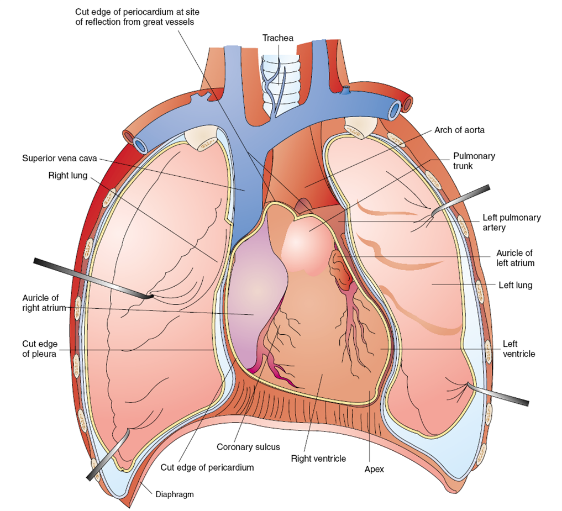
*Congestive Heart Failure* sering disebut gagal jantung kongestif, ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang ditandai dengan kelebihan beban (overload) cairan dan perfusi jaringan yang buruk.Mekanisme terjadinya gagal jantung kongestif meliputi gangguan kontraktilitas jantung (disfungsi sistolik) atau pengisian jantung (diastole) sehingga curah jantung lebih rendah dari nilai normal (Karina, 2018).

Pengertian diatas juga sejalan dengan jurnal yang disusun oleh (Puji Laksmini Dan *et al.*, 2018). Penyakit gagal jantung dapat diartikan sebagai kumpulan berbagai gejala dan tanda klinis dimana jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisisan vena dalam keadaan normal

## Anatomi Fisiologi Jantung

Sistem Kardiovaskuler terdiri dari tiga komponen utama yaitu darah, jantung dan pembuluh darah. Posisi jantung terletak di dalam mediastinum pada rongga dada. Tepatnya di 2/3 bagian kiri dan 1/3 bagiannya terletak di bagian kanan dari garis tengah tubuh. Proyeksi jantung dextra secara visual pada permukaan anterior yaitu dibawah sternum dan tulang iga, serta pada bagian permukaan inferior (Apeks dan batas kanan jantung) diatas diafragma. Sedangkan batas jantung kanan (yang meluas kebagian inferior dan basal) bertemu dengan paru-paru dextra. Kemudian untuk batas jantung sinistra bertemu dengan paru-paru sinistra. Untuk batas superior jantung dextra terletak pada intercostae ke-3 kurang lebih sekitar 3 cm ke kanan dari garis tengah. Garis tersebut yang menghubungkan kedua titik yang berhubungan dengan basal jantung.

Batas inferior jantung sinistra terletak pada apeks intercostae ke-5 kurang lebih 9 cm ke kiri dari garis tengah. Batas inferior jantung dextra terletak pada intercostae ke-6 kurang lebih sekitar 3 cm ke kanan dari garis tengah. Garis yang menghubungkan garis inferior kanan dan kiri berhubungan dengan inferior surface jantung. Berat jantung pada orang dewasa laki-laki mempunyai berat kurang lebih 300-350 gram, sedangkan untuk berat jantung orang dewasa wanita kurang lebih 250-350 gram. Untuk panjang jantung 12 cm, lebar 9 cm dan tebal 6 cm atau 4 gr/kg BB dari berat badan ideal (Hariyono, 2020).

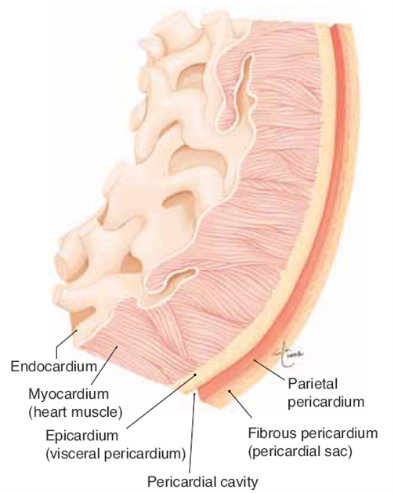


Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Jantung

Sumber : (Hariyono, 2020)

1. Struktur Lapisan Jantung

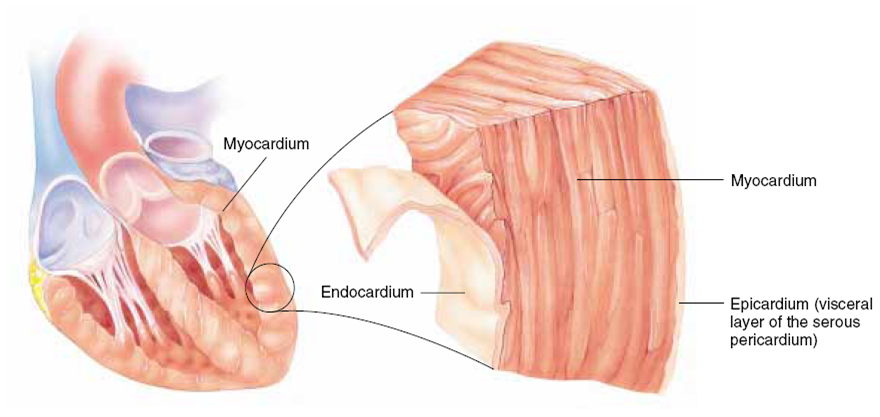
Pada bagian luar jantung dilapisi dan dikelilingi oleh membran yang dinamakan dengan perikardiu, membran ini membatasi jantung pada posisi didalam mediastinum. Perikardium sendiri terdiri dari dua bagian utama yaitu *fibrous pericardium* dan *serous pericardium*. *Fibrous pericardium* merupakan lapisan yang keras, tidak elastik dan merupakan jaringan tebal yang tidak beraturan*. Fibrous pericardium* berfungsi untuk mencegah peregangan berlebihan dari jantung, melindungi dan menempatkan jantung dalam mediastinum. Sedangkan *Serous pericardium* merupakan lapisan dalam yang tipis, membran ini sangat halus dan terdiri dari dua lapisan. Lapisan pertama yaitu lapisan parietal, lapisan ini berada paling luar dari *serous pericardium* yang menyatu dengan *fibrous pericardium*. Lalu lapisan kedua yaitu lapisan visceral (lapisan dalam) yang di sebut juga epikardium, lapisan ini menempel pada permukaan jantung, diantara lapisan parietal dan *visceral* ini terdapat cairan yang di sebut cairan perikadial. Cairan perikardial adalah cairan yang dihasilkan oleh sel perikardial untuk mencegah pergesekan antara memberan saat jantung berkontraksi (Hariyono, 2020).



Gambar 2.2 lapisan perikardium

Sumber : (Hariyono, 2020)

Myokardium (lapisan tengah) merupakan jaringan otot jantung yang paling tebal dari bagian jantung dan memiliki fungsi sebagai pompa jantung serta bersifat involunter. Sedangkan endokardium merupakan lapisan tipis dari endotelium yang melapisi jaringan penghubung serta memberikan suatu batas yang licin bagi ruang-ruang jantung dan menutupi katup-katup jantung .Endokardium berhubungan dengan endothelial yang melapisi pembuluh besar pada jantung (Hariyono, 2020).



Gambar 2.3 lapisan perikardium

Sumber : (Hariyono, 2020)

1. Struktur bagian dalam dan luar jantung ruang-ruang jantung

Jantung terdiri dari empat ruang utama yaitu, dua atrium dan dua ventrikel pada bagian anterior. Pada setiap atrium terdapat aurikel, aurikel ini berfungsi untuk meningkatkan kapasitas ruang atrium sehingga atrium dapat menerima volume darah yang lebih besar. Permukaan jantung memiliki lekukan-lekukan khas, lekuk ini disebut sulkusyang mengandung pembuluh darah koroner dan sejumlah lemak. Setiap sulkus memberi tanda batas pada tiap dua ruang jantung. Sulkus koroner pada bagian dalam melapisi sebagian jantung, sulkus ini berguna untuk memberi tanda batas antara atrium superior dan ventrikel inferior.

*Sulkus interventrikuler anterior* yaitu lekukan dangkal pada permukaan depan jantung yang berguna untuk memberi tanda batas antara ventrikel kanan dan ventrikel kiri, sulkus tersebut berlanjut mengelilingi permukaan posterior jantung yang disebut *sulkus interventrikuler posterior,* sulkus ini memberikan tanda batas antar ventrikel di bagian belakang jantung (Hariyono, 2020).

1. Atrium kanan

Pada atrium kanan akan menerima darah dari cava superior, cava inferior dan sinus koronarius. Antero superior atrium kanan memiliki lekukan yang mirip seperti daun telinga, lekukan ini disebut *aurikel,* Tebal dinding antrium kanan ini kurang lebih sekitar 2 cm.

1. Ventrikel kanan

Pada Ventrikel kanan membentuk hampir seluruh permukaan depan jantung. Ventrikel kanan terdiri dari tonjolan-tonjolan yang terbentuk dari ikatan jaringan serabut otot jantung yang disebut *trabeculae carneae,* bagianini mempunyai fungsi membawa sistem konduksi dari jantung. Sedangkan pada bagian daun katup trikuspid terdapat penghubung seperti tendon yang disebut dengan *chorda tendinea* yang disambungkan dengan trabekula yang berbentuk kerucut yang disebut *papillary muscle.* Pada ventrikel kanan dipisahkan dengan ventrikel kiri oleh bagian yang dinamakan *interventrikuler septum.* Darah yang mengalir dari ventrikel kanan melalui katup semilunar pulmonal akan dialirkan ke pembuluh darah arteri besar yang disebut *pulmonary truk* yang dibagi menjadi arteri pulmonal kanan dan kiri.

