

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN GANGGUAN
SISTEM KARDIOVASKULER : *CONGESTIVE HEART FAILURE*
(CHF) DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM
dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Husada Garut

Disusun oleh :

AGIS

KHGA20002



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE
HEART FAILURE (CHF) DI RUANG AGATE BAWAH RSU dr.
SLAMET GARUT**

NAMA : AGIS

NIM : KHGA20002

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk disidangkan dalam Ujian Akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing



(H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.)

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER: *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DI RUANG AGATE BAWAH RSU dr. Slamet GARUT TAHUN 2023

Oleh : Agis NIM : KHGA20002

Pembimbing : H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes.

IV BAB, 80 Halaman, 9 Tabel

Karya Tulis Ilmiah ini dilatar belakangi dari estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung di Jawa Barat sebanyak 96.487 orang atau sekitar 0,3% . Adapun dampak terhadap kebutuhan dasar manusia dari penyakit Congestive Heart Failure (CHF) ini diantaranya kebutuhan oksigenasi, kebutuhan nutrisi, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan aktivitas/istirahat, kebutuhan rasa aman dan nyaman. Tujuan dari Karya Tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial menggunakan pendekatan proses keperawatan pada Tn. T dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Anyelir RSUD Bayu Asih Purwakarta. Adapun diagnosa yang muncul pada kasus Ny. I adalah penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, dan intoleransi aktivitas. Adapun yang dilakukan pada klien dengan ke empat diagnosa tersebut adalah melakukan manajemen pola napas sesuai kebutuhan klien, manajemen energi, manajemen nutrisi, dan reduksi ansietas. Hasil evaluasi pada Ny. I didapatkan hasil masalah yang teratasi adalah pola nafas tidak efektif dan intoleransi aktivitas sedangkan masalah yang belum teratasi adalah penurunan curah jantung. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal pada masalah tersebut harus memerlukan waktu yang cukup lama. Setelah melakukan asuhan keperawatan ini penulis berharap perawat, mahasiswa, klien dan keluarga mampu mempertahankan derajat kesehatan yang optimal.

Kata kunci : *Congestive Heart Failure (CHF)* , Asuhan Keperawatan, Sistem Kardiovaskuler

Daftar pustaka : 10 buah (tahun 2012-2020), dari buku, jurnal dan dari internet.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berbentuk studi kasus dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) Di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut"**.

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penulisan karya tulis ini, penulis banyak mendapat pengarahan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak yang sangat membantu kelancaran penulisan karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Seluruh jajaran kepengurusan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut dan selaku pembimbing yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan selama pembuatan karya tulis ini.
3. K Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi D III Kperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. CI Ruangan Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan.

7. Keluarga Ny. I atas ketersediaanya bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan
8. Terkhusus dan istimewa kepada kedua orang tua yang telah memberikan dukungan baik moral maupun material dan doa yang tulus. Terimakasih atas doa dan dukungannya, penulis beroda semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan dan semoga pengorban yang kalian berikan mendapat pahala disisinya.
9. Teman kelas dan teman-teman dekat yang selalu memberikan semangat dan dukungan untuk bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan doa serta dorongan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga semua kebaikan dari kalian semua di balas berlipat ganda oleh Allah SWT.

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Metode penulisan	4
D. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Teori Congestive Heart Failure	7
1. Definisi	7
2. Klasifikasi	7
3. Etiologi	8
4. Patofisiologi	9
6. Pemeriksaan diagnostic	13
7. Komplikasi.....	14
8. Penatalaksanaan	15
9. Dampak masalah terhadap perubahan struktur / pola fungsi system tubuh tertentu terhadap kebutuhan klien sebagai makhluk holistic	15
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF)	17
1. Pengkajian	17
2. Diagnosa Keperawatan.....	24
3. Perencanaan	25
4. Implementasi	31
5. Evaluasi keperawatan.....	31
BAB III.....	32
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	32
A. TINJAUAN KASUS.....	32

1. Pengkajian	32
1) Identitas klien dan penanggung jawab klien	32
2) Riwayat kesehatan	33
3) Pemeriksaan fisik	34
4) Aspek Psikologi	39
5) Aspek Sosial	40
6) Aspek Spiritual	40
7) Pola aktivitas sehari- hari	41
8) Pemeriksaan Penunjang	42
9) Program therapy	43
2. Analisa Data	43
3. Diagnosa keperawatan	45
4. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	47
5. Catatan perkembangan	52
B. Pembahasan	56
BAB IV	66
PENUTUP	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa data.....	21
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan	25
Tabel 3. 1 Pola aktivitas sehari-hari.....	41
Tabel 3. 2 Pemeriksaan penunjang	42
Tabel 3. 3 program therapy	43
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	43
Tabel 3. 5 Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	47
Tabel 3. 6 Catatan perkembangan.....	52
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Congestive heart failure (CHF) atau sering disebut dengan gagal jantung kongestif merupakan kondisi jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat. (Adli & Wullur, 2019). Hal itu menyebabkan peregangan ruang jantung yang digunakan untuk menampung darah lebih banyak untuk dipompa keseluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung menebal. Sehingga, jantung dapat memompa dalam waktu yang singkat dan otot dinding jantung melemah. Akibatnya ginjal sering merespons untuk menahan air dan garam. Hal itu menyebabkan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru atau organ lainnya terbenjeng sehingga menyebabkan bengkak, (Bariyatun, 2018).

Congestive heart failure (CHF) merupakan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga menyebabkan curah jantung yang seharusnya normal menjadi menurun dan menimbulkan hipervolemi dada. (Narolita, 2018). Pasien yang mengalami CHF akan mengalami masalah fisik dengan tanda dan gejala yang khas. Hal tersebut membuat kondisi pasien semakin buruk dan keluhan akan penyakit seringkali muncul seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas, mudah lelah, dan pergelangan kaki yang bengkak. Semakin

menurunnya curah jantung juga menyebabkan insomnia dan penurunan berat badan pada kasus gagal jantung yang berat (Nurkhalis & Adista, 2020).

Hasil riset kesehatan dasar Kementrian Kesehatan, data menunjukan prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia yaitu sebesar 1,5% dari total penduduk. Data Riskesdas 2018 mengungkapkan tiga provinsi dengan prevalensi penyakit jantung tertinggi yaitu Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, Daerah Istimewa Yogyakarta 2%, dan Gorontalo 2%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Setidaknya, 15 dari 1000 orang atau sekitar 2.784.064 individu di Indonesia menderita penyakit jantung. Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung di Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%). Penyakit gagal jantung dapat juga disebabkan karena pola dan gaya hidup yang tidak sehat (Dekes RI, 2018).

Berdasarkan hasil studi Pendahuluan yang di lakukan di RSUD dr. Slamet Garut jumlah kejadian pasien gagal jantung pada tahun 2020 sebanyak 1.079 orang, pada tahun 2021 di bulan Juni di tanggal 22 yang mengalami penyakit gagal jantung sebanyak 32 pasien. Pasien gagal jantung di ruangan mengalami penurunan produktifitas seperti pola aktivitas seperti halnya hanya mengambil makan saja pasien mengeluhkan cepat lelah, personal hygiene seperti mandi, sikat gigi dibantu oleh orang lain, dan eliminasi pasien terpasang kateter, sehingga dapat menghambat perawatan mandiri dari seorang pasien gagal jantung. Pada saat di malam hari pasien mengalami sesak nafas, palpitasi, kelelahan dan kaki

bengkak dikarenakan intake nutrisi yang tidak benar. Adapun beberapa pasien yang mengatakan masih mengkonsumsi obat jika tidak dikonsumsi akan berdampak lebih buruk terhadap penyakitnya. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia yang ditimbulkan oleh penyakit gagal jantung mulai dari kebutuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, kebutuhan sirkulasi, kebutuhan eliminasi, dan gangguan aktivitas pada penderita gagal jantung. Maka dari itu perawat memiliki peranan penting dalam mengatasi dampak dari gagal jantung yang dilakukan dalam bentuk memberikan asuhan keperawatan seperti memberikan pendidikan kesehatan mengenai kesehatan jantung, memberikan tindakan sesuai dengan masalah klien seperti pemenuhan oksigenasi dan lain-lain. Berdasarkan dampak dari gagal jantung ini maka penulis tertarik untuk mengambil judul : “Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Gangguan system Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Agate bawah Rumah Sakit dr. Slamet Garut”

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman serta mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut melalui asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive heart failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan secara komprehensif pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive heart failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan secara komprehensif pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive heart failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan secara komprehensif pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive heart failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi secara komprehensif pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive heart failure (CHF) di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode penulisan

Pada karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah analisis deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode pengumpulan data dan teknik asuhan keperawatan.

