

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF DIRUANG ICCU RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIOWO
BALIKPAPAN TAHUN 2023**



Oleh :

TASYA ELFINA NUGRAHANI
NIM.P07220120096

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF (CHF) DIRUANG ICCU RSUD Dr. KANUJOSO
DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2023**

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



Oleh :

TASYA ELFINA NUGRAHANI
NIM.P07220120096

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

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah 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 sebagai maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 03 juli 2023
Yang menyatakan



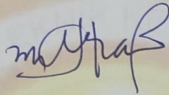
Tasya Elfina Nugrahani
NIM. P07220120096

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

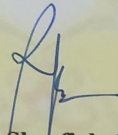
TANGGAL 03 juli 2023

Oleh
Pembimbing



Ns. Rus Andraini, A.Kp., MPH
NIDN. 4006027101

Pembimbing Pendamping



Ns. 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 M.Kep
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Jantung
Kongestif (CHF) RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo tahun 2023**

Telah diuji
Pada tanggal 03 juli 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns.Siti Nuryanti S. Kep., M.Pd
NIDN. 4023126901

(.....)

Penguji Anggota:

1. **Ns. Rus Andraini, A.Kp.,MPH**
NIDN. 400602701

(.....)

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

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj.Umi Kalsium.S.Pd..M.Kes
NIP.19650825198503

Ns.Andi Lis Arming Gandini.M.Kep
NIP.196803291994022001

DATA RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Tasya Elfina Nugrahani
2. NIM : P07220120096
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 23 July 2003
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : Jawa / Warga Negara Indonesia
7. Alamat : Jl. Mulawarman RT.09 No.19 Kel.Teritip
8. Email : tasya4896@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2007-2008 : TK Bina Ana Prasa
2. Tahun 2008-2014 : SD Negeri 017 Balikpapan Timur
3. Tahun 2014-2016 : Pondok Pesantren Hidayatullah
4. Tahun 2016-2017 : Madrasah Tsanawiyah Hidayatul Mustaqim
5. Tahun 2017-2020 : SMA Negeri 7 Balikpapan Timur
6. Tahun 2020-2023 : Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim. Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah Subhabahu wa ta'ala karena berkat rahmat serta hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir kuliah saya yaitu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul *“Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di Ruang ICCU RSUD. dr. Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2023”* tepat pada waktunya.

Pada proses penyusunan KTI ini peneliti banyak mengalami kesulitan serta hambatan akan tetapi semuanya bisa saya lalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini peneliti telah mendapatkan bantuan, motivasi dan bimbingan dari berbagai pihak baik materi maupun moral. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsium, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Aming G, M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas B Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Rus Andraini, A.Kp.,MPH selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan KTI
6. Ns. Rahmawati Shoufiah,S.ST.,M.Pd selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan KTI.
7. Para dosen dan seluruh staf Keperawatan politeknk kesehatan kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan di kampus.

Karya tulis ilmiah (KTI) ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu perlu masukan, saran dan kritik sangat membangun yang diharapkan guna kesempurnaan KTI ini.

Samarinda, 03 juli 2023

Penulis,

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2023”

Pendahuluan : Gagal jantung kongestif merupakan ketidakmampuan jantung memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan juga nutrisi. Berdasarkan data dari Global Health Data Exchange GHDx, (2020), penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia. Sejak 20 tahun terakhir jumlah angka kasus *gagal jantung kongestif* di dunia mencapai 64,34 juta kasus dengan 9,91 juta kematian. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF) di ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Metode : Penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yang dilakukan dengan pendekatan Asuhan Keperawatan pada dua kasus yang sama sebagai unit analisis pasien dewasa dengan gagal jantung kongestif. Lokasi penelitian dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan di ruang ICCU pada tanggal 26-28 April 2023. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan pemeriksaan penunjang.

Hasil dan pembahasan : Berdasarkan pada pengkajian ditemukan keluhan utama pasien 1 yaitu nyeri dada sedangkan pasien 2 yaitu sesak nafas. pada pasien 1 dan 2 terdapat 5 diagnosa yang bisa ditegakkan. Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan, dengan hasil evaluasi pada pasien 1 dan 2 terdapat 3 diagnosa teratasi dan 2 diagnosa lainnya belum teratasi

Kesimpulan dan saran : Masalah keperawatan yang dialami kedua pasien ada yang belum teratasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ada yang sudah teratasi. Bagi perawat diharapkan untuk memperhatikan teknik aseptik, Bagi pasien dapat mengubah pola hidup lebih sehat, dan Bagi peneliti dapat mengelola data yang lebih teliti lagi sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.

Kata Kunci : Gagal jantung kongestif, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

“NURSING CARE IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) IN ICCU HOSPITAL dr. KANUJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN YEAR 2023”

Introduction : Congestive heart failure is the inability of the heart to pump blood adequately to meet the tissue's need for oxygen and nutrients. Based on data from Global Health Data Exchange (GHDx, 2020), Heart disease is the highest cause of death worldwide. Since the last 20 years, the number of cases of congestive heart failure in the world has reached 64.34 million cases with 9.91 million deaths. The purpose of this study to describe Nursing Care in patient with Congestive Heart Failure (CHF) in ICCU Hospital dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Method : The research used was a descriptive method in the form of a case study conducted using the Nursing Care approach in the same two cases as the unit of analysis for adult patients with congestive heart failure. The location of the research was carried out at hospital dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan in the ICCU room on April 26-28 2023. The data collection method was by interview, observation, physical examination, documentation study, and supporting examinations.

Result and discussion : Based on the study, it was found that patient 1's main complaint was chest pain while patient 2 was shortness of breath. In patients 1 and 2 there were 5 diagnoses that could be made. Interventions were arranged based on the nursing diagnoses found, with the evaluation results in patients 1 and 2 there were 3 diagnoses resolved and 2 other diagnoses not resolved

Conclusions and suggestions : There are nursing problems experienced by the two patients that have not been resolved in accordance with the plans that have been made and some that have been resolved. Nurses are expected to pay attention to aseptic techniques, patients can change their lifestyle to be healthier, and researchers can manage data more thoroughly so that they can provide optimal nursing care to patients.

Keyword : Congestive heart failure, Nursing care

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSERTUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
1. Bagi Peneliti.....	7
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	7
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Medis Gagal Jantung Kongestif.....	8
1. Definisi.....	8
2. Anatomi Fisiologis.....	9
3. Etiologi.....	15
4. Manifestasi Klinik.....	17
5. Klasifikasi.....	18
6. Patofisiologi.....	19
7. Pathway.....	22
8. Pemeriksaan Penunjang.....	23
9. Penatalaksanaan.....	24
10. Komplikasi.....	25
B. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Kongestif.....	25
1. Pengkajian Keperawatan.....	25
2. Diagnosa Keperawatan.....	30
3. Intervensi Keperawatan.....	34
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi Keperawatan.....	38
BAB III METODE PENELITIAN.....	39
A. Desain Penelitian.....	39
B. Subyek Penelitian.....	39
C. Definisi Operasional.....	40
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41

E. Prosedur Penelitian.....	41
F. Metode dan Instrument Pengumpulan Data.....	42
G. Keabsahan Data.....	43
H. Analisis Data.....	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
A. Hasil.....	45
1. Gambaran Lokasi Penelitian.....	45
2. Data Asuhan Keperawatan.....	46
a. Pengkajian.....	46
b. Diagnosa Keperawatan.....	66
c. Intervensi Keperawatan.....	68
d. Implementasi.....	74
e. Evaluasi.....	84
B. Pembahasan.....	94
1. Pengkajian.....	94
2. Diagnosa Keperawatan.....	96
3. Intervensi Keperawatan.....	103
4. Implementasi.....	109
5. Evaluasi.....	109
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	112
A. Kesimpulan.....	112
B. Saran.....	114

DAFTAR PUSTAKA.....	115
DAFTAR LAMPIRAN.....	118

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan.....	35
Tabel 4.1	Hasil Anamnesis Biodata dan Riwayat Kesehatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	46
Tabel 4.2	Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	49
Tabel 4.3	Pemeriksaan Penunjang pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	58
Tabel 4.4	Terapi yang Diterima pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	59
Tabel 4.5	Data Fokus Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	60
Tabel 4.6	Analisa Data pada Pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	61
Tabel 4.7	Analisa Data pada Pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	63
Tabel 4.8	Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2 pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	66
Tabel 4.9	Intervensi Keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	68
Tabel 4.10	Implementasi Keperawatan Pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	74
Tabel 4.11	Implementasi Keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	79
Tabel 4.12	Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	84
Tabel 4.13	Evaluasi Keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung.....	9
---------------------------------	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gagal Jantung.....	22
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	118
Lampiran 2 Format Asuhan Keperawatan.....	120

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Jantung adalah organ vital yang berfungsi sebagai pemompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Apabila jantung mengalami gangguan, peredaran darah dalam tubuh dapat terganggu sehingga menjaga kesehatan jantung sangatlah penting agar terhindar dari berbagai jenis penyakit jantung (Dewi, 2021). Jantung merupakan organ tubuh manusia yang mempunyai peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyaknya kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung (Nugroho, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit jantung atau kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling sering terjadi di seluruh dunia yang mengakibatkan tingginya angka mortalitas, morbiditas dan juga berdampak secara finansial terutama bagi lanjut usia. Gagal jantung adalah suatu kondisi yang terjadi ketika jantung tidak dapat berespons secara adekuat terhadap stres untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Pada kondisi ini, jantung tidak mampu untuk melaksanakan tugasnya sebagai pemompa darah (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Gagal jantung kongestif atau biasa dikenal dengan sebutan CHF (Congestif Heart Failure) 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 ke dalam jantung masih cukup tinggi, *Gagal jantung kongestif* merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia setelah stroke (Aspiani, 2016).

Berdasarkan data dari Global Health Data Exchange (GHDx) tahun 2020, penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia. Sejak 20 tahun terakhir jumlah angka kasus *gagal jantung kongestif* di dunia mencapai 64,34 juta kasus dengan 9,91 juta kematian (GHDx, 2020).

Sedangkan data yang diperoleh oleh WHO (2016) bahwa sebanyak 17,9 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler atau setara dengan 31% dari 56,5 juta dari kematian global. Menurut American Health Association (AHA) angka insiden penderita gagal jantung sebanyak 6,5 juta orang. (WHO, 2020).

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sebesar 1,5% total penduduk atau diperkirakan sekitar 29.550 orang. Kalimantan Timur masuk kedalam salah satu dari 8 provinsi yang memiliki prevalensi gagal jantung tertinggi dengan total 1,8%. Penyebab kematian terbanyak yang sebelumnya ditempati oleh penyakit infeksi sekarang telah beralih menjadi ke penyakit kardiovaskular dan degeneratif dan diperkirakan akan menjadi penyebab kematian 5 kali lebih banyak dibandingkan dengan penyakit infeksi pada tahun 2013 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2018).

Gagal jantung berarti masalah pada pompa jantung yang ditandai dengan adanya kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan oleh tubuh. Gagal jantung sendiri terjadi dapat disebabkan karena banyak hal, diantaranya dapat terjadi karena kelainan pada otot – otot jantung, kelainan pada katup jantung, dan atau kelaianan anatomi dari jantung itu sendiri. Selain itu beberapa faktor juga dapat mempengaruhi terjadinya Gagal Jantung Kongestif diantaranya, Hipertensi, Obesitas, Diabetes, Aritmia, dan gaya hidup tidak sehat.

Menurut Hasril (2022) mengatakan bahwa jenis kelamin juga menjadi salah satu faktor terjadinya Gagal Jantung Kongestif, Laki-laki lebih rentan terkena penyakit Gagal Jantung Kongestif alasannya ada pada hormon estrogen yang terdapat di dalam tubuh perempuan. Hormon estrogen memberi perlindungan terhadap aliran darah ke jantung serta berfungsi melebarkan pembuluh darah. Di sisi lain, kaum Hawa juga tetap berisiko terkena penyakit jantung setelah siklus menstruasi berakhir alias menopause. Usia juga sangat berpengaruh pada risiko terkena penyakit kardiovaskular karena seiring dengan meningkatnya usia maka semua faktor risiko akan meningkat seperti perubahan struktural maupun fungsional dari jantung dan pembuluh darah (Hasril, 2022).

Hal ini sejalan dengan data yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan Jannety (2021) terkait pasien yang terdiagnosis Gagal Jantung Kongestif sdi RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya dengan Subjek penelitian didapatkan sebanyak 42 orang, pasien terbanyak adalah pasien berjenis kelamin laki-laki yaitu berjumlah 22 orang (52,4%) dan kelompok usia terbanyak adalah usia > 40 tahun yang berjumlah 37 orang (88,1%) (Jannety, 2021). Sedangkan hasil dari penelitian yang

dilakukan oleh Hamzah (2016) terkait hubungan usia dan jenis kelamin terhadap kualitas hidup pada penderita gagal jantung di RS.PKU Muhammadiyah Yogyakarta menemukan kecenderungan bahwa semakin tua usia responden semakin buruk kualitas hidupnya. Kualitas hidup ditemukan erat kaitannya dengan usia di mana usia lanjut identik dengan penurunan fungsi fisiologis (Hamzah, 2016).

Masalah yang dapat timbul pada gagal jantung kanan yaitu munculnya edema dikedua tungkai, Penumpukan cairan diperut (Asites), Pembengkakan hati dan limpa, Peningkatan tekanan vena jugular, Penurunan perfusi jaringan. Sedangkan pada gagal jantung kiri akan terjadi takikardia, dispnea atau sesak nafas, sianosis, dan penurunan perfusi jaringan. Pada gagal jantung kiri akan menimbulkan gejala badan lemah, cepat lelah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, anoreksia, keringat dingin, batuk/batuk berdarah, dan fungsi ginjal menurun. Sedangkan pada gagal jantung kanan gejalanya berupa edema, anoreksia, mual, asites, dan sakit daerah perut (Aspiani, 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 (Aspiani, 2016).

Peran perawat terhadap pasien dengan gagal jantung kongestif yaitu sebagai pelaksana *care provider* yaitu dengan melakukan pengkajian

keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang berfokus pada pemantauan tanda-tanda vital dan gejala penurunan curah jantung, penyebab yang mendasari (misalnya hipovolemia, disritmia), pelaksanaan protokol atau program dokter untuk mengatasi penurunan curah jantung, dan pelaksanaan tindakan dukungan, seperti perubahan posisi dan hidrasi. Selain sebagai pelaksana peran perawat juga sebagai pendidik yaitu dengan memberikan edukasi pasien untuk mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi yang buruk untuk menghindari faktor risiko. Dengan edukasi semakin banyak pasien yang mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu melakukan perawatan mandiri.

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 urin (Aspiani, 2016).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di ruang ICCU RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo dalam periode bulan Desember 2022 – Februari 2023 terdapat 26 kasus dengan diagnosa Gagal Jantung Kongestif. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang ICCU RSUD.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Gagal Jantung Kongestif* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023?”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023 ?

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.
- c. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.
- d. Melaksanakan implementasi sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruag ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.

- e. Mengevaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian sebagai berikut :

1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambah ilmu bagi mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada pasien Gagal Jantung Kongestif secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Gagal Jantung Kongestif.

1. Definisi

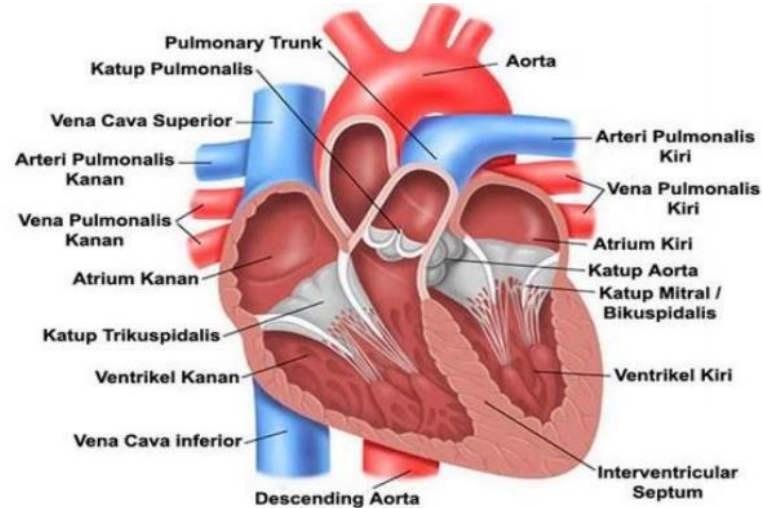
Gagal jantung adalah sindrom klinis yang kompleks, dimana didasari oleh ketidak mampuan jantung untuk memompa darah keseluruhan tubuh yang adekuat, mengakibatkan gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Syahputra, 2016).

