



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN GAGAL
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
PITA EVI UTAMI
201701015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN GAGAL
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
PITA EVI UTAMI
201701015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Pita Evi Utami

NIM : 201701015

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program
Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 25 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 25 Mei 2020
Pembimbing Makalah Ilmiah



Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M.Kep.

Mengetahui
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B.

LEMBAR PENGESAHAN

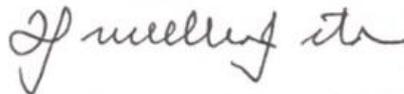
Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Pita Evi Utami (201701015) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020
Penguji I



Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.M.B.

Penguji II



Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M. Kep.

Nama mahasiswa : **Pita Evi Utami**
NIM : **201701015**
Program Studi : **Diploma III Keperawatan**
Judul karya tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat**
Halaman : **xii + 88 halaman + 1 tabel + 1 lampiran**
Pembimbing : **Aprillia Veranita**

ABSTRAK

Latar Belakang: Gagal Jantung Kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrien. Di Indonesia, terdapat 229.696 orang yang mengalami penyakit gagal jantung sehingga peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini untuk memperoleh gambaran nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Penulis menggunakan metode deskriptif, dengan sampel Tn.S. Data diperoleh dengan cara yaitu wawancara, pemeriksaan, observasi aktivitas, memperoleh catatan dan laporan diagnostik, serta bekerjasama dengan perawat ruangan.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung, ketidakefektifan bersihan jalan napas, kerusakan pertukaran gas, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Intervensi prioritas pada diagnosa penurunan curah jantung adalah ukur tanda-tanda vital, dan berikan obat antihipertensi serta obat diuretik. Intervensi prioritas pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah anjurkan pasien minum hangat 1000cc/hari. Intervensi prioritas pada diagnosa kerusakan pertukaran gas adalah monitor oksigen setiap shift dan monitor pemeriksaan analisa gas darah setiap hari. Intervensi prioritas pada diagnosa kelebihan volume cairan adalah ukur *balance cairan* setiap hari. Intervensi prioritas pada diagnosa intoleransi aktivitas adalah monitor tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas setiap shift.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif ini dapat ditemukan masalah keperawatan penurunan curah jantung dengan keluhan khas sesak napas, batuk, dan ketidaknormalan hemodinamik. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah foto thoraks dan elektrokardiogram (EKG). Diharapkan perawat dapat mengedepankan penerapan tindakan keperawatan mandiri yang sesuai dengan teori.

Keyword: asuhan keperawatan, gagal jantung kongestif

Daftar Pustaka: 42 (2004 s.d 2019)

Name : Pita Evi Utami
Student ID number : 201701015
Majors : Diploma of Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care to Mr. S with Congestive Heart Failure in Cempaka Room Mitra Keluarga Bekasi Timur Hospital
Pages : xii + 88 pages + 1 table + 1 attachment
Advisor : Aprillia Veranita

ABSTRACT

Background: Congestive Heart Failure (CHF) is the heart's inability to pump blood adequately to meet the tissue's need for oxygen and nutrients. In Indonesia, there are 229.696 people who have heart failure, so the role of nurse is needed in giving medical care.

Main objective: The report of this case has achieved realistic picture in performing medical care on patient with congestive heart failure through the approach of comprehensive nursing process.

Method in writing: The authors used a descriptive method, with the sample of Mr. S. Data obtained by interviews, examinations, observations of activities, notes and diagnostic reports, and collaborations with the nurse.

Result: Results from the assessment are found 5 nursing diagnoses that appeared namely decreased cardiac output, ineffectiveness of airway clearance, impaired gas exchange, excess fluid volume, and intolerance of activity. Priority interventions in the diagnosis of decreased cardiac output are measure vital signs, give antihypertension and diuretic therapy. Priority intervention in the diagnosis of ineffectiveness of airway clearance is recommend patient to drink warm water 1000cc/day. Priority interventions in the diagnosis of impaired gas exchange are monitor oxygen every shift and a daily blood gas analysis. Priority intervention in the diagnosis of excess fluid volume is measure fluid balance every day. Priority interventions in the diagnosis of intolerance of activity is monitor the level of the patient's ability to perform activities every shift.

Conclusion and suggestions: Medical care in patient with Congestive Heart Failure (CHF) need to pay attention to medical problem that is the decreased cardiac output associated with changes in contractility with typical complaints of shortness of breath, coughing, and hemodynamic abnormalities. Investigations that can be done is a chest radiography and an electrocardiogram. It is expected that the nurse can prioritize the application of independent medical actions accordance with the theory.

Keyword: nursing care, congestive heart failure

Bibliography: 42 (2004 until 2019)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dengan baik dan dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan karya tulis ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M. Kep. selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M. Kep., Sp.Kep.An. selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
3. Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.M.B. selaku penguji 1 dan koordinator program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M. Kep. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
5. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.

6. Kepala ruangan, *clinical mentor* Ns. Elinda Lannur, S. Kep. dan perawat ruangan cempaka di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
7. Tn. S yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
8. Keluarga Tn. S yang telah menerima penulis dengan besar hati dan bekerjasama dalam memberikan informasi kepada penulis serta dukungan kepada pasien selama proses keperawatan.
9. Ayah dan Ibu tercinta, Paeno dan Sri Mulyani, serta adik tercinta Daffa Aryabima Aditya yang selalu hadir untuk memberi semangat, motivasi, dukungan moril dan materil, dan do'a yang tidak henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
10. Teman spesial, Ariananda Ghifari yang selalu memberikan semangat dan menjadi *support* bagi penulis selama di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah ini.
11. Sahabat seperjuangan: Vinny, Fidyah, Ninda, Rismaya, Bella, dan Nisma.
12. Teman-teman KTI Keperawatan Medikal Bedah dan teman-teman angkatan 7 program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
13. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Bekasi, 25 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| COVER DALAM | i |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| ABSTRAK | v |
| ABSTRACT | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Tujuan Penulisan..... | 3 |
| 1. Tujuan Umum | 3 |
| 2. Tujuan Khusus | 3 |
| C. Metode Penulisan..... | 3 |
| 1. Studi kasus | 4 |
| 2. Studi literatur | 4 |
| 3. Media dokumentasi..... | 4 |
| D. Ruang Lingkup | 4 |
| E. Sistematika Penulisan..... | 4 |
| BAB II TINJAUAN TEORI | 6 |
| A. Pengertian | 6 |
| B. Etiologi..... | 6 |
| C. Patofisiologi | 7 |
| 1. Proses perjalanan penyakit..... | 7 |
| 2. Manifestasi klinis | 9 |
| 3. Klasifikasi | 10 |
| 4. Komplikasi..... | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Pemeriksaan Diagnostik | 12 |
| D. Penatalaksanaan Medis | 13 |
| 1. Terapi Farmakologis | 13 |
| 2. Terapi Nonfarmakologis | 13 |
| E. Pengkajian Keperawatan | 15 |
| F. Diagnosa Keperawatan | 17 |
| G. Perencanaan Keperawatan | 17 |
| H. Pelaksanaan Keperawatan..... | 26 |
| I. Evaluasi Keperawatan | 27 |
| BAB III TINJAUAN KASUS..... | 28 |
| A. Pengkajian..... | 28 |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 28 |
| 2. Analisa Data..... | 41 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 46 |
| C. Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan, Evaluasi Keperawatan | 47 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 72 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 72 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 75 |
| C. Perencanaan Keperawatan | 76 |
| D. Pelaksanaan Keperawatan..... | 79 |
| E. Evaluasi Keperawatan | 80 |
| BAB V PENUTUP..... | 83 |
| A. Kesimpulan | 83 |
| B. Saran..... | 84 |
| 1. Bagi petugas kesehatan | 84 |
| 2. Bagi institusi pendidikan | 84 |
| 3. Bagi masyarakat..... | 84 |
| DAFTAR PUSTAKA | 85 |

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Patoflowdiagram Gagal Jantung Kongestif

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung adalah salah satu organ vital manusia yang memiliki fungsi sebagai sistem sirkulasi untuk memompakan darah yang mengandung oksigen dan nutrien untuk proses metabolisme tubuh. Apabila kerja jantung mengalami gangguan, maka akan mempengaruhi fungsi jantung. Salah satu gangguan jantung yang dapat mempengaruhi fungsi jantung adalah gagal jantung kongestif. Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrien (Brunner & Suddarth, 2013).

Data *World Health Organization* (WHO) 2016, menunjukan bahwa sebanyak lebih dari 17 juta angka kematian disebabkan penyakit jantung (WHO, 2016). Menurut *American Heart Association* (AHA) 2016, jumlah kejadian penyakit jantung di Amerika Serikat pada tahun 2012 adalah 136 per 100.000 orang (AHA, 2016). Di Amerika Serikat, gagal jantung kongestif menyumbang 3% atau 45.000 kasus penyebab efusi pleura dari 1,5 juta kasus efusi pleura yang terjadi setiap tahunnya (Puspita, Soleha, & Berta, 2017). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018, sebanyak 1,5% dari jumlah penduduk Indonesia atau diperkirakan sekitar 1.017.290 orang mengalami penyakit jantung (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta melaporkan sekitar 400-450 kasus *infark miokard* setiap tahun (Fachrunnisa, Nurchayati, & Arneliwati, 2015). Jumlah pasien rawat inap di RSJDP Harapan Kita tahun 2012 sebanyak 12.657 orang yang terdiri dari 12.294 pasien kardiovaskuler dan 363 pasien non kardiovaskuler (Hermawan & Brantas, 2012). Berdasarkan data register yang diperoleh di ruang rawat inap rumah sakit swasta di Bekasi periode Januari 2019 – Desember 2019, kasus

pasien yang didiagnosa gagal jantung adalah sebanyak 102 orang, 68 kasus diantaranya terjadi pada laki-laki dan 34 kasus terjadi pada perempuan.

Gagal jantung kongestif dapat menjadi penyakit lanjut/komplikasi apabila tidak ditangani segera. Komplikasi dari gagal jantung kongestif adalah asites, hepatomegali, edema paru, dan hidrotoraks (Aspiani, 2014). Selain itu, ada beberapa teori yang mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara efusi pleura pada gagal jantung kongestif. Menurut (Damanik & Imawati, 2015), efusi pleura pada penyakit jantung disebabkan karena peningkatan tekanan vena pulmonal yang mengakibatkan edema alveolar dan meningkatkan tekanan interstisial di daerah subpleural. Edema mengakibatkan kebocoran cairan dari permukaan pleura visceral, yang berkontribusi terhadap meningkatnya tingkat akumulasi cairan. Agar masalah kesehatan gagal jantung kongestif tidak semakin memperberat kondisi pasien, maka pengobatan sangatlah dibutuhkan.

Pengobatan gagal jantung kongestif adalah terapi oksigen, vasodilator, dan diuretik. Terapi diberikan dengan tujuan dapat meningkatkan curah jantung, serta untuk mencegah terjadinya gagal jantung, maka perlu dilakukan pencegahan. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menjaga gaya hidup sehat dengan membatasi konsumsi lemak, garam, dan gula, menghindari rokok, dan melakukan pengontrolan tekanan darah secara teratur.

Seiring dengan berjalannya pengobatan, peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik melalui pendekatan biopsikososiospiritual dalam proses penyembuhan. Peran perawat meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran promotif yang dilakukan perawat adalah memberikan penjelasan tentang pentingnya gaya hidup sehat seperti membatasi konsumsi, lemak, garam dan gula, menghindari rokok, dan mengecek tekanan darah secara teratur. Peran kuratif yang dilakukan perawat adalah bekerja sama dengan tim medis untuk memberikan pengobatan.

Berdasarkan uraian diatas maka perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gagal jantung kongestif.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien, dan melakukan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien, dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan, dan catatan dokter.

D. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup yang akan dibahas pada makalah ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan 3 hari pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan makalah ilmiah ini disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang

membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Gagal jantung kongestif menurut (Hudak & Gallo, 2010) adalah keadaan dimana jantung tidak mampu lagi memompa darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi badan untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada keadaan tertentu sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi. Sedangkan menurut (Kasron, 2016) menjelaskan ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi.

B. Etiologi

Etiologi terjadinya gagal jantung kongestif menurut (Oktavianus & Sartika, 2014) yaitu:

1. Kelainan otot jantung

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

2. 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.

3. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload*) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.

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

5. Penyakit jantung lain dapat menyebabkan gagal jantung yang sebenarnya tidak secara langsung darah melalui jantung (stenosis katub semilunar), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade perikardium, perikarditif restriktif atau stenosis AV). Peningkatan mendadak *afterload* akibat hipertensi maligna dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak disertai hipertrofi miokardial.
6. Faktor sistemik berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal: demam, tirotoksikosis), hipoksia, dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut (Kasron, 2016) fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat ke seluruh bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stres fisiologis.

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan:

a. *Preload* (beban awal)

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan konstiksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. *Afterload* (beban akhir)

Besarnya tekanan vertikal yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Pada keadaan gagal jantung. Bila salah satu atau lebih dari keadaan di atas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat, contohnya regurgitasi aorta. Cacat septum ventrikel menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung. Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung. Sehingga darah yang dipompa pada setiap konstiksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruhan tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan *renin-angiotensin* dan akhirnya terbentuk *angiotensin II* mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air. Perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstrasvaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Proses ini timbul masalah seperti nokturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, dan anoreksia.

Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ di paru-paru. Sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (*dispnea*) dan ortopnea (*dispnea* saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru. Apabila terjadi pembesaran vena di hepar mengakibatkan hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah, dan lesu.

2. Manifestasi klinis

Menurut (Oktavianus & Sartika, 2014), manifestasi klinis pada pasien gagal jantung kongestif dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Gagal jantung kiri

Kongesti paru menonjol pada ventrikel kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru, sehingga peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Manifestasi klinis yang terjadi pada pasien gagal jantung kongestif kiri yaitu:

1) Dispnea

Terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas yang dapat terjadi ortopnea. Beberapa pasien dapat mengalami ortopnea pada malam hari yang dinamakan *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND).

2) Batuk

Terjadi akibat peningkatan desakan vena pulmonal (edema pulmonal).

3) Mudah lelah

Terjadi karena curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme, juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas.