1. Teknik Wawancara

Yaitu pengumpulan data dengan melakukan komunikasi lisan yang didapat secara langsung dari pasien, keluarga, dan tim keschatan lain untuk mendapatkan data subiektif (arusal yuliani,2021).

2. Teknik Observasi

Observasi adalah mengamati secara langsung keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan (arusal yuliani, 2021).

3. Teknik Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu untuk mendapatkan data dengan melakukan pengkajian fisik persistem dengan teknik inpeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi kepada pasien dari mulai atas kepala sampai ke ekstremitas bawah (arusal yuliani, 2021).

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah pengumpulan data yang didapatkan dari buku status kesehatan pasien yang meliputi catatan medis yang berhubungan dengan pasien (arusal yuliani, 2021).

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan dengan cara penggunaan buku - buku sumber untuk mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat dmembandingkan teori dengan faktadilahan praktek (arusal yuliani, 2021).

D. Sistematika Penullisan

Karya tulis ilmiah ini ditulis terdiri dari 4 BAB, yaitu : BAB I Pendahuluan, yang berisi tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan (tujuan umum dan tujuan khusus, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan pustaka,

yang menjelaskan tentang konsep dasar teori Congestive Heart Failure (CHF) yang meliputi : Pengertian, etiologi, patofisiologi, klasifikasi, tanda dan gejala dan konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi. BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan, yang berisi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, daignosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, catatan perkembangan dan pembahasan keseluruhan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. BAB IV Penutup, Terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan dari pelaksana asuhan keperawatan serta rekomendasi atau saran bagi mahasiswa, bagi insitusi, dan tempat layanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori Congestive Heart Failure

1. Definisi

Congestive Heart Failure atau gagal jantung kongestif adalah satu penyakit jantung dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat (Ayu, Ade, 2020). Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologis berupa adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal dalam memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Farhan, Z & Ratnasari, D, 2018).

Maka dapat disimpulkan bahwa Congestive Heart Failure (CHF) atau disebut dengan gagal jantung kongestif ini adalah dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompakan darah ke seluruh tubuh guna untuk memenuhi kebutuhan metabolisme,

2. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung berdasarkan derajatnya menurut NYHA (New York Heart Association)

- a. Kelas 1 : Timbul gejala sesak pada saat melakukan aktivitas fisik yang berat.

- b. Kelas 2 : Timbul gejala sesak pada saat melakukan aktivitas sedang, aktivitas sehari-hari sedikit terganggu.
- c. Kelas 3 : Timbul gejala sesak pada saat melakukan aktivitas ringan, aktivitas sehari-hari terganggu.
- d. Kelas 4 : Timbul gejala sesak pada aktivitas sangat ringan atau sesak biasa timbul ketika sedang istirahat.

3. Etiologi

Menurut (Rahmatiana & Clara, 2019) ada 6 macam penyebab dari CHF adalah sebagai berikut :

a. Kelainan pada otot jantung

Yang biasa disebabkan karena menurunnya kontraktilitas pada jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi.

b. Aterosklerosis koroner

Yang dapat mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke bagian otot-otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat) infark miokardium (kematian sel jantung). Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal

Dapat meningkatkan beban kerja pada jantung dan mengakibatkan hipertrofi serabut otot pada jantung.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif

Berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi pada serabut jantung rusak menyebabkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (temponade, pericardium, perikarditis, atau stenosis AV) peningkatan mendadak after load.

f. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan pada perkembangan dan beratnya gagal jantung meningkatnya laju metabolisme (misalnya demam), hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

4. Patofisiologi

Kekuatan jantung untuk merespon stress tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan

tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal disfungsi komponen pompa dan mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami kegagalan respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal.

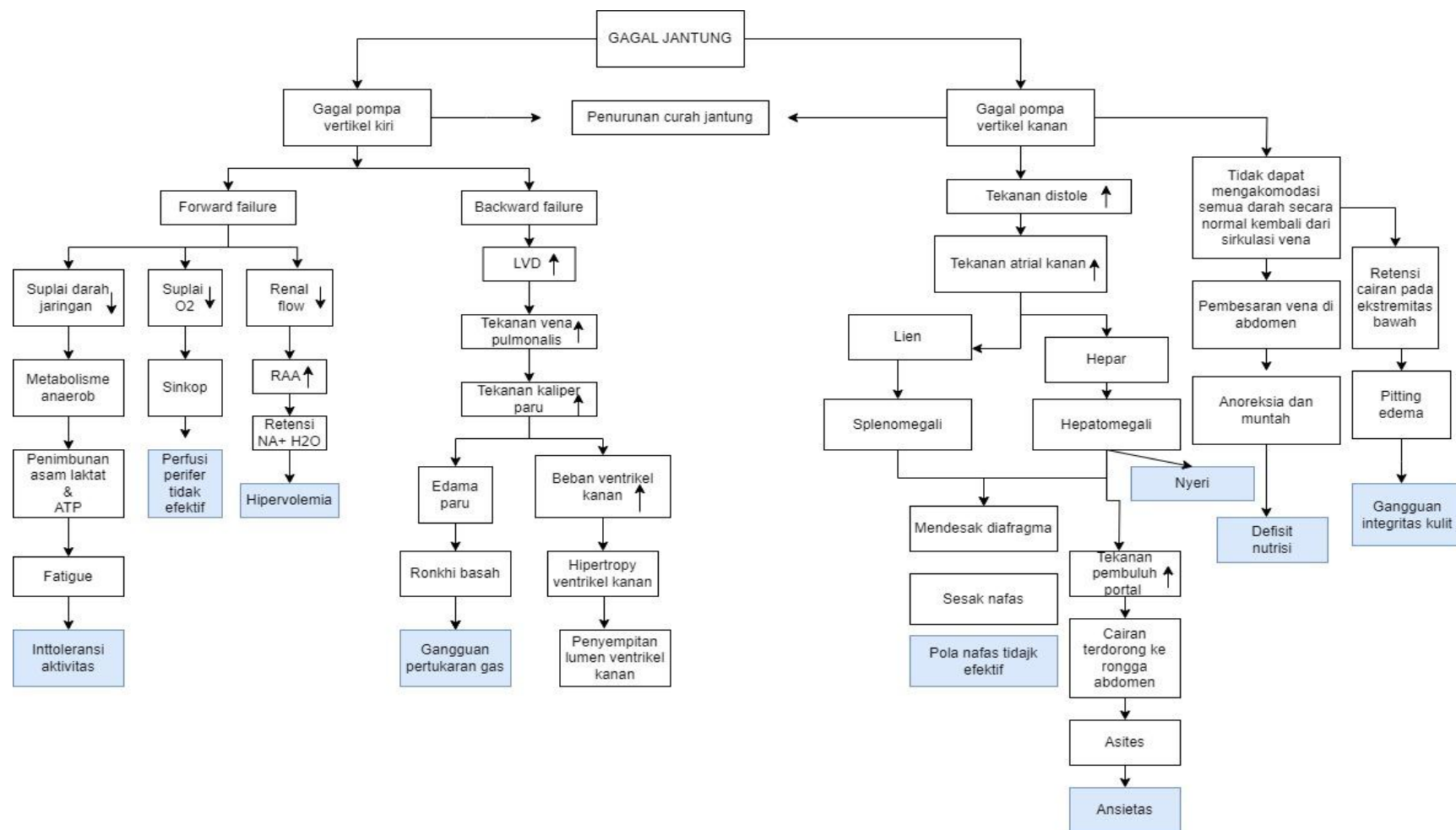
Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergic simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hamper 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 factor 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

arterior. Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan after load) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung. Efek (hipertropi miokardium) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung.

Peradangan dan penyakit miokardium degenerative berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Aspiani, 2016).