Gagal jantung tidak berarti bahwa jantung berhenti bekerja memompa. Namun kemampuan memompa jantung lebih lemah dari normal. Pada keadaan gagal jantung, darah yang dipompa dari jantung ke seluruh tubuh bergerak dengan kecepatan yang lebih rendah, dan tekanan di dalam jantung meningkat. Akibatnya, jantung tidak mampu memompa cukup darah, oksigen dan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Ruang-ruangan jantung merespon keadaan ini dengan memelarkan (stretching) diri sehingga mampu menampung lebih banyak darah untuk dipompakan ke tubuh (Putri, 2022).

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 (Aspiani, 2016).

2. Anatomi Fisiologis

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. Meskipun begitu beratnya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya latihan dan kebiasaan fisik. Fungsi utama jantung adalah

memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum.

- 1) Batas Jantung adapun batas batas jantung yang terdiri dari :
 - a) Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI)
 - b) Kiri : ujung ventrikel kiri
 - c) Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri
 - d) Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis
 - e) Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung
 - f) Superior : apendiks atrium kiri
- 2) Lapisan Jantung adapun lapisan-lapisan jantung terdiri dari 3 lapisan :
 - a) Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
 - b) Miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.

- c) Endokardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.
- 3) Katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar.
- a) 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 daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.
- b) 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.

4) 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) 12

- 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 $\pm 70\text{ml}$ sehingga curah jantung diperkirakan ± 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

Menurut Aspiani (2016) penyebab gagal jantung secara umum dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Disfungsi miokard (Ketidak Mampuan otot jantung untuk berkontraksi dengan sempurna)
- 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) Disritmia
- 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 :

- 1) Kelainan otot jantung

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

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

2) 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 .

3) 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.

4) 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)

5) Faktor sistemik

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

4. Manifestasi Klinis

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 dimalam 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 dihepar.
- 4) Anorexia dan mual
- 5) Kelemahan

5. Klasifikasi Gagal Jantung Kongestif

Klasifikasi Fungsional gagal jantung menurut *New York Heart*

Association (NYHA), sebagai berikut :

- a. Kelas 1 Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dispnea napas, palpitasi atau kelelahan berlebihan
- b. Kelas 2 Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan kelelahan dan palpitasi.
- c. Kelas 3 Keterbatasan aktifitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
- d. 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.

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.

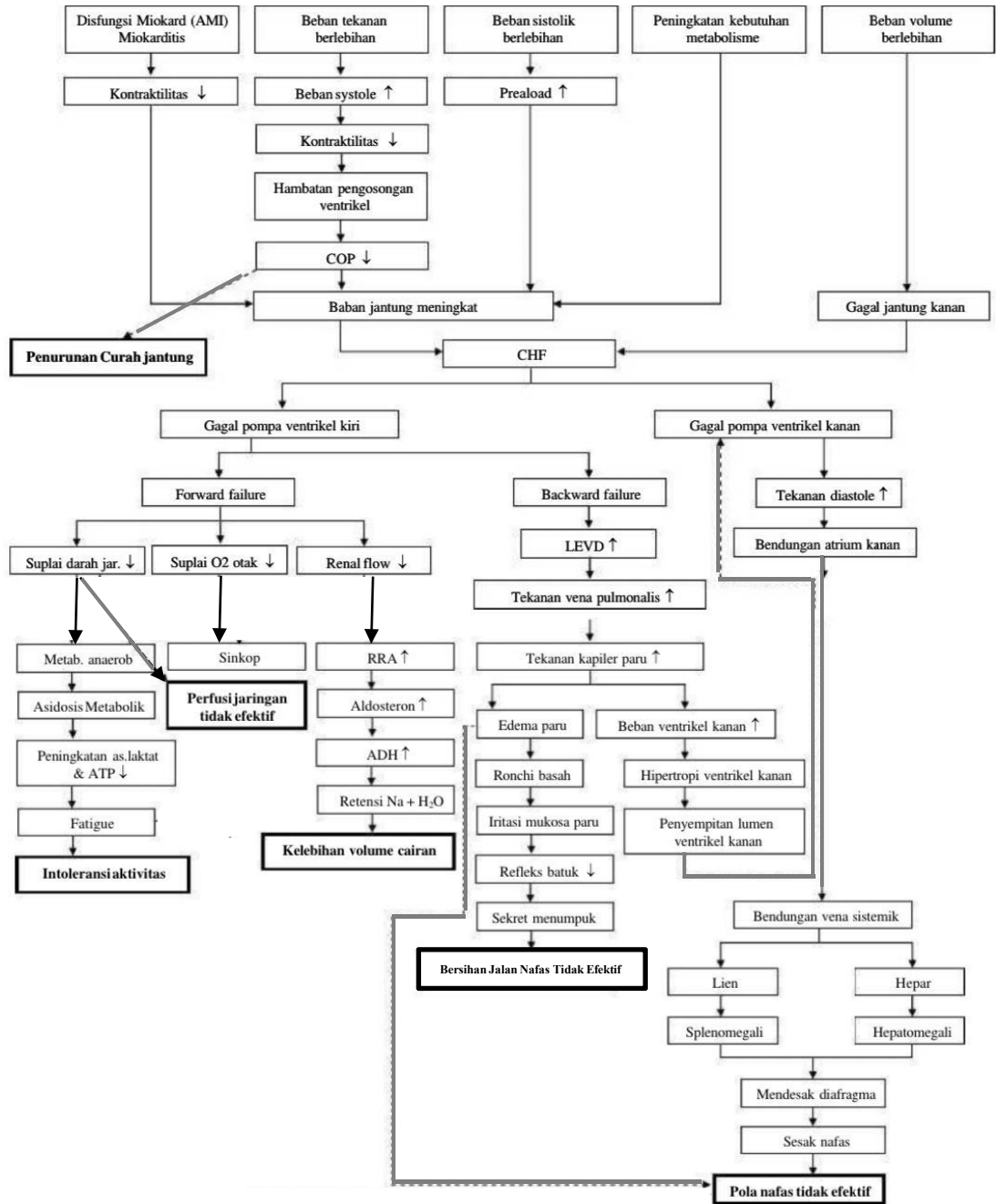
Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume 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. Pathway



Bagan 2.1
Pathway gagal jantung

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 dopoler (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.
- f. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
- g. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik

- h. Oksimetriadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- i. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).
- j. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi.
- k. 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.

10. Komplikasi

Efek samping atau komplikasi dari gagal jantung kongestif, antara lain:

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

- c) Episode trombolitik

Trombus terbentuk karena imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktivitas trombus dapat menyumbat pembuluh darah.

- d) Efusi perikardial dan tamponade jantung

Masuknya cairan ke kantung perikardium, cairan dapat meregangkan perikardium sampai ukuran maksimal. COP menurun dan aliran balik vena ke jantung menjadi tamponade jantung.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Kongestif.

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Identitas :

- 1) Identitas klien : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medis.

- 2) Identitas penanggung jawab Meliputi : Nama, umur, jenis

kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

b. Keluhan utama

- 1) Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea
- 2) Lelah, pusing
- 3) Nyeri pada dada
- 4) Edema ekstremitas bawah
- 5) Nafsu makanan menurun, neusea, distensi abdomen

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

Mengetahui riwayat penyakit terdahulu pasien, tanyakan kepada pasien apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga apakah ada 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 lainnya seperti DM, dan Hipertensi .

f. Pengkajian data

- 1) Aktifitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, latergi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat tau saat beraktifitas.
- 2) Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.
- 3) Respirasi : dipsnea pada saat beraktivitas, takipnea, riwayat penyakit paru.
- 4) Pola makan dan cairan : mafsu makan menurun, mual dan muntah.
- 5) Eliminasi : penurunan volume urine, urine yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi.
- 6) Neurologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi.
- 7) Interaksi sosial : aktivitas sosial berkurang
- 8) Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis

g. Pemeriksaan fisik.

- 1) Keadaan Umum : kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, sitress, sikap dan tingkah laku klien.

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 takikardi)

c) Pernapasan Nilai normalnya :

Frekuensi : 16-20 x/menit

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

d) Suhu Badan Metabolisme menurun , suhu menurun

3) Pemeriksaan *Head to toe* :

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 hipertrofi 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.

- 4) Pemeriksaan penunjang
 - a) Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, oedema 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 suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

- a. 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

b. 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

c. 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

d. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)

Definisi : ketidak mampuan bersihan sekret atau obstruktur jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Penyebab : sekret yang tertahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : sputum berlebih , mengi, wheeing atau ronkhi

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Dispnea
- 2) Objektif : Gelisah ,bunyi napas menurun ,frekuensi napas berubah ,pola napas berubah Kondisi klinis terkait : infeksi saluran napas

e. 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, tugor 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

f. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidak cukupan 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, meraa 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

3. Intervensi Keperawatan

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

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 1.2 Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.4 Posisikan semi fowler atau fowler 1.5 Ajarkan teknik batuk efektif 1.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspiratoran, mukolitik, jika perlu.
2.	Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas	<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"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat Tidak ada edema 	<p>Perawatan jantung (I.02075)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 2.3 Monitor intake dan output cairan 2.4 Monitor keluhan nyeri dada 2.5 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 2.6 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 2.7 Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap 2.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
3.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.</p> <p>Kriterian hasil : keseimbangan cairan (L. 03020)</p>	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes, dipsnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 3.2 Monitor intake dan output cairan

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tererbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 3.3 Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.5 Anjurkan melapor haluaran urin 3.6 Ajarkan cara membatasi cairan 3.7 Kolaborasi pemberian diuretic
4.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat bersihan jalan napas meningkat .</p> <p>Kriteria hasil : Bersihan Jalan Napas (L.01001)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun 2. pasien tidak gelisah 3. pasien bernapas dengan baik 4. frekuensi napas membaik 	<p>Latihan batuk efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi kemampuan batuk 4.2 Monitor adanya retensi sputum 4.3 Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4.4 Monitor input dan output cairan (mis: jumlah dan karakteristik) 4.5 Atur posisi semi- fowler atau Fowler 4.6 Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4detik ,ditahan selama 2detik ,kemudian keluarkan dari mulut denga bibir mencucu selama 8detik 4.7 Anjurkan mengulangi tarik napas dalam sebanyak 3kali 4.8 Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 4.9 Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektor (jika perlu)
5.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : perfusi perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Periksa sirkulasi perifer(mis:nadi perifer,edema,pengisian kapiler, warna,suhu) 5.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 5.3 Lakukan hidrasi 5.4 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5.5 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 5.6 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

6.	Intoleransi aktivitas kelemahan b.d	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Mampu melakukan aktivitas sehari-hari 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mangatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktivitas berkurang 	<p>(Manajemen energi I.050178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 6.2 Monitor pola dan jam tidur 6.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6.4 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 6.5 Anjurkan tirah baring 6.6 Anjurkan melakukan aktivitas secara 6.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
----	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif.

Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP.

S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien,

O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga,

A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif,

P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gagal jantung kongestif di Ruan ICCU RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, Implementasi, dan evaluasi.

B. Subjek Penelitian

Subjek penelitian dengan responden adalah pasien-pasien yang dijadikan sebagai sampel untuk studi penelitian. Subjek penelitian ini memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan penelitian untuk bisa memenuhi subjek penelitiannya (Rahmawati, *et.al*, 2019). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Subyek ialah pasien berjenis kelamin laki-laki atau perempuan.
- b. Pasien terdiri dari 2 orang pasien dewasa dengan diagnosa medis
Gagal Jantung Kongestif

- c. Pasien yang dirawat di ruang ICCU RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Pasien kooperatif
- e. Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran.
- f. Pasien bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent.

2. Kriteria Eksklusi

Merupakan sampel yang tidak memenuhi syarat dari kriteria inklusi (Sugiyono, 2018). Kriteria eksklusi dalam studi kasus ini adalah :

- a. Pasien tidak bersedia menjadi responden.
- b. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

C. Definisi Oprasional

Definisi operasional adalah suatu sifat atau nilai dari objek/kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Definisi operasional pada studi kasus ini adalah:

1. Gagal jantung kongestif merupakan kongesti sirkulasi akibat disfungsi miokardium. Tempat kongesti bergantung pada ventrikel yang terlibat. Disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kiri menimbulkan kongesti pada vena pulmonalis, sedangkan disfungsi ventrikel kanan atau gagal jantung kanan mengakibatkan kongesti vena sistemik. Pada kasus ini untuk menentukan penyakit gagal jantung kongestif adalah berdasarkan rekam medis klien yang telah didiagnosis oleh dokter.

2. Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif suatu asuhan keperawatan yang komperhensif dimana proses kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien gagal jantung kongestif dalam tata pelayanan kesehatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan dengan menggunakan SDKI, intervensi menggunakan SIKI dan SLKI, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Waktu penelitian ini dilaksanakan selama 3-6 hari pada tanggal 26 April 2023 s.d 28 April 2023.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Mahasiswa telah lulus dari ujian proposal.
2. Mahasiswa telah mendapatkan izin untuk dapat mengambil data di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Mahasiswa meminta izin kepada kepala ruangan di ruang ICCU RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Mahasiswa meminta izin kepada perawat untuk diambilnya kasus di ruang ICCU tersebut.
5. Mahasiswa akan melakukan pengkajian kepada pasien sesuai dengan kasus yang diambil.

6. Mahasiswa melapor kepada dosen pembimbing untuk berkonsultasi mengenai kasus yang didapat.
7. Setelah disetujui oleh dosen pembimbing lalu membuat asuhan keperawatan dari kedua pasien.

F. Metode dan Instrument Pengumpulan Data

Metode dan instrument pengumpulan data untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan memberi sejumlah pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian kepada narasumber yang sudah ditentukan. Tujuan wawancara ialah untuk mendengarkan sebagai bentuk informasi yang nantinya hasil dari wawancara ini berupa identitas pasien, riwayat penyakit keluarga dan saat ini hingga mendapatkan masalah utama pasien.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah proses pengamatan dengan langsung mengamati objek penelitian. Pemeriksaan fisik merupakan tindakan berkelanjutan yang dapat mengidentifikasi berbagai macam data yang dibutuhkan perawat sebagai data dasar klien. Data secara objektif yang didapat bisa melalui pengamatan (inspeksi), perabaan (palpasi), Ketuk (perkusi), dan pendengaran (auskultasi) pada bagian tubuh tertentu yang dilakukan

pemeriksaan untuk mengetahui kelainan yang pasien rasakan.

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik. Pemeriksaan diagnostik yang dimaksudkan ialah seperti pemeriksaan laboratorium, EKG, foto rontgen dada, dll.

2. Instrumen Pengumpulan Data

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

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Dalam penelitian kualitatif, tentunya ada validasi yang dilakukan oleh peneliti untuk mendapatkan kualitas data dan informasi yang valid (tidak cacat). Saat pemeriksaan keabsahan data tentunya dilakukan dengan pengamatan yang panjang, dan juga menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama, yaitu dari pasien, perawat, serta keluarga pasien dalam mengumpulkan data. Triangulasi sendiri merupakan teknik pengumpulan data dengan menggabungkan berbagai data dan juga sumber yang ada.

H. Analisis Data

Analisa data adalah proses mengolah data menjadi informasi baru yang didapatkan dengan cara wawancara dan observasi. Analisa data dilakukan pada saat peneliti berada di lahan penelitian. Nantinya data yang didapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang berasal dari pendapat pasien, atau keluarganya. Sedangkan data objektif adalah data yang didapat menggunakan indera dan dapat diamati serta diukur.