4) Insomnia

Terjadi karena distress pernapasan dan batuk.

b. Gagal jantung kanan

Kongestif jaringan perifer dan visceral 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. Manifestasi klinis yang terjadi pada pasien gagal jantung kongestif kanan yaitu:

- 1) Edema ekstremitas bawah (edema dependen), biasanya edema pitting penambahan berat badan.
- 2) Distensi vena leher dan asites.
- 3) Nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.
- 4) Anoreksia dan mual terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen.
- 5) Nokturia: curah jantung membaik sehingga perfusi renal meningkat dan terjadi diuresis.
- 6) Kelemahan: kelemahan terjadi karena pembuangan produk sampah katabolisme yang tidak adekuat.

3. Klasifikasi

Menurut *New York Heart Association* (NYHA), klasifikasi berdasarkan tingkatan gejala dan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut (Sari et al, 2016):

a. Kelas 1: Ringan

Tidak ada batasan dalam aktivitas fisik. Aktivitas yang biasa tidak menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar, dan dispnea.

b. Kelas 2: Ringan

Batasan ringan dalam aktivitas fisik. Aktivitas yang biasa menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar, dan dispnea.

c. Kelas 3: Sedang

Batasan sedang dalam aktivitas fisik. Nyaman kalau beristirahat. Beraktivitas sedikit saja sudah menimbulkan kelelahan, dada berdebar-debar, dan dispnea.

d. Kelas 4: Berat

Sudah tidak dapat beraktivitas dengan normal lagi tanpa ketidaknyamanan. Tanda-tanda gangguan pada sistem kardiovaskuler muncul dengan kuat. Apabila pasien beraktivitas ketidaknyamanan akan langsung muncul.

4. Komplikasi

Menurut (Kasron, 2016), komplikasi pada gagal jantung kongestif yaitu:

a. Asites

Asites terjadi akibat tingginya tekanan portal yang disertai dengan kadar albumin yang rendah dan retensi natrium. Pada kasus ini, kavitas abdomen merupakan kavitas dengan tekanan yang rendah. Peningkatan tekanan darah portal dan penurunan albumin (protein yang ada di dalam darah) bertanggung jawab dalam tekanan gradien dan menyebabkan asites abdomen. Sedangkan retensi air dan garam oleh ginjal pada gagal jantung kongestif menyebabkan aktivasi *renin angiotensin aldosterone* yang menyebabkan meningkatnya volume ventrikel dan regangan serabut jantung. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan hukum Starling (Setiawan, 2011).

b. Hepatomegali

Gagal jantung kanan terjadi akibat ketidakmampuan jantung kanan yang mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava, dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatica akan menyebabkan hepatomegali.

c. Edema paru

Edema paru terjadi akibat dari peningkatan tekanan atrium kiri. Disfungsi sistolik ventrikel kiri, disfungsi diastolik ventrikel kiri, dan obstruksi pada saluran atrium kiri merupakan penyebab peningkatan tekanan atrium kiri. Ini selanjutnya menyebabkan peningkatan ekstrasvasi cairan ke alveoli dan menghambat kemampuan limfatik paru untuk mengalirkan cairan, sehingga mengganggu pertukaran gas di paru-paru (Amasari, 2016).

d. Efusi pleura

Efusi pleura pada penyakit jantung disebabkan karena peningkatan tekanan vena pulmonal yang mengakibatkan edema alveolar dan meningkatkan tekanan interstisial di daerah subpleural. Edema mengakibatkan kebocoran cairan dari permukaan pleura visceral, yang

berkontribusi terhadap meningkatnya tingkat akumulasi cairan (Damanik & Imawati, 2015).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Oktavianus & Sartika, 2014), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif yaitu:

a. Elektrokardiogram (EKG)

Mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, iskemia, dan kerusakan pola.

b. Rontgen dada

Rontgen dada menunjukkan pembesaran jantung yang ditunjukkan dengan *Cardio Thoracic Ratio* (CTR) > 50%. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal.

c. Ekokardiografi

Menggambarkan ruang-ruang dan katup jantung.

d. Hematologi dan kimia klinik

Pemeriksaan yang dilakukan adalah hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum, kreatinin, SGOT, SGPT, gula darah, kolesterol, dan trigliserida.

e. Elektrolit

Natrium, kalium, klorida, dan magnesium mungkin berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal, dan terapi diuretik.

f. Analisa gas darah

Gagal ventrikel kiri ditandai alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan tekanan karbondioksida.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Oktavianus & Sartika, 2014), penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif yaitu:

1. Terapi Farmakologis

a. Glikosida jantung

Digitalis, meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung, efek yang dihasilkan adalah peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah, peningkatan diuresis, dan mengurangi edema.

b. Terapi diuretik

Diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.

c. Terapi vasodilator

Obat-obat vasoaktif digunakan untuk mengurangi impadansi tekanan terhadap penyembuhan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan.

2. Terapi Nonfarmakologis

a. Diit jantung

Jenis diit dan indikasi pemberian diit jantung menurut (Almatsier, 2004) sebagai berikut:

1) Diit jantung I

Diit jantung diberikan kepada pasien penyakit jantung akut seperti *myocard infarct* (MCI) atau dekompensasi kondisi berat. Diit diberikan berupa 1-1,5 liter cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya. Diit ini sangat rendah energi dan semua zat gizi, sehingga sebaiknya hanya diberikan selama 1-3 hari.

2) Diit jantung II

Diit jantung II diberikan dalam bentuk makanan saring atau lunak. Diit ini diberikan sebagai perpindahan dari diit jantung I, atau setelah fase akut dapat diatasi. Jika disertai hipertensi dan atau edema, diberikan sebagai diit jantung II garam rendah. Diit ini rendah energi, protein, kalsium, dan tiamin.

3) Diit jantung III

Diit jantung III diberikan dalam bentuk makanan lunak atau biasa. Diit diberikan sebagai perpindahan dari diit jantung II atau kepada pasien jantung dengan kondisi yang tidak terlalu berat. Jika disertai hipertensi dan atau edema, diberikan sebagai diet jantung III garam rendah. Diit ini rendah energi dan kalsium, tetapi cukup zat gizi lain.

4) Diit jantung IV

Diit jantung IV diberikan dalam bentuk makanan biasa. Diit diberikan sebagai perpindahan dari diit jantung III atau kepada pasien jantung dengan keadaan ringan. Jika disertai hipertensi dan atau edema, diberikan sebagai diet jantung IV garam rendah. Diit ini cukup energi dan zat gizi lain, kecuali kalsium.

b. Membatasi cairan 1200-1500 cc

Mengurangi beban jantung dan menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh dengan mengurangi beban volume agar tercapainya keseimbangan komposisi cairan tubuh pada keadaan homeostasis.

c. Manajemen stres

Respon psikologis dapat mempengaruhi peningkatan kerja jantung.

d. Mengurangi aktivitas fisik

Kelebihan aktivitas fisik mengakibatkan peningkatan kerja jantung sehingga perlu dibatasi.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan Gejala: gelisah, tanda vital berubah pada aktivitas, kelelahan/kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada dengan aktivitas, dispnea pada saat istirahat atau pada pengerahan tenaga.

2. Sirkulasi

Tanda dan Gejala: riwayat hipertensi, infark miokard, episode gagal jantung kronis sebelumnya. TD mungkin rendah (gagal pemompaan), takikardi, irama jantung; disritmia, bunyi jantung: S3 (gallop), S1 dan S2 mungkin melemah, warna kulit: sianosis, pucat, punggung kuku: pengisian kapiler lambat, bunyi napas ronkhi, edema, dan pembesaran hepar.

3. Integritas Ego

Tanda dan Gejala: ansietas, kuatir, takut, stres, berbagai manifestasi perilaku marah, ketakutan, dan mudah tersinggung.

4. Eliminasi

Tanda dan Gejala: penurunan berkemih, urine berwarna gelap, berkemih malam hari (nokturia), diare/konstipasi.

5. Makanan/Cairan

Tanda dan gejala: kehilangan nafsu makan, mual/muntah, penambahan berat badan signifikan, pembengkakan pada ekstremitas bawah, penggunaan diuretik, dan distensi abdomen.

6. *Hygiene*

Tanda dan Gejala: kelelahan selama aktivitas perawatan diri.

7. Neurosensori

Tanda dan gejala: kelemahan, pening, episode pingsan, letargi, disorientasi, dan mudah tersinggung.

8. Nyeri/Kenyamanan

Tanda dan Gejala: nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas, sakit pada otot, gelisah, menarik diri, dan perilaku melindungi diri.

9. Penapasan

Tanda dan Gejala: dispnea saat aktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat penyakit paru kronis, penggunaan bantuan pernapasan (oksigen atau medikasi), pernapasan takipnea, napas dangkal, penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas mungkin tidak terdengar, krekles, ronkhi, dan mengi. Warna kulit pucat atau sianosis.

10. Keamanan

Gejala: perubahan dalam fungsi mental, kehilangan kekuatan/tonus otot, dan kulit lecet.

11. Interaksi Sosial

Tanda dan Gejala: penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan.

12. Pembelajaran/Pengajaran

Tanda dan Gejala: menggunakan atau lupa menggunakan obat-obat jantung.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial/perubahan inotropik; perubahan frekuensi, irama, konduksi listrik; dan perubahan struktural (misalnya kelainan katup, aneurisme ventrikular).
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen/kebutuhan: kelemahan umum, tirah baring lama/imobilisasi.
3. Risiko tinggi kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan kedalam area interstisial/alveoli.
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus; menurunnya curah jantung; meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium/air.
5. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama dan edema.
6. Kurang pengetahuan mengenai kondisi program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman/kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial/perubahan inotropik; perubahan frekuensi, irama, konduksi listrik; dan perubahan struktural (misalnya kelainan katup, aneurisme ventrikular)

Kriteria hasil: menunjukkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima (disritmia terkontrol atau hilang) dan bebas gejala gagal jantung (misalnya: parameter hemodinamik dalam batas normal, haluaran urin

adekuat), melaporkan penurunan episode dispnea, angina, ikut serta dalam aktivitas yang mengurangi beban kerja jantung.

Rencana tindakan:

a. Mandiri

1) Catat bunyi jantung

Rasional: S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop (S3) dihasilkan sebagai aliran darah ke dalam serambi yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi/stenosis katup.

2) Palpasi nadi perifer

Rasional: penurunan curah jantung dapat menunjukkan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis pedis, dan postibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulsus alternans (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.

3) Pantau TD

Rasional: pada gagal jantung kronis dini, sedang atau kronis tekanan darah dapat meningkat sehubungan dengan *Systemic Vascular Resistance* (SVR). Pada gagal jantung kronis lanjut tubuh tidak mampu lagi mengkompensasi dan terjadi hipotensi.

4) Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis

Rasional: pucat menunjukkan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung, vasokonstriksi, dan anemia. Sianosis dapat terjadi sebagai refraktori gagal jantung kongestif. Area yang sakit sering berwarna biru atau belang karena peningkatan kongesti vena.

5) Kaji perubahan pada sensori: contoh letargi, bingung, disorientasi, cemas, dan depresi

Rasional: dapat menunjukkan tidak adekuatnya perfusi serebral sekunder terhadap penurunan curah jantung.

6) Berikan pispot di samping tempat tidur.

Rasional: pispot digunakan untuk menurunkan kerja ke kamar mandi atau kerja keras menggunakan bedpan. Manuver valsalva

menyebabkan rangsang vagal diikuti dengan takikardi, yang selanjutnya berpengaruh pada fungsi jantung/curah jantung.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan obat sesuai indikasi, misalnya antikoagulan, contoh heparin dosis rendah, warfarin (coumadin).

Rasional: dapat digunakan secara profilaksis untuk mencegah pembentukan thrombus/emboli pada adanya faktor risiko seperti statis vena, tirah baring, disritmia jantung, dan riwayat episode trombolik sebelumnya.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen/kebutuhan, kelemahan umum, tirah baring lama/imobilisasi

Kriteria hasil: berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan, memenuhi kebutuhan perawatan diri sendiri, mencapai peningkatan toleransi aktifitas yang dapat diukur, dibuktikan oleh menurunnya kelemahan dan kelelahan dari tanda vital DBN selama aktivitas.

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

- 1) Periksa tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, khususnya bila pasien menggunakan vasodilator dan diuretik

Rasional: hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas karena efek obat (vasodilatasi), perpindahan cairan (diuretik), atau pengaruh fungsi jantung.

- 2) Evaluasi peningkatan intoleransi aktivitas

Rasional: dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung daripada kelebihan aktivitas.

- 3) Berikan bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai indikasi.

Selingi periode aktivitas dengan periode istirahat

Rasional: pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien tanpa mempengaruhi stres miokard/kebutuhan oksigen berlebihan.

b. Kolaborasi

1) Implementasikan program rehabilitasi jantung/aktivitas

Rasional: peningkatan bertahap pada aktivitas menghindari kerja jantung/konsumsi oksigen berlebihan. Penguatan dan perbaikan fungsi jantung dibawah stres, bila disfungsi jantung tidak dapat membaik kembali.

3. Risiko tinggi kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli

Kriteria Hasil: mendemonstrasikan ventilasi dan oksigenasi adekuat pada jaringan ditunjukkan oleh gas darah arteri/oksimetri dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernapasan, berpartisipasi dalam program pengobatan dalam batas kemampuan/situasi.

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

1) Auskultasi bunyi napas, catat krekles, mengi

Rasional: menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut.

2) Anjurkan pasien batuk efektif, napas dalam

Rasional: membersihkan jalan napas dan memudahkan aliran oksigen.

3) Pertahankan duduk di kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur tinggi 20°-30°, posisi semi fowler, sokong tangan dengan bantal

Rasional: menurunkan konsumsi oksigen/kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal.

b. Kolaborasi

1) Pantau analisa gas darah

Rasional: hipoksemia dapat menjadi berat selama edema paru. Perubahan kompensasi biasanya pada gagal jantung kongestif kronis.

2) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional: meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar, yang dapat memperbaiki/ menurunkan hipoksemia jaringan.

3) Berikan obat sesuai indikasi

Diuretik (furosemide, lasix)

Rasional: menurunkan kongesti alveolar, meningkatkan pertukaran gas.

Bronkodilator (aminofilin)

Rasional: meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas kecil dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru.

4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus; menurunnya curah jantung; meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium/air.

Kriteria Hasil: mendemonstrasikan volume cairan stabil dengan keseimbangan masukan dan pengeluaran, bunyi napas bersih/jelas, tanda vital dalam rentang yang dapat diterima, berat badan stabil, dan tidak ada edema, menyatakan pemahaman tentang pembatasan cairan individual.

