



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANGAN CEMPAKA
RS MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
SAFINA ALMEYDA
201701007**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANGAN CEMPAKA
RS MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
SAFINA ALMEYDA
201701007**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama lengkap : Safina Almeyda

NIM : 201701007

Institusi : STIKes Mitra Keluarga Prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ini yang berjudul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilakukan tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Originalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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, 01 Juni 2020

Yang membuat pernyataan


Safina Almeyda

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 01 Juni 2020

Pembimbing Makalah



R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

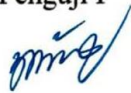


LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Safina Almeyda (201701007) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep.,

Penguji II



R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep

Nama	: Safina Almeyda
NIM	: 201701007
Program Studi	: Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah	: Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman	: xii + 85 halaman + 1 tabel + 5 lampiran
Pembimbing	: R. Yeni Mauliawati

ABSTRAK

Latar Belakang: Gagal jantung adalah suatu kondisi patologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (ditentukan sebagai konsumsi oksigen). Menurut data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian yang disebabkan oleh *Congestive Heart Failure* (CHF). Dari data di atas apabila melihat *Congestive Heart Failure* (CHF) tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan komplikasi dari *Congestive Heart Failure* (CHF) yang bisa saja terjadi. Oleh karena itu, dibutuhkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan Umum: Mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien tersebut.

Metode Penulisan: Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan.

Hasil: Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) resiko penurunan curah jantung, resiko tinggi gangguan pertukaran gas, kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air, kurang pengetahuan. Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien tersebut adalah penurunan curah jantung. Intervensi yang dibuat untuk diagnosa prioritas tersebut antara lain monitor tekanan darah, kaji kulit terhadap sianosis, monitor pengeluaran urine, auskultasi nadi apikal, catat bunyi jantung, palpasi nadi perifer, beri pispot dan anjurkan pasien BAK di pispot, beri istirahat dengan posisi semi rekumben, beri terapi O₂ nasal kanul 3Lpm, beri terapi obat-obatan sesuai instruksi dokter.

Kesimpulan dan saran: Asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) harus memperhatikan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung agar kebutuhan oksigen di dalam tubuh tercukupi dan tidak terjadi komplikasi. Saran kepada perawat diharapkan dapat mengkaji secara fokus pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dan melakukan pengkajian secara mendalam terutama tentang gaya hidup pasien.

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

Daftar pustaka: 13 (2011-2019)

Name	: Safina Almeyda
Student ID Number	: 201701007
Majors	: Diploma III - Nursing
The Title of Scientific Paper	: Nursing Care for Patients Tn. Y <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i> in the Cempaka Room of Mitra Keluarga Bekasi Barat Hospital
Pages	: xii + 85 pages + 1 table + 5 attachments
Supervisor	: R. Yeni Mauliawati

ABSTRACT

Background Problem: Heart failure is a chronic pathological condition in which the heart doesn't pump blood as well as it should for fulfilling the body's metabolism needs (determined as oxygen consumption). According to data obtained from the World Health Organization (WHO) in 2016, it showed that in 2015 there were 23 million people or approximately 54% of the total deaths caused by Congestive Heart Failure (CHF). From the data above, we can see that if Congestive Heart Failure (CHF) is not handled properly, it will cause complications of Congestive Heart Failure (CHF) that can occur. Therefore, the role of the nurse is needed in providing nursing care.

General Objectives: Being able to understand and apply nursing care to patients with Congestive Heart Failure (CHF) and gain real experience in providing nursing care to these patients.

Writing Methods: The method which uses in writing this scientific paper is descriptive narrative method. In the descriptive narrative method, this paper provides a description of the provision of nursing care to patients through the nursing process approach.

Results: Nursing diagnosis that appeared in patients with Congestive Heart Failure (CHF) risk decreased cardiac output, high risk of interruption of gas exchange, excess fluid volume associated with water retention, lack of knowledge. The priority nursing diagnosis in these patients is a decrease in cardiac output. Interventions made for priority diagnoses include blood pressure monitors, skin cyanosis assessments, urine output monitoring, apical pulse auscultation, note of heart sounds, peripheral pulse palpation, potty laying and advising BAK patients at the chamber pot, resting in a semi-recumbent position, give 3Lpm nasal nasal O2 therapy, give medication according to doctor's instructions.

Conclusions and Suggestions: Nursing care in Congestive Heart Failure (CHF) patients must pay attention to the nursing diagnosis of decreased cardiac output so that the oxygen demand in the body is fulfilled and complications do not occur. Suggestions to nurses are expected to be able to focus on the patient with Congestive Heart Failure (CHF) and conduct in-depth in-depth studies of the patient's lifestyle.

Keywords: Nursing Care, Congestive Heart Failure (CHF)

Bibliography: 13 (2011-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis curahkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat yang melimpah, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”. Penulisan karya tulis ilmiah ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan Program Diploma III Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga.

Karya tulis ilmiah ini memaparkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). 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 penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep., selaku dosen pembimbing KTI sekaligus penguji II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan saran, serta memotivasi penulis dalam menyelesaikan makalah ini.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep., selaku Penguji I yang telah menguji dan memberi masukan kepada penulis untuk memperbaiki makalah ini.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing, membina, dan mendukung penulis selama tiga tahun belajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.

7. Tn. Y yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
8. Pihak rumah sakit, direktur serta CM ruangan yang telah bersedia untuk memberikan tempat serta arahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Bapak Hersujanto dan Ibu Suliyah selaku kedua orang tua yang selalu hadir untuk memberi semangat, motivasi, dukungan moril dan materil, serta doa yang tidak henti-hentinya untuk penulis dan menjadi motivasi utama bagi penulis.
10. Teman-teman karya tulis ilmiah (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.
11. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu - persatu oleh penulis, yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata kelompok berharap semoga karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 01 Juni 2020



Safina Almeyda

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan.....	3
E. Sistematika Penulisan	3
BAB II.....	5
TINJAUAN TEORI	5
A. Definisi.....	5
B. Etiologi.....	5
1. Faktor Intrinsik.....	5
2. Faktor Ekstrinsik.....	6
3. Faktor Resiko	7
C. Patofisiologi	7
1. Proses perjalanan penyakit.....	7
2. Manifestasi Klinis	10

3. Klasifikasi	11
4. Komplikasi	11
D. Penatalaksanaan Medis	12
E. Pengkajian Keperawatan.....	12
F. Diagnosa Keperawatan	16
G. Perencanaan Keperawatan	17
H. Pelaksanaan Keperawatan.....	32
I. Evaluasi.....	32
BAB III	33
TINJAUAN KASUS	33
A. Pengkajian Keperawatan.....	33
B. Diagnosa Keperawatan	51
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	52
BAB IV	69
PEMBAHASAN	69
A. Pengkajian Keperawatan.....	69
B. Diagnosa Keperawatan	72
C. Perencanaan Keperawatan	73
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	76
E. Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB V.....	79
PENUTUP.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Analisa Data.....	49
---------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathoflowdiagram.....	83
Lampiran 2 Satuan Acara Penyelesaian.....	85
Lampiran 3 Media Leaflet	89
Lampiran 4 Media Flipchart	91
Lampiran 5 Materi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	97

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kumpulan gejala klinis akibat kelainan fungsional jantung yang menyebabkan gangguan kemampuan pengisian ventrikel dan ejeksi darah ke seluruh tubuh. Gagal jantung kongestif merupakan penyakit kardiovaskuler yang ditandai dengan kondisi patologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (ditentukan sebagai konsumsi oksigen) (Hasibuan, 2019).

Menurut data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian yang disebabkan oleh *Congestive Heart Failure* (CHF) (Risprawati, 2019). Menurut data RISKESDAS tahun 2018 prevalensi penyakit jantung di Indonesia sebesar 1.017.290 atau sekitar 1,5%. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Jawa Barat (186.809 atau 1,6%) dan yang terendah terdapat di provinsi Kalimantan Utara (2.733 atau 2,2%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Berdasarkan data dari *medical record* di salah satu Rumah Sakit Swasta Bekasi dalam satu tahun terakhir yaitu periode Januari 2019 sampai dengan Desember 2019 penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) ditemukan sebanyak 102 kasus yang menjalani rawat inap.

Dari data di atas apabila melihat *Congestive Heart Failure* (CHF) tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan komplikasi dari *Congestive Heart Failure* (CHF) yang bisa saja terjadi, yaitu aritmia dan syok kardiogenik (P2PTM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Oleh karena itu, dibutuhkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan antara lain peran promotif yang sebagaimana perawat

berperan memberikan informasi pengetahuan tentang *Congestive Heart Failure* (CHF); peran preventif yang sebagaimana perawat mencegah terjadinya *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan cara memperbaiki pola kebiasaan yang sehat dan menjauhi faktor resiko; peran kuratif yang dimana perawat dapat melakukan dengan cara memberikan asuhan keperawatan secara holistik baik psikis maupun fisik pada pasien; peran rehabilitatif dimana perawat membantu memulihkan yang terjadi pada pasien agar dapat beraktivitas kembali serta memberikan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan data di atas dengan tingkat kejadian yang cukup banyak akibat *Congestive Heart Failure* (CHF) mendorong penulis untuk membuat “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- c. Mahasiswa mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).
- e. Mahasiswa mampu mengevaluasi keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi alternatif pemecahan masalah.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

C. Ruang Lingkup

Bahasan penulisan makalah ilmiah ini merupakan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat selama 3 hari dari tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan tanggal 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti studi kasus, studi literatur, dan menggunakan media dokumentasi yang diperoleh melalui *medical record* pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan makalah ini penulis membagi bagian makalah yang terdiri dari lima bab yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan,

pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV berisi tentang pembahasan yang membahas tentang perbandingan teori dan praktik, analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan di tiap tahapan. Bab V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Gagal jantung adalah suatu kondisi patologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (ditentukan sebagai konsumsi oksigen). Kegagalan pompa menyebabkan hipoperfusi jaringan diikuti kongesti pulmonal dan vena sistemik. Oleh karena itu gagal jantung menyebabkan kongesti vaskular yang sering disebut juga sebagai gagal jantung kongestif (Hawks, 2014).

