

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG  
KONGESTIF (CHF) YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



**OLEH:**

**NAMA : FAJRIAH NUR RAHMADHANI**

**NIM : P07220117047**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG**  
**KONGESTIF (CHF) YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**OLEH:**

**NAMA : FAJRIAH NUR RAHMADHANI**

**NIM : P07220117047**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2020**

## SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan 8 Mei 2020

Yang menyatakan



Fajriah Nur Rahmadhani  
NIM. P07220117047

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**

**TANGGAL, 07 MEI 2020**


Oleh

Pembimbing



**Sri Hazanah, S.ST., S.K.M.M.PH**  
**NIDN. 4018126601**

Pembimbing Pendamping



**Rahmawati Shoufiah, S. ST., M.Pd**  
**NIDN. 4020027901**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep**  
**NIP. 196803291994022001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien**

**Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit**

Telah Diuji

Pada tanggal, 11 Mei 2020

**PANITIA PENGUJI**

Ketua Penguji

Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd  
NIDN.4008047301



Penguji Anggota

1. Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H.  
NIDN. 4018126601



2. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd  
NIDN. 4020027901



Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis AG, M. Kep  
NIP. 196803291994022001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Fajriah Nur Rahmadhani
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 09 Januari 1999
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Pialing III No.28 RT.29 Blok K-2

### B. Riwayat Pendidikan

1. TK Sentra Cendikia Muslim (SCM) Tahun 2004 – 2005
2. SDN 028 Balikpapan Selatan Tahun 2005 – 2011
3. SMPN 14 Balikpapan Tahun 2011 - 2014
4. SMA Negeri 2 Balikpapan Tahun 2014 – 2017
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2017 sampai sekarang.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah subhanallah wa Ta'ala atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda Jurusan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah sakit”.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada :

1. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
2. Hj. Umi kalsum,S.Pd., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
3. Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
4. Ns.Grace Carol Sipasulta, M.kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Sri Hazanah, S.ST., S.KM., M.PH, selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd, selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Ibunda tercinta Fatimah Saad, S.Ag, Ayahanda tercinta Supiani, S.Sos, kakakku tersayang Nur Aida, S.Ak dan adikku tersayang Nur Rahmadina yang telah memberikan doa, dorongan dan semangat selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman satu bimbingan Karya Tulis Ilmiah yang telah berjuang bersama-sama penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat secara ilmiah.

Balikpapan, 07 Mei 2020

Penulis



Fajriah Nur Rahmadhani  
NIM. P07220117047



## ABSTRAK

### “ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF YANG DI RAWAT DIRUMAH SAKIT ”

**Pendahuluan :** Gagal jantung adalah kondisi medis di mana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga jaringan tubuh yang membutuhkan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik. Data tahun 2015 menunjukkan 70% kematian didunia diakibatkan Penyakit Tidak Menular (PTM), dan 45 % dari PTM ini disebabkan oleh penyakit jantung. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif.

**Metode :** Desain penelitian ini menggunakan deskriptif analitik dalam bentuk *review* kasus yang menganalisis suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien pasien yang mengalami gagal jantung kongestif. Lokasi penelitian pasien 1(Tn.A) dilakukan di Ruang Penyakit dalam pria Non-bedah RSUP dr. Djamil Padang dan pasien 2 (Tn.J) dilakukan di bangsal Jantung RSUP dr.Djamil Padang.

**Hasil dan pembahasan :** Hasil *review* kasus terhadap kedua pasien ditemukannya keluhan utama yang sama yaitu sesak nafas. Dimana sesak nafas sendiri merupakan gejala khas pada gagal jantung. Selain itu pada pasien 1 ditemukannya gejala edema tungkai bawah sedangkan pada pasien 2 tidak. Pada peneggakkan diagnosa terdapat 2 diagnosa yang sama dan 2 diagnosa yang berbeda.

**Kesimpulan dan saran :** Berdasarkan data pasien ditemukan adanya kesenjangan dan kurangnya penggalian terhadap keluhan pasien sehingga dalam peneggakan diagnosa masih terdapat data kurang menunjang. Kedepannya diharapkan agar dapat melakukan pengkajian yang menyeluruh dengan tepat dan akurat. Serta dalam pengolahan data lebih teliti lagi agar asuhan keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan kebutuhan pasien.

**Kata Kunci :** Gagal jantung kongestif, Asuhan Keperawatan Pasien dengan gagal jantung Kongestif

## **ABSTRACT**

### **“NURSING CARE IN CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS IN HOSPITAL”**

**Introduction:** Heart failure is a medical condition where the heart cannot pump enough blood throughout the body so that body tissues that need oxygen and nutrients are not properly fulfilled. Data in 2015 shows that 70% of deaths worldwide are caused by non-communicable diseases (PTM), and 45% of these PTM are caused by heart disease. The purpose of this study was to describe nursing care in patients with congestive heart failure.

**Method:** The design of this research uses descriptive analytic in the form of review case that analyzes a problem of nursing care for patients who have congestive heart failure. The location of patients research 1(Tn.A) was conducted in the Disease Room in the non-surgical male RSUP dr. Djamil Padang and patients 2(Tn.J) were performed at the Heart Ward of Dr. Djamil Padang Hospital.

**Results and discussion:** The results of the review case of both patients found the same main complaint, namely shortness of breath. Where's shortness of breath itself is a typical symptom of heart failure. In addition, Patients 1 found symptoms of lower limb edema, whereas patients 2 did not. In the diagnosis there are 2 diagnoses that are the same and 2 different diagnoses.

**Conclusions and suggestions:** Based on patients data, it is found that there are gaps and lack of excavation of patients complaints so that in the diagnosis there are still less supporting data. In the future, it is expected to be able to conduct a thorough and accurate assessment. And the data processing is more thorough so that nursing care can be carried out properly according to patients needs.

**Keywords:** Congestive heart failure, Nursing Care Patients with congestive heart failure

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam .....	i
Surat pertanyaan .....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Bagan .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi Peneliti .....	6
2. Bagi Tempat Penelitian.....	6
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Dasar Medis .....	7
1. Definisi .....	7

2. Anatomi dan Fisiologi Gagal jantung .....	8
a. Anatomi .....	8
b. Fisiologi .....	11
3. Etiologi .....	14
4. Manifestasi Klinik .....	17
5. Klasifikasi Gagal Jantung .....	19
6. Patofisiologi .....	19
7. Patway .....	22
8. Pemeriksaan Penunjang .....	23
9. Penatalaksanaan .....	24
<b>B. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Jantung.....</b>	<b>25</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	25
2. Diagnosa Keperawatan .....	38
3. Intervensi Keperawatan.....	42
4. Implementasi Keperawatan.....	42
5. Evaluasi Keperawatan.....	42

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Pendekatan/Desain Penelitian .....	45
B. Subyek Penelitian .....	45
C. Definisi Operasional .....	45
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	46
E. Prosedur Penelitian .....	46
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data.....	47
G. Keabsahan Data.....	48
H. Analisa Data.....	48

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. HASIL .....	50
1. Gambaran Lokasi Penelitian .....	50
2. Data Asuhan Keperawatan .....	51

a. Pengkajian keperawatan .....	51
b. Diagnosa keperawatan .....	62
c. Perencanaan keperawatan .....	65
d. Implementasi keperawatan .....	72
e. Evaluasi keperawatan .....	81
<b>B. PEMBAHASAN .....</b>	<b>88</b>
1. Pengkajian keperawatan .....	89
2. Diagnosa keperawatan .....	91
3. Perencanaan keperawatan .....	98
4. Implementasi keperawatan .....	101
5. Evaluasi keperawatan .....	107
 <b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	109
B. Saran .....	111

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi jantung.....	8
Gambar 2.2 kedudukan jantung dalam perbandingan terhadap sternum, iga-iga, dan tulang rawan konstal.....	9
Gambar 2.3 katup-katup jantung.....	10

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Fungsional Gagal Jantung .....	19
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan .....	38
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Dan Riwayat Kesehatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	51
Tabel 4.2 Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	54
Tabel 4.3 Pengkajin Psikososial Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif	59
Tabel 4.4 Pengkajian Spiritual Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .	60
Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	60
Tabel 4.6 Obat Yang Diterima Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .	61
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestiif ....	62
Tabel 4.8 Perencanaan Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	65
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1 Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	72
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2 Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	78
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1 Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	81
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2 Dengan Gagal Jantung Kongestif .....	84

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Gagal Jantung .....	22



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar konsultasi
Lampiran 2	<i>Literature review</i> pasien 1
Lampiran 3	<i>Literature review</i> pasien 2
Lampiran 4	Dokumentasi Seminar Hasil

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Jantung memiliki sebutan lain yaitu kardio, maka kita sering mendengar istilah kardiovaskuler. Kardiovaskuler adalah sistem pompa darah dan saluran-salurannya (sampai ukuran mikro). Sistem ini membawa makanan serta oksigen dalam darah keseluruh tubuh (Russel, 2011)

Jantung merupakan organ tubuh manusia yang mempunyai peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyak kematian disebabkan oleh penyakit jantung (Nugroho, 2018).

Penyakit Jantung adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Ada banyak macam penyakit jantung, tetapi yang paling umum adalah penyakit jantung koroner dan stroke, namun pada beberapa kasus ditemukan adanya penyakit kegagalan pada sistem kardiovaskuler ( Homenta, 2014).

Kegagalan sistem kardiovaskuler atau yang umumnya dikenal dengan istilah gagal jantung adalah kondisi medis di mana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga jaringan tubuh membutuhkan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik. Gagal jantung dapat dibagi menjadi gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan (Mahananto & Djunaidy, 2017).

Data tahun 2015 menunjukkan bahwa 70 persen kematian didunia

disebabkan oleh penyakit tidak menular yaitu sebanyak 39,5 juta dari 56,4 juta kematian. Dari seluruh kematian akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) tersebut, 45% disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah dengan total 17,7 juta dari 39,5 juta kematian (WHO,2015).

Hasil riset kesehatan dasar Kementerian kesehatan, data menunjukkan 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%. Selain itu 8 provinsi lain juga memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional, salah satunya Provinsi Kalimantan Timur yaitu 1,8% (Kemenkes RI, 2018).

Gagal jantung merupakan suatu keadaan yang serius. Kadang orang salah mengartikan gagal jantung sebagai berhentinya jantung. Sebenarnya istilah gagal jantung menunjukkan berkurangnya kemampuan jantung untuk mempertahankan beban kerjanya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai hal tergantung bagian jantung mana yang mengalami gangguan (Russel, 2011).

Penyebab gagal jantung digolongkan berdasarkan sisi dominan jantung yang mengalami kegagalan. Jika dominan pada sisi kiri yaitu : penyakit jantung iskemik, penyakit jantung hipertensif, penyakit katup aorta, penyakit katup mitral, miokarditis, kardiomiopati, amiloidosis jantung, keadaan curah tinggi (tirotoksikosis, anemia, fistula

arteriovenosa). Apabila dominan pada sisi kanan yaitu : gagal jantung kiri, penyakit paru kronis, stenosis katup pulmonal, penyakit katup trikuspid, penyakit jantung kongenital (VSD,PDA), hipertensi pulmonal, emboli pulmonal masif (chandrasoma,2006) didalam (Aspani, 2016).

Pada gagal jantung kanan akan timbul masalah seperti : edema, anorexia, mual, dan sakit didaerah perut. Sementara itu gagal jantung kiri menimbulkan gejala cepat lelah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, dan penurunan fungsi ginjal. Bila jantung bagian kanan dan kiri sama-sama mengalami keadaan gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak gejala gagal jantung pada sirkulasi sitemik dan sirkulasi paru (Aspani, 2016).

pasien dengan tanda dan gejala klinis penyakit gagal jantung akan menunjukkan masalah keperawatan aktual maupun resiko yang berdampak pada penyimpangan kebutuhan dasar manusia seperti penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, pola nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, hipervolemia, nyeri, ansietas, defisit nutrisi, dan resiko gangguan integritas kulit (Aspani, 2016).

Pada pasien dengan gagal jantung perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki kontraktilitas atau perfusi sistemik, istirahat total dalam posisi semi fowler, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan, menurunkan volume cairan yang berlebih dengan mencatat asupan dan haluaran (Aspani, 2016).

Istirahat total dalam posisi semi fowler dapat mengurangi keluhan yang dialami pasien gagal jantung diantaranya, sesak nafas dan kesulitan tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian (Melanie, 2012) tentang sudut posisi tidur semi fowler 45° terhadap kualitas tidur dan tanda vital pasien gagal jantung diruang rawat intensif RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung. Hasil Penelitian ini membuktikan adanya pengaruh antara sudut posisi tidur terhadap kualitas tidur pasien gagal jantung. Namun, tidak ada pengaruh yang signifikan antara sudut posisi tidur terhadap tanda vital. Oleh karena itu pengaturan sudut posisi tidur dapat menghasilkan kualitas tidur yang baik, sehingga bisa dipertimbangkan sebagai salah satu intervensi untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur pasien.

Penyakit jantung dan pembuluh darah telah menjadi salah satu masalah penting kesehatan masyarakat dan merupakan penyebab kematian yang utama sehingga sangat diperlukan peran perawat dalam penanganan pasien gagal jantung. Adapun peran perawat yaitu *care giver* merupakan peran dalam memeberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai evaluasi (Gledis & Gobel, 2016). Selain itu perawat berperan melakukan pendidikan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan pemulangan dan kebutuhan untuk perawatan tindak lanjut di rumah (Pertiwati & Rizany, 2017).

Hasil studi pendahuluan didapatkan data tahun 2019 di RSUD dr

Kanujdoso Djatiwibowo khususnya ruang perawatan Flamboyan B terdapat 293 kasus dan menjadi penyakit dengan urutan ke-5 dari Top 1000 diagnosis. Sedangkan diruang Flamboyan E dalam periode bulan Oktober-Desember 2019 lalu terdapat 23 kasus.

Berdasarkan pembahasan diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF) ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).
- b. Mampu menegakkan diasnosa keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).

- e. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF).

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah agar peneliti dapat menegakkan diagnosa dan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada system peredaran darah, khususnya dengan pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF), sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

2. Bagi Tempat Penelitian

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran dalam merencanakan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif (CHF).

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif (CHF).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Definisi**

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

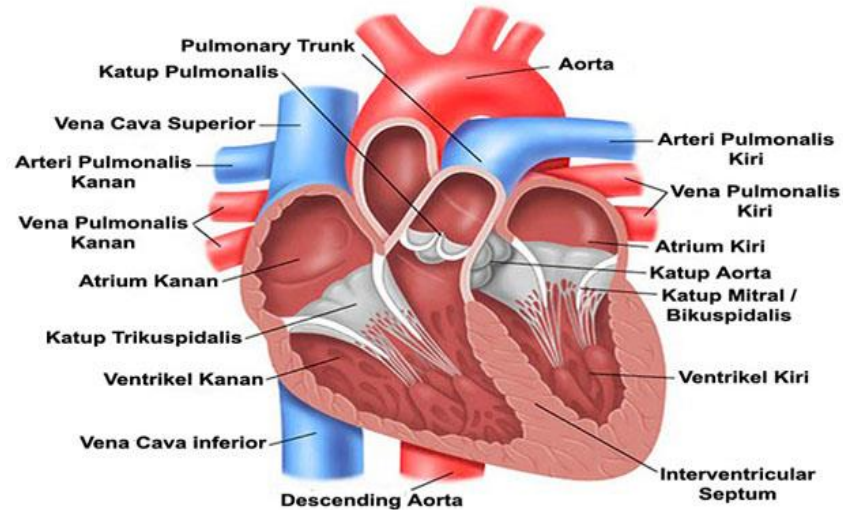
Gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel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

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi (Aspani, 2016).



## 2. Anatomi dan Fisiologi Jantung

### a. Anatomi jantung

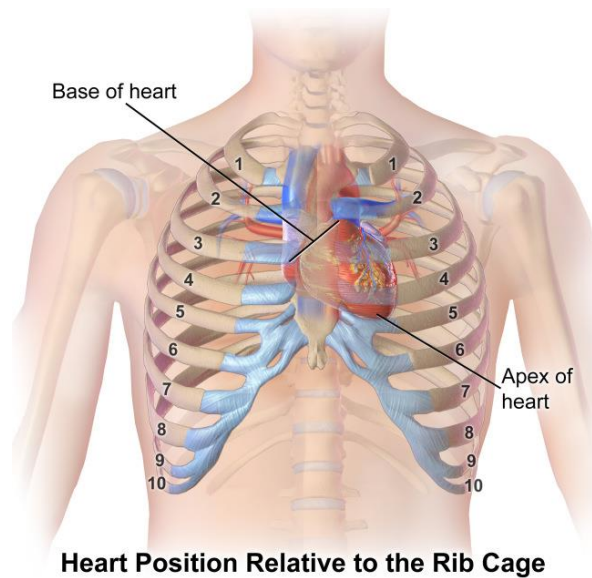


Gambar 2.1 : *Anatomi jantung*

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

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

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

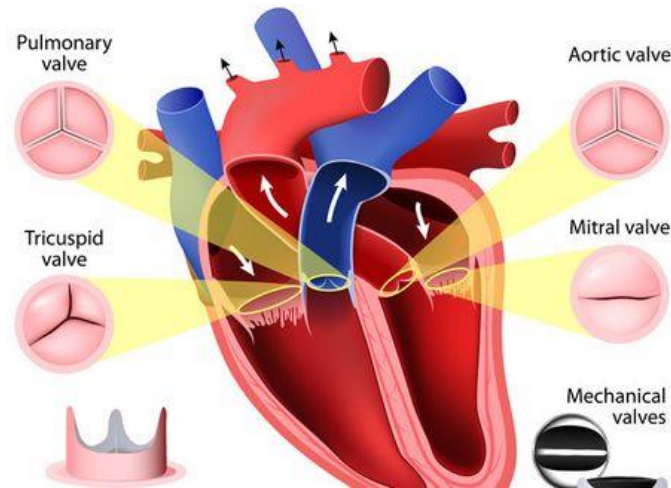


Gambar 2.2 *kedudukan jantung dalam perbandingan terhadap sternum, iga-iga, dan tulang rawan konstal.*

**Lapisan Jantung** terdiri atas 3 lapisan yaitu :

1. Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang samma dengan perikardium viseral.
2. Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
3. Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

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



Gambar 2.3 katup-katup jantung

1. Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskupidalis atau katup mitral memiliki 2 buah dauh katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.
2. Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup

yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel

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

b. Fisiologi jantung

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

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

Pada siklus jantung, sistole(kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah

dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh :

- 1) Beban awal (pre-load)
  - (a) Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.
  - (b) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
  - (c) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.

- (d) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang  $2,0 \mu\text{m}$  dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
  - (e) Hukum frank starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan pre-load terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
  - (f) Peregangan sarkomet yang paling optimal adalah  $2,2 \mu\text{m}$ . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi  $2,2 \mu\text{m}$ , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.
- 2) Daya kontraksi
- (a) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
  - (b) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.
- 3) Beban akhir
- (a) After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk

mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.

- (b) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
- (c) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
- (d) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah  $\pm 70$  ml sehingga curah jantung diperkirakan  $\pm 5$  liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.
- (e) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun.

### 3. Etiologi

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

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sistolic overload*).

- 1) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
  - 2) Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta
  - 3) Disaritmia
- c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (*diastolic overload*)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (*demand overload*)

Menurut Smeltzer (2012) dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati.

Peradangan dan penyakit miocardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun .



b. Aterosklerosis koroner

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

c. Hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan after load)

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

d. Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, perikarditif

konstriktif atau stenosis AV), peningkatan mendadak after load. Regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan preload) sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (after load)

e. Faktor sistemik

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

#### **4. Manifestasi Klinik**

a. Gagal Jantung Kiri

- 1) 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.
- 2) Dispnea saat beraktifitas (DOE), ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal (PND).
- 3) Batuk kering dan tidak berdahak diawal, lama kelamaan dapat berubah menjadi batuk berdahak.
- 4) Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah).
- 5) Perfusi jaringan yang tidak memadai.