Rencana Tindakan:

1. Mandiri

1) Pantau haluaran urin, catat jumlah dan warna saat hari diuresis terjadi

Rasional: haluaran urin mungkin sedikit dan pekat (khususnya selama sehari) karena penurunan perfusi ginjal. Proses telentang membantu diuresis, sehingga haluaran urin dapat ditingkatkan pada malam/selama tirah baring.

2) Pantau atau hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam

Rasional: terapi diuretik dapat disebabkan oleh kehilangan cairan tiba-tiba/berlebihan (hipovolemia) meskipun edema/asites masih ada.

- 3) Pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semi fowler selama fase akut

Rasional: posisi telentang meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi *Antidiuretic Hormone* (ADH) sehingga meningkatkan diuresis.

- 4) Timbang berat badan setiap hari

Rasional: catat perubahan ada/hilangnya edema sebagai respon terhadap terapi. Peningkatan 2,5 kg menunjukkan kurang lebih 2 liter cairan. Sebaliknya, diuretik dapat mengakibatkan cepatnya kehilangan/perpindahan cairan dan kehilangan berat badan.

- 5) Kaji distensi leher dan pembuluh perifer. Lihat area tubuh dependen untuk edema dengan/tanpa pitting; catat adanya edema tubuh umum (anasarka)

Rasional: retensi cairan berlebihan dapat dimanifestasikan oleh pembendungan vena dan pembentukan edema. Edema perifer mulai pada kaki/mata kaki (atau area dependen) dan meningkat sebagai kegagalan paling buruk. Edema pitting adalah gambaran secara umum hanya setelah retensi sedikitnya 5 kg cairan. Peningkatan kongesti vaskuler (sehubungan dengan gagal jantung kanan) secara nyata mengakibatkan edema jaringan sistemik.

- 6) Asukultasi bunyi napas, catat penurunan dan atau bunyi tambahan, contoh: krekels, mengi. Catat adanya peningkatan dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, dan batuk persisten.

Rasional: kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti paru. Gejala edema paru dapat menunjukkan gagal jantung kiri akut. Gejala pernapasan pada gagal jantung kanan (dispnea, batuk, ortopnea) dapat timbul lambat tetapi lebih sulit membaik.

- 7) Pantau CVP (bila ada)

Rasional: hipertensi dan peningkatan CVP menunjukkan kelebihan volume cairan dan dapat menunjukkan terjadinya/peningkatan kongesti paru.

2. Kolaborasi

- 1) Pemberian obat sesuai indikasi diuretik: furosemide (lasix), bumetanide (bumex), tiazid dengan agen pelawan kalium, contoh spironolakton (aldakton).
- 2) Mempertahakan cairan/pembatasan natrium sesuai indikasi.
Rasional: menurunkan air total tubuh/ mencegah reakupulasi cairan
- 3) Pantau foto thoraks
Rasional: menunjukkan perubahan indikasi peningkatan/perbaikan kongesti paru.

5. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama dan edema

Kriteria Hasil: mempertahankan integritas kulit, mendemonstrasikan perilaku/ teknik mencegah kerusakan kulit.

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

- 1) Lihat kulit, catat penonjolan tulang, adanya edema, area sirkulasi terganggu/pigmentasi, atau kegemukan/kurus
Rasional: kulit berisiko karena gangguan sirkulasi perifer, imobilitas fisik, dan gangguan status nutrisi.
- 2) Pijat area kemerahan atau yang memutih
Rasional: meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan.
- 3) Ubah posisi sering di tempat tidur/kursi, bantu latihan rentang gerak pasif/aktif
Rasional: memperbaiki sirkulasi/menurunkan waktu satu area yang mengganggu aliran darah.
- 4) Berikan perawatan kulit sering, meminimalkan dengan kelembaban/ekskresi
Rasional: terlalu kering atau lembab merusak kulit dan mempercepat kerusakan.

5) Periksa sepatu kesempitan/sandal dan ubah sesuai kebutuhan
 Rasional: edema dependen dapat menyebabkan sepatu terlalu sempit, meningkatnya risiko tertekan dan kerusakan kulit pada kaki.

6) Hindari obat intramuskuler.
 Rasional: edema interstisial dan gangguan sirkulasi memperlambat absorpsi obat dan predisposisi untuk kerusakan kulit/terjadinya infeksi.

b. Kolaborasi

1) Berikan tekanan alternatif/kasur, kulit domba, perlindungan siku/tumit
 Rasional: menurunkan tekanan pada kulit dan dapat memperbaiki sirkulasi.

6. Kurang pengetahuan mengenai kondisi program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman/kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung

Kriteria Hasil: mengidentifikasi hubungan terapi (program pengobatan) untuk menurunkan episode berulang dan mencegah komplikasi, menyatakan tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat, mengidentifikasi stress pribadi/faktor risiko dan beberapa teknik untuk menangani, melakukan perubahan pola hidup/perilaku yang perlu.

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

1) Diskusikan pentingnya menjadi seaktif mungkin tanpa menjadi kelelahan dan istirahat diantara aktivitas

Rasional: aktivitas fisik berlebihan dapat berlanjut menjadi kelemahan jantung, eksaserbasi kegagalan.

2) Diskusikan pentingnya pembatasan natrium. Berikan daftar kandungan natrium pada makanan umum yang harus dihindari atau dibatasi. Dorong untuk membaca label makanan dan bungkus obat.

Rasional: pemasukan diet natrium diatas 3g/hari akan menghasilkan efek diuretik. Sumber umum natrium adalah garam meja dan

makanan dengan garam, meskipun sup/sayur kaleng, daging kiloan dan produk harian juga dapat mengandung kadar tinggi natrium.

- 3) Diskusikan obat, tujuan, dan efek samping. Berikan instruksi secara verbal dan tertulis.

Rasional: pemahaman kebutuhan terapeutik dan pentingnya upaya pelaporan efek samping dapat mencegah terjadinya komplikasi obat. Cemas dapat menghambat pemasukan keseluruhan atau detail dan pasien/ orang terdekat merujuk ke materi tulisan pada kertas untuk menyegarkan ingatan.

- 4) Anjurkan makan diet pada pagi hari

Rasional: memberikan waktu adekuat untuk efek obat sebelum waktu tidur untuk mencegah/membatasi menghentikan tidur.

- 5) Jelaskan dan diskusikan peran pasien dalam mengontrol faktor risiko (contoh: merokok) dan faktor pencetus atau pemberat (contoh: diet tinggi garam, tidak aktif/terlalu aktif, terpajan pada suhu ekstrem.

Rasional: menambahkan pada kerangka pengetahuan dan memungkinkan pasien untuk membuat keputusan berdasarkan informasi sehubungan dengan kontrol kondisi dan mencegah berulang/komplikasi. Merokok potensial untuk vasokonstriksi, pemasukan natrium meningkatkan pembentukan retensi/edema air, keseimbangan tidak tepat antara aktivitas/ istirahat dan pemajanan pada suhu ekstrem dapat mengakibatkan kelelahan/meningkatkan kerja miokard dan meningkatkan risiko infeksi paru.

- 6) Bahas ulang tanda dan gejala yang memerlukan perhatian medik cepat, contoh: peningkatan berat badan cepat, edema, napas pendek peningkatan kelelahan, batuk, hemoptisis, dan demam

Rasional: pemantauan sendiri meningkatkan tanggung jawab pasien dalam pemeliharaan kesehatan dan alat mencegah komplikasi, contoh edema paru, pneumonia.

7) Berikan kesempatan pasien/keluarga untuk menanyakan mendiskusikan masalah dan membuat perubahan pada hidup yang perlu.

Rasional: kondisi kronis dan berulang/menguatnya kondisi gagal jantung kongestif sering melemahkan kemampuan coping dan kapasitas dukungan pasien dan orang terdekat, menimbulkan depresi.

8) Diskusikan fungsi jantung normal. Meliputi informasi sehubungan dengan perbedaan antara serangan jantung dan gagal jantung kongestif

9) Kuatkan rasional pengobatan.

Rasional: pasien percaya bahwa pengubahan program pascapulung dibolehkan bila dapat meningkatkan risiko aksaserbasi gejala. Pemahaman program, obat, dan pembatasan dapat meningkatkan kerjasama untuk mengontrol gejala.

b. Kolaborasi

1) Rujuk pada sumber di masyarakat atau kelompok pendukung sesuai indiksi.

Rasional: dapat menambah bantuan dengan pemantauan sendiri/penatalaksanaan di rumah.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2012), pelaksanaan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus di intervensi keperawatan antara lain mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, menemukan perubahan sistem tubuh, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan, dan implementasi pesan dokter. Tahap implementasi terdiri dari independen (tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif, dan tindakan merujuk), interdependen, dan dependen.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2012), evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020. Pasien masuk pada tanggal 10 Februari 2020 di Ruang Cempaka kelas III, nomor register 107-68-74 dengan diagnosa medis Gagal Jantung Kongestif.

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. S, jenis kelamin laki-laki berusia 67 tahun, status perkawinan pasien sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SLTA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan pedagang, alamat di Bekasi, dan biaya pribadi. Sumber informasi didapatkan dari pasien, keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

b. Resume

Pasien Tn. S (67 tahun) datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 10 Februari pukul 02.10 WIB dengan keluhan batuk disertai dahak kental berwarna kuning sudah 2 hari dan sesak napas, sesak napas makin parah malam ini. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus sudah 3 tahun. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 176/85 mmHg, frekuensi nadi 104x/menit, frekuensi pernapasan 30x/menit, suhu 37,2°C. Masalah keperawatan yang dirumuskan adalah penurunan curah jantung. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan oksigen nasal kanul 5 liter/menit, melakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dengan hasil *sinus tachycardia*, melakukan pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra,

kardiomegali, melakukan pemeriksaan laboratorium: kalium dengan hasil kalium 3,09 mmol/L*, melakukan pemasangan infus ringer laktat 500 cc drip melalui intravena, memberikan terapi nebulizer, dan memberikan obat amlodipine 10 mg melalui oral, serta memberikan obat furosemide 20 mg melalui intravena. Evaluasi keperawatan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 170/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 27x/menit, suhu 36,9°C. Pasien masih mengeluh batuk dan sesak napas.

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap cempaka pukul 05.30 WIB, pasien masih mengeluh batuk dan sesak napas. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Masalah keperawatan yang dirumuskan adalah penurunan curah jantung. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 169/80 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 27x/menit, suhu 36,7°C. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan oksigen nasal kanul 5 liter/menit, memberikan obat candesartan 4 mg, codipront syrup 15 ml (extra) melalui oral, dan memberikan terapi nebulizer. Evaluasi keperawatan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 170/80 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 27x/menit, suhu 36,8°C, keadaan umum sakit sedang, dan kesadaran komposmentis. Pasien mengatakan batuk berkurang dan masih sesak napas.

c. Riwayat Keperawatan

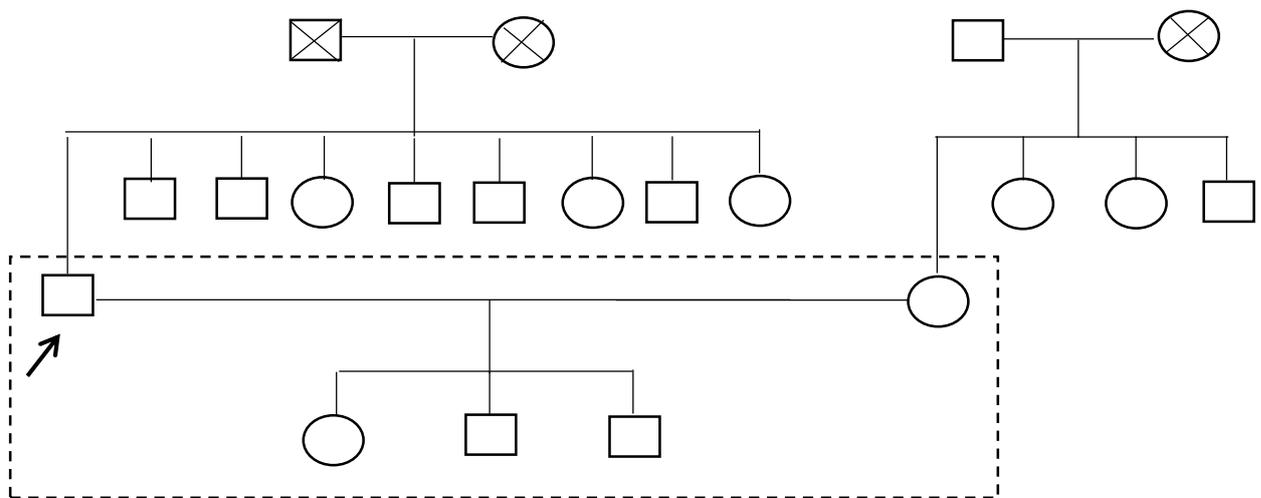
1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan ada batuk disertai dahak berwarna kuning kental dan sesak napas. Sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti setelah berjalan kaki dari toko ± 100 m dan mudah lelah saat berdagang di toko. Upaya pasien untuk mengatasi keluhan adalah minum obat warung dan tidur dengan posisi setengah duduk.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit sebelumnya yaitu hipertensi dan diabetes mellitus ± sudah 3 tahun. Pasien mengatakan alergi *seafood* dan obat golongan lin. Pasien mempunyai riwayat pemakaian obat yaitu obat jantung dan obat diabetes, ± 3 tahun mengkonsumsi obat-obatan tersebut.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (genogram)



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : pasien
- ⊗ : Meninggal

Keterangan: pasien adalah anak pertama dari sembilan bersaudara, orang tua laki-laki meninggal karena memiliki penyakit hipertensi dan stroke sedangkan orangtua perempuan meninggal karena memiliki penyakit paru-paru. Keluarga dari istri pasien, orangtua perempuan meninggal karena penyakit ginjal. Pasien tinggal bersama istri dan ketiga anaknya.

4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko adalah ayah pasien mengalami hipertensi dan stroke.