Gagal jantung adalah kumpulan gejala khas akibat kelainan struktural ataupun fungsional jantung yang menyebabkan gangguan kemampuan pengisian ventrikel dan ejeksi darah ke seluruh tubuh. Gagal jantung kongestif merupakan penyakit kardiovaskuler yang ditandai dengan kondisi fisiologis dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (Hasibuan, 2019).

B. Etiologi

Gagal jantung disebabkan oleh kondisi yang melemahkan atau merusak miokardium. Gagal jantung dapat disebabkan oleh faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik (Hawks, 2014).

1. Faktor Intrinsik

Faktor intrinsik adalah faktor yang muncul di dalam jantung nya sendiri, adapun faktor intrinsik gagal jantung seperti di bawah ini:

- a. Penyakit arteri koroner (PAK) yang paling sering penyebab gagal jantung. PAK mengurangi aliran darah melalui arteri koroner sehingga mengurangi penghantaran oksigen ke miokardium. Tanpa oksigen, sel otot tidak dapat berfungsi.

- b. Penyakit infark miokardium. Selama infark miokard, miokardium kekurangan darah dan jaringan mengalami kematian sehingga tidak dapat berkontraksi. Miokardium yang tersisa harus melakukan kompensasi untuk kehilangan jaringan tersebut.
- c. Penyakit katup, kardiomiopati, dan disritmia. Beberapa kondisi menyebabkan penekanan jantung dari luar sehingga membatasi pengisian ventrikel dan kontraktilitas miokardium.
- d. Perikarditis konstriktif suatu proses inflamasi dan fibrosis pada kantong perikardium dan tamponade jantung yang melibatkan akumulasi cairan atau darah di kantong perikardium. Perikarditis konstriktif menyebabkan pengisian ruang jantung yang berkurang dan peregangan serat miokardium. Oleh karena perikardium menutupi keempat ruangan jantung, kompresi pada jantung akan mengurangi relaksasi diastolik sehingga meningkatkan tekanan diastolik dan akan menghambat aliran darah keluar dari jantung.

2. Faktor Ekstrinsik

Faktor ekstrinsik adalah faktor yang muncul diluar dari organ jantung, adapun faktor ekstrinsik sebagai berikut:

- a. Peningkatan *afterload* (misalnya hipertensi). Jumlah tegangan dalam jantung yang harus dihasilkan untuk melawan tekanan sistemik dan memungkinkan pengosongan ventrikel. *Afterload* mengindikasikan berapa beban jantung harus memompa untuk mendorong darah ke sirkulasi. Tegangan di arteriol sistemik, elastisitas aorta dan arteri besar, ukuran dan ketebalan ventrikel, adanya stenosis aorta dan kekentalan darah menentukan *afterload*. Tahanan vaskuler perifer dan tekanan darah yang tinggi akan memaksa ventrikel bekerja lebih keras untuk mengejeksi darah. Akibat tekanan darah yang tinggi jangka panjang, ventrikel biasanya akhirnya akan mengalami kegagalan.
- b. Peningkatan volume sekuncup jantung dari hipovolemia atau peningkatan *preload*.

- c. Peningkatan kebutuhan tubuh (kegagalan keluaran yang tinggi, misalnya tiroksikosis, kematian).

3. Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat tidak dapat dirubah antara lain faktor keturunan, jenis kelamin dan usia. Faktor resiko yang dapat dirubah antara lain pola makan, kebiasaan merokok, riwayat obesitas, riwayat diabetes, kurangnya aktivitas, tingginya kadar lipid (Ponco, 2015).

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit, (Hawks, 2014)

Jantung yang sehat akan mencukupi kebutuhan oksigen melalui cadangan jantung. Cadangan jantung adalah kemampuan jantung untuk meningkatkan curah jantung sebagai respon terhadap stres. Jantung yang normal dapat meningkatkan keluarannya sampai lima kali lipat tingkat istirahat. Jantung yang mengalami kegagalan, pada waktu istirahat pun memompa semaksimal mungkin sehingga kehilangan cadangan jantung. Jantung yang lemah memiliki kemampuan yang terbatas untuk berespon terhadap kebutuhan tubuh terhadap peningkatan keluaran dalam keadaan stres.

Jika curah jantung tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, mekanisme kompensasi diaktifkan, termasuk respon neurohormonal. Mekanisme ini membantu meningkatkan kontraksi dan mempertahankan integritas sirkulasi, tetapi jika terus berlangsung akan menyebabkan pertumbuhan otot yang abnormal dan rekonfigurasi (*remodeling*) jantung. Respon kompensatorik terhadap penurunan curah jantung merupakan dilatasi ventrikel, peningkatan stimulasi sistem saraf simpatis dan stimulasi sistem renin-angiotensin.

Dilatasi ventrikel merupakan pemanjangan serabut otot yang meningkatkan volume di dalam ruang jantung. Dilatasi menyebabkan peningkatan *preload* dan curah jantung karena sebuah otot yang teregang

akan berkontraksi lebih kuat. Akan tetapi, dilatasi memiliki keterbatasan sebagai mekanisme kompensasi. Serabut otot jika diregangkan melebihi titik tertentu akan menjadi tidak efektif. Jantung yang berdilatasi membutuhkan lebih banyak oksigen. Jadi, jantung yang mengalami dilatasi dengan aliran darah yang normal akan mengalami kekurangan oksigen. Hipoksia pada jantung selanjutnya akan mengurangi kemampuan kontraksi otot.

Peningkatan stimulasi sistem saraf simpatis menghasilkan konstriksi arteriolar, takikardi, dan peningkatan kontraktilitas miokardial, yang akan bekerja meningkatkan curah jantung dan memperbaiki penghantaran oksigen atau nutrisi ke jaringan. Baroreseptor arterial merupakan komponen penting pada respon ini. Efek kompensasi terjadi jika terjadi peningkatan tahanan vaskuler perifer (*afterload*) dan beban kerja miokardium. Selain itu, stimulasi simpatis mengurangi aliran darah ke ginjal dan menstimulasi sistem renin-angiotensin.

Stimulasi sistem renin-angiotensin. Jika aliran darah melalui arteri renalis berkurang, refleksi baroreseptor akan terangsang dan renin akan dilepaskan ke aliran darah. Renin berinteraksi dengan angiotensinogen menghasilkan angiotensin I. Jika angiotensin I berinteraksi dengan ACE, angiotensin I akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat. Angiotensin II meningkatkan vasokonstriksi, meningkatkan pelepasan norepinefrin/noradrenalin dari ujung saraf simpatis dan merangsang medula adrenal untuk menghasilkan aldosteron yang akan meningkatkan penyerapan air dan natrium. Stimulasi sistem renin-angiotensin akan menyebabkan volume plasma bertambah dan peningkatan *preload*.

Kompensasi jantung terjadi ketika mekanisme kompensasi awal seperti dilatasi ventrikel, peningkatan stimulasi sistem saraf simpatis dan stimulasi renin angiotensin berhasil mempertahankan curah jantung

yang adekuat dan penghantaran oksigen ke jaringan jika terdapat perubahan patologis. Setelah curah jantung kembali normal, tubuh menghasilkan substansi kontraindikasi yang mempertahankan homeostasis kardiovaskuler. Jika perubahan patologis yang mendasari tidak dikoreksi, aktivasi mekanisme kompensasi dalam jangka panjang akhirnya akan menyebabkan perubahan fungsi sel miokardium dan produksi neurohormon berlebihan. Proses ini bertanggung jawab pada pergeseran dari gagal jantung terkompensasi menjadi gagal jantung terdekompensasi. Pada saat ini, manifestasi gagal jantung mulai terjadi karena jantung tidak dapat mempertahankan sirkulasi yang adekuat.

Jika mekanisme kompensasi gagal, jumlah darah yang tersisa pada ventrikel kiri pada akhir diastolik meningkat. Peningkatan darah residual ini menurunkan kapasitas ventrikel untuk menerima darah dari atrium kiri. Atrium kiri harus bekerja lebih keras untuk mengejekti darah, berdilatasi dan hipertrofi. Atrium tidak dapat menerima jumlah penuh darah yang masuk dari vena pulmonalis dan terjadi peningkatan tekanan atrium kiri yang menyebabkan edema paru. Akibatnya akan terjadi gagal ventrikel kiri (*left ventricular failure* (LVF)).

Ventrikel kanan karena peningkatan tekanan pada sistem vaskular pulmonal, sekarang harus berdilatasi dan hipertrofi untuk memenuhi beban kerja yang meningkat. Akhirnya ventrikel kanan pun akan mengalami kegagalan. Pembengkakan sistem vena akan berlanjut ke belakang sehingga menyebabkan kongesti pada saluran gastrintestinal, hati, visera, ginjal, tungkai, dan sakrum. Edema merupakan manifestasi paling utama. Akhirnya akan terjadi gagal ventrikel kanan (*right ventricular failure* (RVF)). RVF biasanya mengikuti LVF, walaupun kadang dapat terjadi secara independen.

2. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Hawks, 2014:

a. Gagal jantung kiri

- 1) Dapat terdengar ronki pada dasar kedua paru. Terjadi karena peningkatan tekanan ventrikel dan atrium kiri yang menyebabkan akumulasi cairan berlebihan di dalam ruang alveolar dan ruang interstinal. Tekanan arteri pulmonalis juga meningkat.
- 2) Denyut jantung melebihi 100x per menit. Tanda awal gagal jantung kiri yang merupakan hasil dan usaha kompensasi untuk meningkatkan keluaran jantung. Takikardi akan berlanjut dalam tingkatan yang lebih tinggi jika gagal ventrikel kiri menetap.
- 3) Terdengar bunyi S3 atau gallop. Temuannya awal pada gagal ventrikel kiri tetapi akan menetap sebagai akibat perkembangan kegagalan jantung. Hal ini akan terjadi seiring dengan ventrikel kiri menjadi kurang regang/kurang elastis.
- 4) Titik pulsasi maksimal melebar atau bergeser ke lateral kiri. Hal ini terjadi karena ventrikel kiri mengalami dilatasi untuk meningkatkan kontraksi ventrikel dan pengosongan ventrikel.
- 5) Nitrogen urea darah meningkat sedangkan kreatinin normal. Akibatnya adalah penurunan perfusi ke ginjal. Jika perfusi ginjal berkurang nitrogen urea darah akan meningkat tetapi kadar kreatinin tidak terpengaruh.

b. Gagal jantung kanan

- 1) Terdapat distensi vena leher. Tanda sangat spesifik gagal ventrikel kanan akibat peningkatan tekanan vena. Peningkatan tekanan ini akan dicerminkan pada peningkatan tekanan vena sentral.
- 2) Terdapat gelombang parasternal. Hal ini terjadi karena ventrikel kanan berdilatasi untuk meningkatkan kontraksi dan pengisian ventrikel.
- 3) Terdapat asites. Terjadi akibat akumulasi cairan pada abdomen.