1. Atrium kiri

Atrium kiri membentuk dasar jantung, atrium kiri ini menerima darah dari paru-paru melalui empat vena pulmonal. Pada atrium kiri juga memiliki dinding posterior yang berbentuk lunak, ini sama halnya dengan yang dimiliki atrium kanan. Darah yang mengalir dari atrium kiri menuju ke ventrikel kiri akan mengalir melalui katup bikuspid (dua katup).

1. Ventrikel kiri

Ventrikel kiri membentuk apex dari jantung seperti pada ventrikel kanan mengandung trabecula carneae dan mempunyai chorda tendinea yang dimana mengikat daun katup bikuspid ke papillary muscle. Darah dibawa dari ventrikel kiri melalui katup semilunar aorta ke arteri yang paling besar keseluruh tubuh yang disebut *aorta asending.* Sebagian darah dari *aorta asending* mengalir ke arteri coronary,dimana merupakan cabang dari aorta asending dan membawa darah kedinding jantung lalu akan dialirkan keseluruh tubuh.

1. Struktur katup-katup jantung

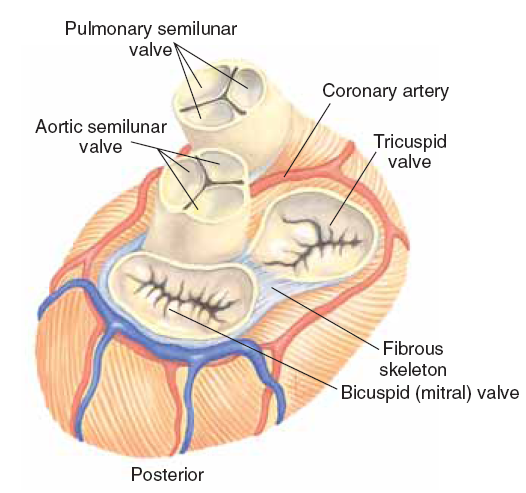
Menurut Hariyono (2020) di dalam bukunya menjelaskan bahwa terdapat dua katup utama pada jantung, yaitu :

1. Katup Atrioventrikuler

Katup antrioventrikuler merupakan katup yang letaknya diantara atrium dan ventrikel, katup ini berfungsi untuk membantu aliran darah satu arah dengan cara membuka dan menutup katup untuk mencegah aliran balik. Katup ini terdiri dari dua katup yaitu biskupid dan trikuspid, ketika katup atrioventrikuler terbuka daun katup terdorong ke ventrikel. Darah mengalir dari atrium ke ventrikel melalui katup atrioventrikuler yang terbuka ketika tekanan ventrikel lebih rendah dibanding tekanan atrium. Jika daun katup dan *chorda tendinea* mengalami kerusakan maka akan terjadi kebocoran darah atau aliran balik ke atrium ketika terjadi kontraksi ventrikel.

1. Katup Semilunar

Katup semilunar terdiri dari katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis yang memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Sedangkan untuk katup aorta terletak antara aorta dan ventrikel kiri. Kedua katup semilunar ini terdiri dari tiga daun katup yang berbentuk sama yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Katup semilunar berfungsi untuk mengatur agar darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonal atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastolik ventrikel. Katup membuka pada waktu masing-masing ventrikel berkontraksi, dimana tekanan ventrikel lebih tinggi dari pada tekanan di dalam pembuluh arteri.



Gambar 2.4 Katup Jantung

Sumber : (Hariyono, 2020)

## Etiologi

Menurut (Aspiani, 2016) Etiologi gagal jantung kongestif (CHF) dikelompokkan berdasarkan faktor etiologi eksterna maupun interna, yaitu:

1. Faktor eksterna (dari luar jantung): hipertensi renal, hipertiroid, dan anemia kronis/berat.
2. Faktor interna (dari dalam jantung)
3. Disfungsi katup: Ventriculer Septum Defect (VSD), Atria Septum Defect (ASD), stenosis mitral, dan insufisiensi mitral
4. Distritmia: atrial fibrilasi, ventirkel fibrilasi, dan heart block
5. Kerusakan miokard: kardiomiopati, miokarditis, dan infark miokard
6. Infeksi: endokarditis bacterial sub-akut

## Manifestasi Klinis

1. Gagal Jantung Kiri
2. Kongesti pulmonal : dispnea (sesak), batuk, krekels paru, kadar saturasi oksigen yang rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau “gallop ventrikel” bisa di deteksi melalui auskultasi.
3. Dispnea saat beraktifitas (DOE), ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal (PND).
4. Batuk kering dan tidak berdahak diawal, lama kelamaan dapat berubah menjadi batuk berdahak.
5. Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah).
6. Perfusi jaringan yang tidak memadai.
7. Oliguria (penurunan urin) dan nokturia (sering berkemih dimalam hari)
8. Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala-gejala seperti: gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab.
9. Takikardia, lemah, pulsasi lemah, keletihan.
10. Gagal jantung kanan

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

1. Edema ekstemitas bawah terjadi akibat menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung sehingga darah yang dipompa pada setiap kontaksi menurundan menyebebkan penurunan darah keseluruh tubuh.
2. Distensi vena leher dan ascites
3. Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena dihepar
4. Anorexia dan mual
5. Kelemahan

## Patofisiolog

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

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

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

## Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi *Congestive Heart Failure*

|  |  |
| --- | --- |
| Kelas 1 | Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dipsnea, 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 aktivitas 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)

## Pemeriksaan Penunjang

1. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
2. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk 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, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
9. Elektrolit : Mungkin beruban karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
10. Oksimetrinadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal 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 dan kreatinin merupakan indikasi
13. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung

## Penatalaksanaan 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* (CHF) meliputi:

1. Non farmakologis
2. *Congestive Heart Failure* (CHF) kronik
3. Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
4. Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari) untuk menurunkan edema
5. Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAID karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
6. Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari)
7. Olahraga secara teratur
8. *Congestive Heart Failure* (CHF) akut
9. Oksigenasi (ventilasi mekanik)
10. Pembatasan cairan (<1,5 liter/hari)

2. 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, hindari vasodilator pada disfungsi sitolik.
4. Calcium channel blocker: untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
5. Beta blocker: sering dikontra indikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri.

## Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure*

### Pengkajian Keperawatan

Asuhan keperawatan yang diperlukan untuk pasien dengan *Congestive Heart Failure* antara lain :

1. Identifikasi Klien

Identitas klien meliputi nama,umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, no. register, dan diagnose medis, sedangkan identitas bagi penanggung jawab yaitu nama, umur, jenis kelami, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

1. Riwayat Keperawatan
2. Keluhan Utama

Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) sering dengan keluhan sesak napas merupakan kongesti pulmonalis sekunder dari kegagalan ventrikel kiri dalam melakukan kontraktilitas, sehingga akan mempengaruhi curah sekuncup. Menifestasi utama adalah penurunan curah jantung dan mengakibatkan kelemahan dan kelelahan dalam melakukan aktivitas (Nursalam, 2016).

1. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkain pertanyaan tentang kronologis keluhan utama. Pengkajian yang di dapatkan dengan adanya gejala – gejala kongestif vaskular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk,dan edema pulmonal akut. Pada pengkajian dispnea (dikarakteristikan oleh pernapasan cepat, dangkal, dan sensasi sulit dalam mendapatkan udara yang cukup dan menekan klien) apakah mengganggu aktivitas lainnya sseperti keluhan tentang insomnia, gelisah atau kelemahan ynag di sebabkan oleh dipnea (Nursalam, 2016).

1. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji riwayat faktor resiko penyakit jantung, seperti berikut diabetes mellitus, hipertensi, penyakit vascular anemia. Kaji riwayat kesehatan lainnya, peningkatan kadar kolesterol (*Low Ddensity Lipoprotein*/ LDL dan *High Density Lipoprotein* / HDL), trigliserda, hipertirodi, kebiasaan merokok, konsumsi minuman beralkohol, asupan makanan tinggi gula, lemak garam, kafein, asupan cairan dan berat badan (Nursalam, 2016).

1. Riwayat kesehatan keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupak faktor resiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunanya (Nursalam, 2016).