Proses Analisa data yang dilakukan dimaksudkan untuk kevalidan data yang didapat sehingga nantinya akan memudahkan peneliti dalam proses penaikan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pengkajian, analisa data, menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, evaluasi dan akan dilakukan pembahasan dari kedua subjek penelitian mengenai asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Gagal jantung kongestif di Ruang ICCU RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian.

1. Gambaran Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di jalan MT. Haryono No.656 Balikpapan. RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah sakit Umum Balikpapan dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo antara lain : Instalasi Rawat jalan, Instalasi rawat inap, Instalasi farmasi, Instalasi Rawat Darurat (IRD) 24 jam dan Radiologi.

Penelitian dilakukan diruangan ICCU pada tanggal 26 April 2023 - 29 April 2023, Ruang ICCU (Intensive Cardiology Care Unit) adalah suatu ruang intensif atau ICU yang secara khusus ditunjukkan bagi pasien yang memiliki gangguan pada jantung yang memerlukan pemantauan secara intensif yang terletak di lantai 2 Gedung Anggrek RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Kasus yang dirawat diruang ICCU meliputi kasus kardiovaskular seperti kasus gagal jantung kongestif, gagal jantung koroner, Nstemi, Stemi, dan masih banyak lainnya.

2. Data Asuhan Keperawatan.

a. Pengkajian.

1) Anamnesa.

Tabel 4.1

Hasil Anamnesis Biodata dan Riwayat Kesehatan pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Data Anamnesa	Klien 1	Klien 2
Identitas Klien		
1. Nama	Tn. D	Ny. L
2. Jenis Kelamin	Laki-Laki	Perempuan
3. Umur	68 Tahun	66 Tahun
4. Status Perkawinan	Menikah	Menikah
5. Pekerjaan	Buruh	Ibu Rumah Tangga
6. Agama	Islam	Islam
7. Pendidikan Terakhir	SLTA	SMP
8. Alamat	Jl. Al-Makmur No.18 Rt.40 Kec. Damai Kab. Kutai Barat	Tegumung Wetan GG. Randu 33 Kel. Wonokusomo Surabaya
Diagnosa Medis	CHF + Stemi	CHF + Nstemi + ACS
Nomor Register	00.50.13.XX	00.87.34.XX
MRS/ Tgl Pengkajian	20 April 2023/ 26 April 2023	25 April 2023 / 26 April 2023
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri dada	Pasien mengatakan sesak nafas
Riwayat Penyakit Sekarang	Tn. D masuk melalui IRD RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan padatanggal 20 April 2023. Pasien datang dengan keluhan Batuk dan Nyeri dada sudah 1 minggu, Pasien juga mengeluh sesak nafas sejak 2 hari yang lalu, pasien mengatakan pada	Ny. L masuk melalui IRD RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan padatanggal 25 April 2023. Pasien datang dengan keluhan sesak nafas sudah 2 Minggu, mual, muntah, dan batuk sejak 4 hari yang lalu. tubuh terasa lemas. Tekanan darah: 117/75

	<p>saat tidur harus menggunakan bantal. Tekanan darah : 133/90 mmHg, Nadi: 94x/i, Pernafasan: 23x/i, Suhu: 36,1°C.</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 26 April 2023, Pasien sudah dirawat hari ke-7. Pasien mengeluh nyeri dada kiri, pasien mengatakan masih sesak terutama saat beraktivitas berat, Pasien juga mengeluh sulit tidur dan sering terbangun saat malam hari dikarenakan batuk.</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk Q: nyeri seperti tertekan R: dada kiri S: skala 4 T: hilang timbul</p> <p>pasien terpasang IVFD NaCl 0,9%, terpasang O2 nasal kanul 3lt/menit dan kateter urine Hasil Tanda-tanda vital pada TD : 107/77mmHg, Nadi : 102x/i, Pernafasan :22x/i,Suhu : 36,6°C. SpO2 : 98%</p>	<p>mmHg, Nadi: 91x/i, Pernafasan: 25x/i,suhu:37 °C.</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian tanggl 26 April 2023, Pasien baru dirawat hari ke-2. Pasien mengeluh sesak nafas, tubuh lemas sesak juga dirasakan pada saat melakukan aktivitas seperti (bangun dari tempat tidur), dan pasien mengatakan kurang tidur akibat sesak yang dialami pada malam hari, tidak ada nyeri pada saat bernafas.</p> <p>Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9%, Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit dan terpasang kateter urine. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda vital Pada TD : 124/67 mmHg, Nadi : 85x/i, Pernafasan : 28x/i, Suhu : 37°C. SpO2 : 98%</p>
<p>Riwayat Kesehatan Terdahulu</p>	<p>Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo karena penyakit CHF.</p>	<p>Pasien mengatakan pernah dirawat di RS. Restu Ibu Balikpapan seminggu yang lalu karena keluhan sesak nafas.</p>

Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan di keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi yaitu ayah pasien, dan ibu pasien memiliki penyakit Jantung. Pasien juga mengatakan dikeluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit Diabetes Militus, asma dan penyakit menular seperti TBC dan lainnya.	Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, jantung, asma, diabetes ataupun penyakit menular seperti TBC, dan lainnya.
Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan.	Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol, pasien dulunya pernah merokok terkadang sebungkus rokok bisa habis dalam sehari dan pasien berhenti merokok sekitar 6 tahun yang lalu, pasien tidak menggunakan obat-obatan tanpa resep dokter, saat muda pasien sering berolahraga badminton tetapi sudah jarang sejak 13	Pasien mengatakan Tidak pernah merokok, tidak pernah minum-minuman seperti alkohol, pasien mengatakan tidak pernah menggunakan obat-obatan yang tidak diresepkan oleh dokter, dan pasien mengatakan tidak pernah olahraga.

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari pengkajian biodata pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan persamaan seperti, status perkawinan, agama, dan diagnosa medis yaitu gagal jantung kongestif dengan penyakit penyerta yang berbeda dan juga perbedaan yang ditemukan pada saat pengkajian seperti jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan alamat pasien. Pada pasien 1 masuk rumah sakit pada tanggal 20 April 2023 dan dikaji pada tanggal 26 April 2023, sedangkan pasien 2 masuk rumah sakit pada tanggal 25 April 2023 dan dikaji pada tanggal 26 April 2023.

2) Hasil Pemeriksaan Fisik.

Tabel 4.2
Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Klien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
1. Keadaan Umum	Keadaan umum pasien sedang, pasien dalam posisi fowler, pasien terpasang Infus, nasal kanul 3Lpm, dan kateter urine.	Keadaan umum pasien sedang, pasien dalam posisi semi fowler, pasien terpasang infus, nasal kanul 4Lpmdan kateter urine.
2. Kesadaran	Compos mentis GCS 15, E4 V5 M6 <ul style="list-style-type: none"> E4 : pasien dapat membuka mata secara spontan, M6: pasien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi, V5: pasien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna. 	Compos mentis GCS 15, E4 V5 M6 <ul style="list-style-type: none"> E4 : pasien dapat membuka matasecara spontan. M6: pasien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi, V5: pasien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna.
3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital	TD : 107/77 mmHg N : 102 x/menit R : 22 x/menit S : 36,6 °C SpO2 : 98%	TD : 124/67 mmHg N : 85 x/menit R : 28 x/menit S : 37°C SpO2 : 98%
4. Kenyamanan/nyeri	Ada : P:Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk Q: nyeri seperti berdenyut R : dada kiri S: skala 4 T: hilang timbul	Pasien tidak ada keluhan nyeri
5. Status fungsional/ Aktivitas dan mobilisasi <i>Barthel Indeks</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pasien dianjurkan untuk bedrest Pasien dapat mengendalikan rangsanga BAB secara mandiri Mengendalikan rangsangan BAK menggunakan kateter Pasien membersihkan diri dibantu oleh perawat Penggunaan jamban, masuk dankeluar (melepas, memakai membersihkan dan menyiram) perlu pertolongan Makan dibantu oleh keluarga Berubah sikap dari baring ke duduk butuh bantuan 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien dianjurkan untuk bedrest Pasien dapat mengendalikan rangsanga BAB secara mandiri Mengendalikan rangsangan BAK menggunakan kateter Pasien membersihkan diri dibantu oleh perawat Penggunaan jamban, masuk dankeluar (melepas, memakai membersihkan dan menyiram) perlu pertolongan Makan dibantu oleh keluarga Berubah sikap dari baring ke duduk butuh bantuan

	<p>orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memakai baju di bantu oleh perawat • Mandi dibantu oleh perawat <p>Pasien Ketergantungan</p>	<p>orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memakai baju di bantu oleh perawat • Mandi dibantu oleh perawat <p>Pasien Ketergantungan</p>
6. Pemeriksaan Fisik Kepala	<ul style="list-style-type: none"> • Kulit kepala bersih. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kulit kepala bersih.
a. Rambut	Penyebaran rambut merata, warnahitam dominan putih beruban, tidak mudah patah dan tidak bercabang, tidak ada kelainan.	Penyebaran rambut merata, warnahitam dominan putih beruban, tidak mudah patah dan tidak bercabang, tidak ada kelainan.
b. Mata	Sklera putih, konjungtiva merah mudah tidak tampak anemis, palebra tidak ada edema, kornea keruh, Reflek cahaya + , pupil isokor. Kelainan : pasien mengalami gangguan penglihatan seperti kabur, karena memiliki gangguan penglihatan jarak dekat	Sklera putih, konjungtiva merah mudah tidak tampak anemis, palebra tidak ada edema, kornea keruh, Reflek cahaya + , pupil isokor. Kelainan : pasien mengalami gangguan penglihatan seperti kabur, karena memiliki gangguan penglihatan jarak dekat
c. Hidung	Pernafasan cuping hidung tidak ada , posisi septum masi di tengah,lubang hidung bersih tidak ada kotoran, ketajaman penciuman baik, tidak terdapat kelainan.	Pernafasan cuping hidung tidak ada , posisi septum masi di tengah,lubang hidung bersih tidak ada kotoran, ketajaman penciuman baik, tidak terdapat kelainan.
d. Mulut	Bibir tampak gelap, Gigi semua molar satu mandibular permanen, lidah warna merah keputih-putihan, mukosa kering,tonsil ukuran normal, dan letak uvula simetris di tengah	Bibir tampak gelap, Gigi semua molar satu mandibular permanen, lidah warna merah keputih-putihan, mukosa kering,tonsil ukuran normal, dan letak uvula simetris di tengah
e. Telinga	Daun telinga bersih dan normal, kanalis telinga tidak ada masalah, pendengaran mulai berkurang. Tidak dilakukan pemeriksaan tesweber, tes rinner, dan tes swabch	Daun telinga bersih dan normal, kanalis telinga tidak ada masalah, pendengaran mulai berkurang. Tidak dilakukan pemeriksaan tesweber, tes rinner, dan tes swabch

f. Leher	pada telinga kanan dan kiri. Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisitrukea di tengah, tidak ada peningkatan JVP.	pada telinga kanan dan kiri. Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea di tengah, tidak ada peningkatan JVP.
7. Pemeriksaan Fisik Thorak: Sistem pernapasan	<p>Pasien mengeluh sesak sesekali terutama saat pasien terlalu banyak bergerak atau terlalu banyak beraktivitas, pasien mengeluh batuk dan ada sekret berwarna putih, konsistensi cair berlendir dan tidak berbau.</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspeksi : bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan 22 x/mnt, irama nafas teratur, pola nafas takipnea, pernafasan cuping hidung tidak ada, otot bantu pernafasan tidak ada, usaha nafas dalam posisi duduk (fowler), alat bantu nafas 3Lpm (stanby) • palpasi: vocal premitus anterior dan posterior teraba jelas,Ekspansi paru anterior dan posterior Normal, tidak ada kelainan. • perkusi : terdengar redup, batas paru hepar ICS4 sampai ICS 6. • auskultasi: suara nafas ronkhi, suara ucapan jelas, pasien tidak terpasang WSD 	<p>Pasien mengeluh sesak, pasien mengeluh batuk, tetapi tidak ada sekret.</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspeksi : bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan 28x/mnt • irama nafas tidak teratur, pola nafas takipnea, pernafasan cuping hidung ada, otot bantu pernafasan ada, usaha nafas dalam posisi setengah duduk (semi fowler), alat bantu nafas terpasang nasal kanul 4Lpm. • palpasi: vocal premitus anterior dan posterior teraba jelas,Ekspansi paru anterior dan posterior Normal, tidak ada kelainan. • perkusi : terdengar sonor, batas paru hepar ICS4 sampai ICS 6 • auskultasi: suara nafas wheezing, suara ucapan jelas, pasien tidak terpasang WSD
8. Pemeriksaan Sistem Kardiovaskular	<p>Pasien ada keluhan nyeri dada P:Pasien mengatakan nyeri dadakiri saat batuk Q: nyeri seperti berdenyurR : dada kiri S: skala 4 T: hilang timbul</p>	<p>Pasien tidak ada keluhan nyeri dada</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspeksi: bentuk dada normal tidak ada kelainan CRT >3detik, tidak ada sianosis. • palpasi: ictus cordis teraba di RIC V (tepat

	<ul style="list-style-type: none"> • inspeksi: bentuk dada normal tidak ada kelainan CRT < 3detik, tidak ada sianosis. • palpasi: ictus cordis teraba di RIC V (tepat pada posisinya , Akral Hangat. • perkusi: batas atas bawah, kanan dan kiri bunyi sonor • auskultasi : BJ II-Aorta : Normal lup dup, BJ II-Pulmonal : Normal lup dup. kedua BJ II Aorta dan Pulmonal ditimbulkan oleh penutupan katup- katup aorta dan pulmonal menandakan fase diastolik ventrikel. • BJ I-Trikuspidalis : Normal lup dup, BJ I-Mitral Normal lup dup. kedua BJ I Trikuspidalis dan Mitral ditimbulkan oleh penutupan katup- katup mitral dan 	<p>pada posisinya , Akral Dingin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • perkusi: batas atas bawah, kanan dan kiri bunyi sonor • auskultasi : BJ II-Aorta : Normal lup dup, BJ II-Pulmonal : Normal lup dup. kedua BJ II Aorta dan Pulmonal ditimbulkan oleh penutupan katup- katup aorta dan pulmonal menandakan fase diastolik ventrikel. <p>BJ I-Trikuspidalis : Normal lup dup, BJ I-Mitral Normal lup dup. kedua BJ I Trikuspidalis dan Mitral ditimbulkan oleh penutupan katup- katup mitral dan trikuspidalis menandakan fase sistolik ventrikel Tidak ada bunyi jantung tambahan, terjadi kesan kardiomegali .</p>
<p>9. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Status nutrisi : BB pasien 70kg TB pasien 170 cm dengan nilai IMT: 24,22 kategori berat badan Normal. selama 6 bulan pasien tidak ada penurunan BB yang berarti nafsu makan pasien baik. • Eliminasi dan Diet : Pasien BAB 1x/hari, dengan konsistensi keras. Pasien makan 3x sehari dengan jenis diet rendah garam, nafsu makan baik tetapi porsi makan sering bersisa. <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: bentuk perut normal, tidak ada bayangan vena atau benjolan massa, dan pasien tidak ada luka operasi. • Auskultasi: peristaltic usus 8x/menit. • Palpasi: perut pasien kembung, ada nyeri tekan, 	<ul style="list-style-type: none"> • Status nutrisi : BB pasien 60 kg TB 156 cm dengan nilai IMT 24,34 kategori berat badan pasien Normal. Pasien selama 6 bulan tidak ada penurunan BB yang berarti nafsu makan baik. • Eliminasi dan Diet : Pasien BAB 1x/hari, terakhir BAB pada 26 April 2023 dipagi hari dengan konsistensi cair (menggunakan pampers) . Pasien makan 3x sehari dengan jenis diet rendah garam, nafsu makan baik dan porsi makan sering bersisa. <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: bentuk perut normal, tidak ada bayangan vena atau benjolan massa, dan pasien tidak ada luka operasi.