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah istri dan anak-anaknya.

b) Interaksi keluarga adalah pola komunikasinya baik, dua arah dan terdapat timbal balik. Pembuatan keputusan oleh pasien selaku kepala keluarga, namun ketika pasien sakit, pembuatan keputusan oleh istri dan adik-adik pasien.

c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien.

d) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien takut dengan kematian.

e) Mekanisme koping terhadap stres yaitu pasien mengatakan tidur dan menonton televisi.

f) Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah agar bisa berdagang di toko kembali.

g) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah beribadah dengan sholat 5 waktu.

h) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi rumah bersih.

i) Pola Kebiasaan

(1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien mengatakan alergi *seafood*, makanan pantangan yaitu sayuran hijau dan kacang-kacangan. Pasien mengatakan

suka mengonsumsi makanan berlemak, goreng-gorengan, dan makanan manis. Makanan diit tidak ada, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Setelah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien mengatakan alergi *seafood*, makanan pantangan yaitu sayuran hijau, kacang-kacangan, makanan tinggi lemak, garam, dan gula, makanan diit tidak ada, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Saat pengkajian pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien mengatakan alergi *seafood*, makanan pantangan yaitu sayuran hijau, kacang-kacangan, makanan tinggi lemak, garam, dan gula, pasien mendapat diit lunak jantung II, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

(2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit, BAK: pasien mengatakan frekuensi \pm 6x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu BAK. BAB: pasien mengatakan frekuensi 2 hari sekali pada pagi hari, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

Saat dilakukan pengkajian pasien terpasang *Dower Catheter* (DC). Pasien mengatakan frekuensi BAB 2 hari sekali pada pagi hari, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

(3) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore. *Oral hygiene* 3x/hari pada pagi, sore, dan malam. Mencuci rambut 3x/minggu.

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mandi dengan di lap oleh keluarga, tidak melakukan *oral hygiene* dan tidak mencuci rambut.

(4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak tidur siang, lama tidur malam 8 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah menonton televisi.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak tidur siang, lama tidur malam 8 jam, tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan waktu bekerja pada pagi hari sampai malam hari berdagang pakaian di toko, pasien mengatakan melakukan aktivitas berjalan kaki setiap hari dan tidak ada keluhan dalam beraktivitas seperti mudah lelah serta sesak napas.

Setelah sakit pasien mengatakan waktu berdagang pakaian di toko dikurangi, terkadang 3-4x/minggu dan hanya sore hari saja. Pasien mengatakan ada sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat

melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko \pm 100 m dan mudah lelah saat saat berdagang di toko.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bekerja, tidak olahraga, *Activity Daily Living* dibantu perawat dan keluarga. Pasien tampak lemah dan berbaring dengan posisi tidur semifowler.

(6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan merokok sejak SMA sampai tahun 2017, sehari merokok habis $\frac{1}{2}$ sampai 1 bungkus rokok, \pm 12 batang rokok dalam sehari, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

Setelah sakit pasien mengatakan berhenti merokok, dan pasien tidak minum-minuman keras, serta tidak menggunakan NAPZA.

Saat pengkajian pasien mengatakan berhenti merokok, dan pasien tidak minum-minuman keras, serta tidak menggunakan NAPZA.

d. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB): 99 kg, BB saat ini: 98 kg, tinggi badan (TB): 175 cm, indeks massa tubuh (IMT): 32 kg/m² (obesitas I). Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, *Eye*: 4, *Motoric*: 6, *Verbal*: 5. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. Konjungtiva ananemis, kornea tampak keruh/berkabut, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak kabur

dikarenakan pasien seharusnya menggunakan kacamata plus (hipermetropi) 2,5/2,5 namun keluarga tidak membawanya. Tidak ada tanda-tanda peradangan, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan diameter pupil +2/+2.

3) Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

4) Sistem Wicara

Pasien berbicara normal dan tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

5) Sistem Pernapasan

Hasil pemeriksaan fisik pada paru Tn. S pada inspeksi: pasien tampak sesak napas, tampak tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan ada batuk. Perkusi: dada terdengar pekak di lapang paru sinistra, menandakan adanya akumulasi cairan pada paru-paru. Tidak ada nyeri saat bernapas. Palpasi: frekuensi pernapasan 25x/menit, irama napas teratur, *vocal fremitus* dengan getaran lebih terasa pada lapang paru dextra dan pada auskultasi: suara napas ronkhi di lapang paru sinistra, jenis pernapasan spontan dan dangkal.

6) Sistem Kardiovaskular

Hasil pemeriksaan fisik pada jantung Tn. S pada inspeksi: denyutan *ictus cordis* tampak tidak terlihat, tekanan darah 174/81 mmHg, *Mean Arterial Pressure* (MAP) 112 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, tidak tampak edema di ekstremitas atas dan bawah, warna kulit normal (tidak ada sianosis). Perkusi: terdengar pekak pada area jantung. Palpasi: Frekuensi nadi pasien 98x/menit, irama teratur dan

pulsasi nadi kuat, turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, *Capillary Refill Time* (CRT) >3 detik. Auskultasi: terdengar bunyi jantung III atau *gallop rhythm*. Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

7) Sistem Hematologi

Kulit pasien tampak normal dan tidak ada perdarahan.

8) Sistem Saraf Pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran komposmentis, GCS: *Eye*: 4, *Motoric*: 6, *Verbal*:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

9) Sistem Pencernaan

Gigi pasien tampak karies di kedua gigi geraham bawah kanan dan kiri, pasien menggunakan 2 gigi seri palsu bagian atas dan ada 2 gigi geraham atas yang berlubang, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salifa normal, tidak ada muntah. Pasien mengatakan tidak nyeri pada daerah perut. Bising usus 9x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen lunak.

10) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak bau keton, dan tidak ada luka ganggren.

11) Sistem Urogenital

Pasien mengatakan sehari BAK 6x, sekali BAK sekitar 200 cc. Pasien mengatakan dalam 24 jam sudah minum sebanyak 1200 cc. *Intake*: minum 1200 cc, infus 500 cc. *Output*: BAK 1200 cc + 400 cc (di IGD), IWL 980 cc. *Balance* cairan -880 cc. Tidak ada perubahan pada pola berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

12) Sistem Integumen

Turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

13) Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam bergerak, tidak sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah adalah 5.

e. Data Tambahan

Pasien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu gagal jantung. Pasien mengatakan gagal jantung adalah keadaan jantung yang tidak bagus dalam memompa darah ke tubuh. Pasien mengatakan penyebabnya karena pasien ada riwayat merokok dan hipertensi, tidak rutin minum obat dari rumah sakit dan terkadang minum obat warung saja. Pasien mengatakan tanda gejalanya yaitu sesak napas dan batuk. Sebelum sakit pasien mengkonsumsi makanan berlemak, tinggi garam, dan gula. Setelah sakit pasien mulai mengurangi konsumsi makanan berlemak, tinggi garam, dan gula. Ada pantangan dalam mengkonsumsi makanan yaitu sayuran hijau, kacang-kacangan, makanan tinggi lemak, garam, dan gula. Pasien mengatakan selalu minum air hangat setiap pagi supaya dahak keluar ketika batuk. Pasien mengatakan melakukan olahraga jalan kaki setiap sore 3-4x/minggu.

f. Data Penunjang

1. Hasil pemeriksaan laboratorium RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada 10 Februari 2020 hemoglobin 14 g/dl (13,5-18,00) g/dl, leukosit 9.180/ul (4.000-10.000)/ul, SGOT 24 U/L (0-40) U/L, SGPT 14 U/L (0-41)U/L, ureum 22 mg/dl (0-70) mg/dl, kreatinin 1,1 mg/dl (0,7-1,2) mg/dl, gula darah sewaktu (GDS) 171 mg/dl* (60-140) mg/dl, natrium 135 mmol/l

(135-146) mmol, kalium 3,09 mmol/l* (3,50-5,50) mmol, klorida 96 mmol (95-112) mmol.

2. Hasil pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada 10 Februari 2020 *sinus tachycardia*.
3. Hasil pemeriksaan foto thoraks RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada 10 Februari 2020 adalah efusi pleura sinistra, kardiomegali.
4. Hasil pemeriksaan Analisa Gas Darah (AGD) RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada 11 Februari 2020 adalah PH 7,24 (7,35-7,45), PCO₂ 88,4 (35-45), PO₂ 243,8 (65-90), HCO₃ 37,4 (21-25), BE 6,4 (-3-3), kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.

g. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan obat-obatan oral yaitu vestein 3x300mg, candesartan 1x4mg, sumagesic 3x600 mg, pharmlon 1x1, dan nitrogliserin 2x2,5mg. Obat-obatan injeksi yaitu cefotaxime 2x1gr, furosemide 1x20mg, KCL 2x25 mEq, terapi nebulizer (fartolin 2,5 cc, NaCl 0,9% 1 cc, bisolvon 1 cc) 2x1, infus ringer laktat 500cc/24 jam, pembatasan cairan 1500cc/24 jam dan mendapat diit lunak jantung II.

h. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: komposmentis, GCS: *Eye*: 4 *Motoric*: 6 *Verbal*: 5, tanda-tanda vital: tekanan darah: 174/81 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi pernapasan: 25x/menit, suhu: 36,8°C, MAP 112 mmHg.

1) Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi

Data Subjektif: pasien mengatakan ada batuk disertai dahak berwarna kuning kental. Pasien mengatakan sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko ± 100 m dan mudah lelah saat berdagang di toko.

Data Objektif: frekuensi pernapasan 25x/menit, irama napas teratur, terdapat sumbatan jalan napas sputum pada lapang paru sinistra, suara napas ronkhi di lapang paru sinistra, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu pernapasan, pasien tampak batuk dan sesak napas, saturasi oksigen 96%. Pemeriksaan foto thoraks tanggal 10 Februari 2020 dengan hasil efusi pleura sinistra, pemeriksaan AGD tanggal 11 Februari 2020: PH 7,24; PCO₂ 88,4; PO₂ 243,8; HCO₃ 37,4; BE 6,4. Kesimpulan: asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.

2) Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data Subjektif: pasien mengatakan sehari BAK 6x, sekali BAK sekitar 200 cc. Pasien mengatakan dalam 24 jam sudah minum sebanyak 1200 cc.

Data Objektif: tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, suhu 36,8°C, CRT >3 detik, pulsasi nadi kuat, turgor kulit elastis, warna kulit normal (tidak sianosis), tidak tampak edema di ekstremitas atas dan bawah, auskultasi terdengar bunyi jantung III (*gallop rhythm*). Pasien mengatakan dalam 24 jam sudah minum sebanyak 1200 cc. *Intake*: minum 1200 cc, infus 500 cc. *Output*: BAK 1200 cc + 400 cc (di IGD), IWL 980 cc. *Balance* cairan -880 cc. Pemeriksaan EKG tanggal 10 Februari 2020 dengan hasil *sinus tachycardia*, pemeriksaan laboratorium: kalium tanggal 10 Februari 2020 dengan hasil kalium 3,09 mmol/L*.

3) Kebutuhan Fisologis: Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, tidak ada masalah dengan nafsu makan, tidak ada mual dan muntah.

Data Objektif: pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanannya. Berat badan saat ini 98 kg, tinggi badan saat ini 175 cm. IMT: 32 (obesitas I). Pasien mendapat diit lunak jantung II. Pemeriksaan GDS dengan hasil 171 mg/dl*.

4) Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

Data Objektif: tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit.

5) Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat

Data Subjektif: pasien mengatakan ada sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko ± 100 m dan mudah lelah saat berdagang di toko.

Data Objektif: *Activity Daily Living* dibantu perawat dan keluarga. Pasien tampak lemah dan berbaring dengan posisi tidur semifowler.

6) Kebutuhan Aktualisasi Diri: Pengetahuan

Data Subjektif: Pasien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu gagal jantung. Pasien mengatakan gagal jantung adalah keadaan jantung yang tidak bagus dalam memompa darah ke tubuh. Pasien mengatakan penyebabnya karena pasien ada riwayat merokok, riwayat hipertensi, tidak rutin minum obat dari rumah sakit dan terkadang minum obat warung

saja. Pasien mengatakan tanda gejalanya yaitu sesak nafas dan batuk. Sebelum sakit pasien mengkonsumsi makanan berlemak, tinggi garam, dan gula. Setelah sakit pasien mulai mengurangi konsumsi makanan berlemak, tinggi garam, dan gula. Ada pantangan dalam mengkonsumsi makanan yaitu sayuran hijau, kacang-kacangan, tinggi lemak, garam, dan gula. Pasien mengatakan selalu minum air hangat setiap pagi supaya dahak keluar ketika batuk. Pasien mengatakan melakukan olahraga jalan kaki setiap sore 3-4x/minggu.

Data Objektif: Pasien tampak paham tentang penyakitnya.

2. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|--|--------------------------------|---------------------------------|
| 1 | <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan ada batuk dan sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko \pm 100 m</p> <p>b. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas seperti berdagang di toko</p> <p>DO:</p> <p>a. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran</p> | <p>Penurunan curah jantung</p> | <p>Perubahan kontraktilitas</p> |

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|---|---------|----------|
| | <p>komposmentis</p> <p>b. Tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 25 x/menit, suhu 36,8°C</p> <p>c. MAP 112 mmHg</p> <p>d. Auskultasi terdengar bunyi jantung III (<i>gallop rhythm</i>)</p> <p>e. Pasien tampak batuk dan sesak napas</p> <p>f. Saturasi oksigen 96%</p> <p>g. <i>Balance</i> cairan -880 cc</p> <p>h. CRT >3 detik</p> <p>i. Pulsasi nadi kuat</p> <p>j. Warna kulit normal (tidak sianosis)</p> <p>k. Pemeriksaan EKG dengan hasil <i>sinus</i> <i>tachycardia</i></p> <p>l. Pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra, kardiomegali</p> <p>m. Pemeriksaan laboratorium: kalium</p> | | |

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|--|---------------------------------------|-----------------------|
| | <p>dengan hasil 3,09 mmol/L*</p> <p>n. Pemeriksaan AGD tanggal 11 Februari 2020 dengan hasil PH 7,24 (7,35-7,45), PCO₂ 88,4 (35-45), PO₂ 243,8 (65-90), HCO₃ 37,4 (21-25), BE 6,4 (-3-3), kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.</p> | | |
| 2 | <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan ada batuk disertai dahak berwarna kuning kental</p> <p>DO:</p> <p>a. Frekuensi pernapasan 25x/menit</p> <p>b. Irama napas teratur</p> <p>c. Terdapat sumbatan jalan napas sputum pada lapang paru sinistra</p> <p>d. Suara napas ronkhi pada lapang paru sinistra</p> | Ketidakefektifan bersihan jalan napas | Sekresi yang tertahan |

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|---|--------------------------|--|
| | e. Pasien tampak batuk f. Pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra | | |
| 3 | DS: a. Pasien mengatakan batuk dan sesak napas DO: a. Frekuensi pernapasan 25x/menit b. Terdapat sumbatan jalan napas sputum pada lapang paru sinistra c. suara napas ronkhi pada lapang paru sinistra d. pasien tampak batuk dan sesak napas e. Pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra f. Pemeriksaan AGD tanggal 11 Februari 2020: PH 7,24; PCO ₂ 88,4; PO ₂ 243,8; HCO ₃ 37,4; BE 6,4. Kesimpulan: asidosis respiratorik | Kerusakan pertukaran gas | Perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli. |

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|---|-------------------------|---|
| | terkompensasi sebagian | | |
| 4 | <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan ada batuk dan sesak napas.</p> <p>DO:</p> <p>a. Tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 25 x/menit, suhu 36,8°C</p> <p>b. <i>Balance</i> cairan -880 cc</p> <p>c. Pulsasi nadi kuat</p> <p>d. Warna kulit normal (tidak sianosis)</p> <p>e. CRT >3 detik</p> <p>f. Pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra, kardiomegali</p> <p>g. Pemeriksaan laboratorium: kalium dengan hasil 3,09 mmol/L*</p> | Kelebihan volume cairan | Menurunnya curah jantung |
| 5 | <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan ada sesak napas,</p> | Intoleransi aktivitas | Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan |

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|--|---------|----------------|
| | <p>sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan dari toko \pm 100 m.</p> <p>b. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas seperti saat berdagang di toko.</p> <p>DO:</p> <p>a. <i>Activity Daily Living</i> dibantu perawat dan keluarga.</p> <p>b. Pasien tampak lemah dan berbaring dengan posisi tidur semifowler</p> | | <p>oksigen</p> |

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli.
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

C. Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan, Evaluasi Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Data Subjektif: pasien mengatakan ada batuk dan sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko \pm 100 m, dan mudah lelah saat beraktivitas seperti berdagang di toko. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas seperti berdagang di toko.