- 6) Oliguria (penurunan urin) dan nokturia (sering berkemih di malam hari)
  - 7) Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala-gejala seperti: gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab.
  - 8) Takikardia, lemah, pulsasi lemah, keletihan.
- b. Gagal Jantung Kanan

Kongestif jaringan perifer dan viscelar 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 ekstremitas bawah
- 2) Distensi vena leher dan escites
- 3) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.
- 4) Anorexia dan mual
- 5) Kelemahan

## 5. Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi Fungsional gagal jantung menurut *New York Heart*

*Association* (NYHA), sebagai berikut :

Tabel 2.1 : *Klasifikasi Fungsional gagal jantung*

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

Sumber : (Aspiani,2016)

## 6. Patofisiologi

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

Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis,

meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

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

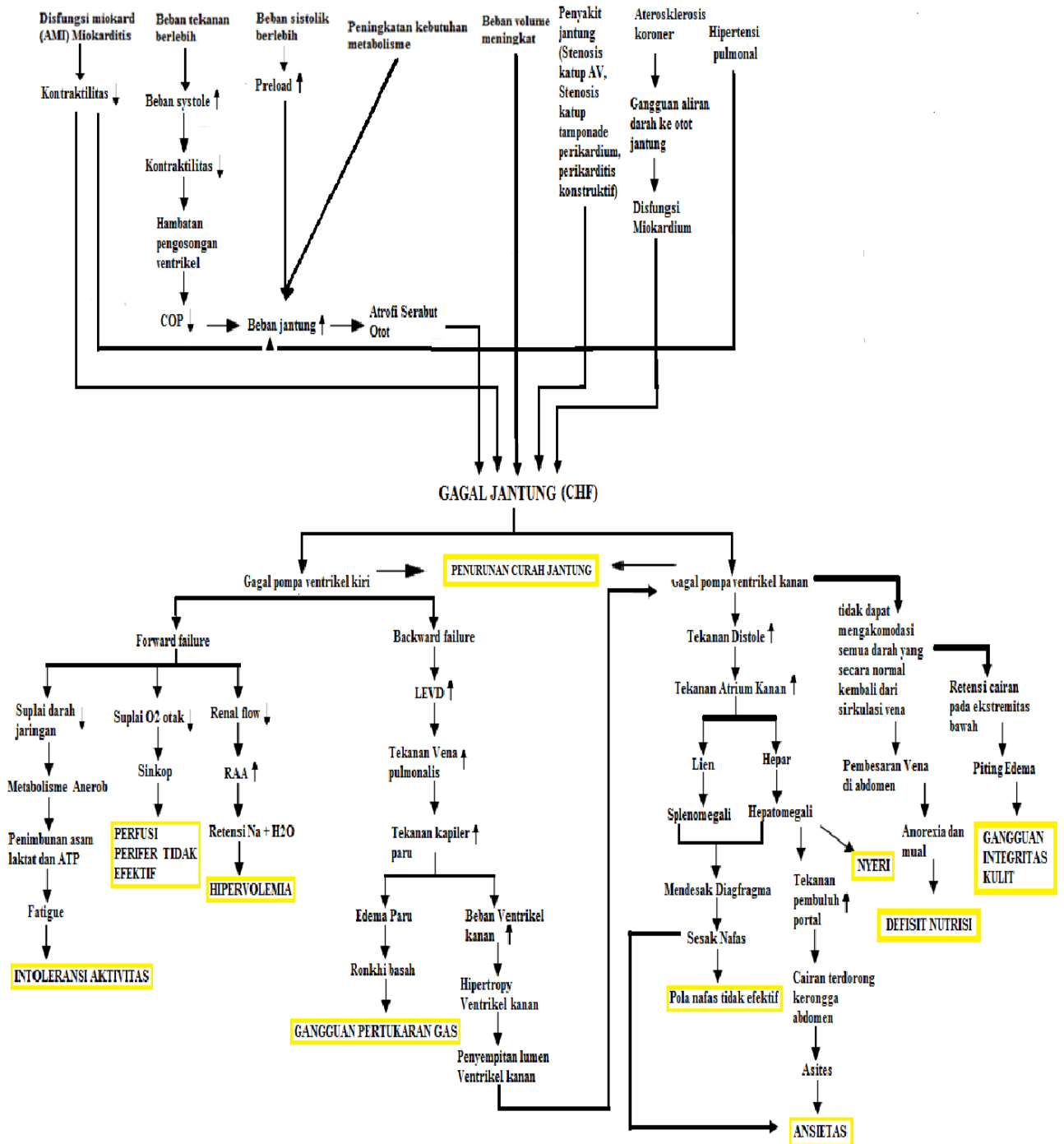
Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot

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 berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan .

### 7. Patway

Bagan 2.1 Patway gagal jantung



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

## 8. Pemeriksaan Penunjang

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

- a. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
- b. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
- c. Ekokardiografi
  - 1) Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditanyakan bersama EKG)
  - 2) Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
  - 3) Ekokardiografi dopler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)
- d. Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi
- e. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal



- f. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
- g. Oksimetrinadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- h. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO<sub>2</sub> (akhir)
- i. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi
- j. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung

## **9. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi menjadi 2 terapi yaitu sebagai berikut :

- a. Terapi farmakologi :

Terapi yang dapat diberikan antara lain golongan diuretik, angiotensin converting enzim 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 faktor resiko.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

a. Identitas :

1) Identitas pasien :

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

2) Identitas Penanggung Jawab

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

b. Keluhan utama

- 1) Sesak saat bekerja, dipsnea nokturnal paroksimal, ortopnea
- 2) Lelah, pusing
- 3) Nyeri dada
- 4) Edema ekstremitas bawah
- 5) Nafsu makan menurun, nausea, dietensi abdomen

6) Urine menurun

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian data

1) Aktifitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas.

- 2) Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.
  - 3) Respirasi : dispnea pada waktu aktifitas, takipnea, riwayat penyakit paru.
  - 4) Pola makan dan cairan : hilang nafsu makan, mual dan muntah.
  - 5) Eliminasi : penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi.
  - 6) Neurologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi.
  - 7) Interaksi sosial : aktifitas sosial berkurang
  - 8) Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis
- g. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien.
  - 2) Tanda-tanda Vital :
    - a) Tekanan Darah  
Nilai normalnya :  
Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg  
Nilai rata-rata diastolik : 80-90 mmHg

## b) Nadi

Nilai normalnya : Frekuensi : 60-100x/menit (bradikardi atau takikkardi)

## c) Pernapasan

Nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x/menit

Pada pasien : respirasi meningkat, dipsnea pada saat istirahat / aktivitas

## d) Suhu Badan

Metabolisme menurun, suhu menurun

## 3) Head to toe examination :

a) Kepala : bentuk , kesimetrisan

b) Mata: konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak ?

c) Mulut: apakah ada tanda infeksi?

d) Telinga : kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan

e) Muka; ekspresi, pucat

f) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe

g) Dada: gerakan dada, deformitas

h) Abdomen : Terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan

i) Ekstremitas: lengan-tangan:reflex, warna dan tekstur kulit, edema, clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan.

j) Pemeriksaan khusus jantung :

(1)Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal : ICS ke5)

(2)Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hepertrofi ventrikel

(3)Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasa

Kanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra

Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis Dextra

Kiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra

Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra

(4)Auskultasi : bunyi jantung I dan II

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

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

(BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)

4) Pemeriksaan penunjang

a) Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa CHF

- b) EKG dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram
- c) Pemeriksaan laboratorium : Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin meningkat, peningkatan bilirubin dan enzim hati.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

### a. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Dispnea
- 2) Objektif :  $PCO_2$  meningkat/menurun,  $PO_2$  menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur
- 2) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

b. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekpirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab : hambatan upaya nafas (mis: Nyeri saat bernafas)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Dipsnea
- 2) Objektif : Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Ortopnea
- 2) Objektif : Pernafasan pursed, pernafasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekpirasi dan inspirasi menurun, ekskresi dada berubah.

Kondisi klinis terkait : Trauma Thorax



c. Penurunan curah jantung (D.0008)

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Penyebab : perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Lelah
- 2) Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/,menurun

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

d. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambatberintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis: iskemia)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Mengeluh nyeri
- 2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait : Cedera Traumatis

e. Hipervolemia (D.0022)

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND)
- 2) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

f. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab : penurunan aliran arteri dan/atau vena

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- 2) Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle- brakial <0,90, bruit femoralis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

g. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : kelemahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Mengeluh lelah
- 2) Objektif : Frekuensi jantung meningkat  $>20\%$  dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah
- 2) Objektif : Tekanan darah berubah  $>20\%$  dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

h. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab : kurang terpapar informasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- 2) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya
- 2) Objektif : Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait : Penyakit Akut

i. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab: ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan).

Batasan karakteristik :

Kriteria mayaor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
- 2) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

j. Resiko Gangguan integritas kulit (D.0139)

Definisi : beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen)

Faktor resiko : kekurangan/kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

### 3. Intervensi Keperawatan

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

Tabel : 2.2 *intervensi keperawatan*

Dx. keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (Pertukaran gas L.01003) 1. Dipsnea menurun 2. bunyi nafas tambahan menurun 3. pola nafas membaik 4. PCO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> membaik</p>	<p>(Pemantauan Respirasi I.01014)</p> <p>1.1 Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 1.2 Monitor pola nafas 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor nilai AGD 1.5 Monitor saturasi oksigen 1.6 Auskultasi bunyi nafas 1.7 Dokumentasikan hasil pemantauan 1.8 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.9 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 1.10 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur</p>
2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: nyeri saat bernafas)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.</p> <p>Kriteria hasil : (pola nafas L.01004) 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea</p>	<p>(Manajemen jalan nafas I.01011)</p> <p>2.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2.2 Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 2.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.4 Posisikan semi fowler atau fowler 2.5 Ajarkan teknik batuk efektif 2.6 Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i></p>

<p>3. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (curah jantung L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>2. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>3. Tidak ada edema</li> </ol>	<p>(Perawatan jantung I.02075)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</li> <li>3.3 Monitor intake dan output cairan</li> <li>3.4 Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>3.5 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i></li> <li>3.6 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>3.7 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>3.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></li> </ol>
<p>4. Nyeri akut b.d gen penera fisiologis (Mis: Iskemia)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2</li> <li>2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang</li> <li>3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman</li> </ol>	<p>(Manajemen nyeri I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>4.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>4.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4.4 Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>4.6 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>4.8 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
<p>5. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terbebas dari edema</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Mampu mengontrol asupan cairan</li> </ol>	<p>(Manajemen hipervolemia I.03114)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)</li> <li>5.2 Monitor intake dan output cairan</li> <li>5.3 Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</li> <li>5.4 Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>5.5 Anjurkan melapor haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>5.6 Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>5.7 Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol>



<p>6.Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : perfusi perifer (L.02011) 1.Nadi perifer teraba kuat 2.Akral teraba hangat 3.Warna kulit tidak pucat</p>	<p>(Perawatan sirkulasi I.02079) 6.1 Periksa sirkulasi perifer(mis:nadi perifer,edema,pengisian kapiler, warna,suhu) 6.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 6.3 Lakukan hidrasi 6.4 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu 6.5 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6.6 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.</p>
<p>7.Intoleransi aktifitas b.d kelemahan</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047) 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2.Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3.Pasien mengatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun</p>	<p>(Manajemen energi I.050178) 7.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 7.2 Monitor pola dan jam tidur 7.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 7.4 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 7.5 Anjurkan tirah baring 7.6 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
<p>8. Ansietas b.d kurang terpapar informasi</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.</p> <p>Kriterian hasil : (Tingkat ansietas L.09093) 1.Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2.Pasien tampak tenang 3.Pasien dapat beristirahat dengan nyaman</p>	<p>(Terapi reduksi I.09314) 8.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 8.2 Pahami situasi yang membuat ansietas 8.3 Dengarkan dengan penuh perhatian 8.4 Gunakan pendekatan yang teang dan meyakinkan 8.5 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 8.6 Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, <i>jika perlu</i> 8.7 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

<p>9. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengangan untuk makan)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.</p> <p>Kriteria hasil : (status nutrisi L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>(Manajemen gangguan makan I.03111)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9.1 Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</li> <li>9.2 Timbang berat badan secara rutin</li> <li>9.3 Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)</li> <li>9.4 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan</li> </ol>
<p>10. Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (integritas kulit dan jaringan L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko kerusakan jaringan integritas kulit meningkat</li> <li>2. Tidak ada tanda kemerahan</li> <li>3. Tidak ada keluhan nyeri pada daerah edema</li> </ol>	<p>(Edukasi Edema I.12370)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10.1 Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>10.2 Persiapkan materi dan media edukasi (mis: formulir balance cairan)</li> <li>10.3 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>10.4 Jelaskan tentang defenisi, tanda, dan gejala edema</li> <li>10.5 Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema</li> <li>10.6 Intruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, gejala dan tanda, penanganan dan pencegahan edema.</li> </ol>

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi 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 (Dinarti & Muryanti, 2017)

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012).

Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan, Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

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

Menurut (Asmadi, 2008) Terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (Proses)

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

b. Evaluasi sumatif (hasil)

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

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

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

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan (desain penelitian)**

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk *Literature review* yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi identifikasi data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut :

1. Subyek terdiri dari 2 orang pasien dewasa dengan kasus penyakit gagal jantung kongestif
2. Pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan
3. Pasien dewasa dengan rentang usia 18-70 tahun

#### **C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)**

1. Gagal Jantung Kongestif

Kondisi medis di mana jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan dapat menimbulkan gejala khas seperti sesak nafas, edema dan peningkatan JVP. Pada kasus ini

untuk menentukan gagal jantung kongestif adalah berdasarkan rekam medik pasien yang telah didiagnosis oleh dokter.

2. Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif

Suatu asuhan keperawatan yang komprehensif dimana proses kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien gagal jantung kongestif dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

**D. Lokasi Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUP dr.Djamil Padang. Pasien 1 dilakukan Diruang Penyakit Dalam Non-Bedah Pria ada tanggal 18 Mei 2017 dan Pasien 2 Dibangsal Jantung pada tanggal 14 Maret 2018.

**E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
3. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian membuat *review* kasus dari kedua pasien.

## **F. Metode Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

#### **a) Wawancara**

Wawancara yaitu hasil anamnesa yang dilakukan pada pasien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

#### **b) Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Observasi dan pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan dengan teknik melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi) pada system tubuh pasien untuk mengetahui kelainan yang ada.

#### **c) Studi dokumentasi**

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada pasien.



## 2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

### **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

### **H. Analisis Data**

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya menggunakan analisa data. Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Teknik analisa dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Berdasarkan observasi dan studi dokumentasi yang dilakukan peneliti didapatkan data untuk selanjutnya dikumpulkan, data yang

dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Setelah itu peneliti menegakkan diagnosa keperawatan. lalu menyusun intervensi atau rencana asuhan keperawatan. Kemudian melakukan implementasi atau pelaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil dan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pasien dewasa dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* dan gambaran lokasi umum penelitian, yaitu RSUP DR.M.Djamil Padang. Pengambilan data dilakukan dengan *me-review* 2 karya tulis ilmiah dari media internet dengan mengambil sampel sebanyak 2 pasien. Pasien 1 direview dari “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Congestive Heart Failure* Di Ruang Penyakit Dalam Pria Non-Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang” oleh Yani Wulandari pada tahun 2017 dan Pasien 2 direview dari “Asuhan Pada Pasien Dengan *Congestive Heart Failure* Di Bangsal Jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang” Oleh Ruspiandri Ananda Putra pada tahun 2018. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut:

#### **A. HASIL**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian pada pasien 1 dilakukan di RSUP DR.M.Djamil Padang tepatnya di IRNA Non-Bedah Penyakit Dalam yang berhadapan dengan IRNA Kebidanan dan Anak. IRNA penyakit dalam dibagi menjadi 3 lantai yaitu HCU, penyakit dalam pria dan penyakit dalam wanita. Penelitian dilakukan peneliti di penyakit dalam pria, yang terdiri dari wing A dan wing B. IRNA penyakit dalam pria dipimpin oleh seorang karu, dan dibantu oleh katim di masing-masing wing. Terdapat sekitar 25 orang perawat yang terdiri

atas katim dan perawat pelaksana yang dibagi menjadi 3 shift, pagi, siang, dan malam. Selain perawat ruangan beberapa mahasiswa praktik dari berbagai instansi pendidikan juga ikut andil dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Sarana prasarana yang tersedia di ruang penyakit dalam pria berupa 72 tempat tidur dan 25 ruangan di tiap-tiap wing. Sedangkan pasien 2 dirumah sakit yang sama pada Bangsal Jantung.

## 2. Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata dan Riwayat Kesehatan pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

Identitas pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn.A	Tn.J
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Laki-laki
Umur	62 Tahun	52 Tahun
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Pekerjaan	petani	PNS
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMU	Sarjana / S1
Alamat	Batu kambang IV, nagari agam	Bandar Buat No.5 Lubuk Kilangan, Padang
Diagnosa Medis	CHF fc III + CKD Stage V + BP	CHF Fc II ec CAD 44D + AKI Rifle I dd+ DM Tipe II
Nomor Register	-	00.00.57.67
MRS/ Tgl Pengkajian	16 Mei 2017/18 Mei 2017	11 Maret 2018/14 Maret 2018
Keluhan Utama	Sesak nafas	Sesak nafas
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 16 Mei 2017 pukul 21.30 WIB, rujukan dari RSUD Lubuk Basung. Saat dilakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan, Sesak nafas di rasakan	Tn. J masuk RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 11 Maret 2018 jam 01.01 wib datang sendiri, dengan keluhan sesak nafas sejak 3 jam yang lalu di sertai dengan nyeri dada yang tidak menjalar dan

	<p>sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, semakin sesak saat beraktivitas, nyeri pada dada sebelah kiri, durasi 20 menit, skala nyeri 5 ,tubuh terasa lemah, edema pada ekstremitas bawah. Hasil pemeriksaan</p> <p>Tanda-tanda vital:  TD : 140/70 mmHg HR : 92 x/i  RR : 28 x/i  suhu : 36,5 °C</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Mei 2017 pukul 08.49 WIB pasien mengeluh sesak nafas, sesak di rasakan meningkat saat beraktifitas, tubuh terasa lemah dan edema pada ekstremitas bawah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu,</p> <p>TD : 90/80 mmH  HR : 58 x/i  RR : 25 x/ i  Suhu 36, 5 0C</p>	<p>keringat dingin, yang dirasakan saat istirahat. Tampak lemah dan wajah pucat.TD: 133/91 mmHg, Nadi: 108x/i, Pernafasan: 32x/i, suhu: 37 °C.</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2018 pasien sudah hari rawatan ke-4. Keluarga mengatakan nafas masih sesak, posisi semi fowler, tampak lemah, pasien terpasang alat pacu jantung (PTCA). Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9% 16 tts/i. Terpasang O2 nasal kanul 5lt/menit. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada tekanan darah 140/90 mmhg, nadi 96 x/i, pernafasan 38 x/i, suhu 370C.</p>
<p>Riwayat Kesehatan Dahulu</p>	<p>Pasien mengatakan pernah di rawat di RSSN Bukittinggi 11 tahun yang lalu karena penyakit stroke. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 13 tahun yang lalu.</p>	<p>Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Pasien sebelumnya dirawat di RSUP dr M.Djamil Padang dengan CHF, dan sudah pasang cincin 2 buah pada 2016 lalu.</p>
<p>Riwayat Kesehatan Keluarga</p>	<p>Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien. tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM, asma.</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan keluarga pasien, tidak ada keluarga yang menderita penyakit diabetes mellitus, hipertensi dan penyakit menular.</p>

Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan	Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak SMU. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi gorengan dan makanan bersantan.	Sebelumnya Pasien adalah perokok berat dengan habis sehari 2 bungkus.
--------------------------------------	---	---

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari pengkajian biodata pada pasien 1 dan pasien 2 dalam biodata ditemukan persamaan seperti, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, dan diagnose medis yaitu Congestive Heart Failure dengan penyakit penyerta yang berbeda dan ada juga perbedaan yang ditemukan pada saat pengkajian seperti umur, pekerjaan, dan alamat. Pada pasien 1 masuk rumah sakit pada 16 mei 2017 dan dikaji pada 18 mei 2017 sedangkan pasien 2 masuk rumah sakit pada 11 maret 2018 dan dikaji pada 14 maret 2018.

Dari pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 1 dan 2. Dalam keluhan ada persamaan seperti sesak nafas, nyeri dada, tubuh terasa lemah. Pada saat masuk UGD pasien 1 mengatakan sesak nafas sejak 3 hari yang lalu, semakin sesak saat beraktivitas, nyeri dada sebelah kiri, dan edema pada ekstremitas bawah sedangkan pasien 2 mengalami sesak nafas sejak 3 jam yang lalu, wajah tampak pucat dan nampak lemah serta mengeluh nyeri dada tetapi tidak menjalar. Pada riwayat kesehatan dahulu pasien 1 memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 13 tahun lalu dan pernah dirawat 11 tahun lalu dengan diagnosa stroke sedangkan pasien 2 riwayat penyakit Diabetes melitus dan Hipertensi serta pernah dirawat dengan diagnosa CHF. Pada riwayat penyakit keluarga pasien 1 dan 2 mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengannya. Pada perilaku yang mempengaruhi kesehatan pasien 1 merokok sejak SMU dan sering

mengonsumsi gorengan dan makanan bersantan sedangkan pasien 2 dahulu adalah perokok berat memiliki kebiasaan merokok 2 bungkus sehari.