- 4) Terdapat hepatomegali. Hepatomegali terjadi karena kongesti hati dengan darah vena.
- 5) Terdapat hepatojugular. Terjadi akibat ketidakmampuan ventrikel kanan untuk menangani peningkatan tekanan dan aliran balik vena.
- 6) Peningkatan berat badan yang terukur dalam waktu yang pendek. Terjadi akibat adanya retensi cairan.

3. Klasifikasi

Menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015), klasifikasi gagal jantung kongestif ada 4 kelas :

- a. Kelas I: Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
- b. Kelas II: Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak ada keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
- c. Kelas III: Keterbatasan aktivitas fisik yang nyata. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
- d. Kelas IV: Tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun. Gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

4. Komplikasi

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018 komplikasi gagal jantung sebagai berikut:

- a. Aritmia yaitu kondisi ketika detak jantung menjadi tidak normal. Jantung berdegup semakin kencang hingga akhirnya berhenti berdetak dan terjadi henti jantung atau *cardiac arrest*.

- b. Syok kardiogenik yaitu kondisi ketika otot jantung rusak parah dan tidak dapat lagi memasok darah ke tubuh dengan baik.

Menurut Kumalasari & Leksana, 2013 komplikasi gagal jantung yaitu:

- a. Tromboemboli adalah risiko terjadinya bekuan vena (*thrombosis vena* dalam atau *deep venous thrombosis* dan emboli paru).
- b. Komplikasi fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan perubahan.
- c. Kegagalan pompa progresif bisa terjadi karena penggunaan diuretik dengan dosis ditinggikan.
- d. Aritmia ventrikel dapat menyebabkan sinkop atau *sudden cardiac death* (25-50% kematian).

D. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan berdasarkan kelas *New York Heart Association* (NYHA) dalam (Hawks, 2014):

1. Kelas I, II (Disfungsi miokardium asimtomatik dengan gagal jantung ringan): Inhibitor ACE atau ARB dan penyekat beta adrenergik.
2. Kelas II, III (gagal jantung ringan sampai sedang): Inhibitor ACE atau ARB, penyekat beta adrenergik, dan diuretik digoksin.
3. Kelas III, IV (gagal jantung lanjut): Inhibitor ACE, spironolakton, penyekat beta adrenergik, agen inotropik positif termasuk digoksin.
4. Kelas III, IV (gagal jantung berat dengan dekomposisi yang sering atau bertahan lama): Diuretik, inhibitor ACE, agen inotropik positif selama periode dekomposisi, penyekat beta adrenergik.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) yaitu:

1. Aktivitas/istirahat

Gejala: Kelelahan/kelelahan terus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada dengan aktivitas, dispnea pada istirahat atau pada pengerahan tenaga.

Tanda: Gelisah, perubahan status mental, sebagai contoh letargi. Tanda vital berubah pada aktivitas.

2. Sirkulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, Infark Miokard baru/akut, riwayat gagal jantung kongestif sebelumnya, penyakit katup jantung, bedah jantung, endokarditis, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), anemia, syok septik. Bengkak pada kaki, telapak kaki, abdomen, “Sabuk terlalu ketat” (pada gagal jantung bagian kanan).

Tanda: Tekanan darah: mungkin rendah (gagal pemompaan); normal (gagal jantung kongestif ringan atau kronis; atau tinggi (kelebihan beban cairan). Tekanan nadi: mungkin lemah, menunjukkan penurunan volume sekuncup. Frekuensi jantung: takikardi (gagal jantung kiri). Irama jantung: disritmia, kontraksi ventrikel kurang/takikardi, blok jantung. Nadi apikal: *Point of Maximum Impulse* (PMI) mungkin menyebar dan berubah posisi secara inferior kiri. Bunyi jantung: S3 (gallop) adalah diagnosis; S4 dapat terjadi; S1 dan S2 mungkin melemah. Murmur sistolik dan diastolik dapat menandakan adanya stenosis katup atau insufisiensi. Nadi: nadi perifer berkurang; perubahan dalam kekuatan denyutan dapat terjadi; nadi sentral mungkin kuat (nadi jugularis, karotis, abdominal terlihat. Warna: kebiruan, pucat, abu-abu, sianotis. Punggung kuku: pucat atau sianosis dengan pengisian kapiler lambat. Hepar: pembesaran/dapat teraba, refleks hepatojugularis. Bunyi napas: krekels, ronkhi. Edema: mungkin dependen, umum, atau pitting, khususnya pada ekstremitas.

3. Integritas Ego

Gejala: Ansietas, takut. Stres yang berhubungan dengan penyakit/keprihatinan finansial (pekerjaan/biaya perawatan medis).

Tanda: Berbagai manifestasi perilaku (ansietas, marah, ketakutan, mudah tersinggung).

4. Eliminasi

Gejala: Penurunan berkemih, urine berwarna gelap. Berkemih pada malam hari (nokturia). Diare/konstipasi.

5. Makanan/cairan

Gejala: Kehilangan nafsu makan, mual dan muntah, penambahan berat badan signifikan, pembengkakan pada ekstremitas bawah. Diet tinggi garam/makanan yang telah diproses, lemak, gula, kafein. Penggunaan diuretik.

Tanda: Penambahan berat badan cepat, distensi abdomen (asites), edema (umum, dependen, tekanan, pitting).

6. *Hygiene*

Gejala: kelelahan/kelemahan dalam beraktivitas selama perawatan diri.

Tanda: penampilan menandakan kelainan perawatan personal.

7. Neurosensori

Gejala: kelemahan, pusing, pingsan.

Tanda: Letargi, pikiran kacau, disorientasi. Perubahan perilaku, mudah tersinggung.

8. Nyeri/kenyamanan

Gejala: Nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas, sakit pada otot.

Tanda: Tidak tenang, gelisah, menarik diri, perilaku melindungi.

9. Pernapasan

Gejala: Dispnea saat beraktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal. Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum. Riwayat penyakit paru kronis. Penggunaan bantuan pernapasan (oksigen atau medikasi).

Tanda: Pernapasan: takipnea, napas dangkal, pernapasan labored; penggunaan otot bantu napas, nasal flaring. Batuk: kering/nyaring/nonproduktif atau mungkin batuk terus menerus dengan/tanpa pembentukan sputum. Sputum: mungkin bercampur darah, merah muda/berbuih (edema pulmonal). Bunyi napas: mungkin tidak terdengar, dengan krakles basilar dan mengi. Warna kulit: pucat atau sianosis.

10. Keamanan

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

11. Interaksi sosial

Gejala: penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan.

12. Pembejalaran/pengajaran

Gejala: menggunakan/tidak ingat menggunakan obat-obat jantung.

Tanda: bukti tentang ketidakberhasilan untuk meningkatkan.

Menurut Doengoes & E, 2012 pemeriksaan diagnostik pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) yaitu:

1. EKG: Hipertrofi atrial atau ventrikular, iskemia, dan kerusakan pola akan terlihat. Disritmia (takikardi, fibrilasi atrial). Kenaikan segmen ST/T persisten 6 minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya aneurisme ventrikular (dapat menyebabkan gagal/disfungsi jantung).
2. Sonogram (ekokardiogram, ekokardiogram dopple): Dapat menunjukkan dimensi perbesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katup, atau area penurunan kontraktilitas ventrikular.
3. Skan jantung: (*Multiple acquisition* (MUGA)): Tindakan penyuntikkan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding.
4. Kateterisasi jantung: Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan dengan sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi. Dapat juga mengkaji patensi arteri koroner. Zat kontras disuntikkan ke dalam ventrikel menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi fraksi/perubahan kontraktilitas.
5. Rontgen dada: Dapat menunjukkan perbesaran jantung, gambaran mencerminkan dilatasi/hipertrofi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah mencerminkan peningkatan tekanan pulmonal. Kontur abnormal (bulging pada perbatasan jantung kiri, dapat menunjukkan aneurisme ventrikel).
6. Enzim hepar: Meningkat dalam gagal/kongesti hepar.

7. Elektrolit: Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal, terapi diuretik.
8. Oksimetri nadi: Saturasi oksigen mungkin rendah, terutama jika gagal jantung kongestif akut memperburuk penyakit paru menahun obstruktif (PPOM) atau gagal jantung kongestif kronis.
9. Analisa Gas Darah (AGD): Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO_2 (akhir).
10. BUN, kreatinin: Peningkatan BUN menandakan penurunan perfusi ginjal. Kenaikan BUN dan kreatinin merupakan indikasi gagal ginjal.
11. Albumin/transferin serum: Mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein atau penurunan sintesis protein dalam hepar yang mengalami kongesti.
12. HSD: Mungkin menunjukkan anemia, polisitemia, atau perubahan kepekatan menandakan retensi air, mencerminkan miokard infark baru/akut, perikarditis, atau status inflamasi atau infeksius lain.
13. Kecepatan sedimentasi (ESR): Mungkin meningkat, menandakan reaksi inflamasi akut.
14. Pemeriksaan tiroid: Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktivitas tiroid sebagai pre pencetus gagal jantung kongestif.

F. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Doengoes & E, 2012 yaitu:

1. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan kontraktilitas miokardial/perubahan inotropik, perubahan frekuensi, irama, konduksi listrik, perubahan struktural (kelainan katup, aneurisme ventrikuler).
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen/kebutuhan, kelemahan umum, tirah baring lama/mobilisasi.
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung)/meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium/air.

4. Pertukaran gas, kerusakan, risiko tinggi berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus, contoh pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstisial/alveoli.
5. Integritas kulit, kerusakan, risiko tinggi terhadap berhubungan dengan faktor risiko tirah baring lama, edema, penurunan perfusi jaringan.
6. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman/kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung/penyakit/gagal.

G. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan menurut Doengoes & E, 2012 yaitu:

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

Tujuan dan kriteria hasil : menunjukkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima (disritmia terkontrol atau hilang) dan bebas gejala gagal jantung (parameter hemodinamik dalam batas normal, pengeluaran urine adekuat).

Intervensi :

- a. Auskultasi nadi apikal; kaji frekuensi, irama jantung; (dokumentasikan disritmia bila tersedia telemetri).

Rasional: biasanya terjadi takikardi (meskipun pada saat istirahat) untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikuler. KAP, PAT, MAT, PVC, dan AF disritmia umum berkenaan dengan gagal jantung kongestif meskipun lainnya juga terjadi. Catatan: disritmia ventrikuler yang tidak responsif terhadap obat diduga aneurisme ventrikuler.

- b. Catat bunyi jantung.

Rasional : S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke dalam serambi yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi/stenosis katup.

c. 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 kuat lemah) mungkin ada.

d. Pantau tekanan darah.

Rasional: pada gagal jantung kongestif dini, sedang atau kronis tekanan darah dapat meningkat sehubungan dengan SVR. Pada HCF lanjut tubuh tidak mampu lagi mengkompensasi dan hipotensi tidak dapat normal lagi.

e. 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.

f. Pantau haluaran urine, catat penurunan haluaran dan kepekatan atau konsentrasi urine.

Rasional: ginjal merespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium. Haluaran urine biasanya menurun selama sehari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur.

g. Kaji perubahan sensori (letargi, disorientasi, cemas, dan depresi).

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

h. Berikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur atau kursi. Kaji pemeriksaan fisik sesuai indikasi.

Rasional: istirahat fisik harus dipertahankan selama gagal jantung kongestif akut atau refraktori untuk memperbaiki efisiensi kontraksi jantung dan menurunkan kebutuhan atau konsumsi oksigen miokard dan kerja berlebihan.

- i. Berikan istirahat psikologi dengan lingkungan tenang; menjelaskan manajemen medik atau keperawatan; membantu pasien menghindari situasi stres, mendengar atau merespon terhadap ekspresi perasaan atau takut.

Rasional: stres emosi menghasilkan vasokonstriksi, yang meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan frekuensi atau kerja jantung.

- j. Berikan pispot disamping tempat tidur. Hindari aktivitas respon valsalva (mengejan selama defekasi, menahan napas selama perubahan posisi).

Rasional: pispot digunakan untuk menurunkan kerja ke kamar mandi. Manuver valsalva menyebabkan rangsang vagal diikuti dengan takikardi, yang selanjutnya berpengaruh pada fungsi jantung/curah jantung.

- k. Tinggikan kaki, hindari tekanan pada bawah lutut. Dorong olahraga aktif/pasif. Tingkatkan ambulasi atau aktivitas sesuai yang ditentukan.

Rasional: menurunkan stasis vena dan dapat menurunkan insiden trombus/pembentukan embolus.

- l. Periksa nyeri tekan betis, menurunnya nadi pedal, pembengkakan, kemerahan lokal atau pucat pada ekstremitas.

Rasional: menurunnya curah jantung, bendungan/stasis vena dan tirah baring lama meningkatkan risiko tromboflebitis.

- m. Jangan beri preparat digitalis dan laporkan dokter bila perubahan nyata terjadi pada frekuensi jantung atau irama atau tanda toksisitas digitalis.

Rasional: insiden toksisitas tinggi (20%) karena sempitnya batas antara rentang terapeutik dan toksik. Digoksin harus dihentikan pada adanya kadar obat toksik, frekuensi jantung lambat, atau kadar kalium rendah.

- n. Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul/masker sesuai indikasi.

Rasional: meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia.

- o. Berikan obat sesuai indikasi:

- 1) Diuretik, contoh furosemid (Lasix); asam etakrinik (Edecrin); bumetanid (Bumex); spironolakton (Aldakton).

Rasional: tipe dan dosis diuretik tergantung pada derajat gagal jantung dan status fungsi ginjal. Penurunan preload paling banyak digunakan dalam mengobati pasien dengan curah jantung relatif normal ditambah dengan gejala kongesti. Diuretik blok reabsorpsi diuretik, sehingga mempengaruhi reabsorpsi natrium dan air.

- 2) Vasodilator, contoh nitrat (Nitro-dur, Isodril); Arteriodilator, contoh hidralazin (Apresoline); kombinasi obat, contoh prazosin (Minipres).

Rasional: vasodilator digunakan untuk meningkatkan curah jantung, menurunkan volume sirkulasi (vasodilator) dan tahanan vaskuler sistemik (arteriodilator), juga kerja ventrikel.

- 3) Digoksin (Lanoxin).

Rasional: meningkatkan kekuatan kontraksi miokard dan memperlambat frekuensi jantung dengan menurunkan konduksi dan memperlama periode refraktori pada hubungan AV untuk meningkatkan efisiensi/curah jantung.

- 4) Captopril (Capoten); lisinopril (Prinivil); enalapril (Vasotec).

Rasional: inhibitor ACE dapat digunakan untuk mengontrol gagal jantung dengan menghambat konversi angiotensin dalam paru dan menurunkan vasokonstriksi, SVR, dan tekanan darah.

- 5) Morfin sulfat.

Rasional: penurunan tahanan vaskuler dan aliran balik vena menurunkan kerja miokard. Menghilangkan cemas dan mengistirahatkan siklus umpan balik cemas/pengeluaran katekolamin/cemas.

6) Tranquilizer/sedatif.

Rasional: meningkatkan istirahat/relaksasi dan menurunkan kebutuhan oksigen dan kerja miokard.

7) Antikoagulan, contoh heparin dosis rendah, warfarin (Coumadin).

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

p. Pemberian cairan IV, pembatasan jumlah total sesuai indikasi. Hindari cairan garam.

Rasional: karena adanya peningkatan tekanan ventrikel kiri, pasien tidak dapat mentoleransi peningkatan volume cairan (*preload*). Pasien gagal jantung kongestif juga mengeluarkan sedikit natrium yang menyebabkan retensi cairan dan meningkatkan kerja miokard.

q. Pantau/ganti elektrolit.

Rasional: perpindahan cairan dan penggunaan diuretik dapat mempengaruhi elektrolit (khususnya kalium dan klorida) yang mempengaruhi irama jantung dan kontraktilitas.

r. Pantau seri EKG dan perubahan foto thorax.

Rasional: depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen miokard, meskipun tidak ada penyakit arteri koroner. Foto thorax dapat menunjukkan pembesaran jantung dan perubahan kongesti pulmonal.

s. Pantau pemeriksaan laboratorium, contoh BUN, kreatinin.

Rasional: peningkatan BUN/kreatinin menunjukkan hipoperfusi/gagal ginjal.

t. Pemeriksaan fungsi hati (AST, LDH).

Rasional: AST/LDH dapat meningkat sehubungan dengan kongesti hati dan menunjukkan kebutuhan untuk obat dengan dosis lebih kecil yang didetoksikasi oleh hati.

- u. PT/APTT/pemeriksaan koagulasi.

Rasional: mengukur perubahan pada proses koagulasi atau keefektifan terapi antikoagulan.

- v. Siapkan untuk insersi/mempertahankan alat pacu jantung, bila diindikasikan.

Rasional: mungkin perlu untuk memperbaiki bradikardia tidak responsif terhadap intervensi obat yang dapat berlanjut menjadi gagal kongesti/menimbulkan edema paru.

- w. Siapkan pembedahan sesuai indikasi.

Rasional: gagal kongesti sehubungan dengan aneurisma ventrikuler atau disfungsi katup dapat membutuhkan aneurisektomi atau penggantian katup untuk memperbaiki kontraksi/fungsi miokard.

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

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

Intervensi:

- a. Periksa tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, khususnya bila pasien menggunakan vasodilator, diuretik, penyekat beta.

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

- b. Catat respon kardiopulmonal terhadap aktivitas, catat takikardi, disritmia, dispnea, berkeringat, pucat.

Rasional: penurunan/ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume sekuncup selama aktivitas, dapat

menyebabkan peningkatan segera pada frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen, juga peningkatan kelelahan dan kelemahan.

- c. Kaji presipitator/penyebab kelemahan, contoh pengobatan, nyeri.

Rasional: kelemahan adalah efek samping beberapa obat, nyeri dan program penuh stres juga memerlukan energi dan menyebabkan kelemahan.

- d. Evaluasi peningkatan intoleran aktivitas.

Rasional: dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung daripada kelebihan aktivitas.

- e. 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.

- f. 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. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung)/meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium/air.

Tujuan dan kriteria hasil: mendemonstrasikan volume cairan stabil dengan keseimbangan masukan dan pengeluaran, bunyi napas bersih atau jelas, tanda vital dalam rentang yang dapat diterima, berat badan stabil, dan tidak ada edema. Menyatakan pemahaman tentang atau pembatasan cairan individual.

Intervensi:

- a. Pantau pengeluaran urine, catat jumlah dan warna saat hari di mana diuresis terjadi.

Rasional: pengeluaran urine mungkin sedikit dan pekat (khususnya selama sehari) karena penurunan perfusi ginjal. Posisi terlentang

membantu diuresis; sehingga pengeluaran urine dapat ditingkatkan pada malam atau selama tirah baring.

- b. Pantau atau hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam.

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

- c. Pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semi fowler selama fase akut.

Rasional: posisi terlentang meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi ADH sehingga meningkatkan diuresis.

- d. Buat jadwal pemasukan cairan, digabung dengan keinginan minum bila mungkin. Berikan perawatan mulut atau es batu sebagai bagian dari kebutuhan cairan.

Rasional: melibatkan pasien dalam program terapi dapat meningkatkan perasaan mengontrol dan kerja sama dalam pembatasan.

- e. Timbang berat badan setiap hari.

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

- f. Kaji distensi leher dan pembuluh perifer. Lihat area tubuh dependen untuk edema dengan atau tanpa pitting; catat adanya edema tubuh umum (ansarka).

Rasional: retensi cairan berlebihan dapat dimanifestasikan oleh pembendungan vena dan pembentukan edema. Edema perifer mulai pada kaki atau mata kaki (atau area dependen) dan meningkatkan 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.

- g. Ubah posisi dengan sering. Tinggikan kaki bila duduk. Lihat permukaan kulit, pertahankan tetap kering dan berikan bantalan sesuai indikasi.