	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada massa, hepar dan ginjal tidak ada pembesaran. • Perkusi: pasien tidak ada asites ,pada ginjal tidak ada nyeri ketuk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auskultasi: peristaltik usus 14x/menit. • Palpasi: perut pasien tidak ada masalah, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, hepar dan ginjal tidak ada pembesaran. • Perkusi: pasien tidak ada asites ,pada ginjal tidak ada nyeri ketuk.
10. Sistem Persyarafan	<p>Memori pasien baik dapat mengulang. bahasa pasien baik, kognisi baik. orientasi orang, tempat, dan waktu baik. saraf sensori nyeri ketuk, suhu, sentuhan baik. saraf kordinasi baik. refleks fisiologi patella, achiles, bisep, trisep,brakipradialis normal. Tidak ada refleks patologis. Pasien mengeluh pusing. Pasien kurang tidur ,tidur kurang lebih 4-5 jam sehari dikarenakan perasaan tidak nyaman karena sesak dan nyeri dada yang dirasakan.</p> <p>Pemeriksaan XII Saraf Kranial:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. (Olfaktorius): penciuman pasien baik. b. (Optikus): pasien ada gangguan penglihatan c. (Okulomotoris): pasien dapat menggerakkan bola mata. d. (Troklearis): pasien dapat menggerakkan mata. e. (Trigemminus): pasien dapat berespresi. f. (Abdusen): pasien dapat melotot dan melirik. h. (Fasialis): ekspresi wajah normal i. (Vestibulokoklearis) : pendengaran normal. j. (Glosofaringis): pasien dapat sensasi dengan normal. k. (Vagus): Refleks menelannormal. l. (Assesoriusus): pasien 	<p>Memori pasien baik dapat mengulang. bahasa pasien baik, kognisi baik. orientasi orang, tempat, dan waktu baik. saraf sensori nyeri ketuk, suhu, sentuhan baik. saraf kordinasi baik. refleks fisiologi patella, achiles, bisep, trisep, brakipradialis normal. Tidak ada refleks patologis. Pasien mengeluh pusing. Pasien kurang tidur ,tidur kurang lebih 4 jam sehari karena kesulitan untuk memulai tidur dan sering terbangun dimalam hari karena sesak.</p> <p>Pemeriksaan XII Saraf Kranial:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. (Olfaktorius): penciuman pasien baik. b. (Optikus): pasien ada gangguan penglihatan akibat katarak. c. (Okulomotoris): pasien dapat menggerakkan bola mata. d. (Troklearis): pasien dapat menggerakkan mata. e. (Trigemminus): pasien dapat berespresi. f. (Abdusen): pasien da g. (Fasialis): ekspresi wajah normal. h. (Vestibulokoklearis): pendengaran normal. i. (Glosofaringis): pasien dapat sensasi dengan normal. j. (Vagus): Refleks menelannormal.

	Dapat menggerakkan leher. m. (Hipoglosus): gerakan lidahnormal.	k. (Assesorisius): pasien dapat menggerakkan leher.(Hipoglosus): gerakan lidahnormal.
11. Sistem Perkemihan	Kebersihan bersih, keluhan kecing tidak ada, kemampuan berkemih menggunakan kateter ukuran dewasa di hari ke-3 ,produksi urine 1300 ml/hari warna kuning cerah berbau khas urine. Kandung kemih tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan. • Intake: Minuman peroral kurang lebih500ml/hari. Cairan Masuk IV 315 ml/hari. NGT tidak terpasang .Makanan 300ml/hari = 1.115ml/hari • Output: Urine 600 ml/hari. Tidak terpasang drain. IWL 175 ml/hari. Tidak ada diare, muntah, perdarahan. Dan pasien tidak ada BAB = 775 ml/hari • Balance Cairan Input – Output 1.115 – 775 = +340ml	Kebersihan bersih, keluhan kecing tidak ada, kemampuan berkemih menggunakan kateter ukuran dewasa di hari ke-2 ,produksi urine1.600 ml/hari warna kuning cerah berbau khas urin. Kandungskemih tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan. • Intake: Minuman peroral kurang lebih1000ml/hari.Cairan Masuk IV 147 ml/hari. NGT tidak terpasang. Makanan 100ml/hari =1.247ml/hari • Output: Urine 250 ml/hari. Tidak terpasang drain. IWL 175 ml/hari. Tidak ada diare, muntah, perdarahan. Dan pasien tidak ada BAB = 425 ml/hari • Balance cairan: Input – Output 1247 – 425 = +822ml
12. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	Pergerakan tidak bebas. Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ Kelainan eksremitas tidak ada, kelainan tulang belakang tidak ada, Fraktur tidak ada , Traksi/ Spalk/ Gips tidak ada, kompartemen syndrome tidak ada, kulit baik tidak ada sianosis , tidak ada luka, tidak ada edema eksremitas, Ekskoriasis, psoriasis,uritkaria tidak ada , pasien tidak beresiko terjadi decubitus.	Pergerakan bebas. Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ Kelainan eksremitas tidak ada, kelainan tulang belakang tidak ada, Fraktur tidak ada , Traksi/ Spalk/ Gips tidak ada, kompartemen syndrome tidak ada, kulit baik tidak ada sianosis , tidak ada luka, tidak ada edema eksremitas, Ekskoriasis, psoriasis,uritkaria tidak ada , pasien tidak beresiko terjadi decubitus.
13. Sistem Endokrin	Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening pasien tidak ada riwayatluka DM serta tidak mengalamiluka gangren.	Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening pasien tidak ada riwayatluka DM serta tidak mengalamiluka gangren.

14. Seksualitas dan Reproduksi	Pasien tidak ada masalah padakelenjar prostat.	Pasien tidak ada masalah Pada kesehatan reproduksinya
15. Keamanan dan Lingkungan	pasien tidak ada riwayat jatuh 3bulan terakhir, Diagnosa pasien lebih dari 1, pasien menggunakan alat bantu dengan berpegangan pada benda-benda sekitar, pasien menggunakan kateter, kemampuan berjalan pasien lemah, status mental orientasi sesuai dengan kemampuan pasien.	pasien ada riwayat jatuh sekitar 1 bulan yang lalu, Diagnosa pasien lebih dari 1, pasien menggunakan alat bantu dengan berpegangan pada benda-benda sekitar, pasien menggunakan kateter, kemampuan berjalan pasien lemah, status mental orientasi sesuai dengan kemampuan pasien. Dengan kesimpulan = Pasien Resiko Jatuh.
16. Pengkajian Psikososial a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya b. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya c. Reaksi saat berinteraksi d. Gangguan konsep diri	Pasien berpresepsi bahwa penyakitnya merupakan cobaan dari tuhan Ekspresi pasien terhadap sakitnya biasa saja, karena pasien telah menerima keadaannya Pasien kooperatif Pasien tidak ada gangguan konsep diri	Pasien berpresepsi bahwa penyakitnya merupakan cobaan dari tuhan Ekspresi pasien terhadap sakitnya biasa saja, karena pasien telah menerima keadaannya Pasien kooperatif Pasien tidak ada gangguan konsep diri
17. Personal Hygine	Pasien mandi 1x sehari, keramas 1x sehari, kuku klien bersih, pasien ganti pakaian 1x sehari, pasien sikat gigi 1x sehari, pasien merokok, pasien tidak minum alkohol.	Pasien mandi 1x sehari, keramas 1x sehari, kuku klien bersih, pasien ganti pakaian 1x sehari, pasien sikat gigi 1x sehari, pasien tidak merokok, pasien tidak minum alkohol.
18. Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah pasien sebelum sakit sering. Selama sakit pasien beribadah kadang-kadang.	Kebiasaan beribadah pasien sebelum sakit sering. Selama sakit pasien beribadah kadang-kadang.

Berdasarkan tabel 4.2 observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan 2 di temukan bahwa pasien 1 dan 2 dalam KU sedang, Pasien 1 dalam posisi fowler dan terpasang nasal kanul 3 Lpm sedangkan Pasien 2 dalam posisi

semi fowler dan terpasang nasal kanul 4 Lpm. Pada pemeriksaan GCS keduanya memiliki hasil GCS compos mentis dengan total 15. Pada pasien 1 ditemukan keluhan nyeri dengan pengkajian PQRST yaitu P: Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk, Q: nyeri seperti berdenyut, R: dada kiri, S: skala 4, T: hilang timbul, Sedangkan pada pasien 2 tidak ditemukan keluhan nyeri. Pada status fungsional dan aktivitas ditemukan Pasien 1 dan 2 memiliki ketergantungan karena keduanya dianjurkan untuk bedrest, terpasang kateter, dan melakukan aktivitas fisik seperti mandi, makan, dan berubah posisi dibantu oleh perawat. Pada pemeriksaan system pernapasan pasien 1 memiliki keluhan sesak terutama saat terlalu banyak bergerak, sedangkan pasien 2 memiliki keluhan sesak dan batuk tetapi tidak ada sekret. Pada pemeriksaan syaraf pasien 1 dan 2 keduanya sama-sama mengeluh pusing, pasien 1 tidur kurang lebih 4-5 jam sehari akibat sulit tidur karena sesak dan nyeri dada, sedangkan pasien 2 kurang tidur 4jam sehari dengan keluhan sulit tidur karena sesak. Pada pemeriksaan perkemihan pasien 1 dan 2 terpasang kateter balance cairan pasien 1 +340ml, sedangkan pasien 2 +812ml.

Tabel 4.3
pemeriksaan penunjang pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif
(CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Pemeriksaan penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	<p>Tanggal 25 April 2023</p> <p>Hemotologi Hemoglobin : L 9,4 Leukosit : H 12,23 Eritrosit : L 3,34 Hematokrit : L 26,8 Trombosit : H 717</p> <p>Indeks Eritrosit MCV : 93,1 MCH : 28,1 MCHC : L 30,2 RDW-CV : 14,3</p> <p>Hitung jumlah Leukosit Basofil : 0,7 Eosinofil : H 6,5 Neutrofil : H 77,6 Limfosit : L 8 Monosit : 7,2 Immature Granulocyte : 0,5 Jumlah limfosit : H 9,49 NLR : H 9,68</p> <p>Kimia Darah Kalsium (ion) : 1,19 Natrium : 144 Kalium : 3,5 Glicosa sewaktu : 123 Ureum darah : 23 Kreatinin darah : H 1,84 GFR : L 37</p>	<p>Tanggal 25 April 2023</p> <p>Hemotologi Hemoglobin : 14,9 Leukosit : H 10,98 Eritrosit : 5,23 Hematokrit : 44,4 Trombosit : 170</p> <p>Indeks Eritrosit MCV : 84,9 MCH : 28,5 MCHC : 33,6 RDW-CV : 13,6</p> <p>Hitung jumlah Leukosit Basofil : 0,1 Eosinofil : 0,7 Neutrofil : H 73,1 Limfosit : L 15,3 Monosit : H 10,8 Immature Granulocyte : 1,1 Jumlah limfosit : 1,68 NLR : H 4,77</p> <p>Kimia Darah Kalsium (ion) : 1,14 Natrium : L 130 Kalium : 3,7 Glicosa sewaktu : 125 Ureum darah : 21 Kreatinin darah : 0,94 GFR : L 63</p>
EKG	Tanggal 26 April 2023 Hasil : Sinus takikardi: menunjukkan adanya hipoksia atau iskemia	Tanggal 26 April 2023 Hasil : Sinus Ritme Ireguler : bisa menunjukkan adanya hipoksia, iskemia, dan regangan otot jantung
Radiologi Photo Thorax	Tanggal 25 April 2023 Hasil Kardiomegali	Tanggal 25 April 2023 Hasil Kardiomegali

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan hasil pemeriksaan EKG pada pasien 1 Sinus Takikardi, sedangkan pada pasien 2 dengan hasil Sinus Ritme Irregular. Pada pemeriksaan radiologi kedua pasien memiliki hasil yang sama yaitu Kardiomegali.

Tabel 4.4
Terapi yang diterima pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Obat yang diterima	Pasien 1	Pasien 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Nacl 0,9% 21Tpm - Furosemide 80mg (2x1 80mg) iv - Spironolakton (1x1 25mg) po - Cardiac glycoside (1x½tab) po - Sucralfat (3x1) po - Warfarin (1x1 2mg) po - Nitrokaf (3x1 5mg) po - Nac (3x1 200mg) po - Sambutamol (3x1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacl 0,9% 21Tpm - Ceftriaxone (2x1 1gr) iv - Furosemide (2x1 50mg) iv - Vit B9 Asam Folat (3x1 tab) po - Omeprazole (1x1 40mg) iv - Micardis (1x1 80mg) po: - Antasida (3x1) po

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan persamaan data dari terapi pengobatan pada pasien 1 dan 2 seperti terapi pengobatan diuretik ADH Adapun perbedaan terapi pada pasien 1 mendapatkan diuretik hemat kalium, cardiac glycoside, antikoagulan, nitroglycerin, mukolitik dan obat nebu, sedangkan pada pasien 2 mendapatkan mendapatkan cairan elektrolit, antibiotik, Vit B9, proton, dan anti hipertensi

Tabel 4.5
Data Fokus pada pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di
RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Data Fokus	
Pasien 1	Pasien 2
<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri terutama saat sedang batuk - Pasien mengeluh batuk berdahak - Pasien mengatakan sesak sesekali terutama saat terlalu banyak gerak atau beraktivitas - Pasien mengatakan merasa kesulitan dan tidak nyaman saat tidur karena nyeri yang dirasa - Pasien mengatakan aktivitas kesehariannya selama dirumah sakit seperti mandi, makan, dibantu oleh anak dan perawat - Pasien mengeluh pusing <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU Lemah - Pasien tampak batuk batuk dan ada secret - Pasien tampak memegang dadanya saat batuk <li style="padding-left: 20px;">P: Pasien mengatakan nyeri dadakiri saat batuk <li style="padding-left: 20px;">Q: nyeri seperti berdenyut <li style="padding-left: 20px;">R : dada kiri <li style="padding-left: 20px;">S: skala 6 <li style="padding-left: 20px;">T: hilang timbul - Hasil TTV <li style="padding-left: 20px;">TD: 107/77mmHg, <li style="padding-left: 20px;">Nadi : 102x/i, <li style="padding-left: 20px;">Pernafasan :22x/i, <li style="padding-left: 20px;">Suhu : 36,2°C. <li style="padding-left: 20px;">SpO2 : 98% - Terpasang O2 Nasal Kanul 3 Lpm 	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Mengeluh sesak nafas terutama saat dalam posisi baring, dan terlalu banyak bergerak atau beraktivitas - Pasien mengatakan kesulitan tertidur dan sering terbangun dimalam hari akibat sesak yang dirasakannya - Pasien mengatakan aktivitas kesehariannya selama dirumah sakit seperti makan, da mandi dibantu oleh anak dan perawat - Anak pasien mengatakan pasien pernah jatuh di dapur sekitar 1 bulan yang lalu <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU Lemah - Pasien dalam posisi semi fowler - Hasil TTV <li style="padding-left: 20px;">TD: 11076mmhg N: 83x/menit RR: 28x/menit S: 37°C <li style="padding-left: 20px;">SpO2: 98% - Terpasang Oksigen Nasal Kanul 4 lpm

Tabel 4.6
Analisa Data pada pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di
RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada Dada kiri b. Pasien mengatakan nyeri pada saat batuk c. Pasien mengatakan sulit tidur karena tidak nyaman dengan nyeri yang dirasakan <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ku: sedang b. Keadaan compos mentis c. Pasien tampak meringis <ul style="list-style-type: none"> P: Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk Q: nyeri seperti berdenyut R : dada kiri S: skala 6 T: hilang timbul d. Tanda tanda vital <ul style="list-style-type: none"> TD: 107/77mmHg, Nadi : 102x/i, 	Agen pencidera fisiologis (nyeri dada)	Nyeri akut (D.0077)
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan batuk berdahak b. pasien mengatakan terkadang sesak c. pasien mengatakan tubuh terasa lemas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm b. suara napas ronkhi c. pasien tampak sesak d. pasien batuk berdahak e. pasien posisi fowler f. Tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> Pernafasan :22x/i, SpO₂ : 98% 	Sekret yang tertahan	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh tubuh lemas Pasien mengatakan sulit tidur Karena nyeri b. Pasien mengeluh pusing c. Pasien mengeluh terkadang sesak saat berbaring dan 	Perubahan kontraktilitas otot jantung	Penurunan Curah Jantung (D.0008)