Tabel 4.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
1. Keadaan Umum	Lemah	Lemah
2. Kesadaran	Compos mentis GCS 15, E4V5M6.	Compos mentis GCS 15, E4V5M6
3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital	TD : 90/80 mmHg N : 58X/menit R : 25 X/menit S : 36,5 C	TD : 140/90 mmHg N : 96 X/menit R : 38X/menit S : 37°C
4. Kenyamanan/nyeri	Tidak ada	Tidak ada
5. Pemeriksaan Fisik kepala	<p>Kepala : bentuk kepala normal, rambut sebagian memutih, merata, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan dan lesi.</p> <p>Mata : simetris kiri dan kanan, mata bersih, palpebra tidak edema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor kiri dan kanan. Reflek cahaya positif, diameter simetris kiri dan kanan dan tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan.</p> <p>Hidung : simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada kotoran, tidak ada pembengkakan dan polip</p>	<p>Kepala : bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi/luka dan rambut hitam, tidak mudah rontok</p> <p>Mata : Konjungtiva anemis, sklera ikterik, reflek pupil (+), pupil isokor OD/OS 2mm/2mm</p> <p>Hidung : hidung simetris, bersih, tidak ada polip dan tidak ada iritasi, terpasang O2 nasal kanul 5 lt/menit.</p> <p>Telinga : simetris kiri dan kanan, bersih, serumen (+).</p> <p>Mulut : bibir kering, pucat dan pecah-pecah, mulut bersih, tidak terdapat karies gigi</p>

	<p>Telinga : simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada serumen, tidak ada laserasi, pendengaran masih baik.</p> <p>Mulut : Pemeriksaan pada mulut kurang bersih, ada plak pada gigi, mukosa bibir kering, reflek mengunyah dan menelan baik, bibir tidak simeris.</p> <p>Wajah : Simetris, tidak ada lesi, tampak pucat.</p>	
6. Pemeriksaan Leher	Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, ada pembesaran vena jugularis.	tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
7. Pemeriksaan Thorak : Sistem pernapasan	<p>Pada pemeriksaan paru- paru, inspeksi :simetris kiri kanan</p> <p>palpasi:fremitus kiri dan kanan sama</p> <p>perkusi : terdengar sonor</p> <p>auskultasi:brankovesikuler</p>	<p>I: Simetris kiri dan kanan, tidak ada tarikan dinding dada</p> <p>Pa: Bunyi fremitus sama kiri dan kanan</p> <p>Pe: Bunyi redup di paru kanan</p> <p>A: Broncovasikuler</p>
8. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskular	<p>Pemeriksaan jantung, inspeksi:iktus tidak terlihat</p> <p>palpasi : iktus teraba di RIC V</p> <p>perkusi:pekok,</p> <p>batas jantung 1 jari di bawah RICVI,</p> <p>auskultasi : regular, tidak ada bunyi tambahan.</p>	<p>I: Iktus cordis tidak terlihat</p> <p>Pa: Iktus kordis teraba 1 jari lateral RIC IV</p> <p>Pe: Batas kanan, kiri iktus, atas RIC II</p> <p>A: Irama jantung irreguler</p>
9. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>TB : 169 cm dan BB : 64 kg. Selama di rumah sakit partisipan 1 makan dengan diet DJ II 1800 kkal ML, 3x sehari berupa nasi lunak, sayur dan lauk. Partisipan lhanya menghabiskan setengah dari porsi makan. Partisipan 1 mengatakan tidak nafsu makan. Selama sakit partisipan 1 minum 6 gelas</p>	<p>BB sehat : 66 kg</p> <p>BB sakit : 63 Kg</p> <p>Makan :</p> <p>Sehat: pasien makan 3 kali sehari dengan takaran yang sesuai untuk penyakit DM yang diderita dengan komposisi;nasi ± 1 gelas aqua, 1 potong lauk pauk dan sayur-sayuran</p>



	<p>sehari (1500cc).</p> <p>Inspeksi : tidak asites, tidak ada lesi</p> <p>Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba perbesaran pada limpa dan hepar.</p> <p>Perkusi : tympani Auskultasi : bising usus 10x/menit.</p>	<p>dankonsumsi buah-buahan seperti jeruk.makanan lainnya adalah gorengan seperti bakwan.</p> <p>Sakit : pasien diberikan diit MC DJ II dan RP II.</p> <p>Cairan :</p> <p>Sehat : pasien minum <math>\pm</math> 5-6 gelas air putih perhari, 2 gelas kopi.</p> <p>Sakit : pasien minum air putih 3-4 gelas perhari, IVFD Nacl 0,9% 16 tts/i.</p> <p>I: simetris</p> <p>A:Bising ususnormal ( 8 x/i)</p> <p>Pa: Hepar tidak teraba</p> <p>Pe: Tympani</p>
10. Sistem Eliminasi	<p>bersih, terpasang kateter. Saat sakit partisipan 1 uang air kecil melalui slank kateter sebanyak 700 cc/hari, warna kecoklatan. Partisipan 1 buang air besar 1x sehari warna kecoklatan, konsistensi agak keras.</p>	<p>Terpasang Kateter</p> <p>BAB</p> <p>Sehat: pasien BAB 1-2 kali dalam perhari, konsistensi lunak, BAB normal.</p> <p>Sakit: Selama dirawat dirumah sakit pasien belum ada BAB</p> <p>BAK</p> <p>Sehat: pasien BAK 6 kali dalam 24 jam, warna kuning agak keruh, bau khas urin</p> <p>Sakit: pasien menggunakan kateter,pasien mengatakan BAK sedikit warna kuning ( Urin <math>\pm</math> 250 cc/8 jam)</p>
11. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Terpasang infus pada ekstremitas atas kiri, akral dingin, kemerahan pada telapak tangan, CRT &lt; 2 detik, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat I</p>	<p>Atas: kulit kering, terpasang IVFD Nacl 0,9% 16 tts/ipada tangan sebelah kanan dan heparin 500 mg/50 cc nacl, CRT&gt;2 detik, akral teraba dingin, telapak tangan pucat,</p>

	kedalaman 3mm dengan waktu kembali 3 detik, akral dingin.	nadi teraba cepat dan lemah (96x/i).  Bawah:kulit kaki kering,CRT > 2 detik, akral teraba dingin.  Kekuatan otot :  4444   4444 <hr/> 4444   4444
12. Istirahat dan tidur	Selama di rumah sakit partisipan 1 tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam hanya 4- 5 jam/ hari. partisipan 1 mengatakan tidur tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari karena sesak nafas .	Sehat:pasien tidur 8 jam pada malam hari, kualitas tidur kadang sering terbangun malam hari, dan tidur siang $\pm$ 2 jam/ hari.  Sakit:pasien susah tidur, pasien gelisah dan susah untuk tidur karena sesak nafas. Pasien tidur malam $\pm$ 5 jam, sering terbangun dan tidur siang $\pm$ 4 jam, sering terbangun.
13. Aktivitas dan latihan	Partisipan 1 sebelum sakit bekerja sebagai petani di kampungnya. Pasien kurang berolahraga karena kelumpuhan pada kaki dan tangan sebelah kanan partisipan 1. Saat sakit partisipan 1 bedres total di tempat tidur dan harus dibantu oleh keluarga dan perawat.	Sehat: pasien mengatakan kadang jalan pagi 1x seminggu. Sakit: semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.
14. Bekerja	Partisipan 1 dahulunya bekerja sebagai petani, tetapi karena pasien menderita stroke 11 tahun partisipan 1 tidak bisa bekerja seperti biasanya lagi.	Sehat: pasien bekerja PNS, pasien banyak menghabiskan waktu diluar rumah.  Sakit: pasien mengatakan selama sakit tidak bekerja dan semua aktivitas dibantu keluarga.

Berdasarkan tabel 4.2 observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan 2 ditemukan permasamaan yaitu keadaan umum lemah dan kesadaran compos

mentis dengan GCS 15. Pada pemeriksaan tanda vital bagian pemeriksaan tekanan darah pada pasien 1 mengalami penurunan yaitu 90/80mmHg dan pada pasien 2 mengalami kenaikan yaitu TD: 140/90 mmHg. Pada pemeriksaan istirahat dan tidur pasien 1 tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam 4-5 jam, pasien mengatakan tidur tidak nyenyak sering terbangun di malam hari karena sesak nafas sedangkan pasien 2 mengatakan tidur malam selama  $\pm$  5 jam karena sering terbangun dan  $\pm$  4 jam saat tidur siang.

Adapun perbedaan pada tabel 4.2 observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan 2 yaitu pada pemeriksaan fisik kepala bagian mata pasien 1 konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik sedangkan pasien 2 tampak konjungtiva anemis dan sklera ikterik. Pada pemeriksaan bagian mulut pasien 1 bibir pasien kering dan kurang bersih serta terdapat plak gigi sedangkan pasien 2 bibir tampak kering dan keadaan bersih serta tidak tampak karies gigi.

Pada pemeriksaan fisik sistem thorak dan pernafasan dibagian keluhan pasien 1 dan 2 mengalami sesak. Pada inspeksi pasien 1 frekuensi pernapasan 25x/menit sedangkan pasien 2 frekuensi pernapasannya 38x/menit. Pada pasien 1 saat dilakukan perkusi bunyi sonor pada paru dan saat auskultasi paru terdengar bronkovesikuler sedangkan pasien 2 dilakukan perkusi paru terdengar bunyi redup pada paru kanan dan saat auskultasi paru terdengar bronkovesikuler.

Pada pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi pasien 1 memiliki berat badan 64 kg sedangkan pasien 2 mengatakan selama sakit berat badan berkurang dari 66 kg menjadi 63 kg. Pada pemeriksaan bagian eliminasi pasien 1

BAK 700cc/hari dan BAB 1 x sehari. Sedangkan pasien 2 mengatakan saat sakit belum ada BAB dan BAK sedikit  $\pm$  250 cc/8jam.

Pada pemeriksaan muskuloskeletal pasien 1 dan 2 ditemukan persamaan yaitu akral teraba dingin. Pada pemeriksaan ekstremitas bawah pasien 1 CRT < 2 detik dan pitting edema derajat I kedalaman 3 mm sedangkan pasien 2 CRT > 2 detik dan kulit bagian kaki tampak ke

Pada pengkajian aktivitas dan latihan pasien 1 dan 2 semua aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Pada pengkajian bekerja pasien 1 mengatakan dulu berkerja sebagai petani tetapi setelah terkena stroke pasien tidak bekerja lagi sedangkan pasien 2 berkerja sebagai PNS sehingga lebih banyak waktu diluar rumah dan selama sakit semua aktifitas dibantu keluarga.

Tabel 4.3 Pengkajian Psikososial pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

Pengkajian Psikososial	Pasien 1	Pasien 2
Ekspresi pasien Terhadap Penyakitnya	Partisipan 1 tampak gelisah, pasien selalu meminta untuk cepat pulang karena merasa tidak nyaman di rumah sakit.	Tn. J selalu berterimakasih kepada perawat dan dokter yang sudah merawatnya dan mempercayakan semua pengobatan pada perawat dan dokter.
Reaksi Saat Berinteraksi	pasien kooperatif	Tn. J bisa diajak komunikasi dengan lancar. Tn. J dan keluarga tampak saling mendukung satu sama lain.
Pola koping	Baik	Tn. J tampak tenang dan berharap untuk kesembuhan penyakitnya dan berusaha untuk sembuh dari penyakit yang dideritanya.
Konsep diri	-	Tn J mengatakan selama sakit tidak bisa menjalankan aktivitas normal, pasien harus mengontrol aktivitas, pola makan dan minum.

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pengkajian psikososial pada bagian ekspresi pasien terhadap penyakitnya pasien 1 tampak gelisah dan selalu meminta pulang karena tidak nyaman berada dirumah sakit sedangkan pasien 2 selalu berterima kasih kepada perawat dan dokter serta mempercayakan pengobatannya. Pada pengkajian reaksi saat berinteraksi pasien 1 dan 2 menunjukkan respon kooperatif dan bisa diajak komunikasi dengan lancar. Pada pemeriksaan pola koping pasien 1 menunjukkan pola koping yang baik sedangkan pasien 2 menunjukkan sikap tetap tenang dan berharap untuk kesembuhan dan berusaha untuk sembuh. Pada pengkajian konsep diri pasien 1 tidak dilakukan pengkajian sedangkan pasien 2 mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas, serta harus mengontrol pola makan dan minum.

Tabel 4.4 Pengkajian Spiritual pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

Pengkajian Spiritual	Pasien 1	Pasien 2
	Pasien melaksanakan sholat 5 waktu.	Pasien melaksanakan sholat 5 waktu sehari semalam

Berdasarkan Tabel 4.4 ditemukan data dari pengkajian spiritual pada pasien 1 dan 2 ditemukan persamaan yaitu pasien 1 dan 2 melaksanakan sholat 5 waktu.

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang pada pasien dengan Gagal Jantung

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Hasil pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 18 Mei 2017 menunjukkan nilai Hemoglobin 11,9 g/dl (N:14-16), Leukosit : 16.360/mm <sup>3</sup> (N :	Hasil pemeriksaan tanggal 13 maret 2018 Hematologi : Hemoglobin 11.6g/dl (N:12-16) Leukosit 10,310mm <sup>3</sup> (N: 5.000-10.000)

	5.000-10.000), Trombosit 90.000/mm <sup>3</sup> (N: 150.000-400.000) Hematokrit 36%(N:40-48) Ph 7,43 (N :7,35-7,45) PCO <sub>2</sub> 30 mmHg (N: 35-45mmHg) PO <sub>2</sub> : 140mmHg (N : 95- 10mmHg) HCO <sub>3</sub> -19,9 mmol/L GDS:156 mg/dl (N:<200 )	Trombosit: 142.000/mm <sup>3</sup> (N: 150.000 - 400.000) Hematokrit: 49% (N:37-43%) Ureum darah: 329mg/dl (N:10,0- 50,0mg/dl) Kreatinin darah:9.4mg/dl (N:0,6- 1,2mg/dl) Natrium : 136Mmol/L (N:136- 146Mmol/L) Kalium:4.6Mmol/L (3,5- 5,2Mmol/L) Klorida serum: 104Mmol/L (97- 111 Mmol/L) PT:15,4 detik (N:9,2-12,4 detik) APTT:47,9 detik (28.8-35,8 detik)  Analisa gas darah : PH : 7,478 (N:7,35-7,45) pCO <sub>2</sub> : 21,2 (35-45mmHg) pO <sub>2</sub> : 192,2 (90-100mmol/L) HCO <sub>3</sub> - : 15,9 (22-26mmol/L) BEecf : -7,8 ( (-2) – (+2) SO <sub>2</sub> : 99,6% (95-100%)
Radiologi Photo Thorak	Berdasarkan hasil rontgen thorax yang dilakukan pada tanggal 17 Mei 2017 pasien mengalami kardiomegali.	Tidak ada
USG jantung	Tidak ada	Tidak ada
EKG jantung	Tidak ada	Tidak ada

Berdasarkan tabel 4.5 pemeriksaan penunjang kedua pasien memiliki persamaan yaitu keduanya dilakukan pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Sedangkan pada pemeriksaan USG dan EKG jantung keduanya tidak dilakukan.

Tabel 4.6 Obat Yang Diterima pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

	Pasien 1	Pasien 2
<b>Obat Yang Diterima</b>	Program terapi pengobatan yang di dapatkan oleh Tn. A yaitu : pemberian O <sub>2</sub> binasal 4 liter/i IVFD Eas Pfrimmer 500cc/24 jam Ceftriaxone 1x 2 gr, lasix 1 x	IVFD Nacl 0.9% 16 tts/i Ca Glukonas 1 ampl 1x1 IV Nevorapid koreksi 3x1 SC Lasix 1 ampl 2x1 IV Ranitidine 50 mg 2x1 IV

	20 gr, Eritromicin 1 x500 gr, Bicnat 3 x 1 mg,  As.Folat 1x5 mg Candesartan 1 x 16 mg, Clopidogrel 1 x 75 mg.	Levemir 10U 1x1 SC Aspilet 80 mg 1x1 Oral Clopidogrel 75 mg 1x1 Oral Ramipril 1.25 mg 2x1 Oral Alprozolam 0.5 mg 1x1 Oral Laxadin 10cc 1x1 Oral N-Asetil Sistein 300mg 2x1 Oral Lading aspilet 100 mg 1x1 Oral
--	--	---

### b. Diagnosa keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	18 Mei 2017	<p>Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraksi vertikel</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Warna kulit sedikit pucat b. Akral teraba dingin c. Tanda tanda vital - TD : 90/80mmH - N : 58X/menit</p>	14 Maret 2018	<p>Penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel kiri</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-pasien mengatakan mudah lelah -pasien mengatakan badan terasa lemah</p> <p>Data objektif :</p> <p>-pasien tampak pucat -tanda tanda vital TD: 140/90mmHg Nadi : 96x/menit</p>

				Pernafasan : 38x/menit Suhu : 37°C -hasil laboratorium Hb : 11,8 gr/dl Hematokrit 49% Trombosit 142,000/mm <sup>3</sup> PT : 15,4 detik APTT : 47,9 detik
2.	18 Mei 2017	Gangguan pertukaran gas b.d edema paru  Data subjektif : pasien mengatakan nafas terasa sesak  Data objektif : pasien tampak sesak nafas RR: 25X/menit Ronchi (-) Wheezing (-) PCO <sub>2</sub> : 30 mmol/L, PO <sub>2</sub> :140 mmol/L Ph : 7,43	14 maret 2018	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke aveoli, udeuma paru  Data subjektif : -pasien mengatakan mudah lelah -pasien mengatakan badan terasa lemah  Data objektif : -pasien tampak lemah pucat -CRT >3detik -akral teraba dingin -Konjungtiva anemis -perkusi paru : redup bagian paru kanan -auskultasi paru : bronkovesikuler -tanda tanda vital : TD: 140/90mmHg Nadi : 96x/menit Pernafasan : 38x/menit Suhu : 37°C PH : 7,489 pCO <sub>2</sub> : 21,1 mmHg



				<p>PO2 : 192,2 mmHg  HCO<sup>3</sup> : 15,9 mmol/L  BEecf : -7.8 mmol/L  SO2 : 99.6</p>
3.	18 Mei 2017	<p>Kelebihan volume cairan b.d retensi natrium dan air</p> <p>Data subjektif : pasien mengatakan kakinya bengkak</p> <p>Data objektif : terdapat edema pada ekstremitas bawah pasien,derajat I kedalaman 3 mm, urin pasien 700 cc/hari,warna tampak kecoklatan</p>	14 maret 2018	<p>Intoleransi aktifitas b/d keletihan</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>-Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>-Pasien mengatakan di bantu oleh keluarga dan perawat dalam beraktifitas</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien tampak pucat</li> <li>-pasien tampak beraktifitas dibantu oleh perawat dan keluarga</li> <li>-tanda tanda vital</li> </ul> <p>TD: 140/90mmHg  Nadi : 96x/menit  Pernafasan : 38x/menit  Suhu : 37°C</p> <p>-hasil lab :</p> <p>Hb : 11,8 gr/dl  Hematokrit 49%  Trombosit 142,000/mm<sup>3</sup></p>

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data dari pengkajian pasien 1 dan 2 ditemukan masalah keperawatan pada pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan diagnose yaitu penurunan curah jantung dan gangguan pertukaran gas. Perbedaan pada pasien 1 dan 2 diantaranya pasien 1 memiliki masalah keperawatan kelebihan volume cairan sedangkan pasien 2 memiliki masalah keperawatan intoleransi aktivitas.

### c. Perencanaan

Tabel 4.8 Perencanaan Pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

Hari/Tanggal	Dx.Kep	NOC	NIC
<b>Pasien 1</b>			
18 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<p><b>Cardiac Pump Effectiveness</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Systolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>2. <i>Diastolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>3. Tidak ada disritmia</li> <li>4. Tidak ada bunyi jantung abnormal</li> <li>5. Tidak terjadi angina</li> <li>6. Tidak ada edema perifer</li> <li>7. Tidak ada edema paru</li> <li>8. Tidak dispnea saat istirahat</li> <li>9. Tidak terjadi hepatomegali</li> <li>10. Tidak sianosis</li> </ol> <p><b>Circulation Status,</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Systolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>2. <i>Diastolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>3. <i>Pulse pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>4. MAP dalam rentang normal</li> <li>5. AGD (PaO<sub>2</sub> / PaCO<sub>2</sub>) dalam rentang normal</li> <li>6. Saturasi O<sub>2</sub> dalam rentang</li> </ol>	<p><b>Cardiac Care</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>2. Catat adanya disritmia jantung</li> <li>3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output.</li> <li>4. Monitor status kardiovaskuler</li> <li>5. Monitor status pernafasan yg menandakan <i>Heart Failure</i></li> <li>6. Monitor abdomen sebagai indicator adanya penurunan fungsi</li> <li>7. Monitor balance cairan</li> <li>8. Monitor adanya perubahan tekanandarah</li> <li>9. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</li> <li>10. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>11. Monitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>12. Anjurkan untuk</li> </ol>

		<p>normal</p> <p>7. Tidak asites</p> <p><b>Vital signs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut jantung apikal dalam rentang normal</li> <li>2. Irama denyut jantung dalam rentang normal</li> <li>3. Denyut nadi radial dalam rentang normal</li> <li>4. Tekanan Systole dan Diastole dalam rentang normal</li> </ol>	<p>menurunkan stres</p> <p><b>Vital Sign Monitoring</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor TD, nadi, suhu dan RR</li> <li>2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah</li> <li>3. Monitor vital sign pasien saat berbaring, duduk, berdiri</li> <li>4. Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan</li> <li>5. Monitor TD, Nadi, RR sebelum, selama dan setelah aktivitas</li> <li>6. Monitor kualitas nadi.</li> <li>7. Monitor adanya pulsus paradoksus</li> <li>8. Monitor jumlah dan irama jantung</li> <li>9. Monitor bunyi jantung</li> <li>10. Monitor suara paru</li> <li>11. Monitor pola pernafasan abnormal</li> <li>12. Monitor adanya sianosis perifer</li> <li>13. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign</li> </ol>
18 Mei 2017	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<p><b>Respiratory Status: Gas Exchange</b></p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PaO<sub>2</sub> dan PCO<sub>2</sub> dalam rentang normal</li> <li>2. Saturasi oksigen dalam rentang normal</li> <li>3. pH arteri dalam rentang normal</li> <li>4. keseimbangan perfusi ventilasi dalam rentang normal</li> <li>5. tidak terjadi dispnea saat istirahat atau sedang melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Respiratory Status</b> :</p> <p><b>Ventilation</b></p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratory rate dalam rentang normal</li> </ol>	<p><b>Airway Manajemen</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>2. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</li> <li>3. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan</li> <li>4. Monitor resirasi dan status O<sub>2</sub></li> </ol> <p><b>Oxygen Therapy</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>2. Atur peralatan oksigen</li> <li>3. Monitor aliran oksigen</li> <li>4. Pertahankan posisi pasien</li> <li>5. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi.</li> <li>6. Monitor adanya</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tidak ada retraksi dinding dada</li> <li>3. Tidak mengalami dispnea saat istirahat</li> <li>4. Tidak ditemukan orthopnea</li> <li>5. Tidak ditemukan atelektasis</li> </ol>	<p>kecemasan</p> <p><b>Vital Sign Monitoring</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor TD, Nadi, Suhu, dan RR</li> <li>2. Catat adanya flutuasi tekanan darah</li> <li>3. Monitor kualitas nadi</li> <li>4. Monitor suara paru</li> <li>5. Monitor suara pernafasan</li> <li>6. Monitor suhu, warna, dan kelembapan kulit.</li> </ol>
18 Mei 2017	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	<p><b>Electrolit And Acid/Base Balance</b></p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serum albumin, kreatinin, hematokrit, Blood Urea Nitrogen (BUN), dalam rentang normal</li> <li>2. pH urine, urine sodium, urine creatinin, urine osmolarity, dalam rentang normal</li> <li>3. tidak terjadi kelemahan otot</li> <li>4. tidak terjadi disritmia</li> </ol> <p><b>Fluid Balance</b></p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terjadi asites</li> <li>2. Ekstremitas tidak edema</li> <li>3. Tidak terjadi distensi vena jugularis</li> </ol> <p><b>Fluid Overload Severity</b></p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema tungkai tidak terjadi</li> <li>2. Tidak asites</li> <li>3. Kongesti vena tidak terjadi</li> <li>4. Tidak terjadi peningkatan <i>blood pressure</i></li> </ol>	<p><b>Fluid Management</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>2. Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>3. Monitor vital sign</li> <li>4. Monitor indikasi retensi</li> <li>5. Kaji luas dan lokasi edema</li> <li>6. Monitor status nutrisi</li> <li>7. Kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> </ol> <p><b>Fluid Monitoring</b></p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>2. Tentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>3. Monitor berat badan</li> <li>4. Monitor TD, Nadi, RR</li> <li>5. Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung</li> <li>6. Monitor parameter hemodinamik infasif</li> <li>7. Monitor tanda dan gejala edema</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Penurunan pengeluaran urine tidak terjadi</li> <li>6. Tidak terjadi perubahan warna urine</li> <li>7. Penurunan serum sodium tidak terjadi</li> <li>8. Peningkatan serum sodium tidak terjadi</li> </ul>	
<b>Pasien 2</b>			
14 Maret 2018	<p>penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikelki</p>	<p><b>Menurut Moorhead, Marion. Dkk 2016 :</b> <b>Cardiac Pump Effectiveness</b> <u>Indikator :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10. <i>Systolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>11. <i>Diastolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>12. Tidak ada disritmia</li> <li>13. Tidak ada bunyi jantung abnormal</li> <li>14. Tidak terjadi angina</li> <li>15. Tidak ada edema perifer</li> <li>16. Tidak ada edema paru</li> <li>17. Tidak dispnea saat istirahat</li> <li>18. Tidak dispnea saat latihan</li> <li>19. Tidak terjadi hepatomegali</li> <li>20. Aktivitsa toleran</li> <li>21. Tidak sianosis</li> </ul> <p><b>Circulation Status,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8. <i>Systolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>9. <i>Diastolic blood pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>10. <i>Pulse pressure</i> dalam rentang normal</li> <li>11. MAP dalam rentang normal</li> <li>12. AGD (PaO<sub>2</sub> dan PaCO<sub>2</sub>) dalam rentang normal</li> <li>13. Saturasi O<sub>2</sub> dalam rentang normal</li> <li>14. Tidak asites</li> </ul> <p><b>Vital signs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Denyut jantung apikal dalam rentang normal</li> <li>6. Irama denyut jantung dalam rentang normal</li> </ul>	<p><b>Bullechek, Gloria M.dkk. 2016 :</b> <b>Cardiac Care</b> <u>Aktivitas :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>13. Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>14. Catat adanya disritmia jantung</li> <li>15. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output.</li> <li>16. Monitor status kardiovaskuler</li> <li>17. Monitorstatus pernafasan yg menandakan <i>Heart Failure</i></li> <li>18. Monitor abdomen sebagai indicator adanya penurunan fungsi</li> <li>19. Monitor balance cairan</li> <li>20. Monitor adanya perubahan tekanandarah</li> <li>21. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</li> <li>22. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>23. Monitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>24. Anjurkan untuk menurunkan stres</li> </ul> <p><b>Vital Sign Monitoring</b> Aktivitas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>14. Monitor TD, nadi, suhu dan RR</li> <li>15. Catat adanya fluktuasi tekanan darah</li> <li>16. Monitor vital sign pasien saat berbaring, duduk, berdiri</li> </ul>