Sumber : Aspiani, 2016

5. Tanda dan gejala penyakit gagal jantung

Tanda dan gejala penyakit gagal jantung dapat dibedakan berdasarkan bagian mana dari jantung yang mengalami gangguan pompa darah. (Aspiani, 2015)

a. Gagal jantung sebelah kiri

Meyebabkan pengumpulan cairan di dalam paru-paru (edema pulmonal), yang menyebabkan sesak nafas yang hebat. Pada awalnya sesak nafas hanya dirasakan saat seseorang melakukan aktivitas, tetapi sejalan dengan memburuknya penyakit maka sesak nafas juga akan timbul pada saat penderita tidak melakukan aktivitas. Sedangkan tanda lainnya cepat lelah (fatigue), gelisah atau cemas (ansietas), detak jantung tidak teratur (aritmia).

b. Gagal jantung sebelah kanan

Cenderung mengakibatkan pengumpulan darah mengalir ke bagian kanan jantung. Sehingga hal ini menyebabkan pembengkakan di kaki, pergelangan kaki, tungkai, perut (asites), dan hati (hepatomegaly). Tanda lainnya adalah mual, muntah, kelelahan, detak jantung cepat serta sering buang air kecil di malam hari.

6. Pemeriksaan diagnostic

Menurut Kasron 2012 pemeriksaan diagnostik pada penyakit congestive heart failure (CHF) sebagai berikut :

1) Elektrokardiografi (EKG), Mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikular, infark, penyimpanan aksis, siskemia dan kerusakan pola.

2) Tes laboratorium darah

Enzym hepar : Meningkat dalam gagal jantung kongestif

Elektroilit: Kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal

Oksimetri Nadi : Kemungkinan saturasi oksigen rendah

AGD: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂

Albumin : Mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein

3) Radiologis

Sonogram ekokardiogram dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraktilitas ventrikel.

7. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013) komplikasi pada gagal jantung adalah :

- a. Edema paru akut terjadi gagal jantung kiri.
- b. Syok kardiogenik : Stadium dari gagal jantung kiri, kongestif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak).

c. Episode trombolitik : Trombus terbentuk karena imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktivitas thrombus dapat menyumbat pembuluh darah.

d. Efusi pericardial dan temponade jantung

Masuknya cairan ke kantung pericardium, cairan dapat menurunkan dan aliran balik vena ke jantung menuju temponade jantung.

8. Penatalaksanaan

Menurut Kasron, 2012 penatalaksanaan berdasarkan kelasnya sebagai Berikut :

a. Terapi farmakologi :

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

b. Terapi non farmakologi :

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

.9. Dampak masalah terhadap perubahan struktur / pola fungsi system tubuh tertentu terhadap kebutuhan klien sebagai makhluk holistic

Menurut padila, 2012 dampak masalah terhadap perubahan struktur/pola fungsi system tubuh tertentu terhadap kebutuhan klien sebagai makhluk holistic pada klien dengan penyakit Congestive Heart Failure (CHF) sebagai berikut :

a. Kebutuhan oksigenasi

Pada pasien gagal jantung kongestif akan ditemukan dispnea dengan atau tanpa aktivitas, batuk produktif, riwayat perokok, dan riwayat penyakit penapasan kronis, pada pemeriksaan mungkin didapatkan peningkatan respirasi, pucat atau sianosis, suara napas krakels, ronchi, wheezing atau vasikuler, sputum jernih atau juga merah muda/pink tinged.

b. Kebutuhan nutrisi

Pasien gagal jantung kongestif kadang mengalami mual, kehilangan nafsu makan, penurunan turgor kulit, berkeringat banyak, muntah dan perubahan berat badan.

c. Kebutuhan cairan dan elektrolit

Pasien gagal jantung kongestif akan mengalami pembatasan pemasukan cairan karena pada pasien gagal jantung kongestif biasanya mengalami kelebihan volume cairan yang menyebabkan edema.

d. Aktivitas/istirahat

Pada pasien gagal jantung kongestif biasanya kelemahan, kelelahan, ketidakmampuan untuk tidur (insomnia).

e. Rasa aman dan nyaman

Timbulnya nyeri dada yang tiba-tiba dan tidak hilang dengan istirahat atau dengan nitrogliserin. Lokasi nyeri dada subternal yang mungkin menyebar sampai ke lengan, rahang, dan wajah. Karakteristik nyeri dapat dikatakan

sebagai rasa nyeri yang sangat hebat yang pernah dialami sebagai akibat nyeri tersebut mungkin didapatkan wajah yang menyeringai, perubahan postur tubuh, menangis, perubahan irama jantung, tekanan darah meningkat, respirasi cepat dan warna kulit sianosis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem

Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF)

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses melakukan pemeriksaan/penyelidikan yang dilakukan perawat untuk mempelajari keadaan pasien sebagai langkah awal yang akan dijadikan data pengambilan keputusan klinik keperawatan (Rohman dan Walid, 2019)

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data menurut Padila (2012) dan Aspiani (2015) yaitu mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien, dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik, rekam medis, hasil pemeriksaan diagnostic, perawatan lain dan keputusan.

1) Biodata

Pada umumnya gagal jantung dapat dialami oleh setiap orang dari berbagai usia, misalnya neonatus, orang dewasa, usia pertengahan dan lanjut usia (Padila, 2012).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien dengan gagal jantung yaitu: sesak saat bekerja, dyspnea nocturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, bengkak pada kaki, nafsu makan menurun, mual, distensi abdomen, urine menurun.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Umumnya pendekatan riwayat kesehatan sekarang menggunakan pendekatan PQRS (Paliative/ Provokatif-Quality-Region-Skala-Time)

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada umumnya klien mempunyai riwayat infark miokard akut (IMA), penyakit jantung koroner, tekanan darah tinggi, diabetes melitus.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data keluarga dikumpulkan dengan pertanyaan apakah dalam keluarga klien ada yang menderita penyakit yang sama dan apakah ada penyakit keturunan seperti asma, hipertensi, DM dan lain-lain.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Sistem kardiovaskuler

Denyut jantung meningkat indikasi tekanan vena porta sistemik meningkat, peningkatan frekuensi jantung (takikardi), hipertensi, suara jantung dengan S1, S2 menurun, kontraksi miokard menurun, S3 meningkat, volume sisa meningkat, murmur kadang juga terjadi, bunyi S3 gallop, peningkatan vena jugularis, distimia, fibrilasi atrial, nyeri dada.

b) Sistem pernapasan

Pada umumnya klien akan dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas, respirasi meningkat, suara paru menurun, basilar rates mengakibatkan cairan pada jaringan paru, terdapat ronkhi, adanya pernafasan cuping hidung, batuk kering, sputum pekat bercampur darah.

c) Sistem penglihatan

Konjungtiva pucat (anemis), biasanya tidak ada keluhan pada sistem penglihatan.

d) Sistem pendengaran

Pada fungsi pendengaran klien dengan gangguan gagal jantung tidak ditemukan masalah.

e) Sistem gastrointestinal

Nafsu makan menurun, mual, muntah, nausea, distensi abdomen, pembesaran hepar (hepatomegali), diare.

f) Sistem genitourinaria

Penurunan volume urine, urine berwarna pekat, nokturia (berkemih pada malam hari).

g) Sistem neurosensorik

Latergi, pusing, pingsan, kesakitan, bingung, disorientasi.

h) Sistem integument

Kulit bersisik, CRT >2 detik, warna kulit kebiruan/sianosis, pucat, perubahan pada kulit/determitas.

i) Sistem musculoskeletal

Klien dengan gagal jantung akan mengalami edema pada anggota gerak terutama pada kaki.

4) Aktivitas sehari-hari

Klien dengan gagal jantung biasanya terdapat kelelahan, insomnia, latergi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas.