Data Objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan: 25x/menit, suhu 36,8°C. MAP 112 mmHg, auskultasi terdengar bunyi jantung III (*gallop rhythm*). Pasien tampak batuk dan sesak napas, saturasi oksigen: 96%, *balance* cairan -880 cc, CRT >3 detik, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), pemeriksaan EKG dengan hasil *sinus tachycardia*, pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra, kardiomegali, pemeriksaan laboratorium: kalium dengan hasil 3,09 mmol/L*, Pemeriksaan AGD tanggal 11 Februari 2020 dengan hasil PH 7,24 (7,35-7,45), PCO₂ 88,4 (35-45), PO₂ 243,8 (65-90), HCO₃ 37,4 (21-25), BE 6,4 (-3-3), kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif.

Kriteria Hasil: pasien tidak mengeluh sesak dan batuk, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah: sistole 150-140, diastole 90-60 mmHg, frekuensi nadi: 60-

100x/menit, frekuensi pernapasan: 12-20x/menit, suhu: (36-37,5)°C), MAP: 70-100 mmHg, saturasi oksigen: 90-100%, *balance* cairan seimbang: *intake* - *output* = 0. Pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT <3 detik. Hasil EKG normal: *sinus rhythm*. Hasil laboratorium: Kalium normal = 3,50-5,50 mmol/L.

Rencana Tindakan

a. Mandiri

- 1) Monitor keadaan umum pasien setiap shift
- 2) Monitor oksigen setiap shift
- 3) Monitor hasil EKG setiap hari
- 4) Monitor hasil laboratorium: kalium setiap hari
- 5) Ukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dan MAP setiap shift
- 6) Ukur saturasi oksigen setiap shift
- 7) Ukur *balance* cairan setiap hari
- 8) Ukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT setiap shift
- 9) Berikan posisi tidur semifowler

b. Kolaborasi

- 10) Berikan obat candesartan 1x4mg melalui oral, sumagesic 3x600 mg melalui oral, nitrokaf 2x2,5mg melalui oral, furosemide 1x20 mg melalui intravena, KCl 2x25 mEq melalui intravena, dan cefotaxime 2x1 gr melalui intravena sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Pukul 08.05 WIB memberikan obat sumagesic 600 mg, vestein 300 mg melalui oral, furosemide 20 mg melalui, KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB memonitor oksigen pasien dengan hasil oksigen mengalir dengan lancar 5 liter/menit. Pukul 10.05 WIB

memberikan pasien posisi tidur semifowler dengan hasil pasien nyaman dengan posisi semifowler dan mengatakan masih sedikit sesak. Pukul 10.10 WIB mengukur saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 96%. Pukul 10.30 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 169/83 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, suhu 36,8°C, MAP 111 mmHg. Pukul 13.00 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT >3 detik. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil EKG dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan EKG ulang, hasil EKG *sinus tachycardia*. Pukul 13.25 WIB memonitor hasil laboratorium: kalium dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan lab ulang, kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 165/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,9°C, MAP 112 mmHg. Pukul 22.15 WIB perawat ruangan memberikan posisi tidur semifowler dengan hasil pasien nyaman dengan posisi semifowler dan mengatakan masih sedikit sesak. Pukul 05.30 WIB mengukur *balance* cairan/24jam dengan hasil *intake*: minum 1000 cc + infus 500 cc = 1500 cc. *Output*: urine 2300 cc + IWL 980 cc = 3280 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3280 cc = -1780 cc.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

| | |
|------------|--|
| Subjektif: | pasien mengatakan batuk berkurang dan masih sedikit sesak. |
| Objektif: | TD 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,9°C, MAP 112 mmHg, saturasi oksigen 96%, hasil EKG <i>sinus tachycardia</i> , hasil laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT >3 detik, <i>Balance</i> cairan/24jam 1500 cc – 3280 cc = -1780 cc. |
| Analisa: | masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai |
| Planning: | lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 |

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Pukul 08.02 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 170/89 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi pernapasan 32x/menit, suhu 37,2°C, MAP 116 mmHg. Pukul 08.05 WIB mengukur saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 95%. Pukul 08.07 WIB memberikan oksigen *non rebreathing mask* 15 liter/menit dengan hasil oksigen berhasil diberikan dan pasien tampak tenang. Pukul 08.10 WIB memberikan pasien posisi tidur semifowler dengan hasil pasien nyaman dengan posisi semifowler dan mengatakan masih sesak. Pukul 08.15 WIB memberikan obat furosemide 40 mg, cefotaxime 1 gr, dan KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB memberikan obat candesartan 4 mg, sumagesic 600mg, dan nitrokaf 2,5 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 157/83 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 26x/menit, suhu 37°C, MAP 107 mmHg. Pukul 11.00 WIB memonitor hasil EKG dengan hasil tidak dilakukan

pemeriksaan EKG ulang, hasil EKG *sinus tachycardia*. Pukul 13.00 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT >3 detik. Pukul 13.25 WIB memonitor hasil laboratorium: kalium dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan lab ulang, kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 13.40 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 148/80 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,2°C, MAP 102 mmHg.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 155/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,7°C, MAP 105 mmHg. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat cefotaxime 1 gr dan KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 142/82 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,5°C, MAP 102 mmHg. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 05.30 WIB mengukur *balance* cairan dengan hasil *intake*: minum 1000 cc + infus 500 cc = 1500 cc. *Output*: urine 2500 cc + IWL 980 cc = 3480 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3480 cc = -1980 cc.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

| | |
|------------|---|
| Subjektif: | pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. |
| Objektif: | tekanan darah 142/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,5°C. MAP 102 mmHg, saturasi oksigen 95%, hasil EKG <i>sinus tachycardia</i> , hasil laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal, CRT >3 detik, <i>balance</i> cairan/24jam 1500 cc – 3480 cc = - 1980 cc. |
| Analisa: | masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai |
| Planning: | lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 |

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Pukul 08.05 WIB memberikan obat candesartan 4 mg, sumagesic 600 mg, dan nitrokarf 2,5 mg melalui oral, furosemide 20 mg, cefotaxime 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB memonitor oksigen pasien dengan hasil oksigen mengalir dengan lancar 5 liter/menit. Pukul 10.05 WIB mengukur saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 98%. Pukul 10.10 WIB memberikan pasien posisi tidur semifowler dengan hasil pasien nyaman dengan posisi semifowler dan mengatakan sesak berkurang. Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36°C, MAP 103 mmHg. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil EKG dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan EKG ulang, hasil EKG *sinus tachycardia*. Pukul 13.25 WIB memonitor hasil laboratorium: kalium dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan lab ulang, kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.00 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal, CRT >3 detik. Pukul 13.10 WIB mengukur *balance* cairan dengan hasil *intake*: minum 1000 cc + infus 500 cc = 1500

cc. *Output*: urine 2350 cc + IWL 980 cc = 3330 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3330 cc = - 1830 cc. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
Objektif: tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit suhu 36°C, MAP 103 mmHg, saturasi oksigen 98%, hasil EKG *sinus tachycardia*, hasil laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal, CRT >3 detik, *balance* cairan/24jam 1500 cc – 3330 cc = - 1830 cc.
Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
Planning: intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Data Subjektif: pasien mengatakan ada batuk, kadang disertai dahak berwarna kuning kental.
Data Objektif: terdapat sumbatan jalan napas sputum pada lapang paru sinistra, suara napas ronkhi pada lapang paru sinistra, pasien tampak batuk. Frekuensi pernapasan 25x/menit, irama napas teratur, pasien tampak batuk, pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra.
Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas bersih.
Kriteria Hasil: frekuensi napas 12-20x/menit, irama napas teratur, suara napas vesikuler, pasien tidak mengeluh batuk.

Rencana Tindakan:**a. Mandiri**

- 1) Monitor jumlah dan warna sputum setiap shift
- 2) Ukur frekuensi dan irama pernapasan pasien setiap shift
- 3) Auskultasi suara napas pasien setiap shift
- 4) Anjurkan pasien minum hangat 1000cc/hari

b. Kolaborasi

- 5) Berikan obat vestein 3x300 mg melalui oral dan obat cefotaxime 2x1 gr melalui intravena sesuai instruksi dokter
- 6) Berikan terapi nebulizer 2x1 (fartolin 2,5 cc, NaCl 0,9% 1 cc, bisolvon 1 cc) sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.05 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.15 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 25x/menit, irama napas teratur. Pukul 11.10 WIB memberikan terapi nebulizer dengan hasil obat berhasil dihirup dan pasien batuk, mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 11.25 WIB mengukur jumlah dan warna sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental sebanyak 3 cc. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 15.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 23x/menit, irama napas teratur. Pukul 16.00 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk berkurang. Pukul 18.00 WIB

perawat ruangan memberikan terapi nebulizer dengan hasil obat berhasil dihirup dan pasien batuk, mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 18.15 perawat ruangan mengukur jumlah dan warna sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental sebanyak 1 cc.

Pukul 21.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 23x/menit, irama napas teratur. Pukul 00.05 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.40 WIB menganjurkan pasien minum hangat 1000cc/hari dengan hasil pasien mengatakan akan minum hangat.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk berkurang.
 Objektif: frekuensi pernapasan 23x/menit, irama napas teratur, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra.
 Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
 Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.15 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mengukur frekuensi dan irama nafas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 26x/menit, irama napas teratur. Pukul 11.10 WIB memberikan terapi nebulizer dengan hasil obat berhasil dihirup dan pasien batuk, mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 11.25 WIB mengukur jumlah dan warna sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental sebanyak 1 cc. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 13.40 WIB mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit, irama napas teratur.

Pukul 15.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 25x/menit, irama nafas teratur. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk berkurang. Pukul 18.10 WIB perawat ruangan memberikan terapi nebulizer dengan hasil obat berhasil dihirup dan pasien batuk, mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 18.25 perawat ruangan mengukur jumlah dan warna sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental sebanyak 1 cc. Pukul 18.30 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 20.00 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit, irama napas teratur. Pukul 02.00 WIB memberikan obat vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.40 WIB menganjurkan pasien minum hangat 1000cc/hari dengan hasil pasien mengatakan akan minum hangat.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk berkurang.
Objektif: frekuensi napas 24x/menit, irama napas teratur, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra.
Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Pukul 08.05 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena dan vestein 300 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mengukur frekuensi dan irama napas pasien dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit, irama napas teratur. Pukul 11.30 WIB memberikan terapi nebulizer dengan hasil obat berhasil dihirup dan pasien batuk, mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 11.45 WIB mengukur jumlah dan warna sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental sebanyak 1 cc. Pukul 11.50 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk berkurang.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk berkurang.
 Objektif: frekuensi napas 24x/menit, irama napas teratur, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra.
 Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
 Planning: intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstitial/alveoli.

Data Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak napas.
 Data Objektif: terdapat sumbatan jalan napas sputum pada lapang paru sinistra, suara napas ronkhi pada lapang paru sinistra, pasien tampak batuk dan sesak napas. Frekuensi pernapasan 25x/menit. Pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra.

Pemeriksaan AGD dengan hasil PH 7,24; PCO₂ 88,4; PO₂ 243,8; HCO₃ 37,4; BE 6,4. Kesimpulan: asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas adekuat.

Kriteria Hasil: frekuensi pernapasan 12-20x/menit, suara napas vesikuler pasien tidak mengeluh batuk dan tidak mengeluh sesak napas. Hasil AGD normal: PH 7,35-7,45; PCO₂ 35-45; PO₂ 85-100; HCO₃ 22-26; BE (-2) - (+2).