1. Pengkajian Data
2. Aktivitas/istirahat

Adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispsnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas

1. Sirkulasi

Riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel premature, peningkatan JVP, sianosis, pucat

1. Respirasi

Dipsnea pada waktu aktifitas, takipnea, riwayat penyakit paru

1. Pola makan dan cairan

Hilang nafsu makan, mual dan muntag

1. Eliminasi

Penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi

1. Neurologi

Pusing, penurunan kesadaran, disorientasi

1. Interaksi sosial aktifitas sosial berkurang
2. Rasa aman perubahan status mental, gangguan pada kulit /dermatitis
3. Pemeriksaan Fisik
4. Keadaan umum

Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien

1. Tanda-tanda vital

Tekanan darah, nilai normal : sistolik 110-140 mmHg, diastolic 80-90 mmHg

1. *Head to toe*
2. Kepala bentuk, kesimetrisan
3. Mata konjungtiva anemis, ikterik atau tidak
4. Mulut apakah ada tanda infeksi
5. Telinga kotor atau tidak ada serumen atau tidak
6. Muka ekspresi pucat
7. Leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
8. Dada gerakan dada deformitas
9. Abdomen terdapat asites hati teraba dibawah arkus kosta kanan
10. Ekstermitas lengan tangan reflex, warna dan tekstur kulit, edema,clubbing, dibandingkan arteri radialis kiri dan kanan
11. Pemeriksaan khusus jantung
12. Inspeksi

Vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal ics ke 5)

1. Palpasi

PMI bergeser ke kiri, inferior karena dilatasi tau hepertrofi ventrikel

1. Perkusi

Batas jantung normal pada orang dewasa kanan atas : SIC II Linea para sternalis dextra kanan bawah : SIC IV linea para strenalis dextra kiri atas : SIC II linea para ternalis sinistra kiri bawah : SIC IV linea medio clavicularis sinistra

1. Auskultasi

Bunyi jantung 1 dan 2, BJ 1 : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular yang terjadi pada saat kontraksi simetris bilik dari pemulaan 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)

### Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan kontraktilitas
2. Pola napas tidak efektif b.d sindrom hipoventilasi
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

### Intervensi Keperawatan

1. **Diagnosa 1 : Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Kontraktilitas (SDKI D0008)**

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil Luaran utama Curah Jantung (SLKI L02008)

1. Kekuatan nadi perifer meningkat
2. Gambaran EKG aritmia menurun
3. Bradikardi menurun
4. Takikardia menurun
5. Tekanan darah membaik

**Tabel 2.2 Intervensi Perawatan jantung (SIKI 1.02075)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Intervensi | Rasional |
| 1 | Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung | Penurunan curah jantung dapat diidentifikasi melalu gejala yang muncul meliputi dyspnea, kelelahan,edema, dan adanya peningkatan CVP |
| 3 | Monitor tekanan darah | Tekanan darah pada pasien dengan curah jantung perlu untuk dimonitor karena penting untuk menegakkan diagnose |
| 6 | Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman | Posisi semi fowler diberikan agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan baik |
| 7 | Kolaborasi pemberian antiaritmia | Antiaritmia adalah obat yang digunakan menangani kondisi arritmia atau ketika jantung berdetak cepat atau terlalu lambat dan tidak teratur |

1. **Diagnosa 2 : Pola Nafas Tidak Efektif (SDKI D0005)**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, maka pola nafas membaik

Kriteria hasil Luaran utama **Pola Nafas (SLKI L1004 )**

1. Menunjukkan jalan napas yang paten.
2. Tanda – tanda vital dalam rentang normal
3. Tidak ada sianosis dan dispnea.

**Tabel 2.3 Intervensi manajemen jalan nafas (SIKI 1.01011)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | 1. Auskultasi bunyi napas, catat area yang menurun atau tidak ada bunyi tambahan.   sesuai indikasi. | Bunyi napas sering menurun pada dasar paru sehubungan dengan ansietas yang dialamie pasien. |
| 2. | Evaluasi frekuensi  pernapasan dan kedalaman | Pengenalan diri dan pengobatan ventilasi abnormal dapat mencegah komplikasi. |
| 3 | Monitor adanya sianosis | Menunjukkan kondisi hipoksi sehubungan dengan komplikasi anemia |
| 4. | Posisikan pasien pada posisi  semi fowler. | Memberikan fungsi pernapasan yang baik dan membuat pasien terhindar dari sesak napas. |
| 5 | Kolaborasi pemberian O2 | Meningkatkan pengiriman O2 ke paru untuk kebutuhan sirkulasi khususnya pada penurunan atau gangguan ventilasi. |

1. **Diagnosa 3 : Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen (SDKI D0056)**

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka ekspektasi toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil luaran utama **Toleransi Aktivitas (SLKI L05047)**

* 1. Saturasi oksigen meningkat
  2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat
  3. Keluhan lelah menurun
  4. Perasaan lemah menurun

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Monitor pola dan jam tidur | mengetahui dan menjadwalkan pola dan jam tidur yang teratur |
| 2. | fasilitasi duduk, berpindah dan berjalan. | meminimalisir resiko jatuh |
| 3 | Anjurkan tirah baring | agar pasien dapat beristirahat |
| 4 | Kolaborasi dengan ahli gizi | mendapatkan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan energy |

**Tabel 2.4 Intervensi Manajemen Energi (SIKI 1.05178)**

1. **Diagnosa 4 : Gangguan Pola Tidur Berhubungan dengan Hambatan Lingkungan (D.0055)**

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik

Kriteria hasil luaran utama **Pola Tidur (SLKI L05045)**

1. Keluhan sulit tidur meningkat
2. Keluhan sering terjaga meningkat
3. Keluhan tidak puas tidur meningkat
4. Keluhan istirahat istirah tidak cukup meningkat
5. Keluhan pola tidur berubah meningkat

**Tabel 2.5 Dukungan Tidur (SIKI 1.05174)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Identifikasi pola aktivitas dan tidur | Pengkajian pola tidur dan aktivitas klien penting agar perawat mengetahui kebiasaan tidur klien |
| 2. | Identifikasi faktor penganggu tidur | Memonitor waktu dan pola tidur klien dapat membantu perawat mengetahui apakah klien mengalami gangguan pola tidur |
| 3 | Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi | Obat merupakan salah satu alat bantu yang afektif untuk membantu mempermudah tidur |
| 4 | Tetapkan jadwal tidur rutin | Mengetahui perkembangan pola tidur pasien |
| 5 | Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menjaga siklus terjaga | Untuk membantu waktu tidur lebih lama |

1. **Diagnosa 5 : Perfusi Perifer tidak Efektif Berhubngan dengan Volume darah dalam sirkulasi menurun (SDKI D.0009)**

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Perfusi Perifer Meningkat

Kriteria hasil luaran utama **Perfusi Perifer (SLKI L02011)**

1. Denyut nadi perifer meningkat
2. Warna kulit pucat menurun
3. Pengisian kapiler cukup membaik
4. Akral cukup membaik
5. Turgor kulit membaik

**Tabel 2.6 Perawatan Sirkulasi (SIKI 1.02079)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Pantau pembedahan ketajaman atau ketumpulan panas atau dingin | Dapat membedakan sensasi memandakan perfusi jaringan adekuat |
| 2. | Observasi adanya pucat, sianosis, belang, kulit dingin/lembab catat kekuatan nadi perifer | Vasokontriksi sistemik diakibatkan penurunan curah jantung mungkin fibuktikan oleh penurunan perfusi kulit dan penurunan nadi |
| 3 | Pantau pernafasan | Pompa jantung gagal dapat mencetuskan distress pernafasan |

1. **Diagnosa 4 : Hipervolemia Berhubungan dengan Kelebihan Asupan Cairan (SDKI D.0022)**

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil luaran utama **Keseimbangan Cairan (SLKI L03020)**

1. Asupan cairan meningkat
2. Haluan urin meningkat
3. Tekanan darah membaik
4. Turgor kulit membaik
5. Membrane mukosa membaik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Periksa tanda dan gejala hipervolemia | Terjadi retensi cairan yang ditandai asites |
| 2. | Identifikasi penyebab hipervolemia | Untuk menentukan intervensi yang tepat sesuai penyebabnya |
| 3 | Monitor status hemodinamika | Hypervolemia dapat meningkatkan beban jantung saat memompa |
| 4 | Monitor intake dan output cairan | Status kelebihan cairan |
| 5 | Ajarkan cara membatasi cairan | Klien paham cara membatasi cairan |

**Tabel 2.7 Manajemen Hipervolemia (SIKI 1.03114)**

### Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan atau intervensi yang telah ditetapkan, tetapi tidak menutup kemungkinan akan berbeda dari rencana yang ditetapkan tergantung pada bagaimana kondisi pasien di lapangan

### Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan sebagai penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan sesuai pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian evaluasi keperawatan ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagaian atau timbul masalah baru. Untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung di ruang jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati tanggal 21 September 2021- 26 September 2021

### Woc *Congestive Heart Failure*

Kontraktilitas

Sirkulasi sitemik

Infark Miokad

Gagal Jantung

Gagal Jantung Kiri

Gagal jantung kanan

Hipoksia

Kontraktilitas Jantung

**PENURUNAN CURAH JANTUNG**

Metabolisme anaerob

ATP

**Intoleransi Aktivitas**

Fatique

Perpindahan cairan intrasel ke intersittial

**Hipervolemia**

Timbul pada malam hari

**Gangguan Pola Tidur**

Tekanan Pulmonal

Edema paru

Ekspansi Paru

Sesak Nafas

**Pola Nafas Tidak Efektif**

Darah terkumpul disistem perifer

Volume darah dalam sirkulasi

**Perfusi jaringan perifer tidak efektif**

Darah kembali ke atrium ventrikel dan sirkulasi paru

Jantung kanan hipertropi

Kegagalan memompa darah ke sistemik

Penumpukan darah di paru

Sumber (Nicholson,2013)

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. B dengan diagnosis medis Congestive Heart Failure meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

## Pengkajian

### Data Dasar

Tn. B (70 tahun), beragama Kristen, suku bangsa Jawa/Indonesia berpendidikan lulusan SMA, alamat di sidoarjo, bekerja sebagai karyawan swasta , sudah menikah dengan 2 orang anak, penanggung jawab biaya BPJS Mandiri. Nomor rekam medis 6718XXX. Pasien masuk ke Rumah Sakit RSPAL Dr.Ramlan Surabaya melalui Poli pada tanggal 18 September 2021 pada pukul 10.00 WIB, dan pasien masuk ruangan perawatan Jantung pada tanggal 18 September 2021 pukul 13.00 WIB, dan dilakukan pengkajian pada hari ke 3 pada tanggal 21 September 2021 dengan keluhan dada terasa berdebar-debar, sesak ketika berjalan dan saat melakukan aktivitas berat dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