Rasional: pembentukan edema, sirkulasi melambat, gangguan pemasukan nutrisi dan imobilisasi atau tirah baring lama merupakan kumpulan stressor yang mempengaruhi integritas kulit dan memerlukan intervensi pengawasan ketat atau pencegahan.

- h. Auskultasi bunyi napas, catat penurunan dan/atau bunyi tambahan, contoh krekels, mengi. Catat adanya peningkatan dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroxismal, 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 sulit membaik.

- i. Selidiki keluhan dispnea ektrim tiba-tiba, kebutuhan untuk bangun dari duduk, sensasi sulit bernapas, rasa panik atau ruangan sempit.

Rasional: dapat menunjukkan terjadinya komplikasi (edema paru atau emboli) dan berbeda dari ortopnea dan dispnea nokturnal paroxismal yang terjadi lebih cepat dan memerlukan intervensi segera.

- j. Pantau tekanan darah dan CVP (bila ada).

Rasional: hipertensi dan peningkatan CVP menunjukkan kelebihan volume cairan dan dapat menunjukkan terjadinya atau peningkatan kongesti paru, gagal jantung.

- k. Kaji bising usus. Catat keluhan anoreksia, mual, distensi abdomen, konstipasi.

Rasional: kongesti viseral (terjadi pada gagal jantung kongesti lanjut) dapat mengganggu fungsi gaster atau intestinal.

- l. Berikan makanan yang mudah dicerna, porsi kecil dan sering.

Rasional: penurunan motilitas gaster dapat berefek merugikan pada digestif dan absorpsi. Makan sedikit dan sering meningkatkan digesti/mencegah ketidaknyamanan abdomen.

m. Ukur lingkar abdomen sesuai indikasi.

Rasional: pada gagal jantung kanan lanjut, cairan dapat berpindah ke dalam area peritoneal yang akan menyebabkan meningkatnya lingkar abdomen (asites).

n. Dorong untuk menyatakan perasaan sehubungan dengan pembatasan.

Rasional: ekspresi perasaan/masalah dapat menurunkan stres/cemas, yang mengeluarkan energi dan dapat menimbulkan perasaan lemah.

o. Palpasi hepatomegali. Catat keluhan nyeri abdomen kuadran kanan atas/nyeri tekan.

Rasional: perluasan gagal jantung menimbulkan kongesti vena yang menyebabkan distensi abdomen, pembesaran hati, dan nyeri. Ini akan mengganggu fungsi hati dan mengganggu/memperpanjang metabolisme obat.

p. Catat peningkatan letargi, hipotensi, kram otot.

Rasional: tanda defisit kalium dan natrium yang dapat terjadi sehubungan dengan perpindahan cairan dan terapi diuretik.

q. Pemberian obat sesuai indikasi.

1) Diuretik, contoh furosemid (Lasix); bumetanide (Bumex).

Rasional: meningkatkan laju aliran urine dan dapat menghambat reabsorpsi natrium/klorida pada tubulus ginjal.

2) Tiazid dengan agen pelawan kalium, contoh spironolakton (Aldakton).

Rasional: meningkatkan diuresis tanpa kehilangan kalium berlebihan.

3) Tambahan kalium, contoh K Dur.

Rasional: mengganti kehilangan kalium sebagai efek samping terapi diuretik, yang dapat mempengaruhi fungsi jantung.

r. Pertahankan cairan/pembatasan natrium sesuai indikasi.

Rasional: menurunkan air total tubuh/mencegah reakupulasi cairan.

- s. Konsul dengan ahli diet.

Rasional: perlu memberikan diet yang dapat diterima pasien yang memenuhi kebutuhan kalori dalam pembatasan natrium.

- t. Pantau foto thorax.

Rasional: menunjukkan perubahan indikasi peningkatan/perbaikan kongesti paru.

- u. Kaji dengan torniket rotasi/flebotomi, dialisis, atau ultrafiltrasi sesuai indikasi.

Rasional: meskipun tidak sering digunakan, penggantian cairan mekanis dilakukan untuk mempercepat penurunan volume sirkulasi, khususnya pada edema paru refraktori pada terapi lain.

4. Pertukaran gas, kerusakan, risiko tinggi berhubungan dengan faktor risiko perubahan membran kapiler-alveolus, contoh pengumpulan/perpindahan cairan ke dalam area interstinal/alveoli.

Tujuan dan kriteria hasil: mendemonstrasikan ventilasi dan oksigenasi adekuat pada jaringan ditunjukkan oleh GDA/oksimetri dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernapasan.

Intervensi:

- a. Auskultasi bunyi napas, catat krekels, mengi.

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

- b. Anjurkan pasien batuk efektif, napas dalam.

Rasional: memberikan jalan napas dan memudahkan aliran oksigen.

- c. Dorong perubahan posisi sering.

Rasional: membantu mencegah atelektasis dan pneumonia.

- d. Pertahankan duduk di kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur tinggi 20-30 derajat, posisi semi fowler. Sokong tangan dengan bantal.

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

- e. Pantau GDA, nadi oksimetri.

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

- f. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

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

- g. Berikan obat sesuai indikasi.

- 1) Diuretik, contoh furosemid (Lasix).

Rasional: menurunkan kongesti alveolar, meningkatkan pertukaran gas.

- 2) Bronkodilator, contoh aminomorfin.

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

5. Integritas kulit, kerusakan, risiko tinggi terhadap berhubungan dengan faktor risiko tirah baring lama, edema, penurunan perfusi jaringan.

Tujuan dan kriteria hasil: mempertahankan integritas kulit, mendemonstrasikan perilaku/teknik mencegah kerusakan kulit.

Intervensi:

- a. 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.

- b. Pijat area kemerahan atau yang memutih.

Rasional: meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan.

- c. Ubah posisi sering di tempat tidur/kursi, bantu latihan rentang gerak pasif/aktif.

Rasional: memperbaiki sirkulasi/menurunkan waktu satu area yang mengganggu aliran darah.

- d. Berikan perawatan kulit sering, meminimalkan dengan kelembaban/ekskresi.

Rasional: terlalu kering atau lembab merusak kulit dan mempercepat kerusakan.

- e. Periksa sepatu kesempitan/sandal dan ubah sesuai kebutuhan.

Rasional: edema dependen dapat menyebabkan sepatu terlalu sempit, meningkatkan risiko tertekan dan kerusakan kulit pada kaki.

- f. Hindari obat intramuskuler.

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

- g. Berikan tekanan alternatif/kasur, kulit domba, perlindungan siku/tumit.

Rasional: menurunkan tekanan pada kulit, dapat memperbaiki sirkulasi.

- 7. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman/kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung/penyakit/gagal.

Tujuan dan kriteria hasil: mengidentifikasi hubungan terapi (program pengobatan) untuk episode berulang dan mencegah komplikasi, menyatakan tanda/gejala yang memerlukan intervensi cepat, mengidentifikasi stres pribadi/faktor resiko dan beberapa teknik untuk menangani, melakukan perubahan pola hidup/perilaku yang perlu.

Intervensi:

- a. Diskusikan fungsi jantung normal. Meliputi informasi sehubungan dengan perbedaan pasien dari fungsi normal. Jelaskan perbedaan antara serangan jantung dan gagal jantung kongestif.

Rasional: pengetahuan proses penyakit dan harapan dapat memudahkan ketaatan pada program pengobatan.

b. Kuatkan rasional pengobatan.

Rasional: pasien percaya bahwa pengubahan program pasca pulang dibolehkan bila merasa baik dan bebas gejala atau merasa lebih sehat yang dapat meningkatkan risiko eksaserbasi gejala. Pemahaman program, obat, dan pembatasan dapat meningkatkan kerja sama untuk megontrol gejala.

c. Diskusikan pentingnya menjadi seaktif mungkin tanpa menjadi kelelahan dan istirahat diantara aktivitas.

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

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

Rasional: pemasukan diet natrium diatas 3 g/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.

e. 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 dan pasien/orang dekat merujuk materi tulisan pada kertas untuk mengingat.

f. Anjurkan makan diet pada pagi hari.

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

g. Anjurkan dan lakukan demonstrasi ulang kemampuan mengambil dan mencatat nadi harian dan kapan memberi tahu pemberi perawatan, contoh nadi atas/di bawah frekuensi yang telah ditentukan sebelumnya, perubahan pada irama/regularitas.

Rasional: meningkatkan pemantauan sendiri pada kondisi/efek obat. Deteksi dini perubahan memungkinkan intervensi tepat waktu dan mencegah komplikasi seperti toksisitas digitalis.

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

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 ekstrim dapat mengakibatkan kelelahan/meningkatnya kerja miokard dan meningkatkan risiko infeksi paru.

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

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

- j. Berikan kesempatan pasien/orang terdekat untuk menanyakan, mendiskusikan masalah dan membuat perubahan pola 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.

- k. Tekankan pentingnya melaporkan tanda dan gejala toksisitas digitalis, contoh terjadinya gangguan gastrointestinal dan penglihatan, perubahan frekuensi nadi/irama, memburuknya gagal jantung.

Rasional: pengenalan dini terjadinya komplikasi dan keterlibatan pemberi perawatan dapat mencegah toksisitas/perawatan di rumah sakit.

1. Rujuk pada sumber di masyarakat/kelompok pendukung sesuai indikasi.

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

H. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Patricia A. Potter & Anne G. Perry, 2011). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon 1994, dalam (Patricia A. Potter & Anne G. Perry, 2011).

Pelaksanaan keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap intervensi, yaitu terdiri dari independen (mis: tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif dan tindakan merujuk), interdependen, dan dependen (Setiadi, 2012).

I. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses kontinyu yang terjadi saat perawat melakukan kontrak dengan pasien. Setelah melaksanakan intervensi, kumpulkan data subjektif dan objektif dari pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan. Selain itu perawat juga meninjau ulang pengetahuan tentang status terbaru dari kondisi, terapi, sumber daya pemulihan, dan hasil yang diharapkan (Patricia A. Potter & Anne G. Perry, 2011).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien berinisial Tn.Y berusia 34 tahun. Pasien sudah menikah tetapi bercerai dengan istrinya, beragama Islam, berasal dari suku bangsa Jawa, dengan pendidikan terakhir S1 Teknik Komputer. Pasien sehari-hari menggunakan bahasa Indonesia, pasien seorang karyawan swasta PT. Astra Honda Motor. Pasien bertempat tinggal di kota Bekasi. Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 10 Februari 2020. Sumber informasi diperoleh dari pasien sendiri, rekam medik dan perawat ruangan.