	<p>terlalu banyak bergerak</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ku : sedangb. Pasienc. Tanda-tanda vital:<ul style="list-style-type: none">- TD: 107/77mmHg,- Nadi : 102x/i,- Pernafasan :22x/i,- SpO2 : 98%d. Pemeriksaan penunjang EKG Sinus Ritme Ireguler : bisa menunjukkan adanya hipoksia, iskemia, dan regangan otot jantung		
--	--	--	--

4.	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak bila terlalu banyak bergerak atau beraktivitas Pasien mengatakan badan terasa lemas dan lesu Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya secara bergantian <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemas Pasien dianjurkan untuk bedrest Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm Pasien dalam posisi fowler Pemeriksaan penunjang EKG Sinus Ritme Ireguler : bisa menunjukkan adanya hipoksia, iskemia, dan regangan otot jantung Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \ \ 4 \\ \hline 5 \ \ 5 \end{array}$ TD: 107/77mmHg, 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D.0056)
5.	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih hanya 4 jam saja pasien mengatakan pusing pasien mengeluh lemas karena kurang tidur <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ku : sedang Pasien tampak lemah Suara nafas ronkhi Terpasang nasal kanul 3Lpm 	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

Tabel 4.7
Analisa Data pada pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di
RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a Pasien mengatakan sesak b Pasien mengatakan sesak terutama saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas. c Pasien mengatakan lebih nyaman saat posisi semi fowler karena terasa sesak saat berbaring <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien posisi semi fowler b. Pasien menggunakan otot bantu nafas c. Adanya pernafasan cuping hidung d. Suara nafas wheezing e. Pasien tampak lemah f. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> - TD: 110/76mmhg - N: 83x/menit - RR: 28x/menit - S: 37°c - SpO2: 98% 	Hambatan upaya nafas	Pola nafas tidak efektif (D.0005)
	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sesak b. pasien mengeluh pusing pasien mengeluh tubuh lemas dan merasa lelah d. pasien mengatakan sangat sesak dirasakan pada saat melakukan aktivitas (bangun dari tempat tidurdan berdiri) <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ku: sedang b. Warna kulit sedikit pucat c. CRT >3detik d. Terpasang oksigen Nasal kanul 4 Lpm e. Tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 103/61mmhg - SpO2: 98% 	Perubahan Afterload	Penurunan Curah Jantung (D.0008)

	f. Pemeriksaan penunjang EKG : Sinus takikardi: menunjukkan adanya hipoksia atau iskemia		
3.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. pasien mengatakan sesak dirasakan pada saat melakukan aktivitas (bangun dari tempat tidur, merubah posisi, makan)</p> <p>b. pasien mengatakan aktivitas sehari-hari di RS selalu dibantu dengan anak</p> <p>c. pasien mengatakan merasa lemas dan lesu</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Ku : sedang</p> <p>b. Pasien tampak lemas</p> <p>c. Pasien terpasang nasal kanul 4Lpm</p> <p>d. Aktivitas pasien dibantu dengan anak</p> <p>e. Pasien hanya di tempat tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>f. Pemeriksaan penunjang EKG : Sinus takikardi: menunjukkan adanya hipoksia atau iskemia</p> <p>g. TD: 200/127mmhg</p>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D.0056)
4.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan kesulitan tidur dan sering terbangun karena merasa sesak</p> <p>b. pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih hanya 3-4 jam saja</p> <p>c. pasien mengatakan pusing dan lemas</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Ku : sedang</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Pasien tampak sesak</p> <p>Terpasang nasal kanul 4Lpm</p>	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)
	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan pusing</p> <p>b. Keluarga pasien mengatakan sekitar 1 bulan yang lalu pasien pernah jatuh terpeleset di dapur.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien tampak lemah</p> <p>b. Pasien terpasang kateter urine, iv line, dan nasal kanul 4 lpm</p> <p>c. Aktivitas pasien dibantu oleh anak</p>	Kelemahan	Resiko jatuh (D.0143)

a. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8
diagnosa keperawatan pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF)
di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

No.	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (SDKI)
1.	Senin, 26 April 2023 Jam 08.15 Wita	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (nyeri dada) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, skala nyeri 6, gelisah dan sulit tidur.	Senin, 26 April 2021 Jam 10.00 wita	(D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dibuktikan dengan Dispnea, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas abnormal, Ortopnea
2.		(D.0001) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, suara nafas ronkhi, ortopnea.		(D.0008) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung dibuktikan dengan ortopnea, batuk.
3.		(D.0008) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung dibuktikan dengan ortopnea, batuk.		(D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, dispnea saat/ setelah beraktivitas, merasa lelah
4.		(D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh lemas, sesak saat/setelah beraktivitas.		(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur

5.		(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puastidur	(D.0143) Resiko Jatuh ditandai dengan kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan pusing, pasien terpasang kateter urin,infus, nasal kanul 4lpm, aktivitas dibantu oleh anak .
----	--	--	--

Pada tabel 4.8 setelah ditemukan data dari hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan pada pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan diagnosa yaitu penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, dan gangguan pola tidur. Adapun perbedaan diagnosa dari pasien 1 dan 2 yaitu, pada pasien 1 memiliki masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, dan nyeri akut, sedangkan pasien 2 memiliki masalah keperawatan pola napas tidak efektif, dan resiko jatuh.

b. Intervensi (perencanaan)

Tabel 4.9
Intervensi (perencanaan) pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Pasien 1			
Hari/ Tanggal	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
26 April 2023 Pukul 08.10 WITA	Nyeri akut b.d angen pencidera fisiologis..	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun (L.08066) dengan Kriteria Hasil : a. Keluhan Nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi,kualitas danintesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.4 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 Kontrol lingkungan yang memperberat Nyeri Edukasi 1.6 Ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam) Kalaborasi 1.7 Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Gelisah menurun Frekuensi nadi membaik Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan bersihan jalan nafas meningkat (L.01001). Dengan kriteria hasil : a. Batuk efektif meningkat b. Produksi sputum menurun Mengi menurun Pola nafas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas tambahan 2.3 Monitor sputum Teraupetik 2.4 Atur posisi semi- fowler atau Fowler 2.5 Berikan oksigen jika perlu Edukasi 2.6 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi

			<p>Kolaborasi</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika Diperlukan</p>
Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat (L,02008). dengan kriteria hasil : a. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD 110-120/ 70-80 mmhg b. Edema menurun c. Keluhan lelah menurun d. CRT membaik	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) 3.2 Monitor tekanan darah 3.3 Monitor intake dan outputcairan Teraupetik 3.4 Posisikan semi fowler/fowler Edukasi 3.5 Anjurkan Beraktifitas fisik sesuai toleransi 3.6 Anjurkan Beraktifitas fisik secara bertahap Kolaborasi 3.7 Kolaborasi pemberian aritmia jika perlu	
Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan adanya peningkatan aktivitas (L03032) dengan krtiteria hasil: a. Mampu melakukan aktifitas sehari-hari meningkat b. Keluhan lelah menurun c. dispnea saat beraktivitas menurun	Manajemen Energi (I.05178). Observasi 4.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Monitor kelelahan fisik dan emosional Edukasi 4.4 Anjurkan tirah baring 4.5 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Terapeutik 4.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	

			<p>4.7 Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p> <p>4.8 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam di harapkan resiko jatuh tidak terjadi. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan sulit tidur menurun Keluhan sering terjaga menurun Keluhan tidak puas tidur menurun Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pola tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan yangnyaman, bersih, dan minimalkan gangguan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan pentingnya tidur yangadekuat Anjurkan untuk menemukan posisi nyaman Anjurkan untuk rileksasisebelum tidur

Pasien 2			
Hari/ Tanggal	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Senin, 26 April 2023 jam 08.30 wita	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik (L.01004) Dengan kriteria hasil : a. Frekuensi nafas membaik b. penggunaan otot bantu pernafasan menurun c. Tidak ada suara nafas tambahan d. Dispnea menurun	Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi 1.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 1.2 Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Teraupetik 1.4 Posisikan semi fowler atau fowler 1.5 Beri minum hangat Edukasi 1.6 Ajarkan teknik nafas dalam Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian oksigen.
	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat (L,02008). dengan kriteria hasil : a. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD 110-120/ 70-80 mmhg b. Edema menurun c. Keluhan lelah menurun CRT membaik	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 2.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) 2.2 Monitor tekanan darah 2.3 Monitor intake dan output cairan Terapeutik 2.4 Posisikan semi fowler/fowler Edukasi 2.5 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 2.6 Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap

			<p>Kolaborasi</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p>
Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan adanya peningkatan aktivitas (L03032) dengan krtiteria hasil:</p> <p>a. Mampu melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</p> <p>b. Keluhan lelah menurun</p> <p>c. dispnea saat beraktivitas menurun</p>	<p>Manajemen Energi (I.05178).</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2 Monitor pola dan jam tidur</p> <p>3.3 Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Edukasi</p> <p>3.4 Anjurkan tirah baring</p> <p>3.5 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>3.7 Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.8 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	
Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan resiko jatuh tidak terjadi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>b. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>c. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi pola tidur</p> <p>4.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Ciptakan lingkungan yang nyaman, bersih, dan minimalkan gangguan</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</p> <p>4.5 Anjurkan untuk menemukan posisi nyaman</p>	

			4.6 Anjurkan untuk rileksasisebelum Tidur
	Resiko jatuh d.d kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan resiko jatuh tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil : a. jatuh dari tempat tidurmenur un b. jatuh saat duduk menurun c. jatuh saat dipindahkan menurun d. jatuh saat di kamar mandi menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 5.1 Identifikasi factor resikojatuh. 5.2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morsescale). Terapeutik 5.3 Pasang handrall tempattidur. 5.4 Atur tempat tidur mekanis posisi rendah. Edukasi 5.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

c. **Implementasi**

Tabel 4.10
Implementasi keperawatan pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Waktu pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Senin, 26 April 2023	1.1 Memonitor pola napas 3.2 Memonitor tekanan darah	- Hasil TTV TD: 107/77mmHg, Nadi : 102x/menit, Pernafasan :22x/menit, Suhu : 36,6°C. SpO2 : 98%
08.05		
08.10	1.5 Memberikan oksigen, <i>jika diperlukan</i>	- Klien terpasang oksigen nasal kanul 3lpm
08.15	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 3.9 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) 5.1 Mengidentifikasi pola tidur	- Pasien mengatakan dada nyeri saat batuk. P : Pasien mengatakan nyeri dada kiri terutama saat batuk Q : Nyeri seperti berdenyut R : Dada sebelah kiri S : Skala 6 T : Hilang timbul - Klien tampak lemas - Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun karena nyeri dada nya
08.35	1.4 Mengatur posisi semi fowler atau fowler	- Klien dalam posisi semi-fowler untuk mengurangi rasa sesak
08.40	2.6 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam)	- Klien mampu melakukan teknik nafas dalam untuk memperingan rasa nyeri
09.30	1.6 Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	- Pasien minum sebanyak 300 ml pagi ini
10.20	3.3 Memonitor intake dan output cairan	- Klien minum sebanyak 300 ml - UT : 100 CC
10.25	1.4 Mengatur posisi semifowler atau fowler	- Klien dalam posisi fowler untuk beristirahat
11.55	3.6 Menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap	Klien makan siang mandiri tetapi tetap dibantu oleh

12.10	2.7 Berkolaborasi pemberian analgetik	anaknya - Tindakan sesuai SOP
13.30	5.3 Menciptakan lingkungan yang nyaman, bersih, dan minimalkan gangguan 5.5 Menganjurkan untuk menemukan posisi yang nyaman 5.6 Menganjurkan untuk rileksasi sebelum tidur	- Pasien dalam posisi fowler dan menggunakan bantal - Pasien mengatakan akan mencoba untuk tidur siang
13.55	1.1 Memonitor pola napas 3.2 Memonitor tekanan darah	- Pasien sedang beristirahat - Hasil TTV: TD: 125/94 mmHg RR: 28 x/menit SPO2: 98 - S: 36,3
Hari 2 27 April 2023 08.10	Visite Keperawatan 1.1 Memonitor pola napas 3.2 Memonitor tekanan darah	S: Klien mengatakan belum ada tertidur dari subuh dan sudah mulai megantuk Klien mengatakan nyeri dada masih terasa tetapi sudah cukup membaik P: nyeri dada kiri saat batuk Q: seperti berdenyut R: dada sebelah kiri S: skala 4 T: hilang timbul Terpasang Nasal kanul, IV Line, dan Selang kateter O: Klien tampak mengantuk Klien dalam posisi fowler A: Semua masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
08.20	1.6 Menganurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi.	- Klien sudah minum sebanyak 50 ml pagi ini
09.05	4.5 Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap 3.3 Memonitor intake dan output	- Klien mampu makan buah secara mandiri - Klien minum sebanyak 100ml - UT : 30 CC
10.30	1.4 Mengatur posisi semi fowler atau fowler	- Klien dalam posisi fowler untuk beristirahat

10.45	3.6 Menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap 1.3 Memonitor sputum	<ul style="list-style-type: none"> - Klien makan siang secara mandiri tetapi sedikit dibantu dan diawasi oleh anaknya - Sputum berwarna putih dengan tekstur sedikit kental
11.50	2.7 Berkolaborasi pemberian analgetik 3.7 Berkolaborasi pemberian antiaritmia, jika diperlukan	<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan dilakukan sesuai SOP
12.15	5.5 Menganjurkan untuk menemukan posisi yang nyaman	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dalam posisi fowler dan menggunakan bantal
12.20	5.6 Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi sebelum tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Klien menggunakan minyak angin untuk dioleskan ke dada agar lebih merasa nyaman - Klien mengatakan akan mencoba untuk istirahat tidur siang
13.00	1.1 Memonitor Pola Napas Memonitor Tekanan Darah	<ul style="list-style-type: none"> - Klien sedang beristirahat - Hasil TTV TD: 117/81 mmHg N: 83 RR: 28 x/menit SPO2: 99 S: 36

<p>Hari 3 28 April 2023 08.03</p>	<p>Visite Keperawatan 1.1 Memonitor pola napas 1.3 Memonitor sputum 3.2 Memonitor tekanan darah</p>	<p>S: Klien mengatakan jam istirahat sudah mulai membaik Klien mengatakan nyeri dada masih terasa tetapi sudah cukup membaik P: nyeri dada kiri saat batuk Q: seperti berdenyut R: dada sebelah kiri S: skala 3 T: hilang timbul Terpasang Nasalkanul, IV Line, dan Selang kateter</p> <p>O: Klien dalam posisi semi fowler</p> <p>A: Semua masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p>
08.15	<p>3.7 Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3.5 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mencoba untuk duduk ditempat tidur - Klien makan buah secara mandiri
10.50	3.3 Monitor intake dan output cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah minum sebanyak 300ml pagi ini - UT: 100CC
11.20	2.4 Mengatur posisi semi fowler atau fowler	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dalam posisi fowler untuk beristirahat
11.55	3.6 Menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap	<ul style="list-style-type: none"> - Klien makan siang secara mandiri
12.10	<p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetik 3.7 Kolaborasi pemberian antiaritmia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan dilakukan sesuai SOP
13.00	<p>5.4 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat 5.5 Menganjurkan untuk menemukan posisi yang nyaman 5.6 Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi sebelum tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan mencoba tidur siang lagi - Klien dalam posisi fowler - Klien menggunakan minyak angin sebagai salah satu teknik relaksasinya agar merasa lebih nyaman
13.30	<p>1.1 Memonitor pola napas 3.2 Memonitor tekanan darah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien sedang beristirahat - Klien dalam posisi fowler - Hasil TTV TD: 111/72 mmHg N: 90 RR: 28 x/menit SPO2: 98 S: 36,1