### Pemeriksaan Fisik

1. Keluhan Utama

Sesak Nafas

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengeluh sesak nafas udah 2 hari yang lalu pada saat di rumah namun pasien masih menahannya, takut untuk meminum obat lain kecuali obat yang diberikan dokter yang dari poli jantung. Ketika tanggal 18 September 2021 pasien takut terjadi sesuatu pada dirinya, maka pasien di antarkan anaknya dengan membawa mobil pribadi menuju ke poli jantung untuk kontrol karena sudah waktu nya kontrol ke RSPAL. Pada pukul 10.00 WIB, pasien sampai di Poli Jantung RSPAL . Kemudian pasien di periksa oleh dokter di poli dengan tanda-tanda vital TD: 140/90 mmhg, Suhu: 36,1 C, Nadi 63 x/mnt, RR: 26 x/mnt dan pasien diberikan tindakan Foto Rongent. Pada pukul 10.30 WIB pasien di arahkan ke ruang jantung untuk MRS dengan indikasi karena ada pembengkakan pada jantung dilihat dari hasil foto Rongent.

Pada saat di ruangan pasien di kaji oleh perawat ruang jantung pukul 13.00 WIB dengan keluhan sesak dengan tanda-tanda vital TD: 150/80 mmHg, Suhu: 36,3 C, RR: 26x/menit, Spo2: 96%. Kemudian pasien di periksa oleh dokter dan mendapatkan terapi oksigen 4 lpm. Pada saat pegkajian tanggal 18 september 2021 pukul 15.00 WIB pasien mengeluh sesak RR 26x/menit dan diberikan terapi Nitrokaf 2x2.5 mg melalui injeksi , Concor 1x2.5 mg tab selain itu pasien hasil Pada hasil EKG terdapat bacaan AV Blok derajat 2 dengan ringkasan HR: 79 bpm, R-R: 756 ms, QRS: 88 ms, QT: 416 ms, QTc: 478, AXIS: 56 deg, RV6: 0,88 Mv, SV1: 0,82 Mv, R+S: 1,70 Mv.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan punya riwayat penyakit gagal jantung semenjak 4 tahun yang lalu, pasien selama ini rutin kontrol ke poli jantung 1 bulan 1x dengan diberikan obat biscor tab 1-0, spinorolacton tab 1-0, digoxin tab 1x1, allopurinol tab 1x1, acarbose tab 3x1. sebelumnya pasien pernah MRS di RSPAL Dr.Ramlan Surabaya ruang jantung dengan diagnosa yang sama *Congestive Heart Failure*.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit jantung

1. Riwayat alergi

Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat- obatan dan makanan

1. Genogram

Keterangan :

Laki-laki :

Perempuan :

Tinggal serumah :

Meninggal : X

Pasien :

### Pemeriksaan B1-B6

1. Sistem Pernapasan (*Breath*)

Bentuk dada terlihat *normochest* dengan ekspansi paru yang simetris. Terdapat pernapasan cuping hidung, pasien terpasang nasal 4 lpm, septum hidung di tengah. Kualitas pernapasan pasien 26x/menit, Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada teraba simetris. 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. Suara nafas vesikuler dan tidak ditemukan suara nafas tambahan. Tidak terdapat ronchi, tidak ada wheezing.

**Masalah Keperawatan : Pola napas tidak efektif**

1. Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Pasien terlihat konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembesaran vena jugularis, bentuk dada normo chest, pergerakan ictus cordis CRT > 2 detik, akral dingin dan basah, ictus cordis teraba (ICS 4-5 MID Claavikula sinistra), nadi teraba lemah, sklera konjungtiva normal, kekuatan ictus cordis kuat, tidak ada nyeri tekan di dada., akral tangan dan kaki teraba dingin dan basah. Perkusi: Perkusi redup pada ICS III linea parasternalis sinistra (batas atas kiri), pada ICS III linea parasternalis dextra, (batas atas kanan), pada ventrikel kanan ICS IV Parasternalis dextra (batas bawah kanan) dan pada ventrikel kiri ICS V MID Clafikula sinistra. Irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal lup dup Anamnesa: Pasien mengatakan dada terasa sesak meski beraktivitas ringan dan mudah lelah. Dari data penunjang berupa foto thorax didapatkan kardiomegali CTR 0,63% dengan kesimpulan adanya Kardiomegali

**Masalah Keperawatan: Penurunan curah Jantung**

1. Sistem Persyarafan (*Brain*)

Tingkat kesadarn pasien secara kuantitatif GCS 4-5-6, secara kualitas tampak tenang, kesadaran composmetis. Persyarafan pada kranial tidak ada masalah:

N I : fungsi penciuman baik antara kanan dan kiri

N II : klien dapat membaca dalam jarak dekat baik mata kanan maupun mata kiri.

N III : gerakan koordinasi mata sesuai perintah, respon pupil terhadap cahaya +/+

N IV : mata tidak juling.

N V : terdapat reflek terhadap sensasi dan reflek mengunyah (+)

N VI : klien mampu melirik kanan- kiri- atas- bawah tanpa menolehkan kepala.

N VII : tidak ada *paralyse bell*

N VIII : tidak ada penurunan pendengaran, masih mampu mendengarkan kata- kata yang dibisikkan.

N IX : gerakan uvula simetris dan mampu menarik ke atas, terdapat reflek menelan.

N X : tidak terdapat paralisis

N XI : teraba pergerakan otot trapezius saat mengunyah

N XI : gerakan lidah simetris, tidak terdapat paralisis lidah, psien mampu menarik lidah ke dalam dan menjulurkankannya kembali tanpa kesulitan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Pasien tidak terpasang kateter , jumlah urine tampung 800 cc/24 jam,tidak terpasang kateter, urine tidak berbau menyengat, kebersihan di area genetalia bersih tidak ada bercak-bercak putih, produksi urine berwarna kuning pekat. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih atau distensi abdomen , Intake: 600 cc/24 jam. Output: 800 cc/24 jam Hasil balance: 600 cc – 800 cc : -200 cc/24 jam

Anamnesa : Pasien mengatakan frekuensi berkemih kurang lebih 6-7x dalam sehari, pola minum dalam sehari pasien 600cc/24 jam, pasien tidak memiliki gangguan miksi.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. Sistem Pencernaan *(Bowel)*

Mulut tampak bersih, bibir merah muda, tidak terdapat lesi, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, tidak terdapat edema, tidak ada perdarahan (*stomatitis*), gigi belakang pasien banyak yang tanggal namun tidak memakai gigi palsu, lidah bewarna merah muda, tidak terdapat lesi ataupun pembengkakan. Bentuk perut datar ,gerakan perut sesuai dengan aktifitas pernafasan (mengangkat saat inspirasi dan kembali ke posisi semula saat ekspirasi), tidak ditemukan adanya bekas luka pada area perut. Bising usus 16x/menit. Tidak ditemukan *shifting dullness* (pemeriksaan pekak alih pada abdomen) Hepar tidak teraba, lien tidak teraba, tidak terdapat nyeri ketok ginjal, penekanan pada titik Mc.Burney tidak nyeri.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Tidak terdapat edema diekstremitas bawah , kemampuan pergerakan sendi bebas, skala kekuatan otot 5555 5555

5555 55555

tidak ditemukan atrofi dan hiperatrofi, tidak ada paralisis, tidak terdapat hemiparase dan tidak ada deformitas, nyeri sendi dan nyeri tulang tidak ditemukan, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips. Turgor kulit baik dan elastis dan tidak terdapat krepitasi, tidak terjadi kelemahan otot.

Anamnesa : pasien terlihat bisa melakukan aktifitas sehari-hari, tidak ada kelemahan otot, namun pasien mudah merasa lelah meski hanya berjalan di sekitar kamar

**Masalah Keperawatan: Intoleransi aktivitas**

### Pemeriksaan Fisik Perpola

1. Pola Istirahat dan Tidur
2. Saat di rumah Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan nyenyak sebanyak ± 8-9 jam per hari, pasien tidur siang pada jam 12.30-15.30, dan tidur malam jam 21.00-05.00, pasien tidak pernah merasa kesulitan tidur.
3. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan saat di rumah sakit pasien bisa istirahat. Pasien tidur sebanyak ± 10-11 jam per hari, pasien tidur siang pada jam 13.00-16.00, dan tidur malam jam 21.00-07.00.
4. Kemampuan perawatan diri
5. Saat di rumah Pasien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah dilakukan secara mandiri tidak dibantu oleh orang lain, mulai dari mandi, berpakaian/berdandan, berbelanja, berjalan, dan melakukan pemeliharaan rumah (bersih-bersih).
6. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan perawatan dirinya di rumah sakit tidak dibantu oleh keluarga, karena pasien masih merasa mampu untuk melakukan perawatan diri.
7. Kebersihan Diri
8. Saat di rumah Pasien mengatakan saat di rumah, mandi sebanyak 2x/hari, gosok gigi rutin pasien dilaksanakan saat mandi dan malam hari sebanyak 3x/hari, pasien keramas 2 hari sekali, memotong kuku setiap 1 minggu sekali.
9. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan kebanyakan kegiatan kebersihan diri di rumahsakit dilakukan secara mandiri, seperti mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, pasien keramas 3 hari sekali.
10. Aktivitas sehari-hari
11. Saat di rumah Pasien mengatakan kegiatannya sehari-hari bekerja namun sekarang mudah lelah jika beraktivitas
12. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan sementara ini lebih banyak istirahat terlebih dahulu karena masih terasa sesak jika melakukan kegiatan meski hanya berjalan di sekitar kamar rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas**

1. 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 suami,anak dan cucunya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Aktifitas dan Latihan
2. Rekreasi Saat di rumah

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

1. Saat di rumah sakit

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

1. Olahraga

Saat di rumah Pasien mengatakan setiap hari tidak pernah melakukan olahraga. Saat di rumah sakit Pasien sementara (*bedrest*) sehingga tidak disarankan untuk berolahraga dan melakukan aktifitas berat.