2. Resume

Tn. Y pada tanggal 6 Februari 2020 pukul 18.00 WIB datang ke poliklinik spesialis Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dengan keluhan sesak nafas, cepat lelah jika berjalan, kaki bengkak kurang lebih 1 bulan yang lalu. Tn.Y mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak umur 17 tahun (sudah 17 tahun). Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Hasil pengukuran TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 84 x/menit, Suhu: 36°C, Pernafasan: 21 x/menit. Anjuran rawat inap di ruang Ns. Cempaka. Rencana cek HB, Thorax, EKG, konsul spesialis.

Tn.Y tiba di ruang rawat inap pukul 19.00 WIB dengan keluhan yang masih sama. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Hasil pengukuran TTV: Tekanan Darah: 138/100 mmHg, Nadi: 105 x/menit, Suhu: 36°C, Pernafasan: 22 x/menit. Masalah keperawatan utama yaitu penurunan curah jantung. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengkaji kulit terdapat pucat dan sianosis, menganjurkan

pasien untuk bedrest. Tindakan kolaborasi yang dilakukan terapi O₂ Nasal Kanul 3 Lpm, pemeriksaan thorax dengan kesan Kardiomegali, Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi Fissura Minor ec Bendungan Paru. Pemeriksaan HB dengan hasil 12,6 g/dl. Terapi obat yang didapat untuk masalah keperawatan utama Candesartan 8 mg 2x1, Angintriz 2x1, Nitrokaf 2,5 mg 2x1. Pasien juga mendapat terapi obat untuk masalah yang lainnya yaitu Spironolacton 25 mg 1x1, Furosemid 40 mg 1-1-0. Evaluasi keperawatan masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, lanjutkan intervensi.

3. Riwayat Keperawatan

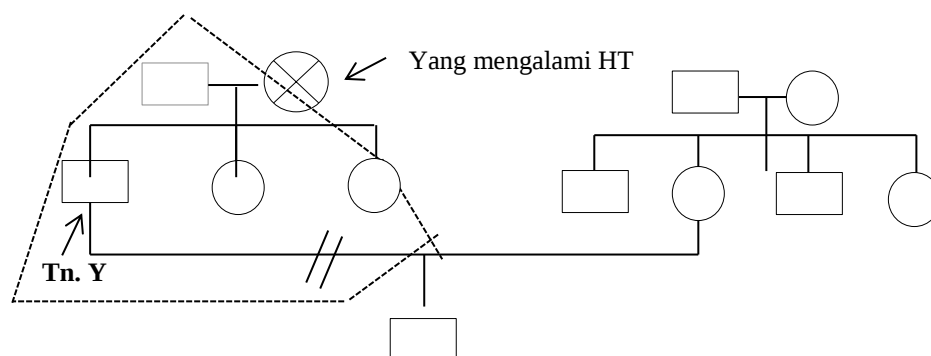
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien Tn. Y (setelah 4 hari perawatan) mengatakan keluhan utama yang dirasakan saat ini adalah sesak sudah berkurang, lemas masih ada, sedikit bengkak di kaki.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit sebelumnya yaitu hipertensi sejak berusia 17 tahun (sudah 17 tahun). Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Pasien mengatakan mempunyai riwayat pemakaian obat untuk hipertensi nya yaitu amlodipine 5 mg sewaktu-waktu.

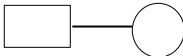
c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Ket :

Anggota keluarga yang memiliki penyakit hipertensi yaitu Ibu pasien

 : Laki – laki

 : Menikah

 : Perempuan

 : Pisah

 : Pasien

 : Meninggal

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Pasien mengatakan memiliki keturunan penyakit hipertensi yaitu dari orang tua perempuan (Ibu).

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien yaitu adik perempuan. Interaksi dalam keluarga, pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarga terbuka, pembuatan keputusan dilakukan secara bermusyawarah. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kemasyarakatan dikarenakan bekerja. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu pasien mengatakan keluarga menjadi sedih dan khawatir.

Pasien mengatakan tidak ada masalah yang mempengaruhi pasien saat ini. Mekanisme koping pasien terhadap stress yang biasa dilakukan pasien adalah memecahkan masalah. Persepsi pasien terhadap penyakitnya saat ini adalah pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini ingin cepat pulang karena adiknya ingin melaksanakan lamaran dan orang tua laki-laki (Bapak) sedang sakit. Pasien mengatakan harapan pasien setelah menjalani perawatan ini adalah ingin cepat sembuh. Pasien mengatakan mengalami perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu tubuhnya menjadi lemas.

Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah berdoa serta sholat 5 waktu secara teratur. Pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan pasien saat ini tidak ada.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3 kali dalam sehari, nafsu makan baik tidak ada (mual, muntah, dan sariawan). Porsi makanan yang dihabiskan pasien 1 porsi. Pasien mengatakan suka makan-makanan seperti gorengan, makanan asin, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi. Pasien mengatakan makanan pantangan terhadap kesehatannya yaitu daging. Pasien mengatakan tidak ada makanan diet, tidak ada obat-obatan sebelum makan, tidak ada alat bantu yang digunakan (NGT, dll).

Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3 kali dalam sehari, nafsu makan baik tidak ada (mual, muntah, dan sariawan). Porsi makanan yang dihabiskan pasien 1 porsi. Saat di rumah sakit pasien mengatakan tidak suka makanan pedas, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi. Pasien mengatakan makanan pantangan terhadap kesehatannya yaitu daging. Saat di rumah sakit pasien mendapat makanan diet lunak hipertensi. Pasien tidak ada alat bantu yang digunakan (NGT, dll).

2) Pola Eliminasi

a) Pola Eliminasi BAK

Sebelum di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAK 3 kali dalam sehari, berwarna kuning pekat. Pasien mengatakan saat BAK tidak ada nyeri atau tidak ada keluhan. Pasien tidak menggunakan alat bantu (kateter, dll).

Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAK 10 kali dalam sehari karena akibat dari obat diuretik, berwarna kuning pekat. Pasien mengatakan saat BAK tidak ada nyeri atau tidak ada keluhan. Pasien tidak menggunakan alat bantu (kateter, dll).

b) Pola Eliminasi BAB

Sebelum sakit atau sebelum di rumah sakit, pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan waktu yang tidak menentu. Pasien mengatakan BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek. Pasien mengatakan tidak ada nyeri atau keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif untuk BAB.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan waktu yang tidak menentu. Pasien mengatakan BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek. Pasien mengatakan tidak ada nyeri atau keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif untuk BAB.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum di rumah sakit, pasien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari pada waktu pagi dan sore, oral hygiene 2 kali dalam sehari pada saat mandi pagi dan mandi sore, cuci rambut 3 kali dalam seminggu. Pasien mengatakan pada saat sakit ketika mandi mengeluh sesak.

Saat di rumah sakit pasien, mengatakan mandi 1 kali dalam sehari pada waktu pagi, oral hygiene 2 kali dalam sehari pada waktu pagi dan malam menjelang tidur, pasien belum pernah cuci rambut.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit atau sebelum di rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang karena bekerja dari pagi sampai sore. Pasien mengatakan lama tidur malam 6 sampai 8 jam, kebiasaan sebelum tidur pasien bermain game yang ada di handphone.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan lama tidur siang dan malam tidak menentu, kebiasaan sebelum tidur pasien bermain game yang ada di handphone.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum di rumah sakit pasien bekerja sebagai admin di PT. Astra Honda Motor. Pasien mengatakan pasien bekerja dari pagi sampai sore. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga. Keluhan dalam beraktivitas pasien mengatakan cepat sesak saat melakukan aktivitas yang berlebih misalkan seperti naik tangga atau yang lainnya. Sebelum di rumah sakit aktivitas pasien tidak pernah dibantu oleh siapapun.

Saat di rumah sakit pasien tidak melakukan aktivitas apapun, aktivitas dibantu oleh perawat dan harus bedrest karena jika pasien beraktivitas pasien mengeluh sesak. Saat pengkajian pasien sudah tidak bedrest, pasien sudah dapat beraktivitas namun dibatasi. Pasien mengatakan sesak yang dirasakannya sudah berkurang.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum di rumah sakit pasien mengatakan merokok, frekuensi merokok tidak menentu, jumlah dalam merokok 1 bungkus untuk 2 hari. Pasien mengatakan sudah merokok sejak remaja. Pasien mengatakan tidak minum minuman keras dan tidak mengonsumsi NAPZA.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien saat ini 80 kg, sebelum sakit berat badan pasien 70 kg. Tinggi badan pasien 168 cm. IMT 28,3 (obesitas). Keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetri, kelopak mata normal, pergerakan mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor. Otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada pemakaian kaca mata, tidak ada pemakaian lensa kontak dan reaksi pupil terhadap cahaya normal.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri normal, karakteristik serumen berwarna kuning, lengket dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah normal, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinitus. Fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu.

d. Sistem Wicara

Pasien dapat berbicara dengan normal dan jelas.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, pasien mengeluh saat bernafas sesak berkurang, tidak menggunakan otot bantu pernafasan. Frekuensi nafas 21 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat darah. Palpasi dada taktil fremitus normal, suara perkusi pekak. Suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas. Saat masuk rumah sakit pasien menggunakan alat

bantu nafas O2 Nasal Kanul 3 Lpm, saat pengkajian pasien sudah tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Peripher

Nadi 94 x/menit, irama teratur, tekanan darah 130/84 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis. Temperatur kulit pasien teraba hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler kurang dari 3 detik. Pasien terdapat edema di tungkai bawah.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan nadi apikal 94 x/menit, irama teratur, terdapat kelainan bunyi jantung yaitu gallop. Pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit pernah mengalami sakit dada yang timbul saat beraktivitas karakteristik seperti tertimpa benda berat. Saat pengkajian pasien tidak mengalami sakit dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tidak ada pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien tidak ada keluhan sakit kepala. Tingkat kesadaran composmentis dengan total Glasgow Coma Scale (GCS) E: 4, M: 6, V: 5. Tidak ada peningkatan TIK, tidak ada gangguan sistem persyarafan. Pada pemeriksaan reflek, reflek fisiologis normal dan tidak ada reflek patologis.

i. Sistem Pencernaan

Tidak terdapat caries pada gigi, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada sariawan, tidak ada lidah kotor. Saliva normal, tidak ada muntah. Pasien tidak mengeluh nyeri pada daerah perut. Bising usus 12 x/menit, pasien mengatakan tidak ada diare dan tidak ada konstipasi.

j. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, tidak ada luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc. Pasien tidak mengalami perubahan dalam berkemih, tidak ada distensi/ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit elastis, temperatur kulit pasien teraba hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik. Tidak terdapat kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak terjadi plebitis. Tekstur rambut baik, rambut bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, sendi, dan kulit. Tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang belakang. Keadaan tonus otot baik, kekuatan otot :

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit) :

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialaminya. Pasien mengatakan tidak pernah kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tentang penyakitnya. Pasien mengatakan untuk makanan pantangannya hanya makanan daging tidak pantang

makanan asin, gorengan atau makanan lainnya yang menjadi faktor pencetus penyakit.