5) Pengkajian psikologis

Klien dengan gagal jantung akan mengalami perubahan status mental seperti cemas, ketakutan, gelisah, marah, stress berhubungan

dengan penyakitnya, dan juga stress akibat finansial untuk pengobatan (Aspiani, 2015).

b. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	Pada umumnya: a. Terdapat kerusakan lapisan kulit (dermis) b. Gangguan pada permukaan kulit (epidermis)	Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompakan cukup darah ke seluruh tubuh yang menyebabkan gagal pompa ventrikel kanan kemudian tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena yang mengakibatkan retensi cairan pada ekstremitas kemudian terjadi pitting edema dan menyebabkan gangguan integritas kulit.	Gangguan integritas kulit
2.	DS : Pada umumnya klien mengatakan sesak napas. DO : Pada umumnya data objektif yang terdapat pada klien adalah: a. Penggunaan otot bantu pernapasan b. Dispnea c. Fase ekspirasi memanjang d. Pola napas abnormal	Gagal pompa ventrikel kanan menyebabkan tekanan diastole meningkat kemudian mengakibatkan hipertropi lalu mendesak diafragma dan dapat menyebabkan sesak nafas lalu terjadinya ketidak efektifan pola nafas.	Pola napas tidak efektif
3.	DS : Pada umumnya klien mengatakan sesak napas DO : Pada umumnya data objektif yang ditemukan pada klien adalah: a. Napas dangkal dan	Tekanan vena menyebabkan tekanan kapiler meningkat yang dapat beban pada edema paru yang mengakibatkan terjadinya gangguan pertukaran gas.	Gangguan pertukaran gas

	cepat b. Dipsneac. c. Pusing d. Warna kulit sianosis e. Pernapasan cuping hidung f. Bunyi napas ronkhi g. Takikardi h. Gelisah		
4.	DS: Pada umumnya klien mengatakan nyeri pada dada. DO: Pada umumnya data objektif yang ditemukan hgkhpada klien adalah: a. Tekanan darah meningkat b. Nyeri dada c. Respirasi meningkat d. Gelisah e. Insomnia	Gagal jantung mengakibatkan gagal pompa ventrikel kanan kemudian tekanan diastole meningkat lalu menyebabkan hepatomegaly dan terjadi nyeri.	Nyeri
5.	DS: Pada umumnya klien mengatakan sesak napas. DO : Pada umumnya data obiekatif yang terdapat pada klien adalah : a. Tekanan darah meningkat b. Pusing c. Akral dingin	Gagal jantung gagal pompa ventrikel kiri penurunan suplai oksigen ke organ dan jaringan, kelelahan, lemah, pucat, ekstremitas dingin, penurunan curah jantung.	Penurunan curah jantung
6.	DS : Pada umumnya Klien mengatakan bagian tubuh terutama ekstremitas bengkak DO : Pada umumnya data obiektif yang terdapat pada klien adalah: a. Perubahan tekanan darah b. Edema pada kaki dan abdomen	Gagal jantung, gagal pompa ventrikel kiri mengakibatkan forward failure lalu renal flow menurun dan menyebabkan RAA, aldesteron dan ADH meningkat kemudian terjadi retensi Na dan air lalu terjadinya hipervolemia.	Hipervolemia

	c. Oliguria d. Dispnea e. Perubahan status mental f. Peningkatan berat badan		
7.	DS: Pada umumnya klien mengatakan sesak napas dan mudah lelah DO : Pada umumnya data objektif yang terdapat pada klien adalah: a. Dispnea pada saat beristirahat b. Lelah c. Aktivitas di bantu keluarga	Suplai darahjaringan menurun menyebabkan metabolisme anaerob mengakibatkan asidosis metabolik lalu mengakibatkan ATP menurun berdampak pada fatigue lalu terjadinya intoleransi aktivitas.	Intoleransi aktivitas
8.	DS : Pada umumnya klien mengatakan nafsu makan berkurang, mual muntah, dan kelelahan saat beraktivitas DO : Pada umumnya data objektif yang terdapat pada klien adalah: a. Nyeri pada abdomen b. Mual muntah c. Nafsu makan berkurang d. Distensi abdomen	Gagal pompa ventrikel kiri kemudian tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena, pembesaran vena di abdomen akan menimbulkan anoreksia dan muntah pasien tidak nafsu makan, defisit nutrisi.	Defisit nutrisi
9.	DS: Pada umumnya klien mengatakan tidak mampu merawat diri karena kelelahan DO: Pada umumnya data objektif yang terdapat pada klien adalah : a. Gangguan personal hygiene b. Lelah c. Aktivitas dibantu keluarga	Gagal jantung gagal pompa ventrikel kiri penurunan suplai oksigen ke organ dan jaringan, kelelahan, lemah, pucat, ekstremitas dingin, perfusi perifer tidak efektif.	Perfusi perifer tidak efektif

	d. Dispnea		
10.	DS : Pada umumnya klien mengatakan tidak mengetahui apa penyakit CHF DO : Pada umumnya data objektif yang terdapat pada klien adalah: a. Bingung b. Gelisah c. Insomnia d. Klien selalu bertanya-tanya	Gagal pompa ventrikel kanan tekanan diastole meningkat mengakibatkan hepatomegaly lalu mendesak diafragma lalu munculnya ansietas.	Ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja, SDKI DPP PPNI, 2018)

- a. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas)
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
- d. Nyeri akut berhubungan dengan hepatomegaly
- e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel
- f. Hipervolemia berhubungan dengan retensi natrium
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- h. Defisit nutrisi berhubungan anoreksia
- i. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
- j. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tentang penyakit

3. Perencanaan

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

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

- a. Resiko gangguan integrasi kulit berhubungan dengan kelebihan volume

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integrasi kulit dan jaringan Kriteria hasil : (integritas kulit dan jaringan L.14125) 1. Resiko kerusakan jaringan kulit menurun. 2. Tidak ada tanda kemerahan. 3. Tidak ada keluhan nyeri pada daerah edema.	Observasi 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi. 2. Persiapkan materi dan media. 3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya. 4. Jelaskan tentang definisi,tanda, dan gejala edema. 5. Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema. 6. Intruksikan pasien dan keluarga pasien untuk menjelaskan kembali definisi, peyebab,gejala dan tanda penanganan dan pencegahan edema.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan edema paru

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien membaik. Kriteria hasil: (pola napas L. 01004) 1. Frekuensi napas dalam rentang normal. 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan. 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dyspnea.	Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas). 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis: gagling, mengi, wheezing, ronkhi). 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik: 4. Posisikan semi fowler. 5. Berikan minum hangat. 6. Berikan oksigen, jika perlu. Edukasi: 7. Ajarkan teknik batuk efektif. Kolaborasi: 8. Kolaborasi bronkodilator, pemberian ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriteria hasil : (pertukaran gas L. 01003) 1. Dispnea menurun. 2. Bunyi napas tambahan menurun. 3. Pola napas membaik. 4. PCO₂ dan O₂ membaik.	Observasi 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman. 2. Monitor pola napas. 3. Monitor kemampuan batuk efektif. 4. Monitor nilai AGD. 5. Monitor saturasi oksigen. 6. Auskultasi bunyi napas. Terapeutik : 7. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 9. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi: 10. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/ atau tidur.

d. Nyeri akut berhubungan dengan hepatomegali

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: (L. 08066) 1. Pasien mengatakan nyeri skala nyeri berkurang. 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang. 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman .	Observasi 1. Identifikasi lokasi, Karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 4. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 5. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Edukasi : 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraksi ventrikel

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat Kriteria hasil : (Curah jantung L.02008) 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat. 3. Tidak ada edema.	Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. 2. Monitor intake dan output cairan. 3. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik : 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. Edukasi: 5. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. 6. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap. Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian antiartimia.

f. Hipervolemia berhubungan dengan retensi natrium

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Kriteria hasil : (Keseimbangan cairan L. 03020) 1. Terbebas dari edema. 2. Haluaran urin meningkat. 3. Mampu mengontrol asupan cairan.	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (Mis, ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara napas tambahan). 2. Monitor intake dan output cairan. 3. Monitor efek samping diuretik (mis: Hipotensi, ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, dan hiponatremia). Terapeutik : 4. Batasi asupan cairan dan garam. Edukasi: 5. Anjurkan melapor haluaran urin. <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam. 6. Ajarkan cara membatasi cairan. Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian diuretic.

g. intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil: Toleransi aktivitas (L. 05047) 1. Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Pasien mampu berpindah tempat atau tanpa bantuan. 3. Pasien mengatakan dispnea saat atau setelah aktivitas menurun.	Observasi: 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik: 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi: 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

h. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik Kriteria hasil: (status nutrisi L. 03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat. 2. Perasaan cepat kenyang menurun. 3. Nafsu makan membaik.	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik: 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 14. Berikan suplai makanan, jika perlu. 15. Hentikan pemberian makan melalui Ngt jika asupan oral dapat ditoleransi. Edukasi : 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

i. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri

atau vena

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan perfusi perifer meningkat. Kriteria hasil: (perfusi perifer L. 02011) 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat	Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Terapeutik : 3. Lakukan hidrasi Edukasi 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

j. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapr informasi tentang penyakit

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas menurun. Kriteria hasil: (Tingkat ansietas L. 09093) 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya. 2. Pasien tampak tenang. 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah Terapeutik: 2. Pahami situasi yang membuat Ansietas. 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi: 5. Informasikan mengenai secara diagnosis, fakta pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, jika perlu 7. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinnarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Aspiani, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien dan penanggung jawab klien

Identitas diri

Nama	: Ny. I
Usia	: 56 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku bangsa	: Indonesia
Alamat	: Kp. Sanding lebak
Tanggal masuk	: 03-April-2023
Tanggal pengkajian	: 04-April-2023
Ruangan	: Agate bawah
No. RM	: 0551123

Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. M

Usia : 58 tahun

Jenis kelamin : Laki laki

Agama : Islam

Alamat : Kp. Sanding lebak

Hubungan dengan klien : Suami

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengeluh sesak

b) Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 03 april 2023 pukul 06.30 dengan keluhan sesak nafas sejak dua hari yang lalu, saat dikaji pada tanggal 04 april 2023 klien mengatakan sesak nafas, sesak yang dirasakan terasa berat yang menyebabkan terganggunya aktivitas sehari-hari, sesak dirasakan pada saat malam hari dan apabila klien beraktivitas terlalu berat. Sesak berkurang ketika klien beristirahat. Klien JUga mengatakan akhir akhir ini badan terasa sering lelah.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi 2 tahun yang lalu.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengannya.

3) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Penampilan : Klien tampak lemah

Kesadaran : Composmentis

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 160/90

Suhu : 36,6 C

Berat badan : 55kg

Nadi : 88x/menit

Respirasi : 29x/menit

Spo2 : 89%

c) Pemeriksaan persistem

(1) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : Tidak ada lesi pada leher, terdapat peningkatan JVP, ada pembesaran jantung, CRT ,<2detik, tidak sianosis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi : Bunyi jantung S1- S2

(2) Sistem Pernapasan

Inspeksi : klien tampak sesak, terpasang o2 nasal kanul

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : Suara nafas ronchi

(3) Sistem neurologis

Tingkat kesadaran : composmentis

(a) Fungsi motoric

Klien dapat menggerakkan tangan kiri dengan kekuatan maksimal sedangkan tangan kanan sedikit kurang bebas karena terpasang infus, dan klien dapat menggerakkan kaki kiri dan kanan dengan bebas.

(b) Fungsi sensorik

Klien dapat merasakan rangsangan dingin saat disentuh kapas alcohol pada ekstremitas.

© Tes Fungsi Kranial

NI olfaktorius : Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi.

NII optikus : Pasien dapat membaca papan nama perawat kurang lebih 30 cm dengan tidak menggunakan kacamata dengan pencahayaan cahaya matahari.

N III, IV, VI okulomotoris, trokhealis, abduksen : Pupil berkonstriksi dengan cepat pada saat diberi cahaya, bola mata dapat digerakkan ke segala arah

N V trigeminus : Pasien dapat merasakan sentuhan di wajahnya, saat wajahnya disentuh oleh kapas dengan menutup mata.

N VII Fasialis : Pasien dapat membedakan rasa asin, dan pahitnya kopi. Pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris saat tersenyum.

N VIII Vestibulo : Pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik tanpa harus diulang dengan merasakan getaran dari garputala (weber, rine, swabah)

NIX, X glosofaringeus, vagus : Uvula bergetar simetris saat pasien mengatakan “Ah”, reflek menelan bagus.

N XI asesorius : Pasien dapat menggerakkan kepala ke segala arah.

N XII hipoglosus : Lidah pasien dapat diegrakkan ke segala arah.

(4) Sistem Integumen

(a) Rambut dan kulit kepala

Inspeksi : Warna rambut hitam, lurus, pendek, bersih tidak ada ketombe dan lesi.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.

(b) Kuku

Inspeksi : Warna kuku transparan, bentuk kuku cembung, kuku agak pendek.

© Kulit

Inspeksi : Warna kulit kebiruan

(5) Sistem Penginderaan

(a) Penglihatan : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, miosis saat diberi cahaya, kemampuan melihat baik.

(b) Pendengaran : Bentuk telinga simetris, terdapat serumen, kemampuan mendengar baik.

© Penciuman : posisi hidung simetris, tidak ada kotoran, fungsi penciuman bagus dibuktikan klien mampu membedakan bau makanan.

(d) Pengecap : Lidah terlihat bersih, tidak ada tremor, fungsi pengecap baik, dibuktikan klien mampu membedakan rasa makanan.

(6) Sistem pencernaan dan Status Nutrisi

(a) Mulut dan kerongkongan : Bibir berwarna merah tua dan lembab, mukosa mulut lembab, lidah berwarna merah muda, warna gigi putih kekuningan, tampak bersih, tidak ada caries, 38etabo menelan baik, tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

(b) Abdomen : Bentuk abdomen cembung, tidak ada lesi, abdomen sedikit asites, hepar tidak membesar, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 10x/menit.

(7) Sistem perkemihan

Tidak ada distensi pada kantung kemih, tidak ada nyeri pada saat BAK, tidak terpasang kateter.

(8) Sistem musculoskeletal

(a) Ekstremitas atas : Bentuk tangan simetris, jumlah jari lengkap, tidak ada edema, kekuatan ekstremitas atas baik, terpasang infus pada tangan kanan.

(b) Ekstremitas bawah : Bentuk kaki simetris, kekuatan otot baik.

Tidak terdapat edema pada kaki.

5		5
5		5

4) Aspek Psikologi

a) Status emosi :ekspresi wajah tampak lelah, mudah tersinggung

b) Konsep diri : -

c) Body image : klien mengatakan bahwa penyakitnya

penyakitnya tidak mengganggu penampilannya

d) Harga diri : klien mengatakan bahwa dia tidak merasa minder dengan penyakitnya.

e) Ideal diri : klien mengatakan bahwa dirinya ingin cepat sembuh agar bisa pulang ke rumah

f) Peran : klien mengatakan bahwa kegiatannya sehari-hari sudah tidak dapat dilakukannya lagi, kegiatannya dibantu keluarga

g) Identitas diri : klien mengatakan bahwa dia adalah seorang kepala keluarga yang mempunyai 4 anak, klien juga merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara.

5) Aspek Sosial

- a) Gaya komunikasi : Dalam berkomunikasi klien selalu menjawab pertanyaan dengan menggunakan bahasa verbal 40etabolis terbuka
- b) Pola interaksi : Klien mampu menjalin hubungan baik dengan orang sekitarnya

6) Aspek Spiritual

a) Falsafah hidup

Klien percaya terhadap adanya sakit dan sehat, karena itu sudah merupakan ketentuan yang telah diatur oleh yang Maha Kuasa.

b) Sense of Trasendense

Klien merasa optimis bahwa penyakit yang dideritanya sekarang akan sembuh dengan perawatan dan pengobatan dibarengi dengan berdoa kepada Allah, SWT untuk kesembuhan penyakitnya.

c) Konsep ketuhanan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan saat sehat klien selalu menjalankan shalat 5 waktu serta ikut pengajian rutin di sekitar tempat tinggal klien. Ketika sakit klien selalu berdoa di tempat tidur dan melaksanakan shalat dengan berbaring.