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

- 1) Monitor oksigen setiap shift
- 2) Monitor hasil AGD setiap hari
- 3) Ukur frekuensi pernapasan setiap shift
- 4) Auskultasi suara napas setiap shift
- 5) Anjurkan pasien batuk efektif dan teknik napas dalam
- 6) Pertahankan posisi semi fowler

b. Kolaborasi

- 7) Berikan obat cefotaxime 1 gr dan furosemide 20 mg melalui intravena sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.05 WIB memberikan obat furosemide 20 mg melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB memonitor oksigen setiap shift dengan hasil oksigen mengalir dengan lancar 5 liter/menit. Pukul 10.05 WIB mempertahankan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 10.30 WIB mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 25x/menit. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 11.24 WIB menganjurkan pasien batuk efektif dan teknik napas dalam dengan hasil batuk dan mengeluarkan

sputum kental berwarna kuning. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil AGD dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan AGD. Pukul 13.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 15.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi pernafasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 25x/menit. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 21.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 23x/menit. Pukul 05.30 WIB perawat ruangan memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
 Objektif: frekuensi pernapasan 23x/menit, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra. Tidak dilakukan pemeriksaan AGD.
 Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
 Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.02 WIB mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 32x/menit. Pukul 08.07 memberikan oksigen *non rebreathing mask* 15 liter/menit dengan hasil oksigen mengalir dengan lancar dan pasien tampak tenang. Pukul 08.10 WIB mempertahankan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 08.15 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr dan furosemide 20 mg melalui intravena. Pukul 10.10 WIB mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 26x/menit. Pukul

11.00 WIB memonitor hasil AGD dengan hasil PH: 7,24 PCO₂: 88,4 PO₂: 243,8 HCO₃: 37,4 BE: 6,4. Kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 13.40 WIB mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 25x/menit. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 20.00 WIB memberikan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.05 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit. Pukul 05.30 WIB perawat ruangan memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
Objektif: frekuensi pernapasan 24x/menit, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra. Pemeriksaan AGD dengan hasil asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.
Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.05 WIB memberikan obat furosemide 1x20 mg melalui intravena. Pukul 10.00 WIB memonitor oksigen setiap shift dengan hasil oksigen mengalir dengan lancar 5 liter/menit. Pukul 10.05 WIB mempertahankan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 10.10 WIB mengukur frekuensi pernapasan setiap shift dengan hasil frekuensi pernapasan 24x/menit. Pukul 11.44 WIB menganjurkan pasien batuk efektif dan teknik napas dalam dengan hasil batuk dan mengeluarkan sputum kental berwarna kuning. Pukul 11.50 WIB mengauskultasi suara napas pasien dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil AGD dengan hasil tidak ada pemeriksaan AGD ulang, hasil AGD: PH: 7,24 PCO₂: 88,4 PO₂: 243,8 HCO₃: 37,4 BE: 6,4. Kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian. Pukul 13.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
 Objektif: frekuensi pernapasan 24x/menit, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra. Pemeriksaan AGD dengan hasil asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.
 Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
 Planning: intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan.

4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung
 - Data Subjektif: pasien mengatakan ada batuk dan sesak napas.
 - Data Objektif: tekanan darah 174/81 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 25 x/menit, suhu 36,8°C, *balance* cairan -880 cc, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT >3 detik,

pemeriksaan foto thoraks dengan hasil efusi pleura sinistra, kardiomegali. Hasil laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan adekuat.

Kriteria Hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah: sistole 150-140 diastole 90/60 mmHg, frekuensi nadi: 60-100x/menit, frekuensi pernapasan: 12-20x/menit, suhu: (36-37,5)°C, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), CRT <3 detik. *balance* cairan seimbang: *intake* - *output* = 0. Hasil laboratorium: Kalium normal = 3,50-5,50 mmol/L.

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

- 1) Monitor tetesan infus ringer laktat 500cc/24 jam
- 2) Monitor hasil laboratorium: kalium setiap hari
- 3) Ukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) setiap shift
- 4) Ukur *balance cairan* setiap hari
- 5) Ukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT setiap shift
- 6) Asukultasi suara napas setiap shift
- 7) Pertahankan posisi semi fowler

b. Kolaborasi

- 8) Berikan obat furosemide 1x20 mg dan KCl 2x25 mEq melalui intravena sesuai instruksi dokter
- 9) Berikan pembatasan cairan 1500 cc/hari sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.04 WIB memonitor tetesan infus ringer laktat 500cc/24 jam setiap shift dengan hasil infus menetes dengan lancar. Pukul 08.05 WIB memberikan obat furosemide 20 mg dan KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.05 WIB mempertahankan posisi semifowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 10.30 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 169/83 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, suhu 36,8°C. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi suara napas setiap shift dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil pemeriksaan laboratorium: kalium setiap hari dengan hasil tidak ada pemeriksaan laboratorium: kalium ulang, hasil kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.25 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT >3 detik. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 165/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 20.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,9°C, Pukul 22.15 WIB perawat ruangan memberikan posisi semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi

semifowler dan masih sedikit sesak. Pukul 05.30 WIB mengukur *balance* cairan/24jam dengan hasil *intake*: minum 100 cc + infus 500 cc = 1500 cc. *Output*: urine 2300 cc + IWL 980 cc = 3280 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3280 cc = -1780 cc. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan pembatasan cairan 1500 cc/hari dengan hasil infus 500 cc/24jam berhasil diberikan dan menetes dengan lancar.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
 Objektif: tekanan darah 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,9°C, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT > 3 detik. *balance* cairan/24jam -1780 cc, hasil pemeriksaan foto thoraks efusi pleura sinistra, kardiomegali, hasil pemeriksaan laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*.
 Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
 Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.01 WIB memonitor tetesan infus ringer laktat 500cc/24 jam setiap shift dengan hasil infus menetes dengan lancar. Pukul 08.02 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 170/89 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi pernapasan 32x/menit, suhu 37,2°C. Pukul 08.10 WIB mempertahankan posisi semifowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 08.15 WIB memberikan obat furosemide 20 mg, dan KCl 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 157/83 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 26x/menit, suhu 37°C. Pukul 10.12 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT

dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT > 3 detik. Pukul 13.25 WIB memonitor hasil pemeriksaan laboratorium: kalium setiap hari dengan hasil tidak ada pemeriksaan laboratorium: kalium ulang, hasil kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.30 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 155/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,7°C. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat KCl 25 mEq melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 20.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 142/82 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,5°C. Pukul 05.30 WIB mengukur *balance* cairan dengan hasil *intake*: minum 900 cc + infus 500 cc = 1500 cc. *Output*: urine 2500 cc + IWL 980 cc = 3480 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3480 cc = -1980 cc. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan pembatasan cairan 1500 cc/hari dengan hasil infus 500 cc/24jam berhasil diberikan dan menetes dengan lancar.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
Objektif: tekanan darah 142/82 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit, suhu 36,5°C, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT > 3 detik. *balance* cairan/24jam -1780 cc, hasil pemeriksaan foto thoraks efusi

pleura sinistra, kardiomegali, hasil pemeriksaan laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
 Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.04 WIB memonitor tetesan infus ringer laktat 500cc/24 jam setiap shift dengan hasil infus menetes dengan lancar. Pukul 08.05 WIB memberikan obat furosemide 20 mg dan KCL 25 mEq melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.10 WIB mempertahankan posisi semifowler dengan hasil pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler. Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 147/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36°C. Pukul 11.50 WIB mengauskultasi suara napas setiap shift dengan hasil suara napas ronkhi di lapang paru sinistra. Pukul 13.20 WIB memonitor hasil pemeriksaan laboratorium: kalium setiap hari dengan hasil tidak ada pemeriksaan laboratorium: kalium ulang, hasil kalium 3,09 mmol/L*. Pukul 13.25 WIB mengukur pulsasi nadi, warna kulit, dan CRT dengan hasil pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT > 3 detik. Pukul 13.30 WIB memonitor keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 13.35 WIB mengukur *balance* cairan dengan hasil *intake*: minum 900 cc + infus 500 cc = 1500 cc. *Output*: urine 2500 cc + IWL 980 cc = 3480 cc. *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3480 cc = -1980 cc.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
 Objektif: tekanan darah 142/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36°C, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT > 3 detik. *balance* cairan/24jam

1500 cc – 3480 cc = -1980 cc, hasil pemeriksaan laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
 Planning: intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Data Subjektif: pasien mengatakan ada sesak napas, sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan dari toko ± 100 m. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas seperti saat berdagang di toko.

Data Objektif: *Activity Daily Living* dibantu perawat dan keluarga. pasien tampak lemah dan berbaring dengan posisi tidur semifowler.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali efektif.

Kriteria Hasil: pasien mampu melakukan aktivitas secara bertahap, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah sistole 150-140, diastole 90-60 mmHg, frekuensi nadi 60-100x/menit, frekuensi pernapasan 12-20x/menit, suhu (36-37,5)°C).

Rencana Tindakan:

a. Mandiri

- 1) Monitor tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas setiap shift
- 2) Ukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi pernapasan, frekuensi nadi, suhu) setiap shift
- 3) Pertahankan pasien pada posisi tirah baring
- 4) Berikan bantuan dalam aktivitas diri sesuai indikasi
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu kebutuhan pasien

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 10.10 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi pernapasan, frekuensi nadi, dan suhu) dengan hasil tekanan darah 169/83 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, suhu 36,8°C. Pukul 10.20 WIB memonitor kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan belum melakukan aktivitas secara mandiri. Pukul 10.50 WIB mempertahankan pasien pada posisi tirah baring dengan hasil pasien tampak tirah baring. Pukul 11.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu kebutuhan pasien dengan hasil keluarga mengatakan akan membantu kebutuhan pasien.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 165/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan sedikit batuk dan sesak berkurang.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, RR 24x/menit, suhu 36,9°C. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 23.20 WIB mempertahankan pasien pada posisi tirah baring dengan hasil pasien tampak tirah baring. Pukul 05.00 WIB memberikan bantuan dalam aktivitas diri sesuai indikasi dengan hasil perawat membantu aktivitas pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

| | |
|------------|--|
| Subjektif: | pasien mengatakan belum melakukan aktivitas secara mandiri. |
| Objektif: | tekanan darah 169/83 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, suhu 36,8°C, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat. |
| Analisa: | masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai |
| Planning: | lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 |

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.02 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu) dengan hasil tekanan darah 170/89 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 32x/menit, suhu 37,2°C. Pukul 08.05 WIB mempertahankan pasien pada posisi tirah baring dengan hasil pasien tampak tirah baring. Pukul 08.07 WIB memonitor kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan sudah dapat duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*. Pukul 08.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu kebutuhan pasien dengan hasil keluarga mengatakan akan membantu kebutuhan pasien. Pukul 13.40 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi pernapasan, frekuensi nadi, dan suhu) dengan hasil tekanan darah 148/80 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,2°C.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 165/80 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan sedikit batuk dan sesak berkurang.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 166/86 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,9°C. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang. Pukul 23.20 WIB mempertahankan pasien pada posisi tirah baring dengan hasil pasien tampak tirah baring. Pukul 05.00 WIB memberikan bantuan dalam aktivitas diri sesuai indikasi dengan hasil perawat membantu aktivitas pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah dapat duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*.

Objektif: tekanan darah 148/80 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36,2°C, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu) dengan hasil tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36°C. Pukul 10.20 WIB memonitor kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan sudah dapat duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*. Pukul 10.50 WIB mempertahankan pasien pada posisi tirah baring dengan hasil pasien tampak tirah baring. Pukul 11.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu kebutuhan pasien dengan hasil keluarga mengatakan akan membantu kebutuhan pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

- Subjektif: pasien mengatakan sudah dapat duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*.
- Objektif: tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit , suhu 36°C, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.
- Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
- Planning: intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap Tn. S dengan gagal jantung kongestif di ruang cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat. Dalam bab ini penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dimulai dari tahap melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah penulis melihat pada beberapa literatur dan asuhan keperawatan yang diberikan, maka penulis melihat adanya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap yang dilakukan dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan menggunakan format pengkajian, melakukan pemeriksaan fisik *head to toe*, dan mengumpulkan informasi atau data pasien yang penulis peroleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, melakukan observasi, serta melihat catatan keperawatan.

Manifestasi klinis gagal jantung kongestif menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) adalah **sianosis**. Terdapat kesenjangan antara literatur dan kasus nyata dilapangan mengenai tidak adanya sianosis pada Tn.S. Hal ini tidak bersesuaian dengan kondisi Tn. S, dimana hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hemoglobin 14 g/dl (normal: 13,5-18,00) g/dl dan saturasi oksigen 96%. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh (Puspitasari & Harimurti, 2010), dikatakan bahwa hemoglobin dibawah normal sangat mempengaruhi adanya sianosis dimana dapat mengurangi penghantaran oksigen ke jaringan. Selain itu, sianosis akan terlihat bila saturasi oksigen turun dibawah 80%.

Manifestasi klinis gagal jantung kongestif menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) adalah **perubahan status mental**, seperti letargi. Terdapat kesenjangan antara literatur dan kasus nyata dilapangan. Pada kasus, Tn. S tidak mengalami perubahan status mental dikarenakan Tn. S telah dilakukan pemberian oksigen nasal kanul 5 liter/menit dan obat amlodipine 10 mg. Pemberian oksigen bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen ke jaringan dan meringankan beban kerja jantung, sedangkan obat amlodipine termasuk golongan *Calcium Channel Blocker* (CCB) yang mempunyai aktivitas menghambat masuknya ion kalsium ekstraseluler menuju otot polos pembuluh darah jantung. Ion kalsium berperan dalam kontraksi otot polos, sehingga jika dihambat kerjanya maka pembuluh darah akan mengalami relaksasi, dengan demikian dapat menurunkan tekanan darah (Mandiri, 2018). Dengan kinerja jantung yang diperbaiki maka perfusi jaringan serebral Tn. S terhadap penurunan curah jantung masih adekuat sehingga tidak terjadi perubahan status mental.

Manifestasi klinis gagal jantung kongestif menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) adalah **nyeri dada**. Terdapat kesenjangan antara literatur dan kasus nyata dilapangan. Pada kasus, Tn. S tidak mengalami nyeri dada dikarenakan Tn. S telah dilakukan pemberian oksigen nasal kanul 5 liter/menit. Nyeri dada diakibatkan oleh penumpukan asam laktat karena metabolisme anaerob. Dengan diberikannya oksigen, maka sirkulasi ke jaringan menjadi adekuat dan terjadi metabolisme aerob sehingga keluhan nyeri tidak terjadi.

Komplikasi gagal jantung kongestif menurut (Kasron, 2016) adalah **hepatomegali** dan **asites**. Terdapat kesenjangan antara literatur dan kasus nyata dilapangan. Pada kasus, Tn. S tidak mengalami hepatomegali dikarenakan Tn. S tidak mengalami gagal jantung kanan. **Hepatomegali** terjadi akibat ketidakmampuan jantung kanan yang mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava, vena hepatica, dan sirkulasi besar. **Asites** terjadi akibat peningkatan tekanan atrium kanan yang menyebabkan tingginya tekanan vena portal yang disertai dengan kadar albumin yang rendah dan

retensi natrium. Pada kasus ini, kavitas abdomen merupakan kavitas dengan tekanan yang rendah. Peningkatan tekanan darah portal dan penurunan albumin (protein yang ada di dalam darah) bertanggung jawab dalam tekanan gradien dan menyebabkan asites abdomen.