5. Data Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Foto Thorax

Tanggal 06 Februari 2020

Thorax:

- Jantung besar dan bentuk baik
- Aorta baik
- Mediastinum superior tidak melebar
- Trachea di tengah
- Hilus tidak menebal
- Fissura minor menebal
- Sinus kostofrenikus kanan suram
- Diafragma dan sinus kostofrenikus kiri baik
- Tulang-tulang baik

Kesan:

- Kardiomegali
- Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi fissura minor ec bendungan paru

b. Hasil Pemeriksaan Laboratorium:

Tanggal 07 Februari 2020

Hematologi:

Hemoglobin 12,6 g/dl nilai normal 13,5 – 18,0 g/dl, LED 4 mm/jam nilai normal 0-10 mm/jam, Leukosit 9.140 /ul nilai normal 4.000-10.500 /ul, Hematokrit 40 vol% nilai normal 42-52 vol%, Trombosit 303.000 /ul nilai normal 150.000-450.000 /ul, Eritrosit 4,92 juta/ul nilai normal 4,70-6,00 juta/ul.

Hitung Jenis:

Basofil 1% nilai normal 0-1%, Eosinofil 2% nilai normal 2-4%, Batang 0% nilai normal 3-5%, Segmen 60% nilai normal 50-70%, Limfosit 30% nilai normal 25-40%, Monosit 7% nilai normal 2-8%.

Nilai Eritrosit Rata-Rata:

MCV 81 fl nilai normal 78-100 fl, MCH 26 pg nilai normal 27-31 pg, MCHC 32% nilai normal 32-36%

Kimia Fungsi Hati:

Albumin 3,5 g/dl nilai normal 3,5-5,2 g/dl, Globulin 2,5 g/dl nilai normal 2,3-3,5 g/dl, Total Protein 6,0 g/dl nilai normal 6,4-8,3 g/dl, SGOT 26 u/l nilai normal 0-40 u/l, SGPT 22 u/l nilai normal 0-41 u/l.

Fungsi Ginjal:

Ureum 56 mg/dl nilai normal 0-49 mg/dl, Creatinin 2,1 mg/dl nilai normal 0,7-1,2 mg/dl, eGFR (CKD-EPI) 40 mL/min/1,73 m² nilai normal - mL/min/1,73 m², Asam Urat 11,1 mg/dl nilai normal 3,7-7,0 mg/dl.

Diabetes Glukosa Darah Sewaktu :

Glukosa Darah Sewaktu 84 nilai normal 60-140

Elektrolit:

Natrium 139 mmol/l nilai normal 135-146 mmol/l, Kalium 3,18 mmol/l nilai normal 3,50-5,50 mmol/l, Chlorida 107 mmol/l nilai normal 95-112 mmol/l.

Tanggal 09 Februari 2020

Kimia Elektrolit:

Natrium 13,8 mmol/l nilai normal 135-146 mmol/l, Kalium 3,22 mmol/l nilai normal 3,50-5,50 mmol/l, Chlorida 101 mmol/l nilai normal 95-112 mmol/l

c. Hasil Pemeriksaan ECHO

Tanggal 11 Februari 2020

LV > LA > LVH

Globe hipokinetik

EDD : 60

ESD : 49

EF : 39%

AI dan MI Mild

6. Penatalaksanaan (Therapi/pengobatan termasuk diet)

Terapi yang di dapatkan di rumah sakit:

Batasan Cairan 600 ml/24 jam

Diit lunak hipertensi

Terapi O2 Nasal Kanul 3 Lpm (Jika diperlukan)

Obat-obatan:

a. Oral :

- 1) Nitrokaf 2,5 mg 2x1
- 2) Candesartan 8 mg 2x1 => STOP tanggal 11 Februari 2020
- 3) Angintriz MR 35 mg 2x1
- 4) Spironolacton 25 mg 1x1
- 5) Allupurinol 100 mg 3x1
- 6) Bisoprolol 3 mg ¼-0-0

Tambahan pada tanggal 12 Februari 2020

- 1) Uperio 50 mg 2x1

b. Injeksi:

- 1) Furosemid 40 mg 1-1-0 (Intra Vena)

7. Data Fokus

Pasien dengan tingkat kesadaran composmentis, keadaan umum sakit sedang. Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 130/84 mmHg, suhu: 36°C, nadi: 94 x/menit, pernafasan: 21 x/menit.

a. Aktivitas/Istirahat

Data Subjektif: Sebelum di rumah sakit pasien bekerja sebagai admin di PT. Astra Honda Motor. Pasien mengatakan pasien bekerja dari pagi sampai sore. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga. Keluhan dalam beraktivitas pasien mengatakan cepat sesak saat melakukan aktivitas yang berlebih misalkan seperti naik tangga atau yang lainnya. Sebelum di rumah sakit aktivitas pasien tidak pernah dibantu oleh siapapun. Saat di rumah sakit pasien tidak melakukan aktivitas apapun, aktivitas dibantu oleh perawat dan harus bedrest karena jika pasien

beraktivitas pasien mengeluh sesak. Saat pengkajian pasien sudah tidak bedrest, pasien sudah dapat beraktivitas namun dibatasi. Pasien mengatakan sesak yang dirasakannya sudah berkurang. Sebelum sakit atau sebelum di rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang karena bekerja dari pagi sampai sore. Pasien mengatakan lama tidur malam 6 sampai 8 jam. Saat di rumah sakit pasien mengatakan lama tidur siang dan malam tidak menentu.

Data Objektif: Saat pengkajian pasien tampak sudah bisa beraktivitas sendiri tanpa dibantu oleh perawat. Tekanan darah: 130/84 mmHg, nadi: 94 x/menit, pernafasan: 21 x/menit dengan teratur. Pasien masih tampak lemas.

b. Sirkulasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak umur 17 tahun (sudah 17 tahun). Riwayat pemakaian obat amlodipine 5 mg 1x1. Pasien mengatakan ada bengkak di tungkai bawah.

Data Objektif: Tekanan darah: 130/84 mmHg, nadi: 94 x/menit irama teratur dan denyut nadi kuat, tidak ada distensi vena jugularis. Temperatur kulit pasien teraba hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler kurang dari 3 detik. Pasien terdapat edema di tungkai bawah dengan pitting edema derajat 3 kedalaman 6 mm dengan waktu kembali 7 detik. Kecepatan nadi apical 94 x/menit, irama teratur, terdapat kelainan bunyi jantung yaitu gallop. Saat pengkajian pasien tidak mengalami sakit dada.

c. Integritas Ego

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada masalah yang mempengaruhi pasien saat ini. Mekanisme koping pasien terhadap stress yang biasa dilakukan pasien adalah memecahkan masalah. Persepsi pasien terhadap penyakitnya saat ini adalah pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini ingin cepat pulang karena adiknya ingin melaksanakan lamaran dan orang tua laki-laki (Bapak) sedang sakit. Pasien mengatakan

harapan pasien setelah menjalani perawatan ini adalah ingin cepat sembuh. Pasien mengatakan mengalami perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu tubuhnya menjadi lemas.

Data Objektif : Pasien tampak kooperatif dengan perawat saat dilakukan pengkajian.

d. Eliminasi

Pola Eliminasi BAK

Data Subjektif : Sebelum di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAK 3 kali dalam sehari, berwarna kuning pekat. Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAK 10 kali dalam sehari karena akibat dari obat diuretik, berwarna kuning pekat. Pasien mengatakan saat BAK tidak ada nyeri atau tidak ada keluhan.

Data Objektif : Saat di rumah sakit pasien tidak menggunakan alat bantu (kateter), balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc. Tidak ada nyeri pinggang.

Pola Eliminasi BAB

Data Subjektif : Sebelum sakit atau sebelum di rumah sakit, pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan waktu yang tidak menentu. Pasien mengatakan BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek. Pasien mengatakan tidak ada nyeri atau keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif untuk BAB. Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan waktu yang tidak menentu. Pasien mengatakan BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek. Pasien mengatakan tidak ada nyeri atau keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif untuk BAB.

Data Objektif : Bising usus 12 x/menit, abdomen teraba lembek, tidak ada konstipasi dan diare.

e. Makanan/Cairan

Pola Nutrisi

Data Subjektif :

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3 kali dalam sehari, nafsu makan baik tidak ada (mual, muntah, dan sariawan). Porsi makanan yang dihabiskan pasien 1 porsi. Pasien mengatakan makanan pantangan terhadap kesehatannya yaitu daging. Pasien mengatakan tidak ada makanan diet. Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3 kali dalam sehari, nafsu makan baik tidak ada (mual, muntah, dan sariawan). Porsi makanan yang dihabiskan pasien 1 porsi. Pasien mengatakan makanan pantangan terhadap kesehatannya yaitu daging.

Data Objektif : Pasien mendapat makanan diet lunak hipertensi, IMT 28,3 (obesitas). Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan.

Pola Cairan

Data Subjektif : Pasien mengatakan minum satu hari 600 ml karena mendapat batasan cairan. Pasien mengatakan dalam satu hari BAK 10x karena obat yang diberikan (diuretik). Pasien mengatakan berat badan meningkat dari 70 kg ke 80 kg, pasien mengatakan ada bengkak di tungkai bawah.