Tabel 4.11
Implementasi keperawatan pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif
(CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Senin, 26 April 2023 08.07	1.1 Memonitor pola napas 2.1 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) 2.2 Memonitor tekanan darah 3.1 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 4.1 Mengidentifikasi pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesak terutama saat terlalu banyak bergerak, dan saat berbaring - Klien mengatakan kesulitan tidur karena merasa tidak nyaman akibat sesak yang dirasakan - Hasil TTV TD: 107/77mmHg, Nadi : 102x/menit, Pernafasan :22x/menit, Suhu : 36,6°C. SpO2 : 98% - Klien terpasang IV Line, dan kateter
08.10	1.7 Kolaborasi pemberian oksigen	<ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang oksigen nasal kanul 4lpm
08.20	1.4 Memposisikan semi fowler atau fowler 1.6 Mengajarkan teknik nafas dalam	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dalam posisi semi fowler untuk meringankan sesak - Klien mampu melakukan teknik nafas dalam
09.00	5.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Anak klien mengatakan klien pernah jatuh di dapur sekitar 1 bln yang lalu - Klien terpasang IV Line, Kateter dan nasal kanul 4 lpm
09.40	1.5 Memberikan minuman hangat	<ul style="list-style-type: none"> - Klien meminum air hangat yang sudah disediakan
10.10	5.5 Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu	<ul style="list-style-type: none"> - Klien memahami apa yang disampaikan oleh perawat
10.15	2.6 Mengajarkan beraktivitas fisik secara bertahap	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu makan buah secara mandiri
11.30	2.3 Memonitor intake dan output cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien minum sebanyak 150 ml - UT : 100 CC
11.35	3.3 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sesak dan lemas jika terlalu banyak bergerak atau melakukan

11.55	3.5 Mengajukan beraktifitas fisik secara bertahap	aktivitas - Klien makan siang dibantu oleh anaknya
12.15	2.7 Berkolaborasi pemberian antiaritmia	- Tindakan sesuai SOP
13.45	5.7 Menciptakan lingkungan yang nyaman, bersih, dan minimalkan gangguan 5.5 Mengajukan untuk menemukan posisi yang nyaman 5.6 Mengajukan untuk rileksasi sebelum tidur	- Pasien tampak mengantuk dan segera beristirahat - Pasien dalam posisi semifowler - Pasien sedang beristirahat
13.55	1.1 Memonitor pola napas 3.2 Memonitor tekanan darah	- Hasil TTV: TD: 102/75 mmHg RR: 28 x/menit SPO2: 98 S: 35,9
Hari 2 27 April 2023 08.10	Visite Keperawatan 1.1 Memonitor pola napas 2.2 Memonitor tekanan darah 1.7 Kolaborasi pemberian oksigen	S : Klien mengatakan sudah mulai mengantuk dan ingin segera beristirahat Klien mengatakan sesak terasa jika terlalu banyak bergerak Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh anak dan perawat (makan, dan berpindah posisi) O: Pasien tampak lemah Pasien dalam posisi semi fowler A: Semua diagnosa keperawatan belum ada yang teratasi. P: Lanjutkan Intervensi - Hasil TTV TD: 114/69 mmHg N: 74 RR: 28 x/menit SPO2: 99 S: 36,2 - Terpasang nasal kanul 4 lpm

08.22	1.4 Memposisikan semi fowler atau fowler	- Klien dalam posisi semi fowler untuk mengurangi rasa sesak yang dirasakan
08.20	1.5 Memberikan minuman hangat	- Klien meminum air hangat yang sudah disediakan
09.10	2.6 Mengajarkan melakukan aktifitas fisik secara bertahap	- Klien mampu makan buah secara mandiri
10.00	1.6 Mengajarkan teknik nafas dalam	- Klien mampu mempraktekkan teknik nafas dalam
11.45	2.3 Memonitor intake dan output cairan	- Klien minum sebanyak 150ml selama pagi hari ini - UT: 100 cc
12.05	3.3 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	- Klien tampak sesak terutama saat terlalu banyak bergerak
12.10	3.5 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	- Klien makan siang masih dibantu dan diawasi oleh anaknya
12.25	2.7 Berkolaborasi pemberian antiaritmia	- Tindakan dilakukan sesuai SOP
13.15	4.5 Menganjurkan untuk menemukan posisi nyaman 5.3 Memasang handrall tempat tidur	- Klien dalam posisi semifowler - Sideraill terpasang
13.55	1.1 Memoitor pola napas 2.2 Memonitor tekanan darah	- Klien sedang beristirahat - Klien dalam posisi fowler - Hasil TTV TD: 118/76 mmHg N: 53 RR: 24 x/menit SPO2: 99 S: 36,1

Hari 3 28 April 2023 08.10	Visite Keperawatan 1.1 Memonitor Pola Napas 3.2 Memonitor Tekanan Darah	S : Klien mengatakan sesak sudah berkurang walaupun sesekali muncul O: Pasien dalam posisi semi fowler A: Semua diagnosa keperawatan telah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
08.12	1.4 Memposisikan semi fowler atau fowler	- Klien dalam posisi semi fowler
08.35	4.4 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat	- Klien memahami apa yang disampaikan perawat
09.27	1.5 Memberikan minuman hangat	- Klien menghabiskan air hangat yang disiapkan oleh perawat
09.30	2.6 Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap	- Klien mampu makan buah secara mandiri
10.42	2.3 Memonitor input dan output cairan	- Klien minum sebanyak 100ml di pagi hari ini - UT: 150cc
11.00	3.3 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	- Klien mengatakan sesak sudah tidak terlalu terasa saat banyak bergerak
11.30	3.5 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	- Klien mampu makan secara mandiri tetapi masih dalam pengawasan anaknya

	2.7 Berkolaborasi pemberian antiaritmia	- Tindakan dilakukan sesuai SOP
13.27	5.3 Memasang handrall 4.5 Menganjurkan untuk menemukan posisi tidur yang nyaman	- Sideraill terpasang dengan baik - Klien merasa nyaman dengan posisi semi fowler
13.55	1.1 Memonitor pola napas 2.3 Memonitor tekanan darah	- Klien sedang ngobrol bersama anaknya - Klien dalam posisi semi fowler - Hasil TTV TD: 113/73 mmHg N: 60 RR: 26 x/menit SPO2: 100 S: 36

d. Evaluasi

Tabel 4.12
Evaluasi keperawatan pasien 1 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di
RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Hari ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari ke-1 Senin, 26 April 2023	Diagnosa 1 Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di dada kiri saat batuk P: nyeri dada kiri saat batuk Q: seperti berdenyut R: dada sebelah kiri S: skala 6 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak memegang dada nya - Pasien dalam posisi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 2 Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih batuk berdahak - pasien mengatakan sesak - pasien - mengatakan pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adanya penumpukan sekret - terpasang oksigen Nasal Kanul 3lpm TD : 117/81 mmHg N : 83x/menit Pernafasan :21x/menit S : 36 c SpO2 : 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihan jalan nafas tidak efektif belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan

	<p>Diagnosa 3 Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa lemah - Pasien mengatakan sesak jika terlalu banyak Bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3detik - Hasil TTV Td: 125/94 N : 82 RR: 28 x/menit Spo2: 98 S : 36,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Diagnosa 4 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa lemah - Pasien mengatakan sesak jika terlalu banyak Bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: sedang - Pasien tampak lemas - Aktivitas pasien dibantu oleh anak <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Diagnosa 5 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol Tidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidur hanya sekitar 3-4 jam saja - Pasien mengatakan masih sulit memulai tidur dan masih sering terbagun karena nyeri dada dan sesak yang dirasakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi fowler - Td: 125/94 N : 82 RR: 28 x/menit Spo2: 98 S : 36,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan

<p>Hari ke-2 Selasa, 27 April 2023</p>	<p>Diagnosa 1 Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di dada kiri saat batuk tetapi sudah sedikit Berkurang P: nyeri dada kiri saat batuk Q: seperti berdenyut R: dada sebelah kiri S: skala 4 T: hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien dalam posisi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri akut teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Diagnosa 2 Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih batuk tetapi sudah tidak berdahak - pasien mengatakan sesak sudah berkurang - pasien mengatakan pusing sudah sedikit Berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang oksigen Nasal Kanul 3lpm - TD : 117/81 mmHg N : 83x/menit RR :28x/menit S : 36 c SpO2 : 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi Sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan

	<p>Diagnosa 3 Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload</p> <p>Diagnosa 4 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa sedikit lemas - Pasien mengatakan sesak sudah cukup berkurang jika terlalu banyak bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3detik - Hasil TTV Td: 117/81 mmHg N : 83 x/menit RR: 28 x/menit Spo2: 9 S : 36 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan S : - Pasien mengatakan masih merasa sedikit lemas - Pasien mengatakan sesak ketika banyak bergerak sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: sedang - Beberapa aktivitas seperti makan, berpindah posisi sudah dilakukan secara mandiri sesekali dibantu oleh anaknya dan perawat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
--	--	--

	<p>Diagnosa 5 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol Tidur</p>	<p>S : - Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyaman tetapi sesekali terbangun</p> <p>O : - Pasien posisi fowler - Td: 117/81 mmHg N : 83 x/menit RR: 28 x/menit Spo2: 98 S : 36,3</p> <p>A : - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Hari ke-3 Rabu, 28 April 2023</p>	<p>Diagnosa 1 Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis</p>	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri sudah sangat Berkurang P: nyeri dada kiri saat batuk Q: seperti berdenyut R: dada sebelah kiri S: skala 2 T: hilang timbul</p> <p>O : - Pasien dalam posisi fowler - Pasien tampak baik</p> <p>A : - Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : - Intervensi di hentikan</p>
	<p>Diagnosa 2 Bersihanjalan nafas tidak efektif b.d hambatan jalan napas</p>	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang - pasien mengatakan batuk sudah berkurang dan sudah tidak berdahak - Pasien mampu melakukan teknik batuk efektif - pasien mengatakan sesak sudah berkurang - pasien mengatakan pusing sudah sedikit Berkurang</p> <p>O : - terpasang oksigen Nasal Kanul 3lpm - TD : 117/81 mmHg N : 83x/menit RR :28x/menit S : 36 °c SpO2 : 99%</p> <p>A : - Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi Sebagian</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan</p>

	<p>Diagnosa 3 Penurunan curah jantung b.d perubahan after load</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat beraktivitas sudah tidak sesak lagi - Keluhan lelah menurun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3detik - Hasil TTV Td: 111/72 mmHg N : 90 x/menit RR: 28 x/menit Spo2: 98 S : 36 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
	<p>Diagnosa 4 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak sesak saat banyak bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: sedang - Pasien mampu melakukan aktivitas sehari hari <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
	<p>Diagnosa 5 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyaman tetapi sesekali terbangun - Pasien mengatakan istirahatnya sudah membaik dan tercukupi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi fowler - Td: 111/72 mmHg N : 83 x/menit RR: 28 x/menit Spo2: 98 S : 36,1 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan

Pada tabel 4.12 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada pasien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan gagal jantung kongestif, diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, Nyeri akut teratasi pada tanggal 28 April 2023, penurunan curah jantung teratasi pada tanggal 28 April 2023, intoleransi aktivitas teratasi pada tanggal 28 April 2023, gangguan pola tidur teratasi pada tanggal 28 April 2023.

Tabel 4.13
Evaluasi keperawatan pasien 2 dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF)
di RSUD dr. Kanujoso Djatiwobowo Balikpapan.

Hari ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari ke-1 Senin, 26 April 2023	Diagnosa 1 Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	S : - Pasien mengatakan sesak nafas masih terasa dan mengganggu O : - Adanya otot bantu nafas dan pernafasan cuping hidung - Terpasang nasal kanul 4 lpm - Pasien posisi semi fowler - Tidak ada suara napas tambahan - TD: 102/75mmHg N: 67x/menit Pernafasan: 26x/menit S: 35,9°C SpO2 : 98% A : - Pola nafas belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 2 Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	S : - Pasien mengatakan badan masih terasa lemah - Pasien mengatakan bila beraktivitas sedikit langsung sesak O : - CRT >3detik - Posisi semi fowler - TD: 102/75mmHg N: 67x/menit Pernafasan:

		<p>26x/menitS: 35,9°c SpO2 : 98%</p> <p>A : - Penurunan curah jantung belum Teratasi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Diagnosa 3 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan Oksigen</p>	<p>S : - Pasien mengatakan sesak jika terlalu banyak bergerak atau beraktivitas</p> <p>O : - KU: sedang - Pasien tampak dibantu oleh anak dan perawat dalam beraktivitas seperti mandi, makan, dan merubah posisi</p> <p>A : - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : - Intervensi dihentikan</p>
	<p>Diagnosa 4 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>S : - Pasien mengatakan masih kurang istirahat karena merasa tidak nyaman saat tidur akibat sesak yang dirasakan</p> <p>O : - Pasien posisi semi fowler - Td: 102/75 mmHg N : 67 x/menit RR: 26 x/menit Spo2: 98 S : 36,3</p> <p>A : - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Diagnosa 5 Resiko jatuh b.d kelemahan</p>	<p>S : - Pasien mengatakan hanya berbaring saja di tempat tidur</p> <p>O : - Pasien sulit bangun dari tempat tidur - Pasien terpasang symbol resiko jatuh - Aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan Anaknya - sideraill selalu terpasang dengan baik</p>

		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
Hari ke-2 Selasa,	Diagnosa 1 Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak nafas terasa saat terlalu banyak beraktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Aktivitas klien dibantu oleh anaknya - Adanya otot bantu nafas dan pernafasan cupinghidung - Terpasang nasal kanul 4lpm - Pasien posisi semi fowler - TD: 118/76mmHg N: 73x/menit Pernafasan: 24x/menit S: 36,1°C SpO2 : 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 2 Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa lemah - Pasien mengatakan bila terlalu banyak bergerak langsung terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3detik - Posisi semi fowler - TD: 118/76mmHg N: 73x/menit Pernafasan: 24x/menit S: 36,1°C SpO2 : 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan curah jantung belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 3 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas masih terasa tetapi sudah sedikit berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: sedang

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan aktivitas bertahap seperti makan buah mandiri, tetapi aktivitas yang lain masih dibantu oleh perawat dan Anaknya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 4 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa tidur cukup nyaman walaupun masih suka terbangun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi semi fowler - Td: 118/76 mmHg N : 73 x/menit RR: 24 x/menit Spo2: 99 S : 36,1 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Diagnosa 5 Resiko jatuh b.d kelemahan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan hanya berbaring saja di tempat tidur - Pasien sesekali melakukann aktivitas mandiri di tempat tidur seperti makan buah buahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang symbol resiko jatuh - Aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan anaknya - sideraill selalu terpasang dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
Hari ke-3 Rabu, 28 April 2023	Diagnosa 1 Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak nafas saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas sudah cukup berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang nasal kanul 4lpm

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi semi fowler - TD: 113/173mmHg N: 60x/menit Pernafasan: 26x/menit S: 36°C SpO2 : 100% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Diagnosa 2 Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak terutama saat terlalu banyak bergerak sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3detik - Posisi semi fowler - TD: 102/75mmHg N: 67x/menit Pernafasan: 26x/menit S: 35,9,°c SpO2 : 98% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan curah jantung teratasi Sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Diagnosa 3 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas atau saat terlalu banyak bergerak sudah cukup berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: sedang - Beberapa aktivitas seperti makan, berpindah posisi sudah dilakukan secara mandiri sesekali dibantu oleh anaknya dan perawat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
	<p>Diagnosa 4 Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan istirahatnya sudah Tercukupi - Pasien mengatakan sudah dapat istirahat dengan nyaman walaupun sesekali terbangun <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien posisi semi fowler - Td: 113/73 mmHg N : 60 x/menit RR: 26 x/menit Spo2: 98 S : 36 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan Gangguan pola tidur teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
	<p>Diagnosa 5 Resiko jatuh b.d kelemahan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan hanya berbaring saja di tempat tidur - Pasien sesekali melakukann aktivitas mandiri di tempat tidur seperti makan ataupun mengobrol dengan anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang symbol resiko jatuh - Aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan anaknya - sideraill selalu terpasang dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan

Pada tabel 4.13 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada pasien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan gagal jantung kongestif, diagnosa pola nafas tidak efektif masih belum teratasi, penurunan curah jantung masih belum teratasi, intoleransi aktivitas teratasi pada tanggal 28 April 2023, gangguan pola tidur teratasi pada tanggal 28 April 2023, dan resiko jatuh masih belum teratasi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan penyakit Gagal jantung kongestif yang telah dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 pada tanggal 26 April 2023 – 28 April 2023 diruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dimana pada pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pembahasan dari asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif di Ruang ICCU RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnose masalah klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan pasien Khofifah, (2016). Hasil dari pengkajian tersebut sebagai berikut :

Pada pasien 1 berusia 68 tahun, jenis kelamin laki-laki, dengan diagnosa medis CHF + STEMI, keluhan batuk berdahak, sesak, badan lemas dan nyeri dada sudah 2 minggu terutama saat batuk P: nyeri dada kiri saat batuk, Q: seperti berdenyut, R: dada sebelah kiri, S: skala 6, T: hilang timbul. Sedangkan pasien 2 berusia 66 tahun, dengan jenis

kelamin perempuan, dengan diagnosa medis CHF + STEMI + ACS, keluhan badan terasa lemas, mual tanpa muntah, dan sesak terutama saat terlalu banyak bergerak ataupun beraktivitas. Keluhan yang dirasakan oleh pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori menurut Aspaiani, (2016) bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala pada gagal jantung kanan yaitu edema tumit dan tungkai bawah, BB bertambah, penambahan cairan badan, edema kaki, perut membuncit, Sementara itu gagal jantung kiri menimbulkan gejala badan melemah, cepat lelah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, anoreksia, keringat dingin, takikardi, paroksimal nokturnal dispnea, ronchi basah paru bagian basal.