		<p>7. Denyut nadi radial dalam rentang normal</p> <p>8. Tekanan Systole dan Diastole dalam rentang normal</p>	<p>17. Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan</p> <p>18. Monitor TD, Nadi, RR sebelum, selama dan setelah aktivitas</p> <p>19. Monitor kualitas nadi.</p> <p>20. Monitor adanya pulsus paradoksus</p> <p>21. Monitor jumlah dan irama jantung</p> <p>22. Monitor bunyi jantung</p> <p>23. Monitor suara paru</p> <p>24. Monitor pola pernafasan abnormal</p> <p>25. Monitor adanya sianosis perifer</p> <p>26. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign</p>
14 Maret 2018	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli uedema paru	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka didapatkan kriteria :</p> <p>1. Respon ventilasi mekanik dewasa</p> <p>a. Tingkat respirai dalam keadaan normal</p> <p>b. Arteri pH dalam rentang normal</p> <p>c. Saturasi O2 normal</p> <p>d. Tidak adanya perfusi jaringan</p> <p>2. Status respirasi</p> <p>a. Tekanan CO2 sebagian dalam darah arteri normal</p> <p>b. Ph arteri nomel</p> <p>c. Keseimbangan perfusi ventilasi</p>	<p>1. Terapi oksigen</p> <p>a. Berikan oksigen sesuai orderan dokter</p> <p>b. Monitor liter oksigen</p> <p>c. Monitor efektifitas O2 dengan tepat</p> <p>d. Observasi tanda hipoventilasi induksi oksigen</p> <p>e. Monitor hubungan kecemasan pasien dengan terapi oksigen</p> <p>f. Mengatur penggunaan perangkat O2 yang memudahkan mobilitas dan mengajarkan pasien</p> <p>2. Manajemen asam-basa</p> <p>a. Pertahankan jalan napas paten</p> <p>b. Pantau pola pernafasan</p> <p>c. Pantau penyebab kekurangan HCO<sub>3</sub> (uremis, ketoadosis metabolic)</p> <p>d. Pantau ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan asidosis metabolic (kelebihan kalium, kelebihan magnesium, natrium)</p> <p>e. Beri agen HCO<sub>3</sub> secara oral atau</p>

			<p>parenteral jika dibutuhkan</p> <p>f. Pantau asupan dan keluaran</p> <p>g. Pantau penentu pengiriman oksigen (paO<sub>2</sub>, Hb, Curah jantung)</p> <p>h. Pantau penurunan bikarbonat dan penumpukan asam (gagal ginjal)</p> <p>i. Pantau tanda dan gejala cardiopulmonary memburuknya asidosis metabolic (aritmia, kusmaul, pasien respirasi)</p> <p>j. Berikasn nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic kronis</p> <p>k. Anjurkan pasien/keluarga tentang tindakan pengobatan untuk mengobati asidosis metabolic</p> <p>3. Monitoring respirasi</p> <p>a. Monitor frekuensi, kedalaman dan kekuatan respirasi</p> <p>b. Pantau pola pernafasan: hiperventilasi, pernapasan kusmaul</p> <p>c. Memantau tingkat saturasi oksigen</p> <p>d. Auskultasi bunyi napas, catat area dimana terjadinya penurunan atau tidak adanya ventilasi dan adanya suara tamabahan</p> <p>e. Pantau peningkatan, ansietas, dan peningkatan kebutuhan udara</p> <p>f. Pantau sekresi respirasi pasien</p>
--	--	--	---

14 Maret 2018	Intoleransi aktifitas b/d keletihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi aktifitas       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warna kulit tidak pucat</li> <li>b. Denyut nadi dengan aktifitas dalam keadaan normal</li> <li>c. TTV dalam keadaan normal</li> <li>d. Tingkat pernafasan dalam keadaan normal</li> </ol> </li> <li>2. Daya tahan       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemulihan energy setelah istirahat meningkat</li> <li>b. Tidak adanya kelelahan</li> <li>c. Tidak adanya keletihan</li> <li>d. Tidak adanya penurunan Hb yang berarti</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen energy       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>b. Anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>c. Monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>d. Konsultasi dengan ahli gizi tentang cara untuk menambah intake dari energy makanan</li> <li>e. Ajarkan mengatur aktivitas dan manajemen waktu untuk mencegah kelelahan</li> <li>f. Bantu pasien dalam memenuhi ADL</li> </ol> </li> <li>2. Bantu perawatan diri       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertimbangkan budaya pasien ketika akan mempromosikan aktifitas perawatan diri</li> <li>b. Pertimbangkan usia pasien</li> <li>c. Memantau kebutuhan pasien untuk perangkat adaptif untuk kebersihan pribadi</li> <li>d. Menyediakan lingkungan terapeutik yang hangat</li> <li>e. Membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol> </li> </ol>
---------------------	---	--	---



Tabel 4.9 Implementasi keperawatan pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif

Waktu Pelaksanaan	DX.Kep	Tindakan Keperawatan	Paraf
18 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji adanya nyeri dada</li> <li>b. Mencatat adanya bradikardi, penurunan TD pada pasien.</li> <li>c. Memonitor status kardiovaskuler : irama jantung, tekanan darah.</li> <li>d. Memonitor status pernafasan pasien</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>g. memonitor adanya dispnea, Kelelahan.</li> <li>h. Menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> <li>i. Memonitor suhu dan sianosis perifer</li> <li>j. Memberikan obat sesuai order dokter Clopidogril 1x 75 mg, candesartan 1x16 mg</li> </ul>	
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan seperti ronki</li> <li>b. menganjurkan pasien nafas dalam</li> <li>c. mengatur posisi semi fowler untuk mengurangi dipsneu</li> <li>d. memonitor respirasi dan status O2</li> <li>e. memonitor rata-rata, kedalaman, dan usaha respirasi</li> <li>f. memonitor pola nafas : takipneu</li> <li>g. mengobservasi hasil pemeriksaan foto thoraks.</li> <li>h. mengauskultasi suara nafas</li> <li>i. mengobservasi aliran O2</li> <li>f. memberikan therapy O2 binasal 4 liter</li> </ul>	
	kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</li> <li>d. mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>e. memonitor status nutrisi, diet DJ 1800 kkal ML.</li> <li>f. pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>i. menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>j. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ul>	
<b>19 Mei 2017</b>	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>b. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>c. memonitor status kardiovaskuler</li> <li>d. memonitor status pernafasan yang menandakan Heart Failure</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah</li> <li>g. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>h. memonitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>i. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> </ul>	
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. memposisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b. mengauskultasi suara nafas</li> <li>c. mencatat adanya suara nafas tambahan</li> <li>d. memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>e. mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>f. mengatur peralatan oksigen dengan pemberian O<sub>2</sub> binasal 4 liter/i</li> <li>g. memonitor aliran oksigen</li> <li>h. mempertahankan posisi pasien</li> <li>i. mengobservasi adanya tanda-tanda hipoventilasi,</li> <li>j. memonitor adanya kecemasan</li> <li>k. mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi.</li> </ul>	
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</li> <li>d. mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>f. memonitor status nutrisi pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe</li> </ul>	

		<p>intake cairan dan eliminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>e. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ul>	
20 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>b. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>c. memonitor status kardiovaskuler</li> <li>d. memonitor status pernafasan yang menandakan Heart Failure</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah</li> <li>g. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>h. memonitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>i. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> </ul>	
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. memosisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b. mengauskultasi suara nafas</li> <li>c. mencatat adanya suara nafas tambahan</li> <li>d. memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>e. mempertahankan kepatenanjalan nafas</li> <li>f. mengatur peralatan oksigen dengan pemberian O<sub>2</sub> binasal 4 liter/i</li> <li>g. memonitor aliran oksigen</li> <li>h. mempertahankan posisi pasien</li> <li>i. mengobservasi adanya tanda-tanda hipoventilasi,</li> <li>j. memonitor adanya kecemasan</li> <li>k. mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ul>	
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. intake output yang akurat</li> <li>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</li> <li>d. mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>e. memonitor status nutrisi</li> <li>f. pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>memburuk</li> <li>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>i. menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>j. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ul>	
<b>21 Mei 2017</b>	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>b. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>c. memonitor status kardiovaskuler</li> <li>d. memonitor status pernafasan yang menandakan Heart Failure</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah</li> <li>g. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>h. memonitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>i. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> </ul>	
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. memosisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi mengauskultasi suara nafas</li> <li>b. mencatat adanya suara nafas tambahan</li> <li>c. memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>d. mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>e. mengatur peralatan oksigen dengan pemberian O<sub>2</sub> binasal 4 liter/i</li> <li>f. memonitor aliran oksigen</li> <li>g. mempertahankan posisi pasien</li> <li>h. mengobservasi adanya tanda-tanda hipoventilasi,</li> <li>i. memonitor adanya kecemasan</li> <li>j. mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ul>	
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine</li> <li>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi\</li> <li>d. mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>e. memonitor status nutrisi</li> <li>f. pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>i. menentukan kemungkinan factor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>j. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ul>	
<b>22 Mei 2017</b>	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</li> <li>b. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>c. memonitor status kardiovaskuler</li> <li>d. memonitor status pernafasan yang menandakan Heart Failure</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah</li> <li>g. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>h. memonitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</li> <li>i. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> </ul>	
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. memposisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b. mengauskultasi suara nafas mencatat adanya suara nafas tambahan</li> <li>d. memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>e. mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>f. mengatur peralatan oksigen dengan pemberian O<sub>2</sub> binasal 4 liter/i</li> <li>g. memonitor aliran oksigen</li> <li>h. mempertahankan posisi pasien</li> <li>i. mengobservasi adanya tanda-tanda hipoventilasi,</li> <li>j. memonitor adanya kecemasan</li> <li>k. mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi.</li> </ul>	
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</li> <li>d. mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>e. memonitor status nutrisi</li> <li>f. pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>i. menentukan kemungkinan faktor</li> </ul>	

		<p>risiko dari ketidakseimbangan cairan</p> <p>j. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</p>	
<b>23 Mei 2017</b>	<p>penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel</p>	<p>a. mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi, frekuensi)</p> <p>b. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</p> <p>c. memonitor status kardiovaskuler</p> <p>d. memonitor status pernafasan yang menandakan Heart Failure</p> <p>e. memonitor balance cairan</p> <p>f. memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah</p> <p>g. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>h. memonitor adanya dispnea, ortopnea, dan takipnea</p> <p>i. menganjurkan untuk menurunkan stres.</p>	
	<p>Gangguan pertukaran gas b/d edema paru</p>	<p>a. memposisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>b. mengauskultasi suara nafas</p> <p>c. mencatat adanya suara nafas tambahan</p> <p>d. memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></p> <p>e. mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>f. mengatur peralatan oksigen dengan pemberian O<sub>2</sub> binasal 4 liter/i</p> <p>g. memonitor aliran oksigen</p> <p>h. mempertahankan posisi pasien</p> <p>i. mengobservasi adanya tanda-tanda hipoventilasi,</p> <p>j. memonitor adanya kecemasan</p> <p>k. mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi.</p>	
	<p>kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air</p>	<p>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</p> <p>b. memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</p> <p>c. memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</p> <p>d. mengkaji luas dan lokasi edema</p> <p>e. memonitor status nutrisi</p> <p>f. pemberian inj lasix 1x 20 gram</p> <p>g. melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</p> <p>h. menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</p> <p>i. menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</p> <p>j. memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</p>	

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif

Waktu Pelaksanaan	DX.Kep	Tindakan Keperawatan	Paraf
Rabu, 14 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Memonitor adanya perubahan tekanan darah</li> <li>3. Memonitor sianosis perifer</li> <li>4. Mengevaluasi adanya nyeri dada</li> <li>5. Memonitor balance cairan</li> <li>6. Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm</li> <li>7. Memonitor adanya dipseneu, ortopneu, dan takipneu</li> </ol>	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udema paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm</li> <li>2. Memonitor liter oksigen</li> <li>3. Mempertahankan jalan nafas paten</li> <li>4. Memberikan nutrisi yang cukup bagi psien yang mengalami asidosis metabolic</li> </ol>	
	Intoleransi aktivitas b/d kelelahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>2. Anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>3. Monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. Bantu pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>5. Membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol>	
Kamis, 15 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semi fowler</li> <li>3. Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>4. Memonitor adanya perubahan tekanan darah</li> <li>5. Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm</li> <li>6. Memonitor aliran oksigen dengan mengisi air humidifier</li> </ol>	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udema paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor oksigen dan efektifitas O<sup>2</sup></li> <li>2. mengatur penggunaan perangkat O<sup>2</sup> yang memudahkan mobilitas dan mengajarkan pasien</li> <li>3. memonitor frekuensi kedalaman dan kekuatan respirasi</li> <li>4. memantau ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan asidosis metabolic (kelebihan natrium, magnesium dan kalium)</li> </ol>	

	Intoleransi aktivitas b/d keletihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>2. anjurka mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>3. monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. bantu pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>5. membantu pasien menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol>	
Jumat 16 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi kiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor tanda tanda vital</li> <li>2. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi posisi semifowler</li> <li>3. auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>4. mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>5. memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm</li> <li>6. memonitor oksigen dengan mngisi air humidifier</li> </ol>	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udepa paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm</li> <li>2. memonitor liter oksigen</li> <li>3. mempertahankan jalan nafas paten</li> <li>4. memberikan nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic</li> </ol>	
	Intoleransi aktivitas b/d keletihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>2. anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>3. monitor intake untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. bantu pasien dalm memenuhi ADL</li> <li>5. membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol>	
Sabtu 17 maret 2012	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi kiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semi fowler</li> <li>3. mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</li> <li>4. memonitor adanya perubahan tekanan darah</li> <li>5. memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm</li> <li>6. memonitor adanya dipseneu, ortopneu, dan takipneu</li> <li>7. memonitor jumlah dan irama jantung</li> </ol>	



	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, uedema paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor oksigen dan efektivitas O<sup>2</sup></li> <li>2. mengatur penggunaan perangkat O<sup>2</sup> yang memudahkan mobilitas dan mengajarkan pasien</li> <li>3. memonitor liter oksigen</li> <li>4. mempertahankan jalan napas paten</li> <li>5. memantau tanda dan gejala cardiac pulmonary memburuk asidosis metabolic</li> <li>6. memonitor frekuensi, kedalaman dan kekuatan respirasi</li> </ol>	
	Intoleransi aktivitas b/d keletihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>2. anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>3. monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. bantu pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>5. membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol>	
Minggu, 18 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor tanda tanda vital</li> <li>2. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi posisi semifowler</li> <li>3. memonitor adanya perubahan tekanan darah</li> <li>4. menganjurkan pasien menurunkan stress dengan teknik napas dalam</li> <li>5. memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm</li> <li>6. memonitor adanya sianosis perifer</li> </ol>	
	Gangguan pertukaran gas b/d pembesaran cairan ke alveoli, uedema paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm</li> <li>2. memonitor liter oksigen</li> <li>3. mempertahankan jalan paten</li> <li>4. memberikan nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic</li> </ol>	
	Intoleransi aktivitas b/d keletihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya</li> <li>2. anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan</li> <li>3. monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. bantu pasien dalam memenuhi ADL</li> <li>5. membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan</li> </ol>	

#### d. Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
18 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 100/70, N: 60x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan nafas masih terasa sesak O : pasien tampak masih sesak RR : 24 x/I, PCO2: 30 mmol/L A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan kaki masih bengkak dan sulit digerakkan O : edema pada kedua tungkai bawah, urin 800 cc/hari, warna kecoklatan. A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
19 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 100/70, N: 60x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan nafas masih terasa sesak O : pasien tampak masih sesak RR : 24 x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan kaki masih bengkak dan sulit digerakkan O : edema pada kedua tungkai bawah, urin 800 cc/hari, warna kecoklatan. A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan

	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 100/80, N: 62x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan nafas masih terasa sesak O : pasien tampak masih sesak RR : 26 x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan kaki masih bengkak dan sulit digerakkan O : edema pada kedua tungkai bawah, urin 900 cc/hari, warna kecoklatan. A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
21 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 100/80, N: 61x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan nafas masih terasa sesak O : pasien tampak masih sesak RR : 23 x/i A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan kaki masih bengkak dan sulit digerakkan O : edema pada kedua tungkai bawah, urin 800 cc/hari, warna kekuningan. A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
22 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 110/70, N: 65x/i A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang O : pasien tampak tenang, sesak tampak mulai berkurang RR : 22 x/i A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan bengkak pada kaki mulai berkurang. O : edema pada kedua tungkai bawah mulai berkurang , pitting edema >3 detik, urin 1000 cc/hari, warna kekuningan . A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
23 Mei 2017	penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah O : pasien tampak pucat, akral teraba dingin, TD : 110/70, N: 65x/i A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang O : pasien tampak tenang, sesak tampak mulai berkurang RR : 22 x/i A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan bengkak pada kaki mulai berkurang. O : edema pada kedua tungkai bawah mulai berkurang, urin 1000 cc/hari, warna kekuningan A : masalah blm teratasi P : intervensi dilanjutkan
24 Mei 2017	Penurunan curah jantung b/d penurunan kontraksi ventrikel	S : pasien mengatakan sudah mulai bertenaga O : pasien sudah tampak tidak pucat, akral teraba hangat, TD : 110/80mmHg, N: 74x/i A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
	Gangguan pertukaran gas b/d edema paru	S : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi O : pasien tampak tidak sesak RR : 20 x/i A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

	kelebihan volume cairan b/d retensi natrium dan air	S : pasien mengatakan kaki sudah tidak bengkak lagi O : edema pada kaki sudah tidak ada, urin 1500 cc/hari, warna kekuningan. A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
--	---	---

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif

Waktu Pelaksanaan	DX. Kep	Tindakan Keperawatam	Paraf
Rabu 14 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	S: - Pasien mengatakan badannya masih lemah - Pasien mengataka nyeri di dada sudah tidak terasa O: - Pasien tampak sesak - Posisi semi fowler - Terpasang O2 binasal 5 liter/menit - Tampak masih menggunakan otot bantu nafas - Tanda-tanda vital : TD:130/90 mmHg      RR:30x/menit Nadi :88 x/Ii      Suhu:36,5°C A :Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udema paru	S : - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan nafas masih sesak O : - Kulit tampak pucat - Konjungtiva anemis - CRT> 2 detik - Akral teraba dingin - Tanda-tanda vital TD:130/90 mmHg      RR:30x/menit Nadi :88 x/Ii      Suhu:36,5°C - Terpasang binasal 5 lt/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	Intoleransi aktivitas b/d kelelahan	S: - Pasien mengatakan mudah lelah - Pasien mengatakan beraktifitas masih di bantu sama keluarga dan perawat O : - Tampak pasien lemah - Pasien tampak beraktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Konjungtiva anemis - Tanda-tanda vital TD:130/90 mmHg,      RR:28x/menit,	