**Masalah Keperawatan : Intoleransi aktivitas**

1. Pola Nutrisi-Metabolik
2. Pola makanSaat di rumah

Pasien mengatakan di rumah makan 3x/hari dengan teratur dalam porsi yang sedikit, BB : 57 kg.

1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan 1 porsi yang disajikan hanya dihabiskan sebanyak 4-5 sendok saja, karena pasien mengatakan perut terasa kenyang.

1. Pola minum
2. Saat di rumah

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

1. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan mendapatkan batasan minum air sehari hanya 600 liter /hari.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Eliminasi

Saat di rumah Pasien mengatakan saat di rumah BAB lancar, tidak keras, lembek dan tidak cair, warna kuning kecoklatan, bau khas, klien BAB 2x/hari tidak ada waktu tertentu saat BAB. Untuk BAK klien sebanyak 4-5 kali dan klien memperkirakan sebanyak 1400 cc/hari, warna kuning jernih dan tidak ada rasa nyeri saat BAK.

1. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan sudah BAB 1x, klien menggunakan kateter dengan 600 dalam 24 jam, warna kuning jernih.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Kognitif Perseptual

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

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Konsep Diri

Pasien merupakan seorang suami dan sebagai ayah dari ke-2 anaknya. Pasien sebagai kepala keluarga di keluarganya. Selama ini bila ada permasalahan pasien selalu memikirkannya dengan bermusyawarah, namun pada akhirnya dipasrahkan dengan berdoa kepada ALLAH SWT, pasien percaya dengan berdoa pasti akan ada jalan ALLAH.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Koping

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit semua pembiayaan ditanggung oleh BPJS, fasilitas yang diberikan sudah cukup bagi pasien dan keluarga pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi rumah yang ditinggalkannya semenjak masuk rumah sakit, namun pasien masih mampu beradaptasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dan keluarga mampu mengikuti alur kegiatan dalam pemberian obat dan orientasi lingkungan baik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Peran-Hubungan

Pasien adalah seorang kepala keluarga pasien beraktifitas mencari nafkah . istri dan ke-2 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

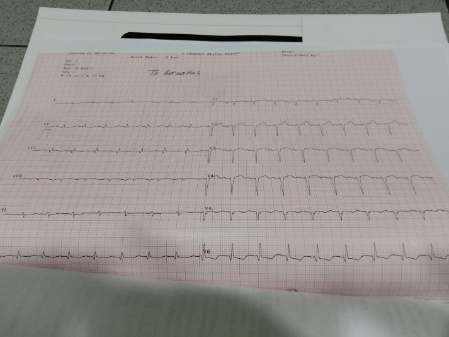
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama Kristen , selama berada di rumah sakit kegiatan ibadah dilakukan sendiri .

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### Pemeriksaan Penunjang

****

* Kesan dari hasil radiologi pemeriksaan foto thoraks terdapat adanya kadiomegali dan Pada hasil EKG terdapat bacaan AV Blok derajat 2 dengan ringkasan HR: 79 bpm, R-R: 756 ms, QRS: 88 ms, QT: 416 ms, QTc: 478, AXIS: 56 deg, RV6: 0,88 Mv, SV1: 0,82 Mv, R+S: 1,70 Mv

### Terapi Medis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Terapi Obat** | **Dosis** | **Indikasi** |
| 1 | Nitrokaf | Injeksi 2 x 2.5 mg | Terapi jangka panjang pada penderita angina pectoris ( nyeri dada) |
| 2 | Dobutamin | Syrmpum 5 mcg | Obat untuk membantu kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh pada orang yang mengalami gagal jantung atau syok kardiogenik . |
| 3 | Concor | Tab 1 x 2.5 mg | Obat untuk mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi). |

## Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Etiologi** | **Problem** |
| 1 | DS:  Pasien mengeluh dada terasa berdebar-debar  DO:   * Akral tangan dan kaki teraba dingin dan basah * Nadi teraba lemah * CRT <2 detik * Pada hasil radiologi terdapat adanya kardiomegali CTR 0.63% * Pada hasil EKG terdapat bacaan AV Blok derajat 2 dengan ringkasan HR: 79 bpm, R-R: 756 ms, QRS: 88 ms, QT: 416 ms, QTc: 478, AXIS: 56 deg, RV6: 0,88 Mv, SV1: 0,82 Mv, R+S: 1,70 Mv   - Hasil TTV :  TD: 150/80, N: 75x/menit, RR: 26x/menit, S: 36,2 C | Penurunan kontraktilitas otot jantung | Penurunan curah Jantung  **SDKI D.0008 Hal : 34** |
| 2 | DDS : Pasien mengatakan sesak ketika berjalan dan merasa lelah saat aktivitas menuju kamar mandi  DO:  -pasien terlihat sesak  - adanya retraksi dinding dada  - pasien terlihat adanya pernapasan cuping hidung.  -Pasien terpasang oksigen O2 nasal kanul 4 lpm  - Hasil TTV :  RR: 26x/menit  Spo2 : 98% | Sindrom hipoventilitas | Pola napas tidak efektif    **SDKI D.0005 Hal : 26** |
| 3 | DS:  Pasien mengeluh tidak bisa berjalan jauh karena mudah merasa capek  DO :   * Pasien terlihat hanya berbaring di tempat tidur. * Pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi semiflower | Ketidak seimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan | Intoleransi Aktivitas  **SDKI D.0056 Hal : 128** |

## Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Ditemukan** | **Teratasi** | **Paraf**  **(Nama)** |
| 1 | Penurunan curah Jantung b.d Penurunan kontraktilitas otot jantung | 22-09-2021 | 26-09-2021 | **Novi** |
| 2 | Pola nafas tidak efektif b.d Sindrom hipoventilitas | 22-09-2021 | 26-09-2021 | **Novi** |
| 3 | Intoleransi Aktifitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan | 22-09-2021 | 26-09-2021 | **Novi** |

## Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan Dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | Penurunan curah Jantung b.d Penurunan kontraktilitas otot jantung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapakn curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :  Curah Jantung (SLKI L.02008)   1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun 4. Dyspnea menurun 5. Oliguria menurun | Perawatan Jantung (SIKI, 1.02075)  Observasi   1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake output cairan 4. Monitor nilai laboratorium   Terapeutik   1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat   Kolaborasi   1. Pemeberian obat Nitrokaf, Concor |
| 2 | Pola nafas tidak efektif b.d Sindrom hipoventilitas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan inspirasi dan ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat membaik dengan Kriteria Hasil :  Pola Nafas (SLKI.01004)   1. Dispnea Menurun 2. Adanya cuping hidungmenurun 3. Frekuensi nafas membaik | Manajemen Jalan Nafas (SIKI, I.01011)  Observasi :   1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi napas   Terapeutik   1. Pertahankan kepatenan jalan napas posisikan semi fowler 2. Berikan oksigen jika perlu   Pemantauan Respirasi (SIKI,01014)  Observasi :   1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, hiperventilasi, kusmaul, chyne-stokes, biot, ataksik) 3. Auskultasi bunyi nafas 4. Monitor saturasi oksigen   Edukasi :   1. Jelaskan tujuan dan hasil pemantuan Informasikan hasil, jika perlu |
| 3 | Intoleransi Aktifitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria Hasil  **Toleransi Aktivitas L.05047**   1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Dispnea saat aktivitas 7. Tekanan darah membaik | Manajemen Energi (SIKI,1.05178)  Observasi   1. Identifikasi ganguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional   Terapeutik   1. Berikan latihan gerak pasif dan aktif 2. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan   Edukasi   1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan   Kolaborasi   1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |

## Implementasi

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl | No DX | Tindakan | TT | | Waktu  Tgl/jam | Catatan perkembangan  (SOAP) | TT |
| 22-09-2021 | 1,2,3  1,2,3  1  1  1,2,3  1  1,2,3 | 07.00  08.00  09.10  11.00  11.30  12.00  13.00 | 1. Melakukan timbang terima dan melihat keadaan klien. Saat ini klien terpasang 02 nasal kanul 4 Lpm 2. Mengobservasi tanda-tanda vital   TD : 140/80 Mmhg  S : 36’C  RR : 26x/Menit  N : 75x/menit  Spo2 : 98%   1. Mengukur air mineral yang pasien minum saat ini habis 200 cc 2. Membuang urin pasien dari jam 08.00-11.00 dengan jumlah 300 ml 3. Mengobservasi tanda-tanda vital   TD : 140/80 Mmhg  N : 85x/menit  RR : 26x/menit  Spo2 : 98%   1. Memberikan obat injeksi nitrokaf 2x2.5 mg , concor Tab 1x2.5 mg, 2. Menganjurkan pasien beristirahat seperti tidur siang | |  | **DX 1**  S : Klien mengatakan lemah hanya bisa berbaring ditempat tidur  O : nampak perubahan EKG, TD: 150/80, N: 75x/menit, RR: 26x/menit, S: 36,2 C  Terdapat bacaan thorax kardiomegali  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan Intervensi observasi TTV , cek kesadaran injeksi nitrokaf 2x2.5 mg , concor 1x2.5 mg, syrim pump dobutamin 5 mcg  DX 2  S : Klien Mengatakan sesak nafas, lemas dan mudah lelah  O : Klien terlihat sehat, adanya cuping hidung, menggunakan oksigen Nasal kanul 4 Lpm, TD: 150/80, N: 75x/menit, RR: 26x/menit, S: 36,2 C Spo2 : 98%  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan Intervensi pemberian oksigen 4 lpm, dan memberikan fasilitas untuk pasien tidur siang  DX 3  S : Klien mengatakan lemah dan mudah capek saat melakukan aktivitas  O : terlihat pasien berbaring ditempat tidur  TD: 150/80, N: 75x/menit, RR: 26x/menit, S: 36,2 C Spo2 : 98%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi Dilanjutkan cek kesadaran dan TTV |  |
| 23-09-2021 | 1,2,3  1,2,3  2,3  2,3  1,2,3  1,2,3 | 07.00  08.00  10.00  10.15  11.30  13.00 | 1. Melakukan timbang terima dan melihat keadaan pasien saat ini pasien terpasang nasakl kanul 4 Lpm, GCS E 1 V 2 M 4 =7 Somnolen , CRT ,2 detik 2. Mengobservasi keadaan pasien GCS 7 Somnolen dan tanda-tanda vital   TD : 130/7G Mmhg  N : 80x/menit  S :36’C  RR : 26x/menit  Spo2 : 98%   1. Memeriksa adanya suara nafas tambahan pasien tidak ada suara nafas tambahan pernapasan reguler dengan rr 26x/menit, Spo2: 98% 2. Membantu memposisikan semiflower untuk meredahkan sistem pernapasan, pasien terlihat rileks 3. Mengobservasi keadaan pasien Somnolen dan tanda-tanda vital   TD : 135/80 Mmhg  S : 36’C  RR : 24x/menit  Spo2 : 98%   1. Memberikan obat injeksi nitrokaf 2 x 2.5 mg, concor Tab ] 1 x 2.5 syrim pump dobutamin 5 mcg | |  | DX 1  S : pasien mengatakan masih lemah hanya bisa ditempat tidur berbaring saja  O : nampak perubahan EKG,  Terdapat bacaan thorax kardiomegali  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan pemberian injeksi nitrokaf 2x2.5 mg , concor 1x2.5 mg, melalui intravena  DX 2  S : Klien mengatakan sesak berkurang  O : Klien tidak terlihat adanya cuping hidung, klien tidak tampak sesak setelah dipasang oksigen nasal kanul 4 lpm  A : Masalah Belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan pemberian nasal kanul 4 lpm  DX 3  S : Klien mengataka sudak bisa berjalan kekamar mandi sudah tidak merasa lemah  O : Klien terlihat duduk dan sudah makan sendiri tanpa di bantu keluarga  A : Masalah sudah teratasi  P : Intervensi dihentikan memberikan edukasi tidak boleh melakukan aktivitas yang berat2 |  |
| 24-09-2021 | 1,2,3  1  1,2,3  1  2,3 | 14.10  15.00  16.00  16.20  18.00 | | 1. Melakukan timbang terima dengan shif pagi 2. Memantau aasupan intake dan output pasien   Balance = Intake-output  Cairan = 1500-(600+IWL)  1500-(600+570)  =1500-1170  = +330   1. Mengobservasi tanda- tanda vital   TD : 130/80 Mmhg  N : 85 x/menit  S : 36.1 ’C  RR : 22x/menit   1. Memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien bahwa pasien hanya boleh minum 600 2. Menganjurkan pasien istirahat posisi semiflower dan beristirahat teknik relaksasi nafas dalam |  | **DX 1**  S : Pasien mengatakan sudah tidak lemah mulai enakkan badan nya  O : Pasien terlihat segar tidak lemah sudah mau berbicara dengan posisi ditempat tidur semi fowler  A : Masalah sudah teratasi  P : Intervensi dihentikan  DX 2  S : pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas  O : klien tidak tampak tidak sesak lagi , tidak ada distraksi dada, tidak otot bantu nafas tambahan  A : Masalah sudah teratasi  P : Intervensi dihentikan |  |

## Evaluasi Sumatif Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Waktu** | **Diagnosa Keperawatan** | **Evaluasisumatif** |
| 1. | Minggu, 26 september 2021 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan Penurunan kontraktilitas otot jantung | **Diagnosa 1: Penurunan curah jantung**  S:  Pasien mengatakan badan sudah enakan,  O:  -Akral hangat, kering, merah, CRT 2 detik  -Bunyi jantung S1-S2 tunggal di mid clavikula sinistra ICS 4-5  -pasien terlihat sudah tidak lemas  -Hasil foto didaptakan hasil kardiomegali  A:  Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian  P:  Intervensi 1,2,3 di lanjutkan |
| 2 | Minggu, 26 september 2021 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | **Diagnosa 2: Pola nafas tidak efektif**  S:  Pasien mengatakan sudah tidak sesak  O:  - Pasien terlihat nafas spontan tanpa bantuan alat 02  -pasien sudah mengerti ketika berbaring akan sesak jadi diposisikan selalu semifowler  - RR: 22x/menit dengan irama irregular  A:  Masalah pola napas tidak efektif teratasi  P:  Intervensi 1,2,3 dihentikan   * Beri pendidikan kesehatan untuk mengurangi aktifitas yang terlalu berat sepertiberjalan jauh dan mengangkat beban. |
| 3. | Minggu, 26 september 2021 | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | **Diagnosa 3 : Intoleransi aktifitas**  S:  Pasien mengatakan badan terasa enak tidak lelah saat beraktivitas  O:  - Pasien terlihat duduk ditempat tidur terkadang tidur dalam keadaan *semiflower*  -pasien tidak terlihat lemas  A:  Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian  P:  Intervensi no 1,2,3 di lanjutkan   * Tetap batasi aktifitas berat seperti berjalan jauh dan mengangkat beban |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahsan ini penulis, akan mengguraikan tetang kesenjangan yang terjadiantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang jantung Rumkital Dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

## Pengkajian Keperawatan

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

* + 1. **Identitas**

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa klien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 70 tahun. Menurut Anna (2016) yang menyatakan bahwa gagal jantung menjadi penyebab kematian nomor satu bagi laki-laki di atas usia 70 tahun. Laki-laki mempunyai komplikasi kardiovaskuler lebih tinggi di banding dengan perempuan. Sesuai dengan kasus pada klien, yang terbukti adanya kebenaran antara teori dengan lapangan.

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

1. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

Pada tinjauan kasus didapatkan keluhan utama klien yaitu tidak bisa beraktifitas jauh karena dapat menyebabkan sesak napas. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Muttaqin (2015). Mengenai keluhan utama gagal jantung adalah sesak napas. Menurut asumsi peneliti pada Tn B mengalami sesak nafas karena adanya sindrom hipoventilasi atau penyimpatan sehingga Tn B merasa kelelahan saat beraktivitas

1. Riwayat penyakit dahulu

Pada tinjauan kasus klien mengatakan nmenderita gagal jantung sejak 4 tahun yang lalu.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Pada tinjauan kasus, klien mengatakan bahwa keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit yang diderita dari orang tua, istri maupun anak.

* + 1. **Pengkajian Persistem *(Review Of System)***

1. Sistem pernafasan (*breath*)

Pada tinjauan kasus ditemukan frekwensi nafas 26x menit dengan irama reguler, tidak ada retraksis dinding dada dan penggunaan otot bantu nafas. Hal ini sama dengan tinjauan pustaka yang tercantum pada Muttaqin (2016), yang menyebutkan bahwa klien dengan gagal jantung akan ditemukan adanya dispneu, peningkatan frekwensi pernafasan. Menurut asumsi peneliti hal ini wajar terjadi dengan pasien yang mengalami gagal jantung karena pada saat oksigen yang masuk kedalam tubuh berkurang atau tidak adekuat.

1. Sistem kardiovaskuler (*blood*)

Pada pengkajian ditemukan denyut nadi 62x.menit irama reguler, irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal lup dup, tidak terdapat edema. Hal ini tidak sesuai dengan tinjauan pusataka yang tercantum dalam Muttaqin (2016), bahwa pada gagal jantung akan terjadi takikardi yang mencerminkan respon terhadap syaraf simmpatis. Tidak ditemukan adanya edema karena pada pasien telah diberikan terapi diuretik, diuretik bekerja mengurangi retensi air dan garam sehingga mengurangi volume cairan ekstraseluler, aliran balik vena, dan tekanan pengisian ventrikel (preload) . Menurut asumsi peneliti pasien dengan nadi normal dikarenakan mendapat terapi bed rest istirahat tidak melakukan aktivitas berat, tidak ada keluhan nyeri yang mengahmbat jantung saat dilakukan anamnesa.