Pada riwayat penyakit keluarga pasien 1 mengatakan ayah pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan ibu pasien memiliki riwayat penyakit jantung sedangkan pasien 2 mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengannya. Pada perilaku yang mempengaruhi kesehatan pasien 1 dahulu adalah perokok berat, sedangkan pasien 2 tidak pernah merokok. Menurut asumsi penulis riwayat keluarga pasien 1 dan kebiasaan pada pasien 1 ini lah yang menjadi pemicu penyakit tersebut. Seperti teori yang dikemukakan oleh Pengabean,(2011) bahwa penyakit jantung sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh usia, hipertensi, iskemia, stres, merokok, olahraga tidak teratur dan lain lain.

Menurut Teori Aspaiani, (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, radiologi: Foto thorax, dan EKG

2. Diagnosa Keperawatan

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

Terdapat 9 diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) berdasarkan SDKI diantaranya: 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, bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekret yang tertahan, 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, Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan.

Berdasarkan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan Ekg pada pasien 1 ditemukan 5 masalah keperawatan dan pada pasien 2 ditemukan 5

masalah keperawatan yang dasar penegakkannya menggunakan SDKI

Berikut masalah keperawatan antara pasien 1 dan pasien 2 ditegaskan berdasarkan SDKI:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan

Masalah keperawatan ini hanya ditemukan pada pasien 1. Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI. Data Subjektif: pasien mengatakan batuk berdahak, pasien mengatakan terkadang sesak, pasien mengatakan tubuh terasa lemas. Data Objektif: pasien terpasang O₂ nasal kanul 3Lpm, pasien sesak, pasien batuk berdahak, suara nafas ronkhi, pasien pisis fowler, Tanda-tanda vital: TD: 107/77mmHg Nadi: 102x/i Pernafasan:22x/i Suhu: 36,2°C SpO₂: 98%. Data pada pasien 2 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor (batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, suara nafas ronkhi) dan data minor (dispnea, ortopnea, gelisah, pola nafas berubah).

Hal ini sesuai dengan teori menurut Smelzer, (2013) terkait keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif, bahwa kegagalan pompa ventrikel kiri menyebabkan Back Failure sehingga menyebabkan tekanan vena pulmonalis meningkat dari situ tekanan baru juga meningkat yang mengakibatkan edema paru menyebabkan reflek batuk menurun sehingga terjadi penumpukan sekret.

Penulis berasumsi bahwa bersihan jalan napas ini terjadi akibat adanya penumpukan sekret yang menyebabkan suara napas menjadi

ronkhi sehingga pasien kesulitan untuk mengeluarkan sputum

b. Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (nyeri dada)

Masalah keperawatan ini hanya ditemukan pada pasien 1
Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan
Data Subjektif: Pasien mengatakan batuk berdahak, sesak, sulit tidur
badan lemas dan nyeri dada sudah 2 minggu terutama saat batuk P:
nyeri dada kiri saat batuk, Q: seperti berdenyut, R: dada sebelah kiri,
S: skala 6, T: hilang timbul.

Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor.
Dimana dalam hal ini penulis berpendapat data pada pasien 2 sudah
menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor
(mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur) dan data
minor (tekanan darah menurun/meningkat, pola nafas berubah).

Hal ini sesuai dengan teori menurut Muttaqqim, (2011) nyeri
disebabkan karena penurunan curah jantung sehingga suplai oksigen
ke miokardium menurun menyebabkan perubahan metabolisme
miokardium.

Penulis berasumsi bahwa nyeri dada yang dirasakan pada pasien
gagal jantung kongestif tersebut muncul dikarenakan menurunnya
suplai oksigen ke miokardium.

c. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 1 dan 2
Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan

pasien 1 Data Subjektif: Pasien mengatakan batuk berdahak, lbadan lemas, nyeri dada kiri terutama saat batuk, pasien juga mengatakan merasa sesak pada saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas,

pasien juga mengeluh pusing. Data Objektif: Warna kulit sedikit pucat, Akral hangat, , Tanda-tanda vital: TD:118/76 mmhg N:53x/m RR:22x/m S:36,1 SpO2:98%. Sedangkan keluhan pada pasien 2 Data Subjektif: pasien mengeluh sesak napas terutama saat baring, saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas, kesulitan tidur dimalam hari akibat sesak yang dirasakan, dan mual tanpa muntah. Data Objektif: Warna kulit sedikit pucat, Akral hangat, Tanda-tanda vital: TD:107/77 mmhg N:102x/m RR:22x/m S:36,6 SpO2:98% data pada pasien 1 dan 2 dengan perubahan afterload sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor (dispnea, tekanan darah meningkat, crt >3detik, warna kulit pucat) dan data minor (systemic vaskuler resistence meningkat).

Hal ini sesuai dengan teori menurut Kasron, (2016) terkait masalah keperawatan penurunan curah jantung yang terjadi pada saat beban tekanan berlebih menyebabkan beban systole meningkat dan kontraktilitas menurun / gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah sehingga terjadi hambatan pada saat pengosongan ventrikel dan penurunan cardiac output.

Penulis berasumsi bahwa setiap kegagalan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh dapat menurunkan curah jantung.

- d. Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 1 dan 2 Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan pasien 1 Data subjektif: pasien mengatakan sangat sesak dirasakan pada saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas seperti (bangun dari tempat tidur dan berdiri), pasien mengatakan aktivitas sehari-hari di RS selalu dibantu dengan anak. Data Objektif :Pasien tampak lemas, Aktivitas pasien dibantu dengan anak Kekuatan otot pasien hanya di tempat tidur dalm posisi fowler. Sedangkan keluhan pada pasien 2 Data subjektif :Pasien mengatakan merasa sesak saat melakukan aktivitas ringan sekalipun, Pasien mengatakan badan terasa lemas, Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh anak, Data Objektif :Pasien lemas, Pasien hanya di tempat tidur dalam posisi semi fowler. Data pada pasien 1 dan 2 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor (mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat) dan data minor (dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman, merasa lemah.

Gejala ini sesuai pula dengan klasifikasi kelas fungsional gagal jantung menurut *New York Heart Assosiation* (NYHA) dimana pada

kelas fungsional kedua akan menimbulkan gangguan aktifitas ringan berupa gejala keletihan dan palpitasi pada aktifitas biasa.

Penulis berasumsi bahwa intoleransi aktifitas klien muncul dari kurangnya suplai O₂ ke jaringan sehingga menimbulkan penumpukan ATP yang mengakibatkan gejala kelelahan.

e. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 1 dan 2. Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan pasien 1 Data subjektif: Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih hanya 4jam saja, pasien mengatakan pusing. Data Objektif : Pasien tampak lemah. Sedangkan pasien 2 Data subjektif: Pasien mengatakan sesak, pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih hanya 3jam saja, pasien mengatakan pusing. Data Objektif: Pasien tampak lemah, Pasien tampak sesak. Data pada pasien 1 dan 2 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor (mengeluh tidur, mengeluh tidak tidur puas) dan data minor (mengeluh kemampuan beraktivitas menurun).

Hal ini sesuai dengan teori Melani (2012) terkait masalah keperawatan gangguan pola tidur pada pasien gagal jantung kongestif terutama terjadi pada malam hari karena muncul keluhan sesak, kualitas tidur merupakan aspek dari tidur yang meliputi lama tidur, waktu bangun dan kenyamanan dalam tidur.

Penulis berasumsi bahwa keadaan sesak dan kurangnya control tidur pasien mengakibatkan kesulitan untuk memulai tidurnya.

f. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

Data Subjektif: Pasien mengatakan sesak, Pasien juga mengeluh istirahat tidak cukup akibat sesak yang dirasakan. Data Objektif: Pasien posisi semi fowler, Pasien menggunakan otot bantu napas, Adanya pernafasan cuping hidung, Suara napas weezing, Pasien tampak lemah, Terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm. Data yang ada pada pasien 1 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain: data mayor (dispnea, adanya otot bantu napas, pola napas abnormal) dan data minor (ortopnea, pernafasan cuping hidung).

Masalah keperawatan pola napas tidak efektif sesuai dengan teori bahwa gagal jantung kiri akan muncul gejala sesak napas Aspaiani, (2016). Namun penyebab lain pola napas tidak efektif bisa disebabkan oleh gagal jantung kanan dimana gagal pompa ventrikel kanan menyebabkan tekanan distolik meningkat sehingga menyebabkan bendungan vena sistemik akibatnya terjadi spinomegali yang mendesak diafragma yang sehingga terjadi sesak Smelzer, (2013).

Penulis berasumsi bahwa gejala khas dari gagal jantung kongestif pasti terjadi sesak napas karena melihat proses penyakitnya tersebut

g. Resiko Jatuh b.d kelemahan

Menurut penulis diagnosa resiko jatuh 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.

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 2 Penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) keluarga pasien mengatakan pasien pernah terjatuh saat didapur sekitar 1 bulan yang lalu, pasien dalam kondisi lemah, pasien berusia >65 tahun dan pasien juga mengeluh sesak terutama saat terlalu banyak bergerak.

Penulis berasumsi bahwa gejala ditimbulkan dari penyakit gagal jantung kongestif seperti kelelahan bila beraktivitas timbul sesak maka kedua pasien berisiko jatuh.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua pasien berdasarkan SLKI.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa Bersihan jalan nafas b.d

sekret yang tertahan diantaranya Intervensi yang akan dilakukan antara lain monitor pernapasan dengan kaji fungsi pernapasan, hal ini sesuai dengan hal ini sesuai dengan teori Bulecheck, et al., (2013), yang menyebutkan bahwa klien dengan masalah besihan jalan napas tidak efektif dapat dikelola dengan memonitoring pernapasan. Mengatur posisi semi fowler untuk meringankan ventilasi, hal ini sesuai teori Bulecheck, et al., (2013), yang menyebutkan bahwa bahwa klien dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif dapat dikelola dengan manajemen jalan napas. Berikan bantuan terapi napas (nebulizer) hal ini sesuai dengan teori menurut Hidayat (2013) yaitu nebulizer merupakan alat yang digunakan untuk memberikan obat dalam bentuk cairan yang diubah menjadi uap ke dalam saluran pernapasan yang bertujuan mengencerkan dahak sehingga dahak mudah dikeluarkan dari jalan napas. Melatih batuk efektif, hal ini sesuai dengan teori Bulecheck, et al., (2013) yaitu latihan batuk efektif merupakan cara untuk melatih klien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif dengan tujuan membersihkan laring, trachea, dan bronkheolus dari sekret atau benda asing di jalan napas.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa Nyeri akut b.d angen pencidera fisiologis yang dilakukan antarlain, observasi keluhan nyeri pasien termasuk lokasi dan lamanya, bantu pasien untuk memposisikan semi fowler, bantu lakukan relaksasi untuk membantu

menurunkan persepsi respon nyeri dalam hal ini relaksasi nafas dalam dan kompres air hangat, relaksasi progresif, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik untuk membantu proses penyembuhan. hal ini sejalan dengan teori Febraska (2014), Mengatur posisi semi fowler bertujuan untuk meningkatkan curah jantung dan ventilasi serta mempermudah eliminasi fekal dan berkemih. Mengajarkan relaksasi napas dalam, hal ini sesuai dengan teori Adam, et al., (2013) yang mengatakan bahwa Pemberian teknik relaksasi napas dalam akan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga menurunkan tingkat nyeri yang dialami individu. Memberikan kompres hangat di bagian dada, hal ini sesuai dengan teori Felina, et al (2013) bahwa Efek fisiologis kompres hangat bersifat vasodilatasi yaitu meredakan nyeri dengan merelaksasi otot, meningkatkan aliran darah, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi yang menimbulkan nyeri, Pemberian terapi medik yang berupa infus Ringer Laktat dan kolaborasi pemberian analgetik, hal ini sejalan dengan teori Sherrod (2016), bahwa manajemen farmakologis berpengaruh dalam meningkatkan kelangsungan hidup jangka panjang dan fungsi fisik termasuk pengurangan nyeri, dalam hal ini perawat berperan penting dalam pemberian pereda nyeri.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload, perubahan kontraktilitas jantung yang dilakukan antara lain Pemberian posisi semi fowler, hal ini sesuai

dengan teori Astuti (2020) bahwa posisi ini dapat membantu pengembangan paru serta memberikan rasa nyaman pada pasien. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap, hal ini sesuai dengan teori Parintya, et al (2014) bahwa latihan fisik pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, mengembalikan kemampuan fisik paska serangan serta mencegah terjadinya serangan ulang. Kolaborasi pemberian anti aritmia jika diperlukan hal ini sejalan dengan teori Merry (2019) bahwa antiaritmia bekerja dengan cara memengaruhi impuls listrik di jantung yang mengatur ritme atau irama jantung.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa intoleransi aktivitas b.d suplei oksigen ke jaringan menurun yang dilakukan antara lain, Tirah baring dan latihan nafas dalam, hal ini sejalan dengan teori Smelzer (2016) bahwa kegiatan ini berfungsi meningkatkan compliance paru dalam meningkatkan fungsi ventilasi dan memperbaiki oksigenasi. Oksigenasi yang adekuat dapat mengurangi dispnea. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, hal ini sejalan dengan teori Budiyarti (2013) bahwa kegiatan ini dapat melatih kapasitas fungsional jantung, sehingga tidak menjadi faktor pemberat terjadinya serangan jantung. mempertahankan ambulasi sesuai toleransi pasien dilakukan untuk melihat respon seperti peningkatan nadi, sesak napas dan kelelahan. Kolaborasi dengan ahli medik, hal ini sejalan dengan teori Budiyarti (2013), bahwa kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik

dalam merencanakan program terapi yang tepat bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, dan merangsang sirkulasi darah..