7) Pola aktivitas sehari- hari

Tabel 3. 1Pola aktivitas sehari-hari

No	Pola	Sehat	Sakit
1.	Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan Keluhan b. Minum Jenis Frekuensi Jumlah Keluhan	Nasi lauk pauk 3x sehari 1 porsi makan Tidak ada Tidak ada Air putih 5-6x sehari 5-6 gelas Tidak ada	Bubur, lauk pauk, sayur 3x sehari ¼ porsi makan Makanan tinggi garam Mual muntah anoreksia Air putih 4-5x sehari 3-4 gelas Tidak ada
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Keluhan b. BAK Frekuensi Warna Keluhan Jumlah	1-2x/hari Lembek berbentuk Kuning khas Tidak ada 3-6x/hari Kuning jernih Tidak ada 1500cc	1x/hari Lembek Kuning khaas feses Tidak ada - Kuning kecoklatan Tidak ada 200-500cc/kg BB
3.	Personal hygine a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	2x sehari 2x sehari 3x seminggu Bila panjang	1x sehari 1x sehari Selama di RS belum -
4.	Istirahat & Tidur a. Tidur siang Kualitas Kuantitas Frekuensi	Nyenyak 13.00-14.00 1-2jam/ hari	Kurang nyenyak 10.00-11.00 1 jam / hari

	b. Tidur malam Kualitas Kuantitas Frekuensi	Nyenyak 21.00-04.00 6-7 jam	Kurang nyenyak 22.00-03.00 4-5jam
5.	Aktivitas	Klien dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain.	Di rumah sakit klien banyak istirahat dan aktivitas klien banyak dibantu keluarga/ orang lain

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 04 April 2023

Tabel 3. 2 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Satuan	Rujukan
Hematologi			
Hemoglobin	13,7	g/dL	11.5-16.5
Leukosit	7,800	/mm ³	4000-10.000
Trombosit	264.000	/mm ³	150.000-450.000
Hematokrit	40.0	%	35.0-45.0
Eritrosit	4,6	Juta/mm ³	4.0-5.0
Kimia klinik			
Elektronik -4			
Natrium (Na)	135	Mmol/L	136-145
Kalium (K)	4,9	Mmol/L	3.0-5.2
Klorida (CL)	100	Mmol/L	96-108
Ureum	31	Mg/dL	15-39
Kreatinin	0,62	Mg/dL	0.6-1,1
Glukosa darah sewaktu	93	Mg/dL	<150

9) Program therapy

Tabel 3. 3 program therapy

No.	Nama obat	Dosis	Cara pemberian
1.	Infus asering	16 tpm	IV
2.	Furosemid	1x60 mg	IV
3.	Amlodipin	1x4 gr	IV
4.	Digoxin	1x ½ tablet	P.O

Hasil EKG 05-04-2023 :

Sinus ritme irregular : menunjukkan adanya hipoksia, iskemia, dan regangan otot jantung

Q-T Prolangation : menunjukkan dapat menyebabkan sinkop.

Hasil rongten 04-04-2023 :

Kardiomegali

2. Analisa Data**Tabel 3. 4 Analisa Data**

No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: a. Klien mengeluh sesak DO: a. Klien terlihat sesak b. Respirasi : 29x/ menit c. Tekanan darah 160/90 mmHg d. Tampak kebiruan	Gagal jantung gagal pompa ventrikel kiri penurunan suplai oksigen ke organ dan jaringan, kelelahan, lemah, pucat, ekstremitas dingin, penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung
2.	DS : a. Klien mengatakan sesak nafas. b. Klien mengatakan sesak dirasakan pada	Gagal pompa ventrikel kanan menyebabkan tekanan diastole meningkat	Pola nafas tidak efektif

	saat malam hari dan apabila klien beraktivitas terlalu berat. c. Klien mengatakan sesak berkurang ketika klien beristirahat. DO : a. R : 29x/ menit b. Terdapat retraksi dinding dada c. Suara nafas ronchi	kemudian mengakibatkan 44etabolism44y lalu mendesak diafragma dan dapat menyebabkan sesak nafas lalu terjadinya ketidak efektifan pola nafas	
3.	DS: a. Klien mengatakan akhir akhir ini badan terasa sering kelelahan. b. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga c. Klien mengatakan sesak yang dirasakannya mengganggu aktivitas sehari-hari DO : a. Klien tampak lemas b. TD : 160/90 N : 88x/ menit R : 29x/ menit c. Aktivitas mandiri dibantu keluarga	Suplai darah jaringan menurun menyebabkan 44etabolism anaerob mengakibatkan asidosis metabolic lalu mengakibatkan ATP menurun berdampak pada fatigue lalu terjadinya intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas
4.	DS : a. Klien mengatakan cemas akan penyakitnya b. Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya. DO : a. Klien terlihat cemas b. Klien terlihat gelisah	Gagal jantung menyebabkan terjadinya gagal pompa ventrikel kanan tekanan diastole meningkat hepatomegaly mendesak diafragma lalu terjadinya ansietas	Ansietas

3. Diagnosa keperawatan

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel ditandai dengan :

DS :

a. Klien mengeluh sesak

DO:

a. Klien terlihat sesak

b. Respirasi : 29x/ menit

c. Tekanan darah 160/90 mmHg

2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal ditandai dengan : .

DS :

a. Klien mengatakan sesak nafas.

b. Klien mengatakan sesak dirasakan pada saat malam hari dan apabila klien beraktivitas terlalu berat.

c. Klien mengatakan sesak berkurang ketika klien beristirahat.

DO :

a. R : 29x/ menit

b. Terdapat retraksi dinding dada

c. Suara nafas ronchi

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS:

a. Klien mengatakan akhir akhir ini badan terasa sering kelelahan.

- b. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga
- c. Klien mengatakan sesak yang dirasakannya mengganggu aktivitas sehari-hari

DO :

- a. Klien tampak lemas
- b. TD : 160/90
N : 88x/ menit
R : 29x/ menit
- c. Aktivitas mandiri dibantu keluarga

4) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan cemas akan penyakitnya
- b. Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya.

DO :

- a. Klien terlihat cemas
- b. Klien terlihat gelisah

4. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny.I Ruang : Agate Bawah

Umur : 56 Tahun Diagnosa Keperawatan : CHF (Congestive Heart Failure)

Jenis Kelamin : Laki-laki No RM : 0551123

Tabel 3. 5 Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi	Paraf
		Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi			
1.	Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraksi ventrikel DS : a. Klien mengeluh sesak DO: a. Klien terlihat sesak b. Respirasi : 29x/ menit c. SPO2 : 89x/menit d. Tekanan darah 160/90 mmHg	Setelah dilakunan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah dalam batas normal 2. Klien tidak mengeluh sesak	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung. 3. Monitor tekanan darah	1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea,kelelahan) 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (hepatomegali, kulit pucat) 3. Memonitor tekanan darah : 160/90 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi	06 April 2023 Pukul 12.00 S : Klien mengatakan sesak berkurang O : • Respirasi 23x/menit • SPO2 : 95% • TD : 120/90mmHg A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian P : Hentikan intervensi	Agis

			4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik 7. Posisikan pasien semi fowler 8. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi 9. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap. Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian antiaritmia	oksigen : 89% 6. Memonitor keluhan nyeri dada (klien mwngatakantidak nyeri dada) 7. Memosisikan pasien semi fowler 8. Memberikan oksigen 4L/m untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 9. Menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap seperti ke kamar mandi. 10. Memberikan obat : Digoxin 1x ½ tablet Furosemid 1x60 mg Amlodipin 1x4 gr		
--	--	--	---	--	--	--