1. Sistem persyarafan (*brain*)

Pada tinjaauan kasus didapatkan kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 456, pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis. Hal ini sesuai dengan teori Muttaqin (2016) yang menyebutkan bahwa pada klien dengan gagal ginjal akan mengalami kelemahan sebagai akibat dari ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

1. Sistem perkemihan (*bladder*)

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa urine produksi sejumlah 800 cc/24 jam dengan output<input, ditemukan adanya kardiomegali.

1. Sistem pencernaan (*bowl*)

tinjauan kasus didapatkan nafsu makan klien menurun selama MRS, merasa perut mudah kenyang. Mukosa bibir lembab, tidek ditemukan adanya hepatomegali/splenomegali. Hal ini sama dengan tinjauan pustaka yang tercantum pada Smeltser (2015), yang menyebutkan bahwa klien dengan gagal jantung akan ditemukan penurunan nafsu makan.

1. Sistem muskuloskeletal (*bone*)

Pada tinjauan pustaka ditemukan bahwa pasien melaporkan badannya terasa lemas dan tidak bisa melakukan aktifitas berat karena mudah merasa lelah. Hal ini sesuai dengan teori (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 hasil katabolisme selain itu perfusi yang kurang pada otot-otot rangka menyebabkan kelemahan dan kelelahan. Menurut asumsi peneliti pada gejala yang di alami oleh Tn B itu wajar karena pada saat itu kondisi ketidak adekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolism tubuh tidak terpenuh karena ada bengkak pada jantung.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pada hasil x-ray foto thorax didapatkan kesmipulan kardiomegali dengan efusi. Hal ini sesuai dengan teori Rokhaeni (2013), yang menyebutkan bahwa kardiomegali merupakan implikasi dari adanya gagal jantung.

## Diagnosa Keperawatan

Tidak terdapat kesenjangan diagnosa keperawatan pada teori dengan tinjauan kasus meskipun didapatkan perbedaan jumlah diagnosa yang muncul antara teori dengan kenyataan, hal ini dikarenakan adanya perbedaan respon setiap individu terhadap penyakit berbeda-beda. Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka antara lain:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial/perubahan inuotropik, perubahan frekwensi, irama, dan kondisi listrik, serta perubahan struktural.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan oksigen dalam udara inspirasi.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, kelemahan umum, dan *bed rest* atau tirah baring dalam jangka waktu lama/imobilisasi

pada tinjauan pustaka. Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan menurunnya pompa ventrikel. Hal ini sesuai dengan teori Muttaqin (2015) bahwa dignosa yang muncul pada klien dengan gagal jantung adalah penurunan curah jantung, adanya gagal jantung menyebabkan jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian vena dalam keadaan normal, kondisi tersebut trejadi setelah 3 mekanisme jantung tidka mampu lagi berjalan, mekanisme tersebut antara lain:stimulasi simpatis, respon Frank Sterling dan hipertrofi miokard, dan pada akhirnya menyebabkan kerusakan fungsi pompa jantung dan memperbesar peningkatan konsumsi oksigen untuk otot jantung).
2. Pola nafas tidakefektif berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen. Darah berfungsi dalam transportasi O2 dan nutrien ke seluruh jaringan tubuh. Klien dengan gagal jantung, jantung tidak mampu lagi untuk menyalurkan darah sesuai dengan kebutuhan tubuh, sehingga darah yang berfungsi untuk mengalirkan O2 tidak berfungsi secara optimal, sebagai mekanisme awal untuk mengurang penurunan fungsi adalah dengan meningktakan kerja jantung sehingga dapat meningkatkan kebutuhan oksigen (Wahit, 2015). Pada tinjauan kasus ditemukan klien mengeluhkan sesak, hal ini sesuai dengan Muttaqin (2015) bahwa pada pemeriksaan fisik pernafasan pasien ditemukan adanya periode dispneu.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien melaporakan badannya terasa lemah. Hal ini sesuai dengan teori Joewono (2013), yang menyebutkan bahwa salah satu gejala gagal jantung pada sistem muskuloskeletal adalah kelemahan dan kelelahan. Intoleransi aktifitas merupakan implikasi dari kekurangan oksigen ke jaringan sehingga suplai darah ke perifer mengalami pengurangan dalam transportasi yang menyebabkan

klien menjadi lemah karena adanya metaboliseme tidak adekuat. Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus. Hal ini disebabkan dikarenakan diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada klien dengan gagal jantung secara umum. Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus telah disesuaikan langsung dengan kondisi pasien dan lingkungan di rumah sakit Rimkital Dr.Ramelan Surabaya.

## Perencanaan

Pada perumusan tujuan anatara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus, perencanaan menggunakan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku pasien (afektif).

Ada beberapa tambahan intervensi yang digunakan pada hari-hari berikutnya, hal ini disesuaikan dengan kondisi pasien pada saat melakukan evaluasi. Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu berdasarkan kondisi pasien secara langsung. Adanya intervensi yang dilaksanakan dari hari ke hari akibat adanya peningkatan kondisi pasien sehingga beberapa intervensi tidak perlu dilaksanakan lagi. Setiap intervensi keperawatan mengacu pada kondisi pasien, selama ini penulis tidak ada hambatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hampir semua intervensi dapat diterapkan pada pasien.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena banyak membahas konsep teori asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF). Sedangkan pada kasus nyata, pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan renacana keperawatan dilakukan secvara terkoordinasi dan terintegrasi. Untuk pelaaksanan diagnosa pada tinjauan kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal ini dikarenakan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung dan kondisi Rumkital Dr.Ramelan Suarabaya.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dilaksanakan selama 3 hari, yang mengacu pada 5 aspek dalam penangan gagal jantung, yakni mengurangi beban kerja jantung dengan fase istirahat, memperkuat kontraktilitas miokard dengan penggunaan teknik nafas dalam, mengurangi kelebihan cairan dan garam dengan mengurangi asupan cairan dan penggunaan obat lasix, furosemid. Melakukan tindakan untuk perawatan diabetes melitus menggunakan obat novorapid untuk mempertahankan kadar gula darah.

## Evaluasi Keperawatan

Pada tinjaun pustaka, evaluasi dapat dilaksanakan dengan baik. Sedangkan pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan klien secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi, semua masalah keperawatan sesuai dengan kriteria hasil

Untuk masalah keperawatan penurunan curah jantung pada klien gagal jantung akan selalu ada dan menjadi resiko ke depannya, meskipun dalam masalah keperawatn setiap kali klien MRS adalah masalah teratasi.

Pada masalah pola nafas tidak efektif masalah dapat diatasi setelah 3x24 jam, dikarenakan klien masih merasa sesak saat aktifitas berat dan akan baik jika dibuat beristirahat tidur.

Pada masalah intoleransi aktifitas masalah dapat diatasi setelah 2x24 jam, dikarenakan keinginan pasien untuk sembuh sehingga setiap diberikan intervensi keperawatan pasien sangat memahami dengan baik, yang diajarkan perawat dilakukan dengan benar. Sehingga dihari ketiga pasien sudah dapat beraktifitas ringan seperti membaca Koran, makan tidak dibantuk keluarga dan mengurangi hambatan aktifitas yang ada pada diri pasien.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperwatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada klien gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF).

## Kesimpulan

Penulis telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF), maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pasien dengan diagnosa medis gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) akan mengalami beberapa masalah baik fisik, psikologis, maupun sosial. Masalah keperawatan yang timbul adalah penurunan curah jantung, pola nafas tidakefektif, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktifitas.
2. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) harus melihat kondisi klien dan kondisi di Ruang jantung secara keseluruhan dan target waktu max 3x24 jam penyelesaiannya juga harus disesuaikan dengan kemampuan pasien, karena setiap individu mempunyai rentang respon yang berbeda-beda.
3. Fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah mengurangi beban kerja, memperkuat kontraktilitas miokard, mengurangi kelebihan cairan dan garam, melakukan tindakan terhadap penyebab, afktor pencetus dan penyakit yang mendasari.
4. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tunjauan pustaka, tidaks semuanya tercantum di tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut.

## Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien

Agar patuh untuk meminum obat, menjaga diet pembatasan intake yang masuk sesuai ketentuan dan mau bekerjasama dengan dokter dan perawat dalam proses penyembuhan penyakitnya.

1. Bagi keluarga

Agar memberikan semangat dan dukungan yang positif serta doa terus menerus kepada pasien yang dapat membantu proses penyembuhan penyakit pasien.

1. Bagi perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya: dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Memberikan edukasi tentang pembatasan aktivitas turun tempat tidur dan juga pembatasan intake yang diperoleh pasien.

1. Bagi Rumah Sakit Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

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

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* (CHF).

# DAFTAR PUSTAKA

Aspiani (2016) ‘ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE’, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta,

Agung. (2016). Belajar Asuhan Keperawatan Gangguan Kardiovaskeler (Edisi ke 2). Yogyakarta: Graha ilmu

Kemenkes(2014),SituasikondisiJantungwww.depkes.go.id/download.php?file=download//infodatin/infodatin jantung.pdf di Unduh pada tanggal 22 Juli 2018 pada pukul 19.00 WIB

Hariyono, H. (2020) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Cardiovaskuler Untuk Profesi Ners.

Karina (2018) ‘American Health Association. penderita Gagal Jantung.’, Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung, pp. 10–27.

Kasron (2016) ‘Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi Kardiovaskular’,in Yogyakarta,Nuha Medika.