		<p>Nadi :88 x/li      Suhu:36,5o C</p> <p>-Hasil laboratorium: Hb 11.8 gr/dl, Hematokrit 32 %</p> <p>A: masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
Kamis , 15 maret 2018	<p>Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan badan masih terasa lemah -Pasien mengatakan kadang terasa pusing dan kedinginan</p> <p>O:</p> <p>-Pasien masih tampak lemah -Tanda-tanda vital TD 130/100mmHg      Nadi:90 x/menit, RR: 27 x/menit,      Suhu :36.6 oC.</p> <p>-Terpasang O2 binasal 5 lpm -Terpasang IVFD NaCl0,9% 16 tts/menit.</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udema paru</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan badan terasa lemah -Pasien mengatakan masih sesak napas tapi tidak separah kemarin</p> <p>O :</p> <p>-Kulit tampak pucat -Konjungtiva anemis -CRT&gt; 2 detik -Pasien tampak masih sesak napas -Tanda-tanda vital TD 130/100mmHg      Nadi:90 x/menit, RR: 27 x/menit,      Suhu :36.6 oC.</p> <p>-Hasil lab : Natrium 140 mg/dl Kalium 2.7 mg/dl -Akral teraba dingin</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelelahan</p>	<p>S:</p> <p>-Pasien mengatakan mudah lelah</p> <p>O :</p> <p>-Tampak pasien lemah -Konjungtiva anemis -Tanda-tanda vital TD 130/100mmHg      Nadi:90 x/menit, RR: 27 x/menit,      Suhu :36.6 oC.</p> <p>-Hasil labor: Hb 11.8 gr/dl      Hematokrit 32 %</p> <p>A: masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
Jumat, 16 maret 2018	<p>Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan</p>	<p>S:</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah</p> <p>O:</p> <p>-Pasien tampak masih lemah</p>	

	kontraksi ventrikel kiri	-Posisi semifowler -Tanda tanda vital TD 140/90mmHg Nadi : 90x/menit RR: 26x/menit Suhu : 36,5°C -pasien tampak terpasang O <sup>2</sup> binasal 4lpm A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udepa paru	S : -Pasien mengatakan napas masih sesak tapi sedikit O : -Kulit tampak pucat -Konjungtiva anemis -CRT> 2 detik -Tanda-tanda vital TD:140/90 mmHg Nadi: 90x/menit RR:26x/menit Suhu : 36.5oC -Akral teraba dingin A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	Intoleransi aktivitas b/d kelelahan	S: -pasien mengatakan mudah lelah O: -tampak pasien lemah -konjungtiva anemis -tanda tanda vital TD: 140/90 mmHg Nadi : 90x/menit RR : 26x/menit suhu : 36,5°C -Hasil Laboratorium : Hb 11.8 gr/dl Hematokrit 32% A: masalah belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan	
Sabtu 17 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	S : - Pasien mengatakan badan sedikit terasa lemah O: -Pasien masih tampak sedikit lemah -Tanda-tanda vital TD 130/100mmHg Nadi:90 x/menit, RR: 27 x/menit, Suhu :36.6 oC. -Terpasang O <sub>2</sub> binasal 5 lpm -Terpasang IVFD NaCl0,9% 16 tts/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udepa paru	S : -Pasien mengatakan masih sesak napas tapi tidak separah kemarin O : -Kulit tampak pucat -Konjungtiva anemis -CRT> 2 detik -Pasien tampak masih sesak napas -Tanda-tanda vital TD 130/100mmHg Nadi:90 x/menit,	

		<p>RR: 27 x/menit, Suhu :36.6 oC.          -Akral teraba dingin          A : masalah belum teratasi          P : intervensi dilanjutkan</p>	
	Intoleransi aktivitas b/d keletihan	<p>S:          -Pasien mengatakan mudah lelah          O :          -Tampak pasien lemah          -Konjungtiva anemis          -Tanda-tanda vital          TD:130/90mmHg, Nadi:88x/menit,          RR: 25x/menit, Suhu 36,6o C.          A: masalah belum teratasi          P: intervensi dilanjutkan</p>	
Minggu 18 maret 2018	Penurunan curah jantung b/d penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri	<p>S:          -Pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang          -Pasien mengatakan badan sudah bertenag          O:          -Pasien tampak tenang          -Tidak menggunakan otot bantu nafas          -Tanda-tanda vital          TD:120/90mmHg, Nadi:87x/menit,          RR: 25x/menit, Suhu 36,8o C.          -CRT &lt; 2 detik          -Masih terpasang O2 binasal 4 ltpm          A : Masalah teratasi sebagian          P : Intervensi dihentikan</p>	
	Gangguan pertukaran gas b/d perembesan cairan ke alveoli, udema paru	<p>S :          -Pasien mengatakan napas sudah tidak sesak          O :          -Konjungtiva anemis          -Tanda-tanda vital          TD:120/90mmHg, Nadi:87x/menit,          RR: 25x/menit, Suhu 36,8o C.          -Akral teraba hangat          -Hasil lab tanggal 15 Maret 2018:          Hb 12 g/dl,          Leukosit 9.876 /mm<sup>3</sup>,          Trombosit 174.000 mm<sup>3</sup>,          Hematokrit 38 %          A : Masalah teratasi sebagian          P : Intervensi dihentikan</p>	
	intoleransi aktivitas b/d keletihan	<p>S:          -Pasien mengatakan mudah lelah          O :          -Tampak pasien lemah          -Konjungtiva anemis          -Tanda-tanda vital          TD:120/90mmHg, Nadi:87x/menit,          RR: 25x/menit, Suhu 36,8o C.          -Hasil lab tanggal 15 Maret 2018:          Hb 12 g/dl,</p>	



		Leukosit 9.876 /mm <sup>3</sup> , Trombosit 174.000 mm <sup>3</sup> , Hematokrit 38 % A: masalah belum teratasi P: Intervensi dihentikan	
--	--	--	--

## B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) yang telah dilakukan pada pasien 1 tanggal 18 Mei 2017-24 Mei 2017 sedangkan pasien 2 pada tanggal 11 Maret 2018- 18 Maret 2017 di Ruang Penyakit Dalam Pria RSUP DR. M. Djamil Padang. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pembahasan dari asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif di Ruang Penyakit Dalam Pria RSUP DR. M. Djamil Padang adalah sebagai berikut:

### 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan pada 2 pasien. pasien 1 dilakukan pada tanggal 18 Mei 2017 Jam 08.49 WIB dan pada pasien 2 dilakukan pada tanggal 14 Maret 2018. Hasil dari pengkajian tersebut sebagai berikut :

Pada pasien 1 berusia 62 Tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SMU dengan diagnosa medis CHF fc III + CKD Stage V + BP dengan keluhan Sesak nafas, sesak di rasakan meningkat saat beraktifitas, tubuh terasa lemah. sedangkan pasien 2

berusia 52 Tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan PNS, pendidikan terakhir Sarjana/S1 dengan diagnosa medis CHF fc II ec CAD 44D + Aki rifle I dd + DM tipe II dengan keluhan sesak nafas, tampak lemah. Keluhan yang dirasakan oleh pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori menurut Brunner & Suddarth (2017) bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan kongesti pulmonal berupa dipsnea/ sesak nafas saat beraktifitas, kelelahan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan.

Pada riwayat penyakit keluarga pasien 1 dan 2 mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengannya. Pada perilaku yang mempengaruhi kesehatan pasien 1 merokok sejak SMU dan sering mengkonsumsi gorengan dan makanan bersantan sedangkan pasien 2 dahulu adalah perokok berat memiliki kebiasaan merokok 2 bungkus sehari. Menurut asumsi penulis kebiasaan pada kedua pasien ini lah yang menjadi pemicu penyakit tersebut. Seperti teori yang dikemukakan oleh pangabea (2009) bahwa penyakit jantung sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh usia, hipertensi, iskemia, stres, merokok, olahraga tidak teratur dan lain lain.

Menurut Teori (Aspiani, 2016) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada gagal jantung kongestif yaitu laboratorium radiologi, EKG, dan USG jantung. Pada kasus ini pasien 1 dan 2 dilakukan pemeriksaan laboratorium dan radiologi : Foto thorax. Akan tetapi pada

kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan  $\text{F} \text{ } \text{G}$  dan USG jantung. Penulis berpendapat bahwa pemeriksaan jantung harus dilakukan pemeriksaan yang demikian lengkap seperti teori yang ada untuk membantu penegakan diagnose medis untuk terapi yang tepat sesuai penyebab gagal jantung kongestif itu sendiri.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan Congestive heart failure berdasarkan SDKI adalah : Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler, Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis : nyeri saat bernafas), Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas, Nyeri akut b.d gen penera fisiologis (Mis : Iskemia), Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena, Intoleransi aktifitas b.d kelemahan, Ansietas b.d kurang terpapar informasi, Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis : stress, keengganan untuk makan), Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan

Berdasarkan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, dan radiologi pada pasien 1 ditemukan 3 masalah keperawatan dan pada pasien 2 ditemukan 3 masalah keperawatan yang dasar penegakkannya menggunakan Nanda Internasional (2015-2017).

Berikut masalah keperawatan antara pasien 1 dan pasien 2 :

- a. Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraksi vertikel

Masalah ini ditemukan pada pengkajian pasien 1 dan 2. Penegakan dilakukan berdasarkan Nanda (2015) dengan data keluhan pasien 1 : Pasien mengatakan tubuh terasa lemah, data objektif yang didapatkan : warna kulit sedikit pucat, akral teraba dingin, tanda-tanda vital : TD:90/80 mmHg, N : 58x/menit. Sedangkan pada pasien 2 : Pasien mengatakan tubuh terasa lemah, dan mudah merasa lelah, data objektif yang didapatkan : pasien tampak pucat, tekanan darah mengalami kenaikan 140/90mmHg, N: 96x/menit RR:38x/menit S:37°C, hasil laboratorium: Hb:11,8 gr/dl, hematokrit:49%, trombosit: 142.000/mm<sup>3</sup> PT:15.4 dan APTT:47,9. Data tersebut sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang terdapat pada Nanda internasional (2015-2017). Namun penulis melihat bahwa pada data pengkajian terdapat data lain yang menunjang dan sesuai dengan batasan karakteristik yang ada, tetapi peneliti pasien 1 tidak menginput data pada penenggakkan diagnosa yaitu : edema, dipsnea, dan oliguria.

Sedangkan pada peneliti pasien 2 tidak menginput data dispnea pada penengakkan diagnosa tersebut.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dimana dalam hal ini penulis berpendapat data pada pasien 1 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain : data mayor (bradikardi, TD menurun, tampak pucat, edema, dispnea, oliguria) dan data minor (pasien tampak gelisah ). Dan pada pasien 2 data juga menunjang untuk diangkat diagnosa berikut data mayor (mengatakan lelah, tampak pucat, TD meningkat, Dispnea, akral teraba dingin) dan data minor (-). Tetapi pada SDKI diagnosa menjadi “penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan pre-load ditandai dengan lelah, tekanan darah menurun/meningkat, warna kulit pucat” Penulis berpendapat bahwa setiap kegagalan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh dapat menurunkan curah jantung.

b. Gangguan pertukaran gas b.d edema paru

Masalah ini ditemukan pada pengkajian pasien 1 dan 2. Penegakan dilakukan berdasarkan Nanda internasional (2015-2017) dengan data keluhan pasien 1 : pasien mengatakan nafas terasa sesak , data objektif yang didapatkan : pasien tampak sesak nafas , RR : 25x/menit, bunyi nafas : ronchi (-) Wheezing (-), hasil lab : PCO<sub>2</sub> (30 mmol/L) , PO<sub>2</sub> (140mmol/L), Ph (7,43). Sedangkan

pada pasien 2 pasien mengatakan mudah lelah dan badan terasa lemah, data objektif yang didapatkan : tampak lemah dan pucat, CRT >3 detik (Pada data CRT ini mengalami kesenjangan yaitu peneliti menyebutkan pada lembar pengkajian bahwa CRT>2 detik sementara penulis menyebut pada saat penegakan diagnosa bahwa data CRT>3detik), akral teraba dingin, konjungtiva anemis, perkusi paru bagian kanan redup, bronkovesikuler, TD : 140/90mmHg N : 96x/menit RR : 38x/menit, Ph : 7,489 PCO<sub>2</sub> : 21,1 mmHg, PO<sub>2</sub> : 192,2mmHg, HCO<sub>3</sub> : 159mmol. Data tersebut sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang terdapat pada Nanda international (2015-2017).

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data yang didapatkan sudah menunjang untuk ditegakkan diagnosa gangguan pertukaran gas sesuai SDKI. Pada pasien 1 dengan data mayor ( dipsnea, PO<sub>2</sub> meningkat, PCO<sub>2</sub> menurun, Ph 7,43) dan data minor (tampak gelisah, kulit pucat, pola nafas cepat). Sedangkan pasien 2 dengan data mayor (dipnea, PO<sub>2</sub> menurun, PCO<sub>2</sub> meningkat, Ph meningkat) dan data minor (tampak pucat, pola nafas cepat). Tetapi pada SDKI diagnosa menjadi “gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan dipsnea, PCO<sub>2</sub> menurun, PO<sub>2</sub> menurun”.

Penulis berasumsi bahwa gejala sesak yang timbul pada pasien 1 dan 2, muncul sebagai akibat dari terjadinya kongesti pada paru sehingga mengganggu proses sirkulasi pernafasan. Sesak nafas merupakan tanda gejala khas pada gagal jantung kiri. Ini sesuai dengan teori (Aspiani, 2016) bahwa gagal jantung kiri akan muncul gejala sesak napas.

c. Kelebihan volume cairan b.d retensi natrium dan air

Masalah keperawatan ini hanya ditemukan pada pasien 1 Penegakan dilakukan berdasarkan Nanda internasional (2015-2017) dengan data keluhan : pasien mengatakan kakinya bengkak, edema ekstremitas bawah. Data objektif yang didapat : Edema derajat 1 kedalaman 3mm, urin pasien 700cc, warna urine tampak kecoklatan. Data tersebut sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang terdapat pada Nanda international (2015-2017). Namun penulis melihat bahwa pada data pengkajian terdapat data lain yang menunjang dan sesuai dengan batasan karakteristik yang ada, tetapi peneliti pasien 1 tidak menginput data pada penengakkan diagnosa yaitu : dipsnea/sesak.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data yang didapatkan sudah menunjang untuk ditegakkan diagnosa kelebihan volume cairan sesuai SDKI. Dengan data mayor: dipsnea,edema dan Data minor : kadar Hb/ Ht turun,

oliguria. Tetapi pada SDKI diagnosa vmenjadi “Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dipsnea, edema, oliguria”.

Penulis berasumsi bahwa edema pada pasien muncul dari penumpukan cairan akibat dari terganggunya mekanisme keseimbangan cairan sebagai tanda dari gagal ventrikel kanan memompa sehingga semua darah yang kembali dari vena tidak dapat terakomodasi. Ini sesuai dengan teori (Aspiani,2016) bahwa gagal jantung kanan akan menimbulkan gejala edema.

d. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan

Masalah keperawatan ini hanya ditemukan pada pasien 2 Penegakan dilakukan berdasarkan Nanda internasional (2015-2017) dengan data keluhan : mudah lelah, badan terasa lemah, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif yang didapat : tampak pucat, TD:140/90mmHg N:96cx/menit, RR:38x/menit, S:37°C, hasil laboratorium : Hb 11,6 gr/dl, hematokrit 49%, tromobosit 142.000/mm<sup>3</sup>. Data tersebut sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang terdapat pada Nanda international (2015-2017).

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data yang didapatkan belum menunjang untuk ditegakkan diagnosa intoleransi aktifitas sesuai SDKI. Dengan data



mayor : mengeluh lelah dan Data minor : merasa lemah, dyspnea saat/setelah aktifitas. Data mayor hanya naik 50% sementara penegakkan diagnosa harus 80-100% dimana seharusnya peneliti melakukan pengkajian dan pendokumentasian terhadap frekuensi jantung yang mengalami peningkatan atau tidak pada saat melakukan aktivitas. Sehingga berdasarkan SDKI diagnosa intoleransi aktifitas tidak dapat ditegakkan.

Penulis berasumsi bahwa intoleransi aktifitas pasien muncul dari kurangnya suplai  $O_2$  ke jaringan sehingga menimbulkan penumpukan ATP yang mengakibatkan gejala kelelahan. Gejala ini sesuai pula dengan klasifikasi kelas fungsional gagal jantung menurut NYHA (New York Heart Association) dimana pada kelas fungsional kedua akan menimbulkan gangguan aktifitas ringan berupa gejala keletihan dan palpitasi pada aktifitas biasa.

e. Resiko infeksi

Menurut penulis diagnosa resiko infeksi dapat diangkat sebagaimana ditinjau dari pengertian diagnosa resiko sendiri menurut SDKI sebagai berikut diagnosa resiko ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/ gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan peneliti pada pasien 1 dan peneliti pada pasien 2, didapatkan data bahwa kedua pasien terpasang kateter dan infus sehingga penulis berpendapat diagnosa resiko infeksi dapat diangkat dengan faktor resiko : Efek prosedur invasif (berupa pemasangan infus dan kateter).

### **3. Perencanaan**

Berdasarkan data diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, pada tahap ini penulis akan membahas keterkaitan antara perencanaan yang dibuat dengan teori yang dipakai.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : efektivitas pompa jantung, status sirkulasi, dan tanda vital dengan intervensi berdasarkan NIC: perawatan jantung, pemantauan tanda vital.

Sedangkan Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa penurunan curah jantung b.d perubahan preload sebagai berikut : kriteria hasil (curah jantung L:02008) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu : tanda tanda vital dalam batas normal TD 110-120/70-80 mmHg, kekuatan nadi perifer meningkat, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada edema dengan perencanaan (perawatan jantung I.02075) Identifikasi tanda/gejala

primer penurunan curah jantung, Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, Monitor intake dan output cairan, Monitor keluhan nyeri dada, Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, *jika perlu*, Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, Kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan edema paru dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : Status respirasi : pertukaran gas, Ventilasi dengan intervensi berdasarkan NIC : manajemen jalan nafas, terapi oksigen, pemantauan tanda vital.

Sedangkan Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler sebagai berikut : kriteria hasil (Pertukaran gas L.01003) : Dyspnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pola nafas membaik,  $PCO_2$  dan  $O_2$  membaik. Dengan perencanaan (Pemantauan Respirasi I.01014) : Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas, Monitor pola nafas, Monitor kemampuan batuk efektif , Monitor nilai AGD, Monitor saturasi oksigen, Auskultasi bunyi nafas, Dokumentasikan hasil pemantauan, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : elektrolit dan asam basa/ keseimbangan elektolit, keseimbangan cairan, dan kelebihan volume cairan dengan intervensi berdasarkan NIC: Management cairan dan Pemantauan cairan.

Sedangkan Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi sebagai berikut : kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu :Terbebas dari edema, Haluaran urin meningkat, Mampu mengontrol asupan cairan. Dengan perencanaan (Manajemen hipervolemia I.03114), Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes,dipsnea,edema, JVP/CVP meningkat,suara nafas tambahan), Monitor intake dan output cairan, Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia), Batasi asupan cairan dan garam, Anjurkan melapor haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, Ajarkan cara membatasi cairan, Kolaborasi pemberian diuretik.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : toleransi aktivitas dan daya tahan dengan

intervensi berdasarkan NIC: Management energi dan bantu perawatan diri.

Sedangkan Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa intoleransi aktivitas b.d kelemahan sebagai berikut : kriteria hasil: Toleransi aktivitas (L.05047) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu :Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan, Pasien mangatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun Dengan perencanaan (Manajemen energi I.050178) Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

#### **4. Implementasi keperawatan**

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

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dilaksanakan dalam waktu yang berbeda. Pada pasien 1 asuhan atau pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 18 Mei

2017 sampai dengan tanggal 23 Mei 2017. Sedangkan untuk pasien 2 pelaksanaan tindakan keperawatan dimulai tanggal 14 Maret 2018 sampai dengan tanggal 18 Maret 2018.

Pada pasien dengan gagal jantung perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki kontraktilitas atau perfusi sistemik, istirahat total dalam posisi semi fowler, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan, menurunkan volume cairan yang berlebih dengan mencatat asupan dan haluaran (Aspani, 2016).

Berdasarkan perencanaan yang dibuat, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai untuk mengatasi masalah keperawatan penurunan curah jantung b.d penurunan kontraksi ventrikel.

Pada pasien 1 hari pertama perawatan perencanaan yang dilakukan sebagai berikut : mengkaji adanya nyeri dada, mencatat adanya bradikardi, penurunan TD pada pasien, memonitor status kardiovaskuler : irama jantung, tekanan darah, memonitor status pernafasan pasien, memonitor balance cairan, mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan, memonitor adanya dipsnea, menganjurkan untuk menurunkan stress, memonitor suhu dan sianosis perifer, memberikan obat sesuai order dokter : Clopidogrel 1x 75mg, Candesartan 1x 16mg. Pada hari ke-2 dilakukan evaluasi adanya nyeri dada, mencatat adanya tanda dan gejala penurunan caardiac output,

memonitor status pernafasan yang menandakan heart failure, memonitor balance cairan, memonitor adanya perubahan nadi dan tekanan darah, mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan, memonitor adanya (dyspnea, ortopnea, dan takipnea), menganjurkan untuk menurunkan stress, pada hari ketiga dilakukan tindakan yang sama pada hari sebelumnya dan ditambah dengan memonitor status kardiovaskuler. Pada hari ke-4, 5 dan 6 dilakukan tindakan keperawatan yang sama seperti hari ketiga.