Data Objektif : Pasien tampak ada edema di ekstremitas bawah, pasien mendapat terapi diuretik spironolacton dan furosemid, pasien mendapat batasan cairan 600 ml/24 jam, balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc.

f. Hygiene

Data Subjektif : Saat di rumah sakit pasien mengatakan mandi 1 kali dalam sehari pada waktu pagi, oral hygiene 2 kali dalam sehari pada waktu pagi dan malam menjelang tidur, pasien belum pernah cuci rambut.

Data Objektif : Pasien tampak berpenampilan rapih, rambut bersih dan rapih.

g. Neurosensori

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala

Data Objektif : Tingkat kesadaran composmentis dengan total Glasgow Coma Scale (GCS) E : 4, M : 6, V : 5. Tidak ada peningkatan TIK. Tidak terdapat perubahan perilaku.

h. Nyeri/Kenyamanan

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada nyeri otot.

Data Objektif : Pasien tampak tenang, tidak tampak ada perilaku melindungi diri.

i. Pernapasan

Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang saat beraktivitas, pasien mengatakan tidak ada batuk, pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit paru

Data Objektif : Pernafasan : 21 x/menit, pola nafas teratur, tidak ada batuk, bunyi nafas vesikuler, warna kulit kemerahan, pasien mendapat terapi O2 nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan.

j. Keamanan

Data Subjektif : Pasien mengatakan kulit tidak gatal

Data Objektif : Turgor kulit elastis, temperatur kulit pasien teraba hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik. Tidak terdapat kelainan kulit.

Keadaan tonus otot baik dan kekuatan otot .

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

k. Interaksi Sosial

Data Subjektif : Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien yaitu adiknya. Interaksi dalam keluarga, pasien mengatakan pola komunikasi

dalam keluarga terbuka, pembuatan keputusan dilakukan secara bermusyawarah. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kemasyarakatan dikarenakan bekerja.

Data Objektif : Pasien tampak kooperatif saat berinteraksi dengan perawat maupun di ruangnya.

1. Pembelajaran/Pengajaran

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialaminya. Pasien mengatakan tidak pernah kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tentang penyakitnya. Pasien mengatakan untuk makanan pantangannya hanya makanan daging tidak pantang makanan asin, gorengan atau makanan lainnya yang menjadi faktor pencetus penyakit.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakitnya.

8. Analisa Data

Tabel 1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengeluh sesak sudah berkurang ketika beraktifitas Data Objektif: - Thorax foto dengan kesan Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi fissura minor ec bendungan paru - Tekanan darah: 130/84 mmHg - Bunyi jantung: Gallop	Penurunan curah jantung	Perubahan kontraktilitas miokardial

	- Nadi perifer: 94 x/menit - Warna kulit kemerahan dan hangat - ECHO: EF 39%		
2.	Data Subjektif: - Pasien mengatakan minum satu hari 600 ml karena mendapat batasan cairan. - Pasien mengatakan dalam satu hari BAK 10x karena obat yang diberikan (diuretik). - Pasien mengatakan berat badan meningkat dari 70 kg ke 80 kg Data Objektif : - Tekanan darah: 130/84 mmHg - Pasien tampak ada edema di ekstremitas bawah dengan pitting edema derajat 3 kedalaman 6 mm dengan waktu kembali 7 detik. - Thorax: Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi fissura minor ec bendungan paru - Balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc.	Kelebihan volume cairan di daerah paru-paru dan ekstremitas bawah	Penurunan kontraksi otot jantung
3.	Data Subjektif : - Pasien mengatakan tidak	Kurang Pengetahuan	Kurang Pemahaman

	mengetahui tentang penyakit yang dialaminya. - Pasien mengatakan tidak pernah kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tentang penyakitnya. - Pasien mengatakan untuk makanan pantangannya hanya makanan daging tidak pantang makanan asin, gorengan atau makanan lainnya yang menjadi faktor pencetus penyakit. Data Objektif : - Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakitnya.		Penyakit
4.	Data Subjektif : - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang saat beraktivitas Data Objektif : - Thorax: Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi fissura minor ec bendungan paru - Warna kulit kemerehan - Pernafasan : 21 x/menit - Nadi : 94 x/menit	Gangguan pertukaran gas	Perubahan membran kapiler - alveolus

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus.
3. Kelebihan volume cairan di daerah paru-paru dan ekstremitas bawah berhubungan dengan penurunan kontraksi otot jantung.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemahaman penyakit.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial.

Data Subjektif :

Pasien mengatakan lemas

Pasien mengeluh sesak sudah berkurang ketika beraktifitas

Data Objektif :

Thorax foto dengan kesan susp. efusi pleura kanan dan efusi fissura minor ec bendungan paru

Tekanan darah: 130/84 mmHg

Bunyi jantung: gallop

Nadi perifer: 94 x/menit

Warna kulit kemerahan dan hangat

ECHO: EF 39%

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, penurunan curah jantung tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah : 110-120/70-80 mmHg, suhu : 36°C- 37,5 °C, nadi : 60-100 x/menit, pernafasan : 12-20 x/menit), sesak berkurang hingga hilang, lemas berkurang hingga hilang, pengeluaran urine adekuat.

Intervensi :

- a. Monitor tekanan darah
- b. Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis
- c. Monitor pengeluaran urine /24 jam
- d. Auskultasi nadi apical
- e. Catat bunyi jantung

- f. Palpasi nadi perifer
- g. Berikan pispot di samping tempat tidur dan anjurkan pasien BAK di pispot
- h. Berikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur atau kursi
- i. Berikan terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan
- j. Berikan obat Candesartan 8 mg 2x1
- k. Berikan obat Angintriz 35 mg 2x1
- l. Berikan obat nitrokaf 2,5 mg 2x1

Pelaksanaan : Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB perawat ruangan memberikan obat candesartan 8 mg/oral, obat angintriz 35 mg/oral, dan nitrokaf 2,5 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 08.00 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 10x, pasien mengatakan BAK warna kuning pekat. Pada pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/94 mmHg. Pukul 09.10 WIB mengkaji kulit terhadap pucat dan sianosis dengan hasil kulit pasien berwarna kemerahan. Pada pukul 12.00 WIB mengauskultasi nadi apical dengan hasil nadi apical teratur dan tidak takikardi. Pukul 12.10 WIB mencatat bunyi jantung dengan hasil bunyi jantung pasien berbunyi gallop. Pada pukul 13.00 WIB memberikan pispot di samping tempat tidur dan menganjurkan pasien untuk BAK di pispot dengan hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.45 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 119/90 mmHg. Pukul 14.00 WIB palpasi nadi perifer dengan hasil nadi perifer teraba kuat. Pukul 14.50 memberikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat.

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 5x dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat candesartan 8 mg/oral, obat angintriz 35 mg/oral, dan nitrokaf 2,5

mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/90 mmHg. Pukul 20.10 WIB mengkaji kulit terhadap pucat dan sianosis dengan hasil kulit pasien berwarna kemerahan. Pada pukul 21.30 WIB mengauskultasi nadi apical dengan hasil nadi apical teratur dan tidak takikardi. Pukul 22.00 WIB mencatat bunyi jantung dengan hasil bunyi jantung pasien berbunyi gallop. Pada pukul 06.00 perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 121/89 mmHg. Pada pukul 07.00 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 11x selama satu hari, pasien mengatakan warna urine kuning pekat.

Evaluasi: Tanggal 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

S : Pasien mengatakan BAK sudah 11x, warna urine kuning pekat.

Pasien mengatakan masih lemas dan sesak sudah berkurang.

O : Tekanan Darah : 121/89 mmHg, kulit tampak kemerahan atau tidak sianosis, nadi apical teratur dan tidak takikardi, nadi perifer teraba kuat, bunyi jantung : gallop.

A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan : Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB perawat ruangan memberikan obat candesartan 8 mg/oral, obat angintriz 35 mg/oral, dan nitrokaf 2,5 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 118/83 mmHg. Pukul 09.10 WIB mengkaji kulit terhadap pucat dan sianosis dengan hasil kulit pasien berwarna kemerahan. Pada pukul 12.10 WIB mengauskultasi nadi apical dengan hasil nadi apical teratur dan tidak takikardi. Pukul 12.20 WIB mencatat bunyi jantung dengan hasil bunyi jantung pasien berbunyi gallop. Pada

pukul 13.45 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 4x dari pagi, pasien mengatakan BAK warna kuning pekat. Pada pukul 14.00 WIB memberikan pispot di samping tempat tidur dan menganjurkan pasien untuk BAK di pispot dengan hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 14.30 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 122/86 mmHg. Pukul 14.45 WIB memalpasi nadi perifer dengan hasil nadi perifer teraba kuat. Pukul 14.50 memberikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat.

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 9x dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat candesartan 8 mg/oral, obat angintriz 35 mg/oral, dan nitrokat 2,5 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pukul 20.30 WIB perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/90 mmHg. Pukul 20.40 WIB mengkaji kulit terhadap pucat dan sianosis dengan hasil kulit pasien berwarna kemerahan. Pada pukul 21.40 WIB mengauskultasi nadi apical dengan hasil nadi apical teratur dan tidak takikardi. Pukul 21.50 WIB mencatat bunyi jantung dengan hasil bunyi jantung pasien berbunyi gallop. Pada pukul 06.00 perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 125/90 mmHg. Pada pukul 07.00 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 13x selama satu hari, pasien mengatakan warna urine kuning pekat.

Evaluasi: Tanggal 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

S : Pasien mengatakan BAK 13x dalam satu hari, warna urine kuning pekat. Pasien mengatakan masih lemas dan sesak sudah berkurang.

O : Tekanan darah : 125/90 mmHg, kulit tampak kemerahan atau tidak sianosis, nadi apical teratur dan tidak takikardi, nadi perifer teraba kuat, bunyi jantung : gallop.

A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P : Lanjutkan intervensi 1,2,4,5,6,7,8,9,11,12. Intervensi ke 3 diganti dengan monitor pengeluaran urine/shift. Intervensi ke 10 diganti sesuai program medis dengan obat Uperio 50 mg 2x1.

Pelaksanaan : Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB perawat ruangan memberikan obat candesartan 8 mg/oral, obat angintriz 35