Muttaqin, Arif (2016). Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem

Kardiovaskular dan Hematologi. Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam. (2016). Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktek. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Puji Laksmini Dan *et al.* (2018) ‘Jurnal Kesehatan dr . Soebandi’, 8(2), pp. 88–91. doi: 10.36858/jkds.v8i2.181.

PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

World Health Organization (WHO) (2016). Cardiovascular Disease (CVDs). <http://www.heart.org/HEARTORG/Condition/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp> diundah pada tanggal 18 Juli 2018 pukul 22.39 WIB.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

# LAMPIRAN 1

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Novi Karina Ismlasari

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 13-11-1997

Alamat : Jl. Tambak wedi masjid 8

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Email : [novikarin628@gmail.com](mailto:novikarin628@gmail.com)

**RIWAYAT PENDIDIKAN FORMAL:**

SDN SIDOTOPO II Tahun 2003– 2009

SMP TRI TUNGGAL II Tahun 2009 – 2012

SMK KAL 1 SURABAYA Tahun 2012 – 2015

STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2017– 2021

# LAMPIRAN 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**Motto:**

“Setiap langkah dan usaha pasti membuahkan hasil ”

**Persembahan:**

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kelancaran dan pertolonganNya kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini, saya persembahkan karya imiah akhir ini kepada:

1. Ibu saya (Koestini) dan Ayah saya (Puryanto), terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, motivasi untuk saya selama ini. Sehingga saya dapat menjalankan kuliah sekaligus sambil berbisnis. Semoga Allah SWT selalu memberi petunjuk, kesehatan, dan kebahagiaan kepada beliau berdua.
2. Kakak saya (Diana Kartika dan Indra Marta Yuda) yang tersayang, terimakasih menambah semangat saya selama menuntut ilmu di bangku kuliah.
3. Sahabat di kelas (Poppy,Devi,Bening,Salwa,Fitria,Neni,Andra,Alfina, alifia, adinda, andi fitriani,riris,aysha) yang telah menemani saya selama 5 tahun di bangku kuliah dan tak pernah bosan memotivasi saya saat saya merasa kesulitan dalam hal pelajaran dan mengerjakan KIA

Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal’Alaamiin.

# LAMPIRAN 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** | | STIKES  Hang Tuah Surabaya | **Tgl**  Pembuatan  13 April 2022 | | |
| Kode SOP  ............. | | **PEMASANGAN EKG** | | TTD Kepala Ruangan | **Tgl**  Refisi:  ……… | | |
| **1.** | **DEFINISI** | | Suatu tindakan merekam aktivitas listrik jantung yang berawal dari nodus sinoatrial, yang dikonduksikan melalui jaringan serat-serat (sistem konduksi) dalam jantung yang menyebabkan jantung berkontraksi, yang dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit. | | | | |
| **2.** | **TUJUAN** | | Tujuan umum **:**  Mampu membuat rekaman Aktifitas listrik Otot jantung secara berurutan dan benar  Tujuan khusus :   1. Mempersiapkan alat dan pasien 2. Memasang electrode pada tempat penekanan dengan benar 3. Melaksanakan penyadapan aktifitas listrik jantung 4. Membuat elektrokardiogram dan keterangannya 5. Merawat EKG setelah pemeriksaan | | | | |
| **3.** | **INDIKASI** | | 1. Adanya kelainan –kelainan irama jantung 2. Adanya kelainan-kelainan myokard seperti Infark Miokard, hypertrofi atrial dan ventrikel 3. Adanya pengaruh obat-obat jantung terutama Digitalis 4. Gangguan Elektrolit 5. Adanya Perikarditis 6. Pembesaran Jantung | | | | |
| **4.** | **PERSIAPAN ALAT** | | 1. Memeriksa kelengkapan alat EKG yang akan digunakan, sbb : 2. Buku panduan  untuk pemeriksaan EKG 3. Mesin EKG beserta electrode dan kabel listrik (power) dan kabel untuk ground 4. Kertas Interpretasi  EKG, Pulpen, pensil 5. Siapkan Jelly/ air 6. Kapas Alkohol dalam tempatnya 7. Kertas tissue 8. Memeriksa Fungsi alat sehingga siap digunakan 9. Membawa alat kedekat pasien | | | | |
| **5.** | **PERSIAPAN KONDISI PASIEN** | | 1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga 2. Menjelaskan Tujuan tindakan kepada pasien / keluarga 3. Meminta persetujuan pasien 4. Mengatur posisi tidur terlentang pada pasien | | | | |
| **6.** | **TINDAKAN PROSEDUR** | | 1. Perawat mencuci tangan 2. Memasang Sampiran 3. Menghidupkan monitor EKG 4. Membuka dan melonggarkan pakaian bagian atas pasien serta melepas jam tangan, gelang dan logam lain. 5. Membersihkan kotoran dan lemak menggunakan kapas alcohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai di lokasi pemasangan manset electrode 6. Mengoleskan Jelly EKG pada permukaan electrode. Bila tidak ada jelly, gunakan kapas basah 7. Menyambungkan Kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk merekam ekstremitas lead ( Lead I, II, III, aVR, aVF, AVL) dengan cara sbb : 8. Warna Merah pada Tangan Kanan 9. Warna Hijau pada Kaki Kiri 10. Warna Hitam pada Kaki Kanan 11. Warna Kuning pada Tangan Kiri 12. Memasang Elektrode dada untuk rekaman Precordial Lead sbb : 13. V1 : Spatium Interkostal (SIC) ke IV pinggir kanan sternum 14. V2 : SIC ke IV sebelah pinggir kiri sternum 15. V3 : ditengah diantara V2 dan V4 16. V4 : SIC ke V garis mid klavikula kiria 17. V5 : Sejajar V4 garis aksilaris kiri 18. V6 : Sejajar V6 garis mid aksilaris 19. V7 : Sejajar V6 pada garis post aksilaris ***(jarang dipakai)*** 20. V8 : Sejajar V7 garis ventrikel ujung scapula ***(jarang dipakai)*** 21. V9 : Sejajar V8 pada kiri ventrikel ***(jarang dipakai)***   http://3.bp.blogspot.com/-dzRwnBpSKlM/UWuvJjjWXWI/AAAAAAAAAD8/brx2WvgEg6c/s320/EKG.jpg   1. Melakukan Kalibrasi 10mm dengan keadaan 25 mm/volt/ detik 2. Membuat rekaman EKG secara berurutan sesuai dengan pilihan Lead yang terdapat pada mesin EKG 3. Melakukan Kalibrasi kembali setelah perekaman selesai 4. Memberi  identitas pasien  hasil rekaman  : nama, umur, tanggal dan jam rekaman serta nomor Lead dan nama pembuat rekaman EKG | | | | |
| **7.** | **EVALUASI** | | 1. Mencuci tangan 2. Bereskan peralatan 3. Salam terapeutik | | | | |
| **8.** | **DOKUMENTASI** | | 1. Dokumentasi 2. Waktu pelaksanaan 3. Reaksi pasien | | | | |
| **9.** | **SIKAP KEPADA PASIEN** | | 1. Ramah 2. Sopan santun 3. Komunikasi terapeutik 4. Tepat & teliti | | | | |
|  | | **STANSTANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** | | | |  | **Tgl**  Pembuatan  13 April 2022 |
| Kode SOP  ............. | | **PEMASANGAN OKSIGEN DENGAN MENGGUNAKAN NASAL KANUL** | | TTD Kepala Ruangan | **Tgl**  Refisi:  ……… | | |
| **1.** | **DEFINISI** | | Nasal kanul: pemberian oksigen dengan konsentrasi rendah 24-40% dengan kecepatan aliran 2-6 liter/menit  . | | | | |
| **2.** | **TUJUAN** | | Mencegah atau mengatasi hipoksia | | | | |
| **3.** | **INDIKASI** | | Nasal kanul untuk mengalirkan O2 dengan aliran ringan/rendah, membutuhkan pernafasan hidung tidak bisa mengalirkan O2 dengan konsentrasi >40%, biasanya 2-3 liter/menit | | | | |
| **4.** | **PERSIAPAN ALAT** | | 1. Nasal kanul 2. Selang oksigen 3. Humidifier 4. Cairan steril 5. Sumber oksigen dengan flowmeter 6. Plester | | | | |
| **6.** | **TINDAKAN PROSEDUR** | | 1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 2. Menjaga privasi 3. Mengkaji adanya tanda-tanda hipoksia dan sekret pada jalan napas 4. Menentukan kebutuhan oksigen, sesuai dengan program medis 5. Menyambungkan nasal kanul atau face mask ke selang oksigen yang sudah dihumidifikasi 6. Memberikan oksigen dengan kecepatan aliran pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik:    * + - 1. Selang tidak tertekuk, sambungan paten          2. Ada gelembung udara pada humidifier          3. Terasa oksigen keluar dari nasal kanul/fask mask 7. Meletakkan ujung kanul pada lubang hidung 8. Mengatur pita elastis atau selang plastik ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanul pas dan nyaman 9. Memberi plester pada kedua sisi wajah | | | | |
| **7.** | **EVALUASI** | | 1. Mencuci tangan 2. Bereskan peralatan 3. Salam terapeutik | | | | |
| **8.** | **DOKUMENTASI** | | 1. Dokumentasi 2. Waktu pelaksanaan 3. Reaksi pasien | | | | |
| **9.** | **SIKAP KEPADA PASIEN** | | 1. Ramah 2. Sopan santun 3. Komunikasi terapeutik 4. Tepat & teliti | | | | |