Sedangkan pasien 2 dilakukan tindakan keperawatan hari 1 sebagai berikut : memonitor tanda-tanda vital, memonitor adanya perubahan tekanan darah, memonitor sianosis perifer, mengevaluasi adanya nyeri dada, memonitor balance cairan, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sub>2</sub> 5 lpm, memonitor adanya dyspnea, ortopnea, dan takipnea. Pada hari ke-2 dilakukan tindakan keperawatan : memonitor tanda-tanda vital, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semi fowler, mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output, memonitor adanya perubahan tekanan darah, memberikan oksigen sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sub>2</sub> 4lpm, memonitor aliran oksigen dengan mengisi air humidifier. Hari ke-3 dilakukan tindakan keperawatan : memonitor TTV, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi semi fowler), auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, mempertahankan jalan nafas,

memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm, memonitor aliran oksigen dengan mengisi air humidifier. Hari ke-4 dilakukan tindakan keperawatan : mengukur TTV pasien, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semi fowler, mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output, memonitor adanya perubahan tekanan darah, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm, , memoniotr adanya (dipsnea, ortopnea, dan takipnea), memonitor jumlah dan irama jantung. Hari ke-5 dilakukan tindakan keperawatan : meonitor TTV, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semi fowler, memonitor adanya perubahan tekanan darah, menganjurkan pasien menurunkan stress dengan teknik nafas dalam, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 4lpm, memonitor adanya sianosis perifer.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pertukaran gas b/d edema paru.

Pada pasien 1 hari pertama perawatan, perencanaan yang dilakukan sebagai berikut : mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan seperti ronkhi, menganjurkan pasien nafas dalam, mengatur posisi semi fowler untuk mengurangi dipsnea, memonitor respirasi dan status O<sup>2</sup>, memonitor (rata-rata, kedalaman dan usaha respirasi), memonitor pola nafas: takipnea, mengobservasi



aliran O<sup>2</sup>, memberikan terpai O<sup>2</sup> binasal 4ltr. Pada hari ke-2 dilakukan memposisikan pasien semi foler untuk memaksimalkan ventilasi, mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara nafas tambahan, memonitor respirasi dan status O<sup>2</sup>, mempertahankan kepatenan jalan nafas, mengatur peralatan oksigen dengan pemeberian O<sup>2</sup> binasal 4 liter/menit, memonitor aliran oksigen, mempertahankan posisi pasien, mengobservasi adanya kecemasan, mengajarkan teknik nafas dalam untuk memaksimalkan ventilasi. Pada hari ke-3,4,5 dan 6 dilakukan tindakan yang sama dengan hari sebelumnya.

Sedangkan pasien 2 dilakukan tindakan keperawatan hari 1sebagai berikut : memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm, memonitor liter oksigen, mempertahankan jalan nafas paten, memberikan nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic. Hari ke-2 dilakukan tindakan keperawatan : memonitor oksigen dan efektifitas O<sup>2</sup>, mengatur penggunaan perangkat O<sup>2</sup> yang memudahkan mobilitas dan mengajarkan pasien (memonitor frekuensi, kedalaman dan kekuatan respirasi), memantau ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan asidosis metabolic(kelebihan natrium magnesium dan kalium). Hari ke-3 dilakukan tindakan keperawatan : memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm, memonitor liter oksigen, mempertahankan jalan paten nafas, memberikan nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic. Hari ke-4

dilakukan tindakan keperawatan : memonitor oksigen dan efektifitas O<sup>2</sup>, mengatur penggunaan perangkat O<sup>2</sup> yang memudahkan mobilitas dan mengajarkan pasien, memonitor liter oksigen, mempertahankan jalan paten nafas, memantau tanda dan gejala cardiopulmonary memburuk asidosis metabolic, memonitor (frekuensi, kedalaman dan kekuatan respirasi).

Berdasarkan perencanaan yang dibuat, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai untuk mengatasi masalah keperawatan kelebihan volume cairan b/d retensi. Pada pasien 1 hari pertama perawatan perencanaan yang dilakukan sebagai berikut : mempertahankan catatan intake output yang akurat, memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine), memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi, mengkaji luas dan lokasi edema, memonitor status nutrisi (diet DJ 1800kkal ML), pemberian inj.lasix 1x20gr, melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk, menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi, menentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan, memonitor tekanan darah ortostatik dan perubahan irama jantung. pada hari ke-2,3,4,5 dan 6 dilakukan tindakan yang sama seperti hari 1 perawatan.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktifitas b/d kelelahan. Pada pasien 2

perawatan perencanaan yang dilakukan hari ke-1 sampai ke-4 sebagai berikut : menilai status fisiologis pasien untuk mengurangi kelelahan sesuai umur dan perkembangannya, anjurkan mengungkapkan yang dirasakan tentang keterbatasan, monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber energy yang adekuat, bantu pasien dalam memenuhi ADL, membantu pasien dalam menerima kebutuhan ketergantungan.

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan, Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Hasil evaluasi pasien 1 pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel teratasi pada hari ke-6 karena pasien mengatakan sudah mulai bertenaga, pasien sudah tampak tidak pucat, akral teraba hangat, TD: 110/80mmHg N:74x/menit. Sedangkan pada pasien 2 masalah teratasi sebagian pada hari ke-5 dengan data subjektif : pasien mengatakan sesak dan badan sudah bertenaga. Data objektif : pasien tampak tenang, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, TD: 120/90mmHg, N:87x/menit, RR:25x/menit, Suhu: 36,8°C, CRT <2detik, masih terpasang O<sub>2</sub> binasal 4 lpm.

Hasil evaluasi pasien 1 pada diagnosa gangguan pertukaran gas b.d edema paru masalah teratasi hari ke-6 karena pasien mengatakan sudah tidak lagi sesak nafas, pasien tampak tidak sesak, RR: 20x/menit. Sedangkan pada pasien 2 teratasi sebagian pada hari ke-5 dengan data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak sesak data objektif: konjungtiva anemik, TD: 120/90mmHg, N:87x/menit, RR:25x/menit, suhu:36,8°C, akral teraba hangat, hasil laboratorium pada tanggal 15 maret 2018 : Hb:12g/dl, Leukosit :9.876/mm<sup>3</sup>, trombosit:174.000mm<sup>3</sup>, hematokrit 38%.

Hasil evaluasi pasien 1 pada diagnosa kelebihan volume cairan b.d retensi natrium dan air teratasi pada hari ke-6 karena pasien mengatakan kaki sudah tidak bengkak. Tampak edema pada kaki sudah tidak ada, urin 1500cc/hari, warna kekuningan.

Hasil evaluasi pasien 2 pada diagnosa intoleransi aktivitas b.d kelelahan belum teratasi dengan data subjektif : pasien mengatakan mudah lelah dan data objektif : pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, TD: 120/90mmHg, N:87x/menit, RR:25x/menit, suhu:36,8°C, akral teraba hangat, hasil laboratorium pada tanggal 15 maret 2018 : Hb:12g/dl, Leukosit :9.876/mm<sup>3</sup>, trombosit:174.000mm<sup>3</sup>, hematokrit 38%.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil *review* 2 karya tulis ilmiah dari media internet dengan mengambil sampel sebanyak 2 pasien. Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### 1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat dari dua kasus yang sama yaitu pengkajian pasien 1 pada tanggal 18 Mei 2017 pada pukul 08.49 WIB dan pengkajian pasien 2 pada tanggal 14 Maret 2018 menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama yang dirasakan oleh pasien 1 dan 2 yaitu sesak napas, badan terasa lemas serta tidur tidak nyenyak dan sering terbangun. Namun ada juga keluhan yang berbeda antara pasien 1 dan 2 yang dirasakan oleh pasien 1 dan 2 yaitu pasien 1 mengeluh sesak meningkat saat beraktivitas, dan edema pada ekstremitas bawah, sedangkan pada pasien 2 tidak terdapat edema, dan sesak dirasakan saat istirahat.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Pada penegakkan diagnose keperawatan ditemukan persamaan dan perbedaan antara pasien 1 dan 2 yaitu pasien 1 memiliki 3 diagnosa keperawatan diantaranya penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, kelebihan volume cairan. Sedangkan pasien 2 memiliki 3 diagnose keperawatan diantaranya penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas. Di dalam teori muncul 10 diagnosa keperawatan namun pada review kasus hanya muncul 4 diagnosa keperawatan.

### 3. Perencanaan

Hasil review yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti monitor TTV, monitor status kardiovaskuler, monitor balance cairan, menganjurkan untuk menurunkan stress, mengatur posisi pasien, monitor tanda gejala edema , pemberian terapi oksigen, dan lain lain.

### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnose keperawatan yang dibuat antara pasien 1 dan 2 seperti mengkaji adanya nyeri, memonitor status kardiovaskuler, memonitor TTV, memonitor balance cairan, memberikan obat, dan lain lain. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

### 5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dilakukan selama 7 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 18 sampai 24 Mei 2017 sedangkan pada pasien 2 dilakukan selama 4 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 14 sampai 18 Maret 2018 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi akhir yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami kedua pasien ada yang hanya teratasi sebagian, serta belum teratasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ada pula yang sudah teratasi sepenuhnya .

## **B. Saran**

### 1. Bagi Rumah Sakit

Bagi pihak rumah sakit agar dapat meningkatkan penanganan pasien gagal jantung kongestif terutama kerja sama dengan semua tenaga kesehatan dalam hal edukasi untuk pasien serta keluarga mengenai pola hidup dan pola kebiasaan yang sehat.

### 2. Bagi pasien

Diharapkan pasien dapat mengubah pola hidup lebih sehat, menekan faktor resiko seperti : hipertensi dan tetap melakukan cek kesehatan rutin karena merupakan tindakan yang sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi gagal jantung yang terjadi.

### 3. Bagi keluarga pasien

Diharapkan keluarga pasien bisa berperan sebagai supporting educartive system dalam program rehabilitatif pasien gagal jantung dirumah. Keluarga pasien dapat memberikan dukungan dan pertolongan dalam setiap aktifitas yang dilakukan pasien agar pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

### 4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, dan dapat lebih teliti dalam melakukan pengkajian serta pengolahan data yang menyeluruh dengan tepat dan akurat sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ananda Putra, R. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Bangsal Jantung RSUP Dr.Djamil Padang*. Retrieved From [Http://Pustaka.Poltekkespdg.Ac.Id/Index.Php?P=Show Detail&Id= 5245&Keywords=](Http://Pustaka.Poltekkespdg.Ac.Id/Index.Php?P=Show%20Detail&Id=5245&Keywords=)
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta.
- Aspaiani,R.Y. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler : aplikasi nic&noc*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. 1–172. Retrieved from [http://bppsdkemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/praktika-dokumen keperawatan - dafis. pdf](http://bppsdkemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/praktika-dokumen%20keperawatan-dafis.pdf).
- Gledis, M., & Gobel, S. (2016). Hubungan Peran Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Rs Gmibm Monompia Kota Mabagu Kabupaten Bolaang Mongondow. *Elektronik Keperawatan*, 4(2), 1–6. <https://doi.org/10.22460/infinity.v2i1.22>.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.
- Mahananto, F., & Djunaidy, A. (2017). Simple Symbolic Dynamic of Heart Rate Variability Identify Patient with Congestive Heart Failure. *Procedia ComputerScience*, 124, 197–204.<https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.12.147>.
- Melanie, R. (2012). Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur terhadap Kualitas Tidur dan Tanda Vital Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur Terhadap Kualitas Tidur Dan Tanda Vital Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*, 15.
- Nugroho, F. A. (2018). Perancangan Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Jantung dengan Metode Forward Chaining. *Jurnal Informatika Universitas Pamulang*, 3(2), 75. <https://doi.org/10.32493/informatika.v3i2.1431>.
- Nurdamailaila.(2017). *Congestive Heart Failure (Gagal Jantung*. diakses pada tanggal 20/08/2019 melalui <https://nurdamailaia.blogspot.com/2017>.








- Nurarif,a.h. (2015).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda Nic Noc*.yogyakarta : medication publishing yogyakarta.
- Ongkowijaya, J., & Wantania, F. E. (2016). *Hubungan Hiperurisemia Dengan Kardiomegali Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif*. 4, 0–5.
- Pertiwiwati, E., & Rizany, I. (2017). Peran Educator Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Di Ruang Tulip 1c Rsud Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 4(2), 82. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i2.2509>.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP . (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- Priharjo, robert. (2013). *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Pusat Data dan Informasi. (2014). Infodatin : Situasi Kesehatan Jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 1–8. Retrieved from [www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf](http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf).
- Russel, D. M. (2011). *6 Bebas Dari Penyakit Paling Mematikan* (Tim MedPre). Yogyakarta.
- Smeltzer,S. C., Bare, B. G.,2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Brunner & suddarth. Vol.2.E/8”. Jakarta : EGC.
- Starry Homenta, R. (2014). *Buku Praktis Kardiologi*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI.

Wulandari, Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam Pria IRNA Non-Bedah RSUP Dr.Djamil Padang*. Retrieved From [http://Pustaka.PoltekkesPdg.Ac.Id/Index.Php?P=Show\\_Detail&Id=4312&Keyword=Yani+Wulandari](http://Pustaka.PoltekkesPdg.Ac.Id/Index.Php?P=Show_Detail&Id=4312&Keyword=Yani+Wulandari)

Lampiran 1






**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
 NIM : P07220117047  
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Di RSUD Dr. Kanudjoso Djartiwibowo Balikpapan Tahun 2020  
 Nama pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,S.K.M,M.PH (Pembimbing I)

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Minggu, 12 Januari 2020	- BAB I	- Buat kata pengantar - Memperbaiki pengaitan - latar belakang masalah ditambahkan - lanjut BAB II dan Bab III	
2.	Minggu, 19 Januari	- BAB I - BAB III	- BAB I Acc - BAB II : Perbaiki Penulisan - Sumber Patuan - Penulisan Tabel Harus konsisten - Tambahkan Anggs - Lanjut BAB III + Dapus	
3.	Minggu, 26 Januari 2020	- BAB II - BAB III - Daftar pustaka	Bab II Acc Bab III → dokumentasi dituliskan data sekunder primer & sekunder → bawla bg: → Acc. Daftar pustaka Acc.	
4.	Minggu, 08 Februari 2020	B I → B III KATA PENGANTAR DAFTAR PUSTAKA.	- Perbaiki Penulisan daftar pustaka - Tambahkan entang usia BAB I - lengkapi	
5.	Minggu, 23/2/20	Kata Pengantar Daftar pustaka.	- kata pengantar diperbaiki - daftar pustaka diperbaiki - lanjut ujian proposal → III.	











## LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
 NIM : P07220117047  
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Di RSUD Dr. Kanudjoso Djartiwibowo Balikpapan Tahun 2020  
 Nama pembimbing : Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd (Pembimbing 2)

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Rabu, 19 Januari 2020	Kata Pengantar BAB I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Pengetikan</li> <li>- Latar belakang ditambahkan penyebab, masalah Keperawatan, intervensi</li> </ul>	
2.	Rabu, 22 Januari 2020	Kata Pengantar BAB I BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Pengetikan</li> <li>- Peran Perawat ditambahkan</li> <li>- Tambahkan penelitian sebelumnya</li> <li>- Perbaiki sumber, surutkan JPKI, SKI, SIKI</li> </ul>	
3.	Selasa, 04 Februari 2020	BAB I BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penelitian diperbaiki pada BAB I</li> <li>- Pengetikan BAB II diperbaiki</li> <li>- Pathway ditambahkan penyebab awal</li> <li>- Tujuan intervensi sesuai SKI</li> <li>- Perbaiki definisi operasional BAB III</li> </ul>	
4.	Selasa, 11 Februari 2020	Kata Pengantar BAB 2, II, III Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Penulisan Daftar Pustaka</li> <li>- Lengkapi lembar dan daftar</li> </ul>	
5.	Ramat, 21 Februari 2020	Kata Pengantar Bab 2, II, III Daftar Lampiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan dan Pengetikan</li> <li>- Lengkapi intervensi (obs, Terapeutik, edukasi, kolaborasi)</li> </ul>	



### LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
 NIM : P07220117047  
 Judul Asuhan : “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestive (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”  
 Nama pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,S.K.M,M.PH (Pembimbing 1)

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING	TTD MHS
1.	Sabtu,25 April 2020	Konsultasi kasus yang akan diambil dan cara pembuatan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Mengambil kasus sesuai dengan judul kasus yang dimiliki</li> <li>➢ Pembahasan berisi : intrepertasi aspek kasus masing-masing klien tersebut dibahas dan dijelaskan</li> </ul>		
2.	Kamis ,30 April 2020	Konsultasi BAB IV : Hasil dan Pembahasan	(Feedback tgl 03 Mei 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Tanggal observasi pengkajian mana ?</li> <li>➢ Pemeriksaan respirasi pada klien 2 dengan DX gangguan pertukaran gas, cek kembali</li> <li>➢ Klien 1 ditemukan keluhan bed rest total mengapa tidak diangkat intoleransi aktivitas, cek kembali</li> <li>➢ Klien 1 dan 2 terpasang kateter dan infus, dapat diangkat diagnose resiko infeksi</li> </ul>		
3.	Selasa, 5 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB IV : Hasil dan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Bab IV ACC</li> <li>➢ Lanjut BAB V : kesimpulan (menjawab tujuan kasus) dan saran (tanggapan atas Kritik individu klien kepada : pasien, Keluarga, masyarakat, petugas kesehatan)</li> </ul>		
4.	Kamis, 7 Mei 2020	Konsultasi BAB V : Kesimpulan dan saran	(Feedback tgl 8 Mei 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Kesimpulan disingkat saja semua yang ada dipembahasan tidak perlu dimasukkan</li> <li>➢ Saran: tambahkan pada pasien keluarga atau masyarakat</li> </ul>		
5.	Jumat, 08 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB V : Kesimpulan dan saran	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ACC</li> </ul>		





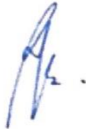



### LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
NIM : P07220117047  
Judul Asuhan : "Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestive (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit"  
Nama pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,S.K.M,M.PH (Pembimbing 1)

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING	TTD MHS
1.	Kamis, 14 Mei 2020	Konsultasi BAB 1-5 : Hasil perbaikan KTI setelah ujian akhir	(feedback tgl 22 Mei 2020) ➤ Perbaikan sudah sesuai dengan saran pembimbing ➤ Perbaikan untuk di konsulkan dengan penguji yang lain ➤ ACC Karya Tulis Ilmiah		



**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
 NIM : P07220117047  
 Judul Asuhan : “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (Chf) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”  
 Nama pembimbing : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd (Pembimbing 2)

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING	TTD MHS
1.	Sabtu, 25 April 2020	Konsultasi kasus yang akan diambil dan cara pembuatan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Tidak disarankan mengambil kasus pada 1 sumber KTI (analisis sulit)</li> <li>➢ Boleh menggunakan kasus kelolaan adik tingkat</li> </ul>		
2.	Kamis, 30 April 2020	Konsultasi BAB IV : Hasil dan Pembahasan	(Feedback tgl 04 Mei 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Sebagian besar sudah bagus</li> <li>➢ Hanya saja bagian awal BAB IV dibahas mereview penelitian siapa, diceritakan sedikit data yang anda review</li> </ul>		
3.	Selasa, 5 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB IV : Hasil dan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Bab IV ACC</li> <li>➢ Dilengkapi abstrak</li> <li>➢ Siap ujian tanggal 11 mei 2020</li> </ul>		
4.	Kamis, 7 Mei 2020	Konsultasi BAB V : Kesimpulan dan saran  Dan konsultasi perubahan pada BAB III	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Seharusnya bab 3 dirubah menyesuaikan</li> <li>➢ Studi literatur nya ditulis saja</li> </ul>		

## LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Fajriah Nur Rahmadhani  
NIM : P07220117047  
Judul Asuhan : "Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (Chf) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit"  
Nama pembimbing : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd (Pembimbing 2)

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING	TTD MHS
1.	Kamis, 14 Mei 2020	Konsultasi BAB 1-5 : Hasil perbaikan KTI setelah ujian akhir	(feedback tgl 11 juni 2020) ➤ Perbaikan sudah sesuai dengan saran pembimbing ➤ Perbaikan untuk di konsulkan dengan penguji yang lain ➤ ACC Karya Tulis Ilmiah		



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Tempat

Penelitian dilakukan di RSUP DR.M.Djamil Padang tepatnya di IRNA Non-Bedah Penyakit Dalam yang berhadapan dengan IRNA Kebidanan dan Anak. IRNA penyakit dalam dibagi menjadi 3 lantai yaitu HCU, penyakit dalam pria dan penyakit dalam wanita. Penelitian dilakukan peneliti di penyakit dalam pria, yang terdiri dari wing A dan wing B. IRNA penyakit dalam pria dipimpin oleh seorang karu, dan dibantu oleh katim di masing-masing wing. Terdapat sekitar 25 orang perawat yang terdiri atas katim dan perawat pelaksana yang dibagi menjadi 3 shift, pagi, siang, dan malam. Selain perawat ruangan beberapa mahasiswa praktik dari berbagai instiusi pendidikan juga ikut andil dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Sarana prasarana yang tersedia di ruang penyakit dalam pria berupa 72 tempat tidur dan 25 ruangan di tiap-tiap wing.

#### B. Deskripsi Kasus

partisipan I berumur 62 tahun datang ke RSUP Dr. M. Djamil pada tanggal 16 Mei 2017 pukul 21.30 WIB rujukan dari RSUD Lubuk Basung, dengan keluhan sesak nafas meningkat sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, nyeri pada dada sebelah kiri, durasi 20 menit, skala nyeri 5, tanda-tanda vital pasien yaitu, TD : 140/70 mmHg, HR : 92 w/i, RR : 28 w/i dan suhu : 36,5 °C. Diagnosa medis pada partisipan I yaitu Congestive Heart Failure (CHF) fc III + CKD Stage V + Bronkopneumonia.

Partisipan 2 berumur 53 tahun datang ke RSUP Dr. M. Djamil padang pada tanggal 20 Mei 2017 pukul 23.02 WIB rujukan dari RS Siti Rahmah, dengan keluhan sesak nafas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, nyeri pada dada sebelah kiri, durasi 15 menit, skala nyeri 6, tanda-tanda vital pasien yaitu, TD : 160/90 mmHg, HR : 95 w/ i, RR : 30 w/i, dan suhu : 36, 3 °C. Diagnosa medis pada partisipan I yaitu Congestive Heart Failure (CHF) fc IV + CKD Stage V + Bronkopneumonia .

Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan juga dicantumkan dalam tabel sebagai berikut :

### 1. Pengkajian Keperawatan

**Tabel 4.1**  
**Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Keluhan saat dikaji	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Mei 2017 pukul 08.49 WIB, Partisipan 1 masih mengeluh sesak nafas, frekuensi pernafasan : 25 x/i, nyeri pada dada sudah hilang, pasien tampak lemah dan gelisah, pasien mengalami edema pada ekstremitas bawah, tanda – tanda vital pasien yaitu TD : 90/80 mmHg, HR : 58 x/i dan suhu 36, 5 °C . Pasien terpasang IVFD Eas Pfrimmer 500cc/24 jam , terpasang oksigen melalui binasal dengan konsentrasi 5 liter/i.	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Maret 2017 pukul 09.01 WIB partisipan 2 ngeleh sesak nafas, frekuensi nafas : 31x/i, nyeri pada dada sudah tidak dirasakan, pasien tampak lemah dan gelisah, pasien mengalami edema pada ekstremitas bawah. pasien juga mengatakan tidak nafsu makan, tanda-tanda vital pasien yaitu, TD : 150/100 mmHg, HR : 89 x/i dan suhu 36, 8 °C. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9 % 500cc/ 8 jam, terpasang oksigen melalui Rebreathing Mask dengan konsentrasi 10 liter/i.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pada saat dilakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan dahulu partiuipan 1 mengatakan pernah di rawat di RSSN Bukittinggi 11 tahun yang lalu karena penyakit stroke. Partisipan 1 memiliki riwayat hipertensi sejak 13 tahun yang lalu. Partisipan 1 mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak SMU. Partisipan 1 sering mengkonsumsi gorengan dan makanan bersantan.	Pada saat dilakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan dahulu partisipan 2 mengatakan pernah dirawat dirumah sakit jantung Cirebon 6 bulan yang lalu dan teratur control ke poliklinik RS Jantung Cirebon 1 kali dalam sebulan, partisipan 2 memiliki riwayat hipertensi dan DM tipe II sejak 2 tahun yang lalu dan partisipan 2 mengatakan tidak memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol. Partisipan 2 sering

		mengonsumsi gorengan dan makanan bersantan.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Partisipan 1 mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan partisipan 1, tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM, asma.	Partisipan 2 mengatakan ada keluarga yang menderita penyakit jantung dan hipertensi yaitu ibu partisipan 2.
<b>Pola Aktivitas Sehari-hari</b>		
Nutrisi	Selama di rumah sakit partisipan 1 makan dengan diet DJ II 1800 kkal ML, 3x sehari berupa nasi lunak, sayur dan lauk. Partisipan 1 hanya menghabiskan setengah dari porsi makan. Partisipan 1 mengatakan tidak nafsu makan. Selama sakit partisipan 1 minum 6 gelas sehari (1500 cc).	Selama di rumah sakit partisipan 2 makan dengan diet DJ II 1700 kkal ML, 3x sehari berupa nasi lunak, lauk sayur. Partisipan 2 hanya menghabiskan 3-4 sendok saja dari porsi yang disediakan rumah sakit, partisipan 2 mengatakan tidak nafsu makan. Selama sakit partisipan 2 minum 4-5 gelas sehari (1250 cc).
Eliminasi	Saat sakit partisipan 1 buang air kecil melalui slank kateter sebanyak 700 cc/hari, warna kecoklatan. Partisipan 1 buang air besar 1x sehari warna kecoklatan, konsistensi agak keras.	Saat sakit partisipan 2 buang air kecil melalui slank kateter sebanyak 600 cc/hari, warna kekuningan. buang air besar 1x sehari warna kehitaman, konsistensi agak keras.
Istirahat dan Tidur	Selama di rumah sakit partisipan 1 tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam hanya 4-5 jam/ hari. partisipan 1 mengatakan tidur tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari karena sesak nafas .	Selama di rumah sakit partisipan 2 tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam hanya 2-3 jam/ hari. partisipan 2 mengatakan tidur tidak nyenyak dan sering terbangun di malam hari karena sesak nafas .
Aktivitas dan latihan	Partisipan 1 sebelum sakit bekerja sebagai petani di	Partisipan 2 sebelum sakit bekerja sebagai pedagang.

	<p>kampungnya. Pasien kurang berolahraga karena kelumpuhan pada kaki dan tangan sebelah kanan partisipan 1. Saat sakit partisipan 1 bedres total di tempat tidur dan harus di bantu oleh keluarga dan perawat.</p>	<p>Partisipan 2 kurang berolahraga karena kesibukannya bekerja. Saat sakit partisipan 2 bedres total di tempat tidur dan harus dibantu oleh keluarga dan perawat.</p>
Bekerja	<p>Partisipan 1 dahulunya bekerja sebagai petani, tetapi karena pasien menderita stroke 11 tahun partisipan 1 tidak bisa bekerja seperti biasanya lagi.</p>	<p>Partisipan 2 bekerja sebagai pedagang. Partisipan 2 bekerja dari pagi dan baru pulang ke rumah saat sore hari.</p>
Pemeriksaan Fisik	<p>Saat dilakukan pemeriksaan fisik antropometri didapatkan tinggi badan partisipan 1 169 cm, dan berat badan 64 kg. saat pengukuran TD didapatkan TD pasien 90/80 mmHg, HR : 58 x/i, RR : 25 x/i, dan suhu 36, 5 °C. Hasil pemeriksaan diperoleh keadaan umum partisipan 1 lemah dengan tingkat kesadaran compos mentis kooperatif, GCS 15, eye 4, respon verbal 5, respon motorik 6.</p> <p>Pemeriksaan pada wajah di temukan wajah tampak pucat, konjungtiva sub anemis, mulut kurang bersih, ada plak pada gigi, mukosa bibir kering, ada pembesaran vena jugularis pada leher.</p> <p>Pada pemeriksaan paru-paru, inspeksi : simetris kiri kanan, palpasi : fremitus kiri dan kanan sama , perkusi : terdengar sonor,</p>	<p>Saat dilakukan pemeriksaan fisik antropometri didapatkan tinggi badan partisipan 2 173 cm, dan berat badan 69 kg. saat pengukuran TD didapatkan TD pasien 150/200 mmHg, HR : 90 x/i, RR : 33 x/i, suhu : 36,5 °C. Hasil pemeriksaan diperoleh keadaan umum partisipan 2 lemah dengan tingkat kesadaran compos mentis kooperatif, GCS 15, eye 4, respon verbal 5, respon motorik 6.</p> <p>Pemeriksaan pada wajah ditemukan wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, mulut kurang bersih, ada plak pada gigi, mukosa bibir kering, bibir tidak simeris, ada pembesaran vega jugularis.</p> <p>Pada pemeriksaan paru-paru, inspeksi : simetris kiri kanan, palpasi : fremitus kiri dan kanan sama , perkusi : terdengar</p>

	<p>auskultasi : sonor , auskultasi : bronkovesikuler, pemeriksaan jantung, inspeksi : iktus tidak terlihat, palpasi : iktus teraba di RIC V, perkusi : pekak, batas jantung 1 jari di bawah RIC VI, auskultasi : regular, tidak ada bunyi tambahan.</p> <p>Terpasang infus pada ekstremitas atas kiri, akral dingin, kemerahan pada telapak tangan, CRT &lt; 2 detik, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat I kedalaman 3 mm dengan waktu kembali 3 detik, akral dingin.</p>	<p>sonor , auskultasi : bronkovesikuler, pemeriksaan jantung, inspeksi : iktus tidak terlihat, palpasi : pekak, iktus teraba 1 jari lateral di RIC V, perkusi : batas jantung di RIC II dan RIC V, auskultasi : regular, terdapat bunyi murmur.</p> <p>Terpasang infus pada ekstremitas atas kanan, akral dingin, kemerahan pada telapak tangan, CRT &gt; 2 detik, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat III kedalaman 6 mm dengan waktu kembali 7 detik, akral dingin.</p>
Data Psikologis	Partisipan 1 tampak gelisah, pasien selalu meminta untuk cepat pulang karena merasa tidak nyaman di rumah sakit. Hubungan partisipan 1 dengan keluarga baik.	Partisipan 2 tampak gelisah karena sesak napas yang dialami, klien sering merubah posisi tubuhnya diatas tempat tidur dan pasien sering mengeluh bahwa napasnya terasa sesak.
Data Penunjang	<p>Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh pasien adalah pemeriksaan laboratorium dan rontgen thorax. Berdasarkan hasil rontgen thorax yang dilakukan pada tanggal 17 Mei 2017 pasien mengalami kardiomegali.</p> <p>Hasil pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 18 Mei 2017 menunjukkan nilai Hemoglobin 11,9 g/dl (N : 14-16), Leukosit 16.360 /mm<sup>3</sup> (N : 5.000-10.000), Trombosit 90.000/mm<sup>3</sup> (N :</p>	<p>Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh pasien adalah pemeriksaan laboratorium dan rontgen thorax. Berdasarkan hasil rontgen thorax yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2017 pasien mengalami edema paru dengan efusi pleura bilateral.</p> <p>Hasil pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 20 Mei 2017 menunjukkan nilai Hemoglobin 6,0 g/dl (N : 14-16), Leukosit 12.900</p>

	150.000-400.000), Hematokrit 36 % (N : 40-48), Ph 7, 43 (N : 7,35-7,45), PCO2 30 mmHg (N: 35-45mmHg) , PO2 140 mmHg (N : 95-10mmHg), HCO3- 19,9 mmol/L., gula darah sewaktu : 156 mg/dl (N : <200).	/mm <sup>3</sup> (N : 5.000-10.000), Trombosit 286.000/mm <sup>3</sup> (N : 150.000-400.000), Hematokrit 19 % (N : 40-48), gula darah sewaktu 116 mg/dl (N : < 200), ureum darah 195 mg/dl (N : 10,0-50,0), kreatinin darah 3,0 mg/dl (0,6-1,1), protein total 4,8 g/dl (N : 6,6- 8,7), albumin 3,0 g/dl (3,6-5,0),globulin 1, 8 g/dl (1,3-2,7). Hasil pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 20 Mei 2017 menunjukkan nilai Ph 7, 36 (N : 7,35-7,45), PCO2 29 mmHg (N: 35-45mmHg) , PO2 188 mmHg (N : 95-10mmHg), HCO3- 16,4 mmol/L.
Program Terapi dan Rencana Pengobatan	Program terapi pengobatan yang di dapatkan oleh Tn. A yaitu : pemberian O2 binasal 4 liter/i, IVFD Eas Pfrimmer 500cc/24 jam, Ceftriaxone 1x 2 gr, lasix 1 x 20 gr, Eritromicin 1 x 500 gr, Bicnat 3 x 1 mg, As. Folat 1 x 5 mg, Candesartan 1 x 16 mg, Clopidogrel 1 x 75 mg.	Program terapi pengobatan yang di dapatkan oleh Tn. U yaitu : pemberian O2 RM 10 liter/i, IVFD NaCl 0,9 % 500cc/ 8 jam, Ceftriaxon 1x 2 gr, Levoflaxin 1 x 500 mg, drip lasix 5 ampul dalam 50 cc NaCl 0,9 %, koreksi Meylon 200 mEq dalam 200 cc NaCl 0,9 %, Vit K 3 x 1 tab, Inj Ca.Glukonas 1 XI amp, 10 unit Novorapid dalam 50 cc D 40%, Kalitake 3 x 1.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2  
Diagnosa Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
1. Diagnosa keperawatan berdasarkan hasil peneliti yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan	1. Diagnosa keperawatan berdasarkan hasil observasi peneliti yaitu: penurunan curah jantung

<p>penurunan kontraksi ventrikel.</p> <p>Diagnosa keperawatan yang kedua gangguan pertukaran gas b/d edema paru.</p> <p>Diagnosa keperawatan yang ketiga adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air.</p> <p>2. Diagnosa keperawatan yang ada di dokumentasi keperawatan rumah sakit yaitu : penurunan curah jantung, ketidakefektifan pola nafas, ketidakefektifan perfusi renal.</p>	<p>berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel.</p> <p>Diagnosa keperawatan yang kedua adalah gangguan pertukaran gas b/d edema paru.</p> <p>Diagnosa keperawatan yang ketiga kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air.</p> <p>Diagnosa keperawatan yang keempat ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke jaringan.</p> <p>2. Diagnosa keperawatan yang ada di dokumentasi keperawatan rumah sakit yaitu : ketidakefektifan pola nafas, ketidakefektifan perfusi renal, gangguan metabolisme karbohidrat.</p>
--	--

### 3. Rencana Keperawatan

**Tabel 4.3**  
**Rencana Keperawatan**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan 1 dengan diagnosa pertama penurunan curah jantung hubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : efektivitas pompa jantung, status sirkulasi, dan monitor vital sign dengan intervensi berdasarkan NIC: perawatan jantung dan monitor vital sign.</p>	<p>Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan 2 dengan diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : efektivitas pompa jantung, status sirkulasi, dan monitor vital sign dengan intervensi berdasarkan NIC: perawatan jantung dan monitor vital sign.</p>
<p>Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : Status respirasi : pertukaran gas, Ventilasi dengan</p>	<p>Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : Status respirasi : pertukaran gas, Ventilasi dengan</p>

<p>kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : Status respirasi : pertukaran gas, Ventilasi dengan intervensi berdasarkan NIC : manajemen jalan nafas, monitor respirasi dan terapi oksigen.</p> <p>Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : elektrolit dan asam basa/ keseimbangan elektrolit, keseimbangan cairan, dan kelebihan volume cairan dengan intervensi berdasarkan NIC: manajemen cairan dan monitor cairan.</p> <p>Keterangan : aktifitas keperawatan terlampir</p>	<p>intervensi berdasarkan NIC : manajemen jalan nafas, monitor respirasi dan terapi oksigen.</p> <p>Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu : Status respirasi : pertukaran gas, Ventilasi dengan intervensi berdasarkan NIC : manajemen jalan nafas, monitor respirasi dan terapi oksigen.</p> <p>Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gangguan metabolisme zat besi dengan kriteria hasil berdasarkan NOC yaitu: status sirkulasi, perfusi jaringan perifer, tidak efektif dengan intervensi berdasarkan NIC: terapi oksigen, monitor vital sigen, dan manajemen sensasi perifer.</p>
--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.4**  
**Implementasi Keperawatan**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji adanya nyeri dada</li> <li>mencatat adanya bradikardi, penurunan TD pada pasien.</li> <li>memonitor status kardiovaskuler : irama jantung, tekanan darah.</li> </ol>	<p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah penurunan curah jantung adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji adanya nyeri dada</li> <li>mencatat adanya bradikardi, penurunan TD pada pasien.</li> <li>memonitor status kardiovaskuler : irama jantung, tekanan darah.</li> <li>memonitor status pernafasan pasien</li> <li>memonitor balance cairan</li> </ol>



<ul style="list-style-type: none"> <li>d. memonitor status pernafasan pasien</li> <li>e. memonitor balance cairan</li> <li>f. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>g. memonitor adanya dispnea, kelelahan.</li> <li>h. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> <li>i. Memonitor suhu dan sianosis perifer</li> <li>j. Memberikan obat sesuai order dokter Clopidogril 1x 75 mg, candesartan 1x16 mg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</li> <li>g. memonitor adanya dispnea, kelelahan.</li> <li>h. menganjurkan untuk menurunkan stres.</li> <li>i. Memonitor suhu dan sianosis perifer</li> </ul>
<p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. menguskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan seperti ronki, wheezing.</li> <li>b. Mengajarkan pasien teknik napas dalam</li> <li>c. Mengatur posisi semi fowler untuk mengurangi dispneu</li> <li>d. Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>e. Memonitor rata-rata, kedalaman, dan usaha respirasi</li> <li>f. Memonitor pola nafas : takipneu</li> <li>g. Mengobservasi hasil pemeriksaan foto thoraks.</li> <li>h. Mengauskultasi suara nafas</li> <li>i. Mengbservasi aliran O<sub>2</sub></li> <li>j. Memberikan therapy O<sub>2</sub> binasal 4 liter.</li> </ul>	<p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. menguskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan seperti ronki, wheezing.</li> <li>b. Mengajarkan pasien teknik napas dalam</li> <li>c. Mengatur posisi semi fowler untuk mengurangi dipsneu</li> <li>d. Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>e. Memonitor rata-rata, kedalaman, dan usaha respirasi</li> <li>f. Memonitor pola nafas : takipneu</li> <li>g. Mengobservasi hasil pemeriksaan foto thoraks.</li> <li>h. Mengauskultasi suara nafas</li> <li>i. Mengbservasi aliran O<sub>2</sub></li> <li>j. Memberikan therapy O<sub>2</sub> RM 10 liter dan diganti dengan O<sub>2</sub> binasal 4 liter pada hari ke 2.</li> </ul>
<p>Implementasi yang dilakukan</p>	<p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> </ul>

<p>selama 6 hari untuk masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mempertahankan catatan intake output yang akurat</li> <li>memonitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi</li> <li>mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>memonitor status nutrisi, diet DJ 1800 kkal ML.</li> <li>pemberian inj lasix 1x 20 gram</li> <li>melakukan kolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hematokrit, Osmolaritas urine)</li> <li>memonitor vital sign</li> <li>memonitor indikasi retensi</li> <li>mengkaji luas dan lokasi edema</li> <li>memonitor status nutrisi, melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemerian dri lasix 5 amp dalam 50 cc NaCl 0,9%,</li> <li>mengkolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk</li> <li>menentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>menentukan kemungkinan faktor risiko dari ketidakseimbangan cairan</li> <li>memonitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.</li> </ol> <p>Implementasi yang dilakukan selama 6 hari untuk masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan</li> <li>mencatat adanya fluktuasi tekanan darah</li> <li>memonitor kualitas nadi, memonitor pola pernapasan</li> <li>berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi PRC 2 x 250 gram pada hari pertama rawatan.</li> </ol>
--	---

## 5. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.5**  
**Evaluasi Keperawatan**

<b>Partisipan 1</b>	<b>Partisipan 2</b>
<p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel adalah sistol dan diastole sudah dalam rentang normal 110/ 80 mmHg, edema perifer mulai berkurang, sudah tidak ada dispneu saat istirahat, MAP sudah dalam rentang normal : 90, denyut nadi dalam rentang normal 74 x/i.</p> <p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa gangguan pertukaran gas adalah PCO2 dan PO2 dalam rentang normal, tidak ada dispneu saat istirahat, RR sudah dalam rentang normal 20w/i</p> <p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air adalah pasien mengatakan bengkak pada kakinya sudah mulai berkurang, urin pasien 1500 cc/hari, warna urin pasien sudah kekuningan dan jernih.</p>	<p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa penurunan curah jantung adalah sistol dan diastole sudah dalam rentang normal 130/ 80 mmHg, edema perifer mulai berkurang, sudah tidak ada dispneu saat istirahat, MAP sudah dalam rentang normal 96 , denyut nadi dalam rentang normal 80 x/i.</p> <p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa gangguan pertukaran gas adalah PCO2 dan PO2 dalam rentang normal, tidak ada dispneu saat istirahat, RR sudah dalam rentang normal 24 x/i.</p> <p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air adalah pasien mengatakan bengkak pada kakinya sudah mulai berkurang, urin pasien 1200 cc/hari, warna urin pasien sudah kekuningan dan jernih .</p> <p>Hasil evaluasi pada hari ke 6 yang didapatkan pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke jaringan yang ditandai dengan anemis mulai berkurang , akral terasa hangat dan CRT &lt; 2 detik.</p>

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Deskripsi Tempat

Penelitian dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, di Bangsal jantung. Pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 14 April 2018 di Bangsal Jantung RSUP. Dr. M. Djamil Padang sampai tanggal 18 April 2018. Pada kasus ini berdasarkan format pengkajian KMB.

### B. Deskripsi Kasus

Penelitian yang dilakukan di ruang penyakit dalam pria melibatkan 2 partisipan yaitu Tn. F dan Tn. J yang memiliki diagnosa medis sama yaitu CHF.

#### 1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti melalui obsevasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dicantumkan dalam table sebagai berikut.