2.	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas DS : a.Klien mengatakan sesak nafas. b. Klien mengatakan sesak dirasakan pada saat malam hari dan apabila klien beraktivitas terlalu berat. c. Klien mengatakan sesak berkurang ketika klien beristirahat. DO : a. R : 29x/ menit b. Terdapat retraksi dinding dada c. Suara nafas ronchi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keluhan sesak klien berkurang. Dengan Kriteria hasil : 1. Klien mengatakan sesak berkurang 2. Ketika melakukan aktivitas klien tidak mengeluh sesak 3. Respirasi dalam batas normal : 20x/ menit 4. Tidak terdapat retraksi dinding dada 5. Suara nafas normal	Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi 1.Monitor pola nafas dan bunyi nafas 2. Posisikan semi fowler 3. Berikan minum hangat 4.Berikan oksigen	1.Memonitor pola nafas dan bunyi nafas : Respirasi 29x/menit bunyi nafas wheezing. 2. Memposisikan semi fowler : Klien berbaring dalam posisi setengah duduk 30-45 derajat 3. Memberikan minum hangat 4.Memberikan oksigen 4L/m	06 April 2023 Pukul 12.15 S : • Klien mengatakan sesak berkurang •Tidak terasa sesak di malam hari O : • Respirasi 22x/menit • Terpasang oksigen 4L/menit A : Pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : Hentikan intervensi	Agis
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan DS:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Manajemen energi (I.050178) Observasi	1. Memonitor pola dan jam tidur 2. Menyediakan lingkungan	06 April 2023 Pukul 12.30 S : Klien mengatakan	Agis

	a. Klien mengatakan akhir akhir ini badan terasa sering kelelahan. b. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga c. Klien mengatakan sesak yang dirasakannya mengganggu aktivitas sehari-hari DO : a. Klien tampak lemas b. TD : 160/90 N : 88x/ menit R : 29x/ menit c. Aktivitas mandiri dibantu keluarga	selama 2x24 jam intoleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Klien mengatakan badan tidak mudah lemas 2. Aktivitas tidak dibantu keluarga 3. Respirasi dalam batas normal 4. Tidak tampak lemah	1. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 2. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Edukasi 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya ruangan, suara, dan kujungan. 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	lemas sudah berkurang O : • Tampak pergi ke kamar mandi tanpa bantuan keluarga • Tampak segar A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi P : Hentikan intervensi	
4.	Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi ditandai dengan : DS: a. Klien mengatakan cemas akan penyakitnya b. Klien tidak tahu tentang penyakitnya DO : a. Klien terlihat cemas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Klien sudah tidak cemas	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan	1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Memahami situasi yang membuat ansietas 3. Mendengarkan dengan penuh perhatian 4. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	06 April 2023 Pukul 13.00 S: • Klien dan keluarga klien mengatakan mengerti tentang penyakit yang di derita klien O: • Klien tampak tenang • Klien mengerti tentang	Agis

	b. Klien terlihat gelisah	2. Klien sudah mengetahui tentang penyakitnya 3. Klien tidak tampak gelisah	yang tenang dan meyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 7. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani klien 9. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 8. Berikan pendidikan kesehatan	5. Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 6. Menganjurkan keluarga untuk tetap menemani klien 7. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 8. Memberikan pendidikan kesehatan	penyakit yang di deritanya A : • Ansietas teratasi P : Hentikan intervensi	
--	---------------------------	--	--	---	--	--

5. Catatan perkembangan

Nama : Ny. I

Umur : 56 tahun

Tanggal : 05 April 2023

Tabel 3. 6 Catatan perkembangan

No	Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1.	08.30	S : Klien mengatakan sesak berkurang O : • Respirasi 24x/menit • SPO2 : 93% • TD : 140/90mmHg A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Pertahankan intervensi • Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung • Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung. • Monitor tekanan darah • Monitor saturasi oksigen • Posisikan pasien semi fowler • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% • Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap. I : • Mengidentifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan) • Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (hepatomegali, kulit pucat) • Memonitor tekanan darah • Memonitor saturasi oksigen • Memosisikan pasien semi	Agis

		fowler • Memberikan oksigen 4L/m untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% • Menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap seperti ke kamar mandi. • Memberikan obat antiaritmia : digoxin 1x ½ tablet E : Klien masih tampak sesak R : Pertahankan intervensi.	
2.	08.40	S : • Klien mengatakan sesak berkurang • Tidak terasa sesak di malam hari O : • Respirasi 24x/menit • Terpasang oksigen 4L/menit • Suara nafas tambahan ronchi (+) A : Pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : Pertahankan intervensi • Monitor pola nafas dan bunyi nafas • Posisikan semi fowler • Berikan minum hangat • Berikan oksigen I : • Memonitor pola nafas dan bunyi nafas • Memposisikan semi fowler • Memberikan minum hangat • Mempertahankan pemberian oksigen E : Klien masih tampak sesak namun berkurang R : Pertahankan intervensi	Agis
3.	09.00	S : Klien mengatakan masih lemas O : • Aktivitas mandiri dibantu keluarga • Tampak lemas	Agis

		A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap I : • Menganjurkan tirah baring • Menganjurkan aktivitas secara bertahap E : Klien masih tampak lemas R : Pertahankan intervensi	
4.	09.20	S: • Klien dan keluarga klien mengatakan mengerti tentang penyakit yang di derita klien O: • Klien tampak tenang • Klien mengerti tentang penyakit yang di deritanya A : • Ansietas teratasi P: • Pertahankan intervensi 1. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani klien 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi I: Menganjurkan klien untuk terus berikhtiar untuk kesembuhannya E: • Klien tampak tenang R: • Lanjutkan intervensi	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. I

Umur : 56 tahun

Tanggal : 06 April 2023

Tabel 3.7

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

No	Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1.	14.10	S : Klien mengatakan sesak berkurang O : • Respirasi 23x/menit • SPO2 : 95% • TD : 120/90mmHg A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian P : Hentikan intervensi	Agis
2.	14.20	S : • Klien mengatakan sesak berkurang • Tidak terasa sesak di malam hari O : • Respirasi 22x/menit • Terpasang oksigen 4L/menit A : Pola nafas tidak efektif teratasi	Agis

		sebagian P : Hentikan intervensi	
3.	14.40	S : Klien mengatakan lemas sudah berkurang O : • Tampak pergi ke kamar mandi tanpa bantuan keluarga • Tampak segar A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi P : Hentikan intervensi	Agis
4.	15.00	S: Klien dan keluarga klien mengatakan mengerti tentang penyakit yang di derita klien O: • Klien tampak tenang • Klien mengerti tentang penyakit yang di deritanya A : Ansietas teratasi P : Hentikan intervensi	

B. Pembahasan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang

Agatae bawah RSUD dr. slamet Garut. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. I secara komprehensif dengan proses keperawatan dan ada beberapa tahap yang telah dilakukan penulisan. Pembahasan ini meliputi semua tahap keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda-tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area perawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda (Herman & Shigemi Kamitsuru 2015).

Pada pengkajian umum didapatkan pasien mengeluh sesak nafas serta kelelahan, sesak nafas dirasakan pada saat beraktivitas dan saat malam hari, aktivitas dibantu keluarga, Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Aspiani, 2015) bahwa Gagal jantung menyebabkan penurunan curah jantung yang mengakibatkan sesak nafas. 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 factor 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 arterior. Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

(Aspiani, 2015)

Penulis juga menemukan adanya pembesaran jantung (cardiomegali) pada hasil rongten, kondisi ini terjadi ketika otot jantung memompa darah dengan usaha yang lebih keras daripada normalnya, beban kerja yang berlebihan ini lama kelamaan akan menyebabkan penebalan otot jantung sehingga ukuran jantung membesar.

Peunulis juga meningkatnya JVP diakibatkan adanya kegagalan jantung dalam memompa darah kedalam sirkulasi. Sesak nafas yang dirasakan klien merupakan akibat dari Gagal pompa ventrikel kanan menyebabkan tekanan diastole meningkat kemudian mengakibatkan metabolisme tidak normal lalu mendesak diafragma dan dapat menyebabkan sesak nafas lalu terjadinya ketidak efektifan pola nafas.

Penulis juga menemukan adanya kelemahan aktivitas pada klien ,ini disebabkan oleh suplai darah jaringan menurun menyebabkan metabolisme anaerob mengakibatkan asidosis metabolic lalu mengakibatkan ATP menurun berdampak pada fatigue lalu terjadinya intoleransi aktivitas

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukannya pengkajian dari hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, didapatkan data subjektif dan data objektif dilanjut pada tahap diagnose keperawatan, tahap diagnose keperawatan ini didapatkan dari hasil analisa data, namun diagnosa keperawatan yang memungkinkan muncul pada teori tidak semua ditegakkan, diagnose keperawatanyang biasa muncul pada pasien congestive heart failure adalah :

- a. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas)
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
- d. Nyeri akut berhubungan dengan hepatomegali
- e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel
- f. Hipervolemia berhubungan dengan retensi natrium
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- h. Defisit nutrisi berhubungan anoreksia
- i. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
- j. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tentang penyakit

(Tim pokja, SDKI, DPP, PPNI, 2018)

Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang penulis temukan pada pasien Ny. I yang sesuai teori adalah :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan ini penulis berusaha melaksanakan apa yang telah direncanakan pada tahap perencanaan. Penulis berusaha melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi, serta sarana dan prasarana yang tersedia di ruangan. Pada tahap ini juga penulis tidak bisa melakukannya sendiri, ada peran dari tenaga kesehatan lain, klien itu sendiri dan dari keluarga. Sehingga diharapkan pada tahap memberikan asuhan keperawatan ini bisa tercapai semaksimal mungkin.