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur yang dilakukan antara lain Menemukan posisi yang nyaman, hal ini sejalan dengan teori Puspita (2019), bahwa Posisi semifowler efektif meningkatkan kualitas tidur pasien gagal jantung karena posisi tersebut meningkatkan ekspansi paru sehingga tidak tertekan oleh diafragma, sehingga pasien dapat bernafas dengan lebih lega. Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi seperti pemberian aromaterapi, hal ini sejalan dengan teori Stanley (2007) bahwa kandungan kimia linalil ester yang berkhasiat menenangkan dan memberikan efek rileks sistem syaraf pusat dengan menstimulasi syaraf olfaktorius. Terapi hand massage, hal ini sejalan dengan teori Fengge (2012) bahwa melakukan terapi hand massage pada beberapa titik seperti punggung tangan dan pergelangan tangan, karena titik ini membantu dalam pelepasan endorfin ke dalam tubuh yang dapat memperlancar peredaran darah dan menutrisi sel, sehingga menimbulkan efek relaksasi.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas yang dilakukan antara lain,

monitor pernapasan dengan monitoring pernapasan, hal ini sesuai dengan teori teori Bulecheck, et al., (2013), yang menyebutkan bahwa klien dengan masalah pola napas tidak efektif dapat dikelola dengan monitoring pernapasan. Mengatur posisi semi fowler untuk meringankan ventilasi, hal ini sesuai teori Bulecheck, et al., (2013), yang menyebutkan bahwa bahwa dengan memposisikan pasien 30° sampai 40° agar paru-paru dapat mengembang secara maksimal. Monitor pernapasan dengan mengauskultasi ada tidaknya suara tambahan, hal ini sesuai dengan teori Bulecheck, et al., (2013), yang menyebutkan bahwa dengan memonitor pernapasan maka dapat mengamati kepatenan jalan napas dan pertukaran gas pada masalah pola napas tidak efektif.

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada diagnosa resiko jatuh d.d kelemahan yang dilakukan antara lain Memasang handrall tempat tidur, hal ini sesuai dengan teori Mitta (2020) bahwa handrall tempat tidur berfungsi untuk mencegah pasien berguling dari tempat tidur saat tidur. Contohnya pada pasien yang menderita kegelisahan sehingga dapat terjatuh selain itu juga berfungsi untuk menambah stabilitas atau menjadi penopang beban saat pasien bergerak untuk turun, berdiri, atau naik kembali ke tempat tidur. Atur tempat tidur mekanis posisi rendah. Edukasi Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

4. Implementasi

Pada tahap ini peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan. Asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan baik karena adanya kerja sama dengan kedu pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, dan pembimbing lapangan. Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan Dinarti, (2013).

Implementasi keperawatan pada kasus ini ditegaskan berdasarkan SIKI dan telah disesuaikan dengan kondisi pasien selama masa perawatan.

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

5. Evaluasi

Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep dan 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 yang didapatkan pada pasien 1 dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan masih teratasi sebagian sampai hari ke-3 asuhan keperawatan karena pasien masih ada keluhan batuk tetapi sudah membaik, sekret berkurang dan RR: 26x/menit.

Hasil yang didapatkan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis pada pasien 1 teratasi dihari ke3 pada tanggal 28 April 2023 karena pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, pola tidur membaik, dan merasa lebih nyaman untuk istirahat dan beraktivitas.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnos penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dan perubahan kontraktilitas otot jantung selama perawatan pada pasien 1 dan 2 teratasi sebagian sampai hari ke-3 asuhan keperawatan karena tekanan darah yang masih naik turun.

Hasil yang di dapatkan pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan suplai oksigen ke jaringan berkurang pada pasien 1 dan 2 teratasi dihari ke3 pada tanggal 28 April 2023, pasien 1 dan mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas ringan secara mandiri, Tidak ada keluhan sesak saat terlalu banyak bergerak. Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur pada pasien 1 dan 2 teratasi dihari ke3 tanggal 28 April 2023 pasien 1 mengatakan istirahat sudah tercukupi, sudah merasa nyaman saat tidur, sedangkan pasien 2 mengatakan

istirahatnya sudah tercukupi, sudah nyaman saat tidur walaupun sesekali terbangun karena sesak yang dirasakan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 dengan diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas masih teratasi sebagian sampai di hari ke-3 pada tanggal 28 April 2023 karena pasien 2 mengatakan sesak saat melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak sudah berkurang walaupun sesekali masih terasa, pasien masih terpasang oksigen nasal kanul 4lpm dengan nilai RR:26x/menit.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa resiko jatuh ditandai dengan kelemahan pada pasien 2 teratasi pada hari ke-3 tanggal 28 April 2023 karena pasien selama dirawat tidak mengalami jatuh.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan diagnosa gagal jantung kongestif (CHF) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur disusun sebagai berikut.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat dari kedua kasus yang sama yaitu pada pasien 1 tanggal 26 April 2023 pada pukul 08.10 wita dan pasien 2 pada tanggal 26 April 2023 pukul 10.00 wita, menunjukkan ada tanda gejala yang sama di rasakan seperti pusing, badan terasa lemas, dan sulit untuk tidur serta merasa sesak terutama saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas. Namun ada juga keluhan yang berbeda antara pasien 1 dan pasien 2 yaitu pada pasien 1 mengeluh adanya batuk berdahak dan nyeri dada sedangkan pada pasien 2 mengeluh sesak ketika posisi baring.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada penegakan diagnosa keperawatan di temukan persamaan dan perbedaan diagnosa antara pasien 1 dan 2, yaitu pada pasien 1 terdapat 5 diagnosa keperawatan diantaranya bersihan jalan napas tidak efektif, nyeri akut, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur, sedangkan pasien 2 memiliki 5 diagnosa keperawatan diantaranya pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas,

resiko jatuh, dan gangguan pola tidur. Dalam teori muncul 6 diagnosa keperawatan namun yang sesuai dengan teori ada 5 diagnosa keperawatan.

3. Perencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti atur posisi semi fowler / fowler, kaji pasien, monitor TTV, kolaborasi pemberian oksigen, ajarkan teknik napas dalam, monitor intake dan output cairan, dorong melakukan aktivitas secara mandiri dan lain- lain.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan (implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnosa keperawatan yang dibuat antara pasien 1 dan pasien 2 seperti mengatur posisi semi fowler / fowler, mengkaji pasien, memonitor TTV, memberi terapi oksigen, mengajarkan teknik nafas dalam, memonitor intake dan output cairan, dan mendorong melakukan aktivitas secara mandiri dan lain-lain.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan selama 3 hari perawatan dirumah sakit pada tanggal 26 April 2023 sampai 28 April 2023 oleh peneliti dan dilakukan SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami kedua pasien ada yang sudah teratasi dan belum tertasi sesuai rencana yang telah dibuat.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Bagi pihak rumah sakit hendaknya penanganan pasien gagal jantung lebih ditingkatkan lagi kerja sama antar petugas pelayanan kesehatan dalam hal memonitor intake dan output. Dalam melakukan tindakan keperawatan selalu menjaga prinsip aseptik agar tidak terjadi infeksi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung kongesstif melalui asuhan keperawatan.

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 Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongesstif yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang gagal jantung kongesstif itu sendiri, selain itu peneliti juga dapat lebih teliti dalam melakukan pengkajian serta pengolahan data sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2017). Penderita Gagal Jantung. *American Health Association*.
- Aspiani, R. Y. (2016). *Asuha Keperawatan Klie Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC-NOC*. Jakarta: EGC.
- Benjamin, E. (2017). data insiden penyakit Stroke dan Statistik.
- Bulecheck & Butcher. (2013). *Klasifikasi Intervensi Keperawatan (NIC)*. Singapore: Elseiver
- Dewi, L. P. (2021, September 29). *Jenis, Gejala, dan Penyebab Penyakit Jantung*. Retrieved febuari 22, 2023 from Artikel Kesehatan: <https://rs-soewandhi.surabaya.go.id/jenis-gejala-dan-penyebab-penyakit-jantung/#:~:text=Jantung%20adalah%20organ%20vital%20yang,dari%20berbagai%20jenis%20penyakit%20jantung>.
- Diah Atmarina Yuliani, K. A. (2020). IbM Pendidikan Kesehatan Hipertensi dan Pengukuran Kolesterol. *Jurnal ABDIMAS-HIP Pengabdian Kepada Masyarakat, 1*, 64-68.
- Dinarti, R. (2013). Dokumentasi Keperawatan. *CV Trans Infomedia*.
- Feira, J. P., Kraus, S., & Mitchel, S. (2019). World Heart Federation. *Global Heart, pp.*
- Fengge, Antoni. (2012). Terapi Akupresur: Manfaat & Teknik Pengobatan. Yogyakarta : Crop Circle Corp.
- Fitriani Kahar S.ST., M. (2021). Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Pencegahannya. Indonesia.
- Freidman, Marilyn, M., & Vicky. (2013). Buku ajar keperawatan keluarga: riset,. *Jakarta Egc*.
- Hamzah, R. (2016). Hubungan Usia dan Jenis Kelamin Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Naskah Publikasi*.

- Hasril, (2022). Faktor yang mempengaruhi penyakit gagal jantung. *Naskah Publikasi*.
- GHDx. (2020). Data Penyakit Kardiovaskular. *Global Health Data Exchange*.
- Iswara, A. (2022). Gejala Gagal Jantung Kongestif. *Yankes.Kemendes*.
- Jannety, E. C. (2021). Hubungan Usia Dengan Kejadian Gagal Jantung Di Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *dspace.uii*.
- KALBAR, D. (2022). Mengenal Penyakit Jantung Koroner dan Pencegahannya. *Kemendes*. (2021, September 28). Penyakit Jantung Koroner Didominasi Masyarakat Kota.
- Mitta, S. S. (2020, Juni 16). *Pentingnya penggunaan Handrall pada bed pasien*. Retrieved September 1, 2023, from Kumparan.com: <https://m.kumparan.com/amp/salsa-sangha-mitta/pentingnya-penggunaan-side-rails-pada-bed-pasien-1yHKfso1HQ>
- Nugroho, F. A. (2018). Perancangan Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Jantung. *Jurnal Informatika Universitas Pamulang*.
- NurulHidayanti, T. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN INFARK MIOKARD ACCUTE (IMA) DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RUANG IGD RSUD SIMO BOYOLALI.
- Organization, W. H. (2021, Juni 11). Cardiovascular diseases (CVDs).
- Pertiwiwati, E., & Rizani, I. (2017). peran edukasi perawat dengan pelaksanaan. *Dunia keperawatan*.
- PPNI, (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: dewan pengurus pusat PPNI.
- PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus pusat PPNI.
- PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus pusat PPNI.
- Prahasti, S. D., & Fauzi, L. (2021). Risiko Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK): Studi Kohort Retrospektif. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*.

- Putri, A. E. (2022, Maret 16). *Gagal Jantung: Ketahui Penyebab, Gejala, dan Cara Diagnosanya*. Retrieved Maret 08, 2023 from Artikel Kesehatan Mitra Keluarga: <https://www.mitrakeluarga.com/artikel/artikel-kesehatan/gagal-jantung>
- Rachma, L. N. (2014). Patomekanisme Penyakit Gagal Jantung Kongestif. *El-Hayah Jurnal Biology*.
- Rachma, L. N. (2016). Patomekanisme Penyakit Gagal Jantung Kongestif. *El-Hayah Jurnal Biology*.
- RI, K. (2018). Hasil Utama Riskesdas. *Data Riset Kesehatan Dasar*.
- Rifdah, Z. &. (2021). 2021777FAKTOR RISIKO KEJADIAN PENYAKIT JANTUNG KORONERDI POLIKLINIK RSUD SEKARWANGI SUKABUMIPERIODE TAHUN 2021. *Jurnal Sains Riset (JSR)*, 11, 779-780.
- RISKESDAS. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. 1-200.
- ROZA. (2020). HUBUNGAN POLA MAKAN DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11, 254.
- Sherrod., Pipi., & Seale. (2016). Improving Patient Outcomes With Oral Heart Failure Medications. *Journals Home Healthc Now*, Vol. 34 No. 5. California: PudMed.
- Smeltzer, S C. (2014). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah brunner&suddarth, e/8, vol. 2*. Jakarta: EGC
- Stanley, M., & Beare, P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Gerontological Nursing: A Health Promotion/Protection Approach)*. (Edisi 2) (Nety Juniarti, Sari Kurnianingsih, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Jakarta: Alfabet.
- Syahputra. (2016). Asuhan keperawatan gagal jantung pada Tn.J di ruang sekar jagad RSUD Bedan. *Karya Tulis Ilmiah Stikes*.
- WHO. (2016). Data Penyakit kardiovaskular. *World Health Organization*.
- WHO. (2020). Data Penyakit jantung di dunia. *World Health Organization*.

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang dilakukan oleh Tasya Elfina Nugrahani dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan ,emgundurkan diri, maka saya akan mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, 26 April 2023

Saksi

yang memberi persetujuan

(.....)

(.....)

Peneliti

Tasya Elfina Nugrahani
NIM.P07220120096



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR


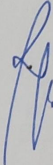










Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir
 Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523
 Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id

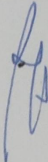



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Tasya Elfina Nugrahani
 Nim : P07220120096
 Pembimbing : 1. Ns. Rus Andraini, A.Kp.,MPH
 : 2. Ns. Rahmawati Shoufiah,S.ST.,M.Pd

Proposal & Hasil KTI				Tanda Tangan/Paraf	
No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Pembimbing 1	Pembimbing 2
1	17 Juni 2023	Konsultasi Pasien 1 dan 2	<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Penelitian - Menyesuaikan pemilihan diagnosa berdasarkan data fokus yang didapat - Memperbaiki penulisan 		
2	18 Juni 2023	Konsultasi Bab 4 (Hasil penelitian)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki diagnosa berdasarkan data mayor dan minor sesuai SDKI - Paragraf dan penulisan dirapikan 		
3	19 Juni 2023	Konsultasi Bab 4 (Hasil penelitian dan pembahasan)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan dan tabel - Menambahkan teori pada pengkajian dibagian pembahasan 		

4	23 Juni 2023	Konsultasi Bab 4, Bab 5, dan Abstrak	<ul style="list-style-type: none"> - Merapihkan tabel dan penulisan yang berantakan - Penulisan obat tidak perlu disebutkan merk dagangnya - Melengkapi teori peneliti pada pembahasan 		
5	27 Juni 2023	Konsultasi Bab 4, Bab 5, dan Abstrak	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan dan tabel - Melengkapi teori peneliti pada pembahasan - Merapihkan abstrak 	.	
6	27 Juni 2023	Bab 5	Acc ujian seminar Hasil		
7	28 Juni 2023	Bab 5	Acc ujian seminar hasil		
8	03 Agustus 2023	Revisi Bab 4 dan 5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan dan tabel - Perbaiki penempatan diagnosa utama - Penyesuaian diagnosa dengan data mayor dan minor sesuai SDKI 		

9	04 Agustus 2023	Revisi bab 4, bab 5, dan abstrak	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan pada abstrak - Perbaiki penulisan nama penulis - Perbaiki penulisan pada tabel - Mengganti posisi penulisan diagnose utama 		
10	08 Agustus 2023	Revisi bab 4 dan bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi teori pada bagian pembahasann - Pembahasan disesuaikan dengan data fokus dan SDKI - Merapihkan penulisan 		
11	29 Agustus 2023	Revisi bab 4, dan bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Baca kembali data fokus yang ada kemudian menyesuaikan dengan data mayor dan minor di SDKI sesuai dengan diagnose yang diambil - Merapihkan penulisan 		
12	29 Agustus 2023	Revisi bab 4, dan bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi daftar pustaka - Memperbaiki penulisan pada bab 4 dan bab 5 - Memperbaiki penulisan daftar tabel 		
13	30 Agustus 2023	Revisi bab 4 dan bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Merapihkan penulisan yang typo - Memperbaiki spasi dan penempatan tanda baca 		

14	30 Agustus 2023	Revisi bab 4 dan bab 5 (Pembahasan)	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki pembahasan bagian pengkajian - Melegkapi teori peneliti pada pengkajian di pembahasan 		
15	31 Agustus 2023	Revisi bab 4 dan bab 5 (Pembahasan)	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki pembahasan bagian intervensi - Menambahkan teori dari peneliti dan menyesuaikan dengan intervensi yang diambil berdasarkan SIKI - Memperbaiki penulisan judul tabel harus berbentuk piramida 		
16	01 Sept 2023	Revisi bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan yang typo dan penempatan tanda baca - Menambahkan bagian implementasi di pembahasan 		
17	07 Sept 2023	Revisi Akhir	Acc hasil Karya Tulis Ilmiah		
18	07 Sept 2023	Revisi Akhir	Acc hasil Karya Tulis Ilmiah	