**Tabel 4.1**  
**Hasil Pengkajian**

Pengkajian	Partisipan I	Partisipan II
Identitas klien	Klien bernama Tn. F dengan No. RM 01.00.77.09 berusia 42 tahun lahir di Pariaman tanggal 7 Januari 1976. Klien beragama islam, status klien adalah duda. Alamat di Pariaman utara. Klien bekerja sebagai wiraswasta dengan pendidikan terakhir SMU. Klien dirawat dengan diagnosa klinis CHF Fc II ec CAD + Post PTCA 1 stent	Klien bernama Tn. J dengan No. RM 00.00.57.67 berusia 52 tahun lahir di Padang tanggal 24 Februari 1966. Klien beragama islam, status klien sudah menikah dan beralamat di Jl. Bandar buat No. 5 Lubuk Kilangan, Padang. Klien berkerja sebagai pegawai swasta dengan pendidikan terakhir S1 . Klien dirawat dengan diagnosa klinis CHF Fc II ec CAD 44D + AKI Rifle I dd+ DM Tipe II

Identitas Penanggung Jawab	Penanggung jawab klien Ny. A, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat di Pariaman Utara, hubungan dengan klien yaitu adik istri.	Penanggung jawab klien Ny. D, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Jl. Bandar buat No. 5 Lubuk Kilangan, Padang, hubungan dengan klien yaitu istri.
Keluhan Utama	Tn. F masuk RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 11 Maret 2018 jam 20.00 wib rujukan RSUD Pariaman dengan keluhan sesak nafas dan nyeri dada sejak 1 hari yang lalu dan meningkat sejak 3 jam yang lalu. Sesak napas tidak di pengaruhi oleh aktivitas, sesak napas tidak menciut, dan ada riwayat sesak napas sebelumnya. Nyeri dada yang dirasakan dengan skala 5 seperti di himpit benda besar, tidak menjalar dan tidak disertai dengan keringat dingin. Tampak lemah dan wajah pucat.	Tn. J masuk RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 11 Maret 2018 jam 01.01 wib datang sendiri, dengan keluhan sesak nafas sejak 3 jam yang lalu di sertai dengan nyeri dada yang tidak menjalar dan keringat dingin, yang dirasakan saat istirahat. Tampak lemah dan wajah pucat.
Riwayat kesehatan sekarang	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2018 pasien sudah hari rawatan ke-4. pasien mengatakan nafas masih sesak, badan lemah dan sering mudah lelah saat beraktivitas. Makanan habis ¼ dari porsi diit, mual, tampak lemah, pasien mengatakan tidak nafsu makan. Dan pasien mengatakan berat badannya turun 2 kg semenjak masuk rumah sakit. Tampak kedua kaki udem dan luka pada lutut dan kedua jempol kaki pasien.. Pasien terpasang IVFD NaCL 16 tts/i. Terpasang oksigen nasal kanul 5 lt/menit. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2018 pasien sudah hari rawatan ke-4. Pasien mengatakan nafas masih sesak, posisi semi fowler, tampak lemah, pasien terpasang alat pacu jantung. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 16 tts/i. Terpasang oksigen nasal kanul 5lt/menit. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada tekanan darah 140/90 mmhg, nadi 96 x/i, pernafasan 38 x/i, suhu 37°C.

	pada tekanan darah 150/100 mmhg, nadi 94 x/i, pernafasan 27 x/i, suhu 36,7°C.	
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi dan DM sejak 4 tahun yang lalu, 2 tahun belakangan penyakit hipertensi sudah terkontrol. Pasien sebelumnya dirawat di RSUD Pariaman dengan hipertensi dan asma, namun pasien di rujuk k RSUP Dr M.Djamil padang karena asmanya tak kunjung sembuh, setelah di lakukan pemeriksaan jantung dan hasilnya pasien menderita penyakit jantung. Pasien mengatakan merokok semenjak kelas 5 SD dan sehari habis 2 bungkus. Pasien juga mengatakan sering begadang dan minum kopi kadang pasien minum minuman beralkohol kalau ada acara adat.	Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Pasien sebelumnya dirawat di RSUP dr M.Djamil Padang dengan CHF, dan sudah pasang cincin 2 buah pada 2016 lalu. Sebelumnya Pasien adalah perokok berat dengan habis sehari 2 bungkus.
Riwayat Kesehatan keluarga	Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan keluarga pasien, ibu dari pasien menderita penyakit DM dan hipertensi. Tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular.	Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan keluarga pasien, tidak ada keluarga yang menderita penyakit diabetes mellitus, hipertensi dan penyakit menular.
Pola Makan dan Minum	Saat sehat pasien makan 3 kali sehari dengan komposisi; nasi 1 piring, 1 gelas aqua (2-3) gelas air putih, 1 potong lauk pauk dan sayur-sayuran dan konsumsi buah-buahan seperti jeruk. makanan lainnya adalah gorengan seperti bakwan. Ketika sakit nafsu makan	Saat sehat pasien pasien makan 3 kali sehari dengan komposisi; nasi ± 1 gelas aqua, 1 potong lauk pauk dan sayur-sayuran. Ketika sakit pasien diberikandiit DJ II dan RP II. Sehat : pasien minum ± 5-6 gelas air putih perhari, 2 gelas kopi. Sakit : pasien minum air putih

	<p>memurun, makan 3 x sehari diit MC DJ II dan RP II, klien hanya menghabiskan ¼ porsi. Saat Sehat pasien minum ± 5-6 gelas air putih perhari, 2 gelas kopi. Sakit pasien minum air putih 3-4 gelas perhari, IVFD Nacl 500 cc 16 tts/i.</p>	<p>23-4 gelas perhari, IVFD Nacl 0,9% 16 tts/i.</p>
Pola eliminasi	<p>Ketika sakit klien mengalami perubahan pola eliminasi, saat sehat klien BAK 6 kali perhari berwarna kuning, bau khas. Ketika sakit klien mengatakan BAK sedikit ( Urin ± 300 cc/8 jam). Klien BAB 1-2 kali perhari konsistensi encer bau khas. Klien terpasang kateter.</p>	<p>Ketika sakit klien mengalami perubahan pola eliminasi, saat sehat klien BAK 4-5 kali perhari berwarna kuning, bau khas. Ketika sakit klien mengatakan BAK sedikit ( Urin ± 150 cc/8 jam). Klien BAB 1-2 kali perhari konsistensi encer bau khas. Klien terpasang kateter, klien menggunakan pampers.</p>
Pola istirahat dan tidur	<p>Klien mengatakan selama di rumah sakit pasien susah tidur, pasien gelisah dan susah untuk tidur karena sesak nafas. Pasien tidur malam ± 5 jam, sering terbangun dan tidur siang ± 4 jam, sering terbangun.</p>	<p>Klien mengatakan selama di rumah sakit pasien susah tidur, pasien gelisah dan susah untuk tidur karena sesak nafas. Pasien tidur malam ± 5 jam, sering terbangun dan tidur siang ± 4 jam, sering terbangun.</p>
Pola aktivitas dan latihan	<p>Ketika sehat klien mengatakan ada lari pagi 2x seminggu, dan saat sakit klien merasa badannya cepat lelah dan nafas sesak apabila banyak beraktifitas. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari klien membutuhkan bantuan dari keluarga dan tenaga kesehatan.</p>	<p>Ketika sehat klien mengatakan ada lari pagi 1x seminggu, dan saat sakit klien merasa badannya cepat lelah dan nafas sesak apabila banyak beraktifitas. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari klien membutuhkan bantuan dari keluarga dan tenaga kesehatan.</p>
Pemeriksaan fisik	<p>Saat dilakukan pemeriksaan pada Tn. F, klien tampak lemah dan pucat dengan kesadaran composmentis. Hasil pengukuran tekanan darah 140/110 mmHg, Nadi: 96x/i.</p>	<p>Saat dilakukan pemeriksaan pada Tn. J, klien tampak lemah dan wajah pucat dengan kesadaran composmentis. Hasil pengukuran tekanan darah 140/90 mmHg, Nadi: 96x/i.</p>

	<p>Pernafasan: 27 x/i dan suhu: 36.8°C, BB saat sehat : 53 kg, dan BB saat sakit : 51kg. Pada hasil pemeriksaan didapatkan rambut klien hitam kering dan kusam, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pecah-pecah. Auskultasi paru vesikuler, irama jantung irregular. Akral dingin, CRT &gt; 3 detik. edema pada ekstremitas bawah derajat I kedalam 2 mm. Klien menggunakan kateter.</p>	<p>Pernafasan: 38 x/i dan suhu: 37°C, BB saat sehat : 66 kg, dan BB saat sakit : 63 kg Pada hasil pemeriksaan didapatkan rambut klien hitam kering dan kusam, rambut tidak mudah rontok, konjungtiva anemis, sklera ikterik, mukosa bibir kering dan pecah-pecah. Auskultasi paru vesikuler, irama jantung irregular. Akral dingin, CRT &gt; 2 detik,. Klien menggunakan kateter, klien menggunakan pampers.</p>
Pemeriksaan penunjang	<p>Hasil pemeriksaan labor Tn. P pada tanggal 13 Maret 2018 yaitu hemoglobin 9.4 g/dl (12-16 g/dl), leukosit 20.320 (5.000-10.000/mm<sup>3</sup>), trombosit 454.000/mm<sup>3</sup> (150.000-400.000/mm<sup>3</sup>), hematokrit 27% (40-48%), ureum darah 161 mg/dl (10-50 mg/dl), kreatinin darah 1.3 mg/dl (0.6-1.1 mg/dl), PO<sup>2</sup> 28.3 mmol/L (90-100 mmol/L), PCO<sup>2</sup> 26.1 mmHg (35-45 mmHg), PT 18 detik (9.2-12.4 detik), APTT 48 detik (18.8-39.0 detik)</p>	<p>Hasil pemeriksaan labor Tn. J pada tanggal 13 Maret 2018 yaitu hemoglobin 11.6 g/dl (14-16 g/dl), leukosit 10.310/mm<sup>3</sup> (5.000-10.000/mm<sup>3</sup>), trombosit 142.000/mm<sup>3</sup> (150.000-400.000/mm<sup>3</sup>), hematokrit 49% (40-48%), ureum darah 129 mg/dl (10-50 mg/dl), kreatinin darah 9.4 mg/dl (0.6-1.1 mg/dl), PO<sup>2</sup> 192.2 mmol/L (90-100 mmol/L), PCO<sup>2</sup> 21.2 mmHg (35-45 mmHg), PT 15.4 detik (9.2-12.4 detik), APTT 47.9 detik (18.8-39.0 detik)</p>
Program Pengobatan	<p>Terapi yang diberikan dokter kepada Tn. P yaitu IVFD NaCL 500 cc/24 jam, Ca Glukonas 1 ampl 1x1, IVFD NaCL 500 cc/24 jam, Meropenem 1gr 3x1 IV, Lasix 1 ampl 2x1 IV, Vit K 1 ampl 3x1 IV, Transamin 1 ampl 3x1 IV, Levenox 0.8cc 2x1 SC, N-Asetil Sistein 300gr 2x1 IV</p>	<p>Terapi yang diberikan dokter kepada Tn. J yaitu IVFD NaCl 0.9% 16 tts/L, IVFD NaCl 0.9% 16 tts/L, Ca Glukonas 1 ampl 1x1 IV, Nevorapid koreksi 3x1 SC, Lasix 1 ampl 2x1 IV, Ranitidine 50 mg 2x1 IV, Levemir 10U 1x1 SC, Aspilet 80 mg 1x1 Oral, Clopidogrel 75 mg 1x1 Oral, Ranipril 1.25 mg 2x1 Oral, Alprozolam 0.5 mg 1x1 Oral, Lasadin 10cc 1x1</p>



		Oral, N-Asetil Sistein 300mg 2x1 Oral
--	--	--

## 2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian kemudian mengelompokkan data, memvalidasi data dan menganalisa data, maka ditemukan beberapa masalah keperawatan pada kedua partisipan. Berikut ini merupakan diagnosis keperawatan yang muncul terhadap kedua partisipan.

**Tabel 4.2**  
**Diagnosis Keperawatan**

Partisipan I	Partisipan II
<p>1. Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- pasien tampak pucat</li> <li>- Tanda tanda vital:</li> <li>- TD: 140/110 mmHg,</li> <li>- Nadi: 96x/i,</li> <li>- Pernafasan: 27x/i</li> <li>- suhu: 36.8°C</li> </ul> <p>Hasil labor: Hb 9.4 gr/dl, Hematokrit 27 %, Trombosit 142,000 /mm<sup>3</sup>, Leukosit : 20.320 /mm<sup>3</sup> , PT : 18.2 Detik, APTT : 48.2 Detik</p>	<p>1. Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- pasien tampak pucat</li> <li>- Tanda tanda vital:</li> <li>- TD: 140/90 mmHg,</li> <li>- Nadi: 96x/i,</li> <li>- Pernafasan: 38x/i</li> <li>- suhu: 37°C</li> </ul> <p>Hasil labor: Hb 11.8 gr/dl, Hematokrit 49 %, Trombosit 142,000 /mm<sup>3</sup>, PT : 15.4 detik, APTT : 47,9 detik.</p>
<p>2. Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme</p>	<p>2. Diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan tahanan cairan ke aveoli.</p>

<p>regulasi.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan minum air putih <math>\approx</math> 3-4 gelas</li> <li>- Pasien mengatakan BAK sedikit</li> <li>- Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- Tekanan darah :140/110mmHg</li> <li>- Nadi : 96x/i</li> <li>- Nafas: 27 x/i</li> <li>- Suhu : 36,8 °C</li> <li>- kulit tampak kering</li> <li>- pasien terpasang Nacl 500 cc 16 tts/i di tangan kanan</li> </ul> <p>Hasil pemeriksaan hematologi pada tanggal 13 Maret 2018 , Ureum: 161 mg/dl, Kr 1.3 g/dl, Natrium 126 mmol/L.</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah dan pucat</li> <li>- CRT&gt; 3 detik</li> <li>- Akral terasa dingin</li> <li>- Pasien tampak lemah.</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Perkusi paru : redup bagian paru kanan</li> <li>- Auskultasi Paru : Bronkovasikuler</li> <li>- Tanda tanda vital:</li> <li>- TD: 140/90 mmHg,</li> <li>- Nadi: 96x/i,</li> <li>- Pernafasan: 38x/i</li> <li>- suhu: 37°C</li> </ul> <p>PH : 7.489, pCO<sub>2</sub> : 21.1 mmHg, pO<sub>2</sub> : 192.2 mmHg, HCO<sup>3-</sup> : 15.9 mmol/L, BEecf : -7.8 mmol/L, SO<sub>2</sub> : 99.6</p>
<p>3. Diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan mual</li> <li>- Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi diit</li> <li>- Pasien mengatakan berat badannya turun 2kg semenjak masuk rumah sakit</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidak mau makan</li> <li>- TTV :</li> <li>- BB saat sakit : 51 kg</li> <li>- BB saat sehat : 53 kg</li> <li>- Tekanan darah : 140/110mmHg</li> <li>- Nadi : 96 x/i</li> </ul>	<p>3. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>- Pasien mengatakan di bantu oleh keluarga dan perawat dalam beraktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak beraktivitas .dibantu oleh perawat dan keluarga</li> <li>- Tanda tanda vital:</li> <li>- TD: 140/90 mmHg,</li> <li>- Nadi: 96x/i,</li> <li>- Pernafasan: 38x/i</li> <li>- suhu: 37°C</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu : 36,8°C</li> <li>- Nafas: 27x/i</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> </ul> <p>Hasil labor: Hb 9.4 gr/dl,</p>	<p>Hasil labor: Hb 11.6 gr/dl, Hematokrit 49 %, Trombosit 142,000 /mm<sup>3</sup></p>
<p>4. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan fungsi organ sistemik.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mudah lelah</li> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak pucat</li> <li>-CRT&gt; 3 detik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Tekanan darah : 140/110 mmHg</li> <li>- Nadi : 96x/i</li> <li>- Nafas: 27 x/i</li> <li>- Suhu : 36,8°C</li> </ul> </li> </ul> <p>Hasil labor: Hb 9.4 gr/dl, Hematokrit 27 %</p>	

### 3. Rencana Asuhan Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien, maka diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada kedua partisipan.

Tabel 4.3

#### Rencana Asuhan Keperawatan

Partisipan I	Partisipan II
1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri	1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri

<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efektifan pompa jantung</li> <li>- Status sirkulasi</li> <li>- Tanda-tanda vital</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan jantung</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p> <p><b>2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.</b></p> <p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keseimbangan cairan</li> <li>- Keseimbangan elektrolit dan asam basa</li> <li>- Keparahan cairan berlebihan</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen elektrolit/cairan</li> <li>- Monitor cairan</li> <li>- Manajemen asam basa</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p> <p><b>3. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual.</b></p> <p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nafsu makan</li> <li>- Status nutrisi : asupan makanan dan cairan</li> <li>- Status nutrisi : ukuran biokimia</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen nutrisi</li> <li>- Monitoring nutrisi</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p> <p><b>4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan fungsi organ sistemik.</b></p> <p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfusi jaringan perifer</li> </ul>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efektifan pompa jantung</li> <li>- Status sirkulasi</li> <li>- Tanda-tanda vital</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan jantung</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p> <p><b>2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan tahanan cairan ke alveoli.</b></p> <p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respon ventilasi mekanik dewasa</li> <li>- Status respirasi</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi oksigen</li> <li>- Manajemen asam basa</li> <li>- Monitoring respirasi</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p> <p><b>3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</b></p> <p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toleransi aktivitas</li> <li>- Daya tahan</li> </ul> <p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen energy</li> <li>- Bantu perawatan diri</li> </ul> <p>Kegiatan keperawatan terlampir</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- Keperahan cairan berlebihan</li> </ul> NIC : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan sirkulasi : insufisiensi vena</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> <li>- Manajemen cairan</li> </ul> Kegiatan keperawatan terlampir	
--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan selama 5 hari untuk masing-masing partisipan. Implementasi pada partisipan I dan II dimulai tanggal 14 Maret 2018 sampai dengan 18 Maret 2018. Implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Berikut adalah implementasi yang dilakukan.

**Tabel 4.4**  
**Implementasi Keperawatan**

Partisipan I	Partisipan II
<p>1. Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosis keperawatan pada masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri yaitu mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi), memonitoring status pernapasan yang menandakan heart failure, menganjurkan pasien untuk menurunkan stress, memonitor tekanan darah, nadi, dan pernapasan. Memonitor adanya sianosis perifer, memonitor pola napas abnormal, mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output, memonitor status kardiovaskuler pasien, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan pasien,</p>	<p>1. Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosis keperawatan pada masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri yaitu mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi), memonitoring status pernapasan yang menandakan heart failure, menganjurkan pasien untuk menurunkan stress, memonitor tekanan darah, nadi, dan pernapasan. Memonitor adanya sianosis perifer, memonitor pola napas abnormal, mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output, memonitor status kardiovaskuler pasien, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan pasien, memposisikan</p>

<p>memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semifowler, memonitor adanya dipsneu, ortopneu, dan takipneu.</p>	<p>pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi semifowler, memonitor adanya dipsneu, ortopneu, dan takipneu.</p>
<p>2. Untuk masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi implementasi yang sudah dilakukan yaitu menghitung jumlah makanan yang dikonsumsi pasien, menghitung jumlah minum, menghitung jumlah cairan infus, menganjurkan pasien membatasi asupan cairan, mengkaji indikasi kelebihan volume cairan seperti edema, asites, memantau hasil laboratorium, menghitung jumlah urin, menghitung jumlah buang air besar, mengukur tanda-tanda vital dan melakukan balance cairan.</p>	<p>2. Untuk masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan tahanan cairan ke aveoli implementasi yang sudah dilakukan yaitu memonitoring oksigen dan efektifitas O<sup>2</sup>, mengatur penggunaan perangkat O<sup>2</sup> yang memudahkan mobilisasi dan mengajarkan pasien, memonitor frekuensi, kedalaman dan kekuatan respirasi, memantau ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan asidosis metabolik, memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan dengan memberikan O<sup>2</sup> 5lpm, memonitor liter oksigen, mempertahankan jalan napas paten, memberikan nutrisi yang cukup bagi pasien yang mengalami asidosis metabolic serta memantau tanda dan gejala cardiaopulmonary memburuk asidosis metabolik.</p>
<p>3. Untuk masalah risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual. Tindakan yang dilakukan yaitu menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, mengidentifikasi adanya alergi, menginstruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi, kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet yang dibutuhkan, monitor Hb, Ht, trombosit dan leukosit.</p>	<p>3. Untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tindakan yang telah dilakukan yaitu menanyakan aktifitas yang mampu dilakukan pasien (pasien mampu merubah posisi ditempat tidur), memantau makanan yang dihabiskan pasien, menganjurkan pasien untuk membatasi aktivitas jika masih lemah dan sesak nafas, menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas yang tidak bisa dilakukan secara</p>

	mandiri.
4. Untuk masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan fungsi organ sistemik. Tindakan yang telah dilakukan yaitu memonitor vital sign pasien, mengkaji tanda-tanda dehidrasi seperti bibir kering dan pecah-pecah, capillary refill time, nadi, pernapasan, mengkaji pengeluaran urin output, serta memberikan terapi oksigen dan melakukan transfusi terhadap klien.	

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap hari selama 5 hari untuk masing-masing partisipan. Evaluasi menggunakan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan terhadap klien. Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada kedua partisipan.

Tabel 4.5

Evaluasi Keperawatan

Partisipan I	Partisipan II
1. Evaluasi keperawatan terhadap masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri pada hari kelima yang didapatkan yaitu klien mengatakan badan sudah tidak lemah lagi dan masih menggunakan slang oksigen, nyeri dada tidak terasa. Saat dilakukan pemeriksaan pernapasan klien 25 x/l, tidak ada penggunaan otot bantu nafas.	1. Evaluasi keperawatan terhadap masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi ventrikel kiri pada hari kelima yang didapatkan yaitu klien mengatakan badan sudah bertenaga dan masih menggunakan slang oksigen binasal camule 4l/m. Saat dilakukan pemeriksaan pernafasan klien 27 x/l, tidak ada penggunaan otot bantu nafas.

<p>2. Evaluasi keperawatan terhadap masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi belum teratasi, klien mengatakan badannya masih bengkak, dan edema derajat I ke dalaman 2 mm.</p>	<p>2. Evaluasi keperawatan terhadap masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan tahanan cairan ke aveoli teratasi sebagian, klien mengatakan nafas pasien masih terasa sesak, badan sudah mulai bertenaga dengan hasil pemeriksaan CRT &gt;2 detik, RR : 27 x/menit.</p>
<p>3. Evaluasi keperawatan untuk masalah risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual pada hari kelima didapatkan klien mampu menghabiskan setengah porsi dari diit yang diberikan, dari hasil pemeriksaan hematologi didapatkan peningkatan hemoglobin pada Tn. F dari 9.4 g/dl menjadi 11 g/dl.</p>	<p>3. Evaluasi keperawatan untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan masih belum teratasi, karena klien mengatakan badan masih terasa lemah dan mudah lelah dan aktivitas tampak masih dibantu keluarga. Pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/90mmHg, Nadi:87x/menit, RR: 27x/menit, Suhu 36,8° C. sedangkan pada pemeriksaan hematologi.</p>
<p>4. Evaluasi keperawatan untuk masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan fungsi organ sistemik pada hari kelima didapatkan akral hangat, nadi tidak lambat dan CRT &gt;2 detik, pada pemeriksaan hematologi didapatkan peningkatan hemoglobin dari 9.4 g/dl menjadi 11.0 /dl. Untuk evaluasi pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/90mmHg, Nadi:87x/menit, RR: 25x/menit.</p>	



Lampiran 4

➤ **DOKUMENTASI SEMINAR HASIL KARYA TULIS ILMIAH**