Dalam mengenai masalah penurunan curah jantung, identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung untuk mengetahui dyspnea, kelelahan yang ada di klien identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung untuk mengidentifikasi adanya hepatomegali, kulit pucat pada klien, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen (93%) untuk mengetahui tingkat kebutuhan

oksigen klien, posisikan pasien semi fowler agar klien tidak sesak, berikan oksigen 4L/m untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, anjurkan aktivitas fisik secara bertahap seperti ke kamar mandi untuk mengurangi kelemahan klien dan berkolaborasi pemberian antiaritmia. (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

Untuk masalah pola nafas tidak efektif perencanaan yang dilakukan yaitu, monitor pola nafas dan bunyi nafas, posisikan semi fowler, berikan minum hangat, dan pertahankan pemberian oksigen (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

Dalam menangani intoleransi aktivitas perencanaan yang akan dilakukan yaitu, memonitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya ruangan, suara, dan kujungan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

4. Implementasi

Tahap implementasi merupakan aplikasi dari perencanaan, implementasi ini dilakukan oleh perawat atau mengikutsertakan keluarga dan kolaborasi dengan para medis yang lain, pelaksanaan ini untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan dasar manusia yang belum terpenuhi. Penulis tidak mendapat hambatan karena pasien dan keluarga pasien kooperatif saat menjalani masa perawatan dan sebagai sumber informasi masalah pasien. Maka dari itu perencanaan yang sudah dirumuskan penulis berjalan sesuai yang dijadwalkan. Adapaun pelaksanaan yang dilakukan yaitu :

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel, mengidentifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung untuk mengetahui

dyspnea, kelelahan yang ada di klien mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung untuk mengidentifikasi adanya hepatomegali, kulit pucat pada klien, monitor tekanan darah, memonitor saturasi oksigen (93%) untuk mengetahui tingkat kebutuhan oksigen klien, memposisikan pasien semi fowler agar klien tidak sesak, memberikan oksigen 4L/m untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap seperti ke kamar mandi untuk mengurangi kelemahan klien dan berkolaborasi pemberian antiaritmia. (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang yaitu, memonitor pola nafas dan bunyi nafas, memposisikan semi fowler, memberikan minum hangat, dan mempertahankan pemberian oksigen (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya ruangan, suara, dan kujungan, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Tim pokja DPP SIKI PPNI, 2018)

5. Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan setelah tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, dan pada dasarnya penulis dapat melaksanakan dengan semaksimal mungkin. Evaluasi dilakukan dengan observasi dan wawancara kepada keluarga, perawat maupun pertanyaan langsung kepada pasien, adapun hasil evaluasi antara lain :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. I selama 3 hari masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel teratasi sebagian dengan hasil keluhan sesak berkurang respirasi awal 29x/ menit jadi 22x/menit.

Pada masalah pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan hambatan upaya nafas teratasi sebagian dengan kriteria hasil seperti sesak berkurang spo2 membaik dan sesak klien tampak berkurang.

Pada masalah intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan masalah teratasi dengan kriteria hasil klien dapat beristirahat dengan cukup, melakukan aktivitas secara bertahap, dan melakukan aktivitas mandiri seperti ke kamar mandi tanpa bantuan orang lain.

Pada masalah ansietas yang berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang penyakit masalah dapat teratasi dengan hasil klien mengerti mengenai penyakit dan tampak tenang tidak cemas.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) pada tanggal 04 April 2023 sampai dengan 06 Juni 2022, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian komprehensif pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (CHF) menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data dan didapatkan hasil pengkajian klien mengeluh sesak dengan respirasi 29x/menit, kelelahan dan aktivitas dibantu keluarga sehingga masalah-masalah dapat ditemukan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya, Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai penyakit.
3. Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada Ny. I dengan gagal jantung kongestif di ruang Agate bawah rsud dr slamet garut. Metode yang dilakukan yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung terhadap pasien disesuaikan dengan waktu yang tersedia. Penulis melakukan tindakan pada Ny. I dengan diagnosa keperawatan penurunan curah

jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel penulis melakukan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, memberikan terapi oksigen, untuk diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas melakukan monitor pola nafas dan bunyi nafas, memposisikan semi fowler klien, dan untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan memonitor pola dan jam tidur, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan melalui metode asuhan keperawatan secara langsung. Diagnosa penurunan curah jantung penulis mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pola nafas tidak efektif penulis memonitor pola nafas dan bunyi nafas, dan untuk intoleransi aktivitas penulis memonitor pola dan jam tidur.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan selama 3 hari pada Ny. I, dari ke empat masalah yang muncul penurunan curah jantung dan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian, intoleransi aktivitas dan ansietas teratasi.

B. Saran

1. Keluarga

Keluarga harus memahami lagi tentang penyakit yang di derita klien, keluarga sebaiknya memakan makanan apa saja yang dapat meningkatkan nafsu makan klien serta aman untuk klien, klien tidak melakukan aktivitas yang berat,

Keluarga juga disarankan untuk lebih meningkatkan lagi dukungan untuk memotivasi hidup sehat kepada klien karna dukungan dari keluarga sangat berpengaruh terhadap kesembuhan penyakit klien.

2. Perawat

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gagal jantung kongestif perawat hendaknya lebih memahami dan mempelajari lagi tentang cara membebaskan sesak nafas klien, dan memperhatikan lagi tentang manajemen terapi oksigen, dan biasanya Kien dengan congestif heart failure mengalami gangguan intoleransi aktivitas perawat harus lebih banyak lagi belajar tentang apa aja aktivitas yang di lakukan apa saja batasan-batasannya dan latihan apa saja aktivitas yang dapat meningkatkan aktivitas klien, perawatan diri klien yang mengalami congestive heart failure biasanya kurang terjaga karena kelelahan.

3. Mahasiswa

Untuk mahasiswa diharapkan lebih teliti dalam melakukan asuhan keperawatan, lebih diperhatikan lagi ketika memberikan tindakan apakah sesuai dengan teori yang telah diajarkan atau tidak. Melakukan pendokumentasian sesuai dengan data yang didapatkan di lapangan serta selalu melibatkan klien, perawat serta dosen dalam melakukan asuhan keperawatan demi terlancarnya asuhan keperawatan yang diberikan.

4. Rumah sakit

Ketepatan, kecepatan dan kebersihan dalam melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit, harus didukung dengan penyediaan sarana dan prasarana yang memadai. begitupun dengan pelayanan administrasi dengan teliti, medis dan perawatan agar lebih ditingkatkan lagi secara tepat dan cepat dengan menjunjung tinggi profesional kerja tanpa memandang status ekonomi klien.

5. Institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan mutu pembelajaran untuk menunjang asuhan keperawatan yang dilakukan mahasiswa agar lebih baik lagi kepada klien ketika di lapangan serta memberikan pengarahan yang maksimal yang dapat membangun semangat pada mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraista. (2020). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Jantung Kongestive dengan Penurunan Curah Jantung Di Ruang Cempaka BRSUD Tabanan Tahun 2020*. (Diskes pada tanggal 10 Juli 2022 pukul 20:00)https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt0%2C5&q=askep+gagal+jantung&oq=askep+gagal+#d=gs_qabs&t=1658055310572&u=%23p%3DsFKoQVCxbT4J
- Aspiani, RY. 2016. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler: aplikasi nic&noc*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Depkes, RI. 2018. Hasil Risesda 2018 (Diakses pada 01 juli 2022 pukul 16:00) https://id.m.wikipedia.org/wiki/Klasifikasi_New_York_Heart_Association
- Farhan, Zahara & Ratnasari, Devi. 2018. *Patofisiologi Keperawatan. Bandung: Manggu Makmur Tanjung Lestari*
- Kasron. 2012. *Buku Ajar Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Padila. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- Rohman, N., & Walid, S. 2019. *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Ar-Ruzz Media.
- Saferi Wijaya, A., & Mariza Putri, Y. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (keperawatan dewasa)*. (haikhi, Ed.). Yogyakarta