Pemeriksaan penunjang gagal jantung kongestif menurut (Oktavianus & Sartika, 2014) adalah adanya **pemeriksaan ekokardiografi** untuk menggambarkan ruang-ruang dan katup jantung. Terdapat kesenjangan antara literatur dan kasus nyata dilapangan. Pada kasus, Tn. S tidak dilakukan pemeriksaan ekokardiografi dikarenakan tidak adanya indikasi dari dokter untuk dilakukan pemeriksaan tersebut dan kompensasi hemodinamik seperti tekanan darah dan nadi masih dalam keadaan baik untuk mengatasi penurunan curah jantung, sehingga dengan kondisi klinis pasien tersebut tidak diperlukan adanya indikasi untuk pemeriksaan ekokardiografi.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Tn. S dan keluarga pasien kooperatif dan terbuka mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Faktor pendukung lainnya, yaitu adanya status *medical record* dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu kurangnya informasi mengenai data-data dari rumah sakit sebelumnya dan pemeriksaan diagnostik apa saja yang sudah dilakukan, serta pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik penulisan maupun bahasa yang digunakan kurang dapat dipahami penulis dengan jelas, serta kurangnya referensi buku baru lebih banyak yang ada pada institusi agar penulis dapat mempelajari lebih dalam informasi terbaru serta menerapkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien gagal jantung kongestif.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinik yang diberikan kepada pasien mengenai respon individu. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) tetapi tidak diangkat pada pasien adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan pertama yaitu risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama dan edema. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian, integritas kulit dalam keadaan baik.
2. Diagnosa keperawatan kedua yaitu kurang pengetahuan mengenai kondisi program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman/kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung/penyakit. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena Tn. S dan keluarga mengetahui kondisi program pengobatan.

Diagnosa keperawatan yang tidak terdapat pada (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) namun diangkat pada Tn. S yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan pada saat pengkajian, Tn. S mengalami keluhan sesak napas dengan frekuensi pernapasan 25x/menit, batuk disertai dahak berwarna kuning kental, suara napas ronkhi di lapang paru sinistra yang merupakan indikasi adanya akumulasi cairan di paru-paru.

Faktor yang mendukung penulis adalah pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa dan adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk mengangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Faktor penghambat dari penulis pada diagnosa keperawatan adalah adanya perbedaan masalah keperawatan yang muncul dalam teori dan pada kasus pasien dan tidak adanya data dan hasil pemeriksaan diagnostik dari rumah sakit sebelumnya sehingga data yang terdokumentasi kurang lengkap untuk mendukung diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien. Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), pada kasus gagal jantung kongestif asuhan keperawatan dilakukan perdiagnosa.

Berikut merupakan kesenjangan pada rencana keperawatan yang terdapat pada (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) namun tidak direncanakan pada Tn. S yaitu:

1. Diagnosa keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
 - a. Kaji perubahan pada sensori: contoh letargi, bingung, disorientasi, cemas, dan depresi. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan perfusi jaringan serebral Tn. S terhadap penurunan curah jantung masih adekuat.
 - b. Berikan pispot di samping tempat tidur. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan Tn. S telah terpasang *dower catheter*.
 - c. Berikan obat sesuai indikasi, misalnya antikoagulan, contoh heparin dosis rendah, warfarin (coumadin). Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan tidak ada indikasi dari dokter untuk pemberian obat tersebut.

2. Diagnosa keperawatan: kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli. Penulis mencantumkan semua rencana yang terdapat dalam teori.

3. Diagnosa keperawatan: kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung
 - a. Pantau haluaran urin, catat jumlah dan warna saat diuresis terjadi. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan Tn. S tidak mengalami penurunan perfungsi ginjal yang membuat haluaran urin mungkin sedikit dan pekat.
 - b. Timbang berat badan setiap hari. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan Tn. S sudah ditimbang ketika di IGD dan kondisi yang belum stabil sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan penimbangan setiap hari.
 - c. Kaji distensi leher dan pembuluh perifer. Lihat area tubuh dependen untuk edema dengan/tanpa pitting; catat adanya edema tubuh umum (anasarka). Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan Tn. S tidak mengalami gagal jantung kanan. Gagal jantung kanan terjadi akibat ketidakmampuan jantung kanan yang mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava, dan sirkulasi besar.
 - d. Pantau CVP. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan Tn. S tidak terpasang CVP.

4. Diagnosa keperawatan: intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - a. Implementasikan program rehabilitasi jantung/aktivitas. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan kondisi Tn. S masih belum stabil dan belum mencapai tahap peningkatan pada aktivitas.

Rencana keperawatan dari diagnosa keperawatan yang tidak terdapat pada (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) namun direncanakan pada Tn. S yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Perencanaan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Monitor jumlah dan warna sputum setiap shift. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan paru-paru yang mengalami penumpukan cairan akan membentuk sekret yang mengganggu jalan napas sehingga harus dikeluarkan. Berbagai warna sputum menandakan adanya masalah tertentu, seperti warna bening menandakan adanya infeksi virus atau reaksi alergi pada sistem pernapasan, warna putih menandakan adanya infeksi virus, warna kuning dan hijau menandakan sel darah putih dalam tubuh sedang melawan infeksi karena sudah adanya peradangan, warna merah menandakan adanya sputum yang bercampur darah dari perdarahan yang baru terjadi, dan warna coklat menandakan adanya perdarahan yang sudah lama terjadi.
2. Ukur frekuensi dan irama pernapasan pasien setiap shift. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan takipnea dan pernapasan dangkal dapat terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada dari akumulasi cairan di paru-paru sekaligus menentukan respon terhadap intervensi yang dilakukan.
3. Auskultasi suara napas pasien setiap shift. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan, suara napas ronkhi terdengar pada inspirasi dan atau ekspirasi pada respon terhadap pengumpulan cairan sekaligus menentukan respon terhadap intervensi yang dilakukan.
4. Anjurkan pasien minum hangat 1000cc/hari. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan cairan hangat mampu mempermudah pengeluaran sekret yang ada pada jalan napas.
5. Berikan obat vestein 3x300 mg melalui oral dan obat cefotaxime 1 gr melalui intravena. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan obat tersebut diberikan sesuai instruksi dari dokter. Vestein merupakan obat mukolitik untuk mengencerkan dahak sehingga dahak pada jalan napas Tn. S mampu dikeluarkan. Cefotaxime merupakan antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri terjadi pada paru-paru Tn. S.
6. Berikan terapi nebulizer: fartolin 2,5 cc, NaCl 0,9%, bisolvon 1 cc. Penulis mencantumkan intervensi tersebut dikarenakan obat tersebut diberikan

sesuai instruksi dari dokter. Tujuan diberikan nebulizer untuk mengurangi batuk dengan mengencerkan dahak.

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan keperawatan adalah adanya referensi buku yang mempermudah penulis untuk menyusun perencanaan sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan proses perencanaan keperawatan pada pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 dan mengalami perubahan kondisi yaitu penurunan hemodinamik seperti tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu serta pasien mengeluh batuk dan sesak berkurang. Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dilakukan selama 3x24 jam, diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan dilakukan selama 3x24 jam, diagnosa keperawatan kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli dilakukan selama 3x24 jam, diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung dilakukan selama 3x24 jam, dan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dilakukan selama 3x24 jam.

Faktor pendukung dalam melakukan proses implementasi keperawatan adalah pasien dan keluarga pasien kooperatif dalam mengikuti anjuran yang penulis berikan, serta adanya kerja sama dengan perawat ruangan yang membantu penulis dalam melakukan tindakan keperawatan diluar jam dinas penulis.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan proses implementasi keperawatan adalah perawat ruangan yang membimbing penulis untuk memberikan oksigen tidak sesuai dengan SOP, sehingga tidak mengedepankan penerapan tindakan keperawatan yang sesuai dengan teori.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan penulis mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat oleh penulis:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang, tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi: 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit suhu 36°C, MAP 103 mmHg, saturasi oksigen 98%, hasil EKG: sinus *tachycardia*, hasil AGD: asidosis respiratorik terkompensasi sebagian, dan hasil laboratorium: kalium 3,09 mmol/L*) pulsasi nadi kuat, warna kulit normal, CRT >3 detik, *Balance* cairan/24jam 1500 cc – 3330 cc = - 1830 cc. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pasien mengalami perubahan kondisi dibuktikan dengan hemodinamik, saturasi oksigen, pulsasi nadi, dan warna kulit dalam keadaan normal.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas bersih. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang, frekuensi pernapasan 24x/menit, irama napas teratur, suara napas pasien ronkhi di lapang paru sinistra. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pasien mengalami perubahan kondisi dibuktikan dengan frekuensi dan irama pernapasan dalam keadaan normal serta pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

3. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas adekuat. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang, frekuensi pernapasan 24x/menit, suara napas pasien ronchi di lapang paru sinistra, pemeriksaan AGD dengan hasil PH: 7,24 PCO₂: 88,4 PO₂: 243,8 HCO₃: 37,4 BE: 6,4. Kesimpulan asidosis respiratorik terkompensasi sebagian. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pasien mengalami perubahan kondisi dibuktikan dengan frekuensi pernapasan dalam keadaan normal dan pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang.
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan adekuat. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang, tekanan darah 142/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 36°C, pulsasi nadi kuat, warna kulit normal (tidak sianosis), dan CRT >3 detik. *balance* cairan/24jam 1500 cc – 3480 cc = -1980 cc, hasil pemeriksaan laboratorium: kalium = 3,09 mmol/L*. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pasien mengalami perubahan kondisi dibuktikan dengan hemodinamik, pulsasi nadi, dan warna kulit dalam keadaan normal.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan tekanan darah 145/82 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, pasien mengatakan sudah dapat duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pasien mengalami perubahan kondisi dibuktikan dengan hemodinamik dalam keadaan normal dan pasien

mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk sendiri tanpa sanggahan *bed*.

Faktor pendukung selama membuat evaluasi keperawatan yaitu pasien kooperatif dan terbuka sehingga penulis dapat mengevaluasi kondisi pasien.

Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis selama membuat evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan gagal jantung kongestif terjadi karena berkurangnya fungsi sistolik ventrikel kiri. Kegagalan fungsi sistolik ventrikel kiri disebabkan karena tekanan darah yang meningkat dan tidak terkontrol sehingga menyebabkan kerja jantung akan semakin berat. Pada pasien ditemukan: 1) riwayat hipertensi selama 3 tahun, 2) ketidaknormalan hemodinamik, 3) batuk, 4) sesak napas, dan 5) mudah lelah saat beraktivitas. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah foto thoraks dan elektrokardiogram (EKG).

Ditemukan lima diagnosa keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif yaitu: 1) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, 2) ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, 3) kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus: pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli, 4) kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya curah jantung, dan 5) intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif, terdapat perencanaan prioritas mandiri dan kolaborasi. Perencanaan keperawatan prioritas mandiri adalah mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu. Perencanaan keperawatan prioritas kolaborasi adalah memberikan terapi oksigen dan obat antihipertensi.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu, memberikan terapi oksigen, dan obat antihipertensi merupakan tindakan keperawatan untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat pada pasien gagal jantung kongestif.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif adalah masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai dan yang harus diperhatikan yaitu pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi pernapasan, hal ini dikarenakan tanda-tanda vital tersebut dapat menentukan respon terhadap intervensi yang dilakukan.

B. Saran

Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data, yaitu:

1. Bagi petugas kesehatan

Untuk perawat ruangan diharapkan mampu memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik penulisan maupun bahasa yang digunakan dan mengedepankan penerapan tindakan keperawatan mandiri yang sesuai dengan teori.

2. Bagi institusi pendidikan

Untuk institusi diharapkan mampu menambahkan referensi buku baru lebih banyak agar mahasiswa/i dapat mempelajari lebih dalam informasi terbaru serta menerapkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien gagal jantung kongestif.

3. Bagi masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat mencegah terjadinya gagal jantung kongestif dengan selalu mengontrol tekanan darah khususnya jika memiliki riwayat penyakit hipertensi dan menerapkan gaya hidup sehat seperti mengurangi konsumsi manis, tinggi lemak, rokok, dan melakukan aktivitas seperti olahraga supaya tidak terjadi gagal jantung kongestif.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2016). *Ejection Fraction Heart Failure*. Retrieved March 11, 2020, from <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/SymptomsDiagnosisofHeartFailure/Ejekction-Fraction-HeartFailureMeasurementUCM>
- Almatsier, S. (2004). *Penuntun Diet*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Amasari, R. (2016). Hubungan Kadar Hemoglobin dengan Gambaran Edema Paru pada Foto Thoraks Pasien Gagal Jantung Akut di RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh. *Skripsi FK Universitas Syah Kuala*. Retrieved February 24, 2020, from <https://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=19747&page=1>
- Aspiani, R. Y. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta : EGC.
- Bangsawan, M., & Purbianto. (2013). Faktor Risiko yang Mempercepat Terjadinya Komplikasi Gagal Jantung pada Klien Hipertensi. *Jurnal Keperawatan*, 145-150. Retrieved February 27, 2020, from <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/342>
- Brunner, & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Damanik, A. A., & Imawati, S. (2015). Hubungan Kejadian Efusi Pleura pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Foto Thoraks di RSUP Dr. Kariadi Tahun 2015. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. Retrieved February 15, 2020, from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico/article/view/14224/13756>
- Doenges, M. E., Moorhouse, F., & Geissler. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Fachrunnisa, Nurchayati, & Arneliwati. (2015). Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Congestive Heart Failure. *JOM*, 1094. Retrieved February 23, 2020, from <https://www.neliti.com/publications/186070/faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan-kualitas-tidur-pada-pasien-congestive-hear>
- Febtrina, & Malfasari. (2018). Analisa Nilai Tanda Tanda Vital Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Kesehatan*, 62-68. Retrieved March 3, 2020, from <http://jurnal.payungnegeri.ac.id/index.php/healthcare/article/view/26/8>
- Febtrina, R. (2017). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Rawat Ulang Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Arifin Achmad. *Jurnal Ipteks Terapan*, 331-338. Retrieved February 2, 2020, from <http://ejournal.kopertis10.or.id/index.php/jit/article/view/1482-10113>

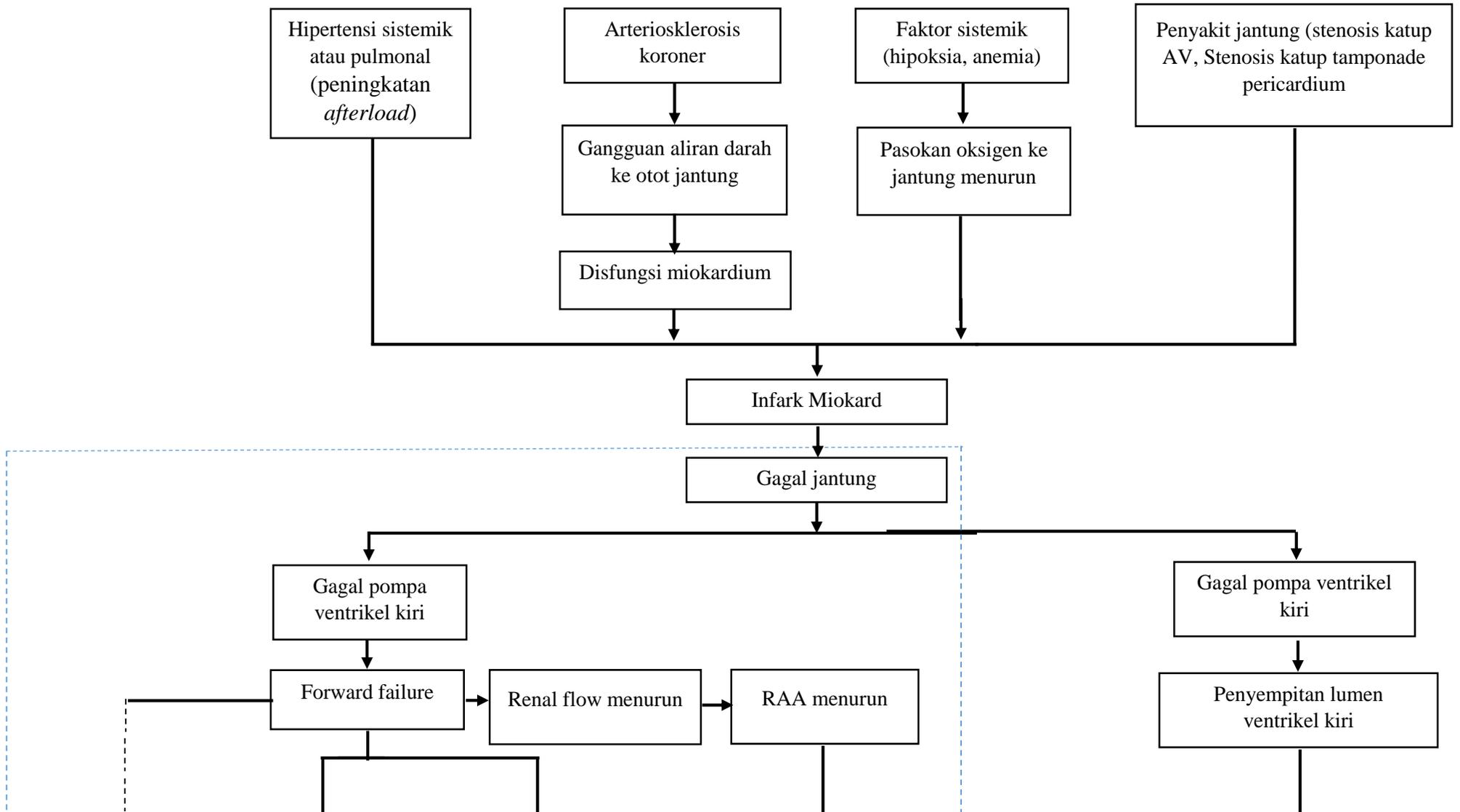
- Hermawan, M., & Brantas, K. (2012). Gambaran Penyakit Kardiovaskuler pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2012. *Skripsi Universitas Indonesia*. Retrieved February 12, 2020, from <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S46020-Mega%20Hermawan>
- Hudak, & Gallo. (2010). *Keperawatan Kritis*. Jakarta: EGC.
- Ihdaniyati, A. I., & Arifah, S. (2019). Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Padan Arang Boyolali. *Berita Ilmu Keperawatan*, 19-24. Retrieved February 29, 2020, from <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/handle/11617/505>
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. *Riskesdas Indonesia*, 581. Retrieved Mei 25, 2020
- Lailiyah, A. N. (2012). Pengaruh Pemberian Buah Pisang Terhadap Kadar Kalium pada Pasien Hipokalemia Akibat Terapi Diuretik di Ruang Camellia RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Retrieved March 5, 2020, from http://perpustakaan.bppsdmk.kemkes.go.id/index.php?p=show_detail&id=4326
- LeMone, P. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Lestari, D., & Lelyana, R. (2010). Hubungan Asupan Kalium, Kalsium, Magnesium, dan Natrium, Indeks Massa Tubuh, serta Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Wanita Usia 30-40 Tahun. *Artikel Penelitian Universitas Diponegoro*. Retrieved March 5, 2020, from <http://eprints.undip.ac.id/24915/>
- Loscalzo, J. (2016). *Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.
- Mandiri, R. K. (2018). Analisis Efektivitas Biaya Kombinasi Captopril Amlodipine dan Captopril Furosemide pada Pasien Hipertensi Rawat Inap di RSUD dr. Moewardi Tahun 2015. Retrieved March 2, 2020, from <http://repository.setiabudi.ac.id/1141/>
- Munandar, A. A. (2019). Asuhan Keperawatan pada Pasien Dewasa Penderita Gagal Jantung dengan Masalah Penurunan Curah Jantung di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Tesis Universitas Muhammadiyah Ponorogo*. Retrieved March 3, 2020, from <http://eprints.umpo.ac.id/5020/>

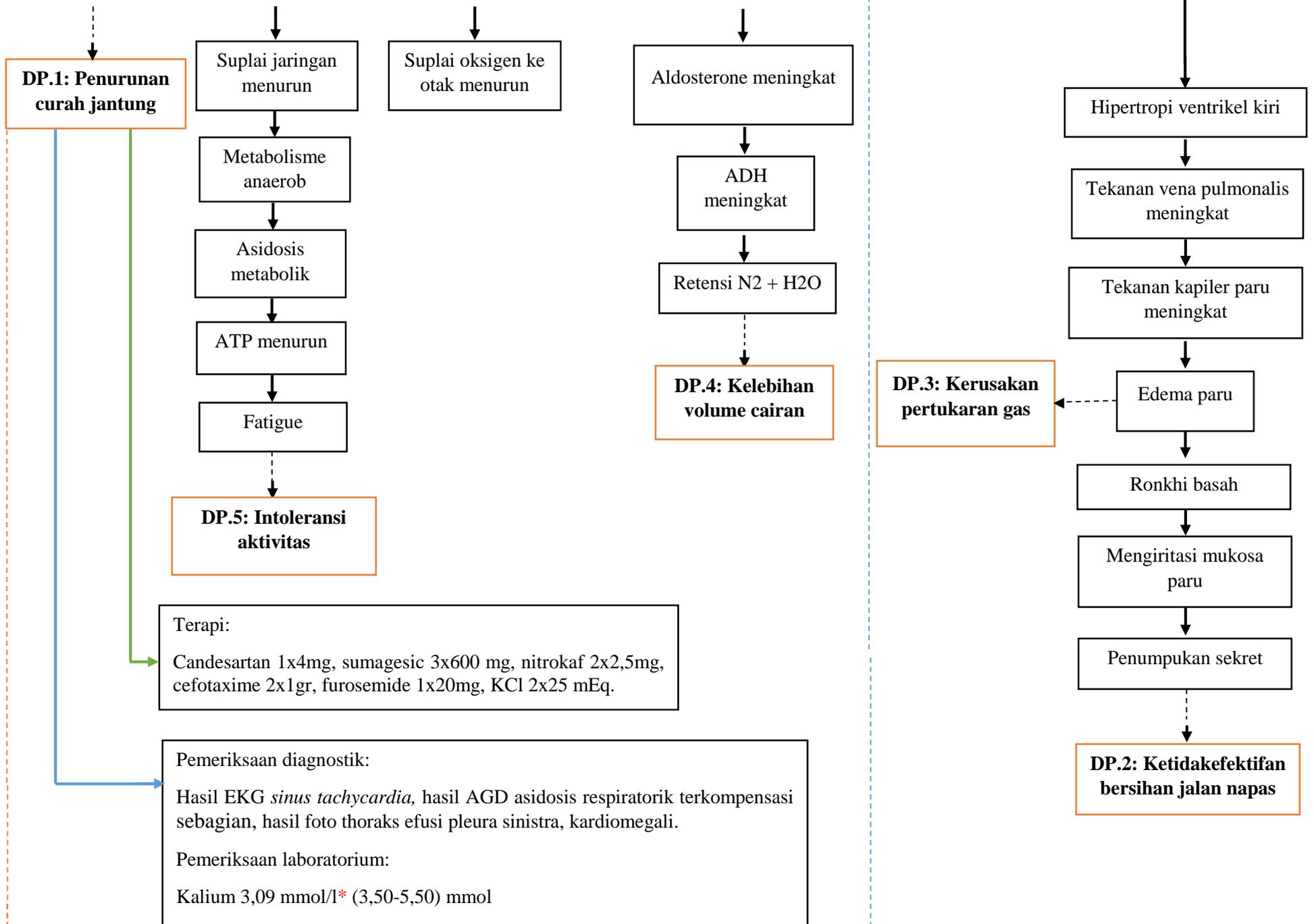
- Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugraha, B. A., & Ramdhanie, G. G. (2018). Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Kelas Fungsional I dan II di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut. *SURYA*, 8-11. Retrieved March 2, 2020, from <http://jurnal.stikesmuhla.ac.id/wp-content/uploads/2018/05/8-11-Bambang-Aditya-Nugraha.pdf>
- Nursalim, A., & Yuniadi, Y. (2011). Paradox Obesitas pada Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, 207-208. Retrieved March 1, 2020, from <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/paradox-obesitas-pada-pasien-gagal-jantung>
- Oktavianus, & Sartika. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Kardiovaskuler Dewasa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- PERKI. (2015). Pedoman Tata Laksana Gagal Jantung. *National Cardiovascular Center Harapan Kita Hospital*. Retrieved February 12, 2020, from http://www.inaheart.org/upload/image/Pedoman_TataLaksana_Gagal_Jantung_2015.pdf
- Prasetyo, A. S. (2015). Keadaan Kardiomegali pada Pasien Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 19-22. Retrieved February 29, 2020, from <http://jurnal.stikeskendekiautamakudus.ac.id/index.php/stikes/article/view/59/31>
- Puspita, I., Soleha, T. U., & Berta, G. (2017). Penyebab Efusi Pleura di Kota Metro pada tahun 2015. *Jurnal Agromed Unila*, 25-32. Retrieved March 3, 2020, from <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1545>
- Puspitasari, F., & Harimurti, G. (2010). Hyperviscosity In Cyanotic Congenital Heart Disease. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, 41-47. Retrieved March 5, 2020, from <https://pdfs.semanticscholar.org/3883/cd2403b0f2277601af1e299ac46bc6f7dc42.pdf>
- Rispawati, B. H. (2019). Pengaruh Konseling Diet Jantung Terhadap Pengetahuan Diet Jantung Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Real in Nursing Journal*, 77-85. Retrieved February 26, 2020, from <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/Nursing/article/view/523>
- Salam, S. H. (2016). Dasar-Dasar Terapi Cairan dan Elektrolit. Retrieved April 14, 2020, from <https://med.unhas.ac.id/kedokteran/wp-content/uploads/2016/10/DASAR-DASAR-TERAPI-CAIRAN-DAN-ELEKTROLIT.pdf>

- Sari et al. (2016). Penatalaksanaan Gagal Jantung NYHA II disertai Pleurapneumonia. *Jurnal Medula Unila*. Retrieved February 12, 2020, from <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/download/859/pdf>
- Scully, C. (2015). *Scully's Medical Problem in Dentistry*. Amsterdam: Elseiver.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan, M. (2011). Hubungan Antara Kejadian Asites pada Sirosis Hepatis dengan Komplikasi Spontaneus Bacterial Peritonitis. 79-93. Retrieved February 24, 2020, from <http://202.52.52.22/index.php/sainmed/article/view/4082/4459>
- Sulastrri, D. (2012). Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi pada Masyarakat Etnik Minangkabau di Kota Padang. *Majalah Kedokteran Andalas*, 188-201. Retrieved February 29, 2020, from <http://jurnalmka.fk.unand.ac.id/index.php/art/article/view/127>
- Viswanatha, P. A. (2017). Keseimbangan Asam Basa. *Penelitian Ilmiah Universitas Udayana*, 1-12. Retrieved March 7, 2020, from https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/5a1f9a2d9b46df3dbcb67e6d3b70f19b.pdf
- Wahyuni, I. (2015). Pengaruh Pengaturan Posisi Semifowler Terhadap Perubahan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Rumah Sakit Umum Taman Husada Bontang. *Skripsi*, 1-68. Retrieved March 7, 2020, from <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/1183>
- Waty, & Hasan. (2013). Prevalensi Penyakit Jantung dan Hipertensi pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUP H. Adam Malik. *E-Journal FK USU Vol 1 No 1*. Retrieved March 1, 2020, from <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/ejurnal/fk/article/download/1345/712>
- WHO. (2016, September 22). *Cardiovascular Disease*. Retrieved March 11, 2020, from World Health Organization: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/Global_hearts_initiative/en/
- Winta, A. E., Setiyorini, E., & Wulandari, N. A. (2018). Hubungan Kadar Gula Darah dengan Tekanan Darah pada Lansia Penderita Diabetes Tipe 2. *Jurnal Ners dan Kebidanan*, 163-171. Retrieved March 5, 2020, from <https://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk/article/view/287>

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram Gagal Jantung Kongestif





Manifestasi klinis:

Ketidaknormalan hemodinamik, batuk, sesak napas, mudah lelah saat beraktivitas, auskultasi terdengar bunyi jantung III, dan suara napas ronkhi pada lapang paru sinistra.

Sumber: (Muttaqin, 2009)

Glosarium:

RAA : Renin Angiotensin Aldosteron

AV : Atrioventrikular

ATP : Adenosine Triphosphate

ADH : Antidiuretic Hormone

N₂ : Nitrogen

H₂O : Hidrogen dioksida

EKG : Elektrokardiogram

AGD : Analisa Gas Darah

KCl : Kalium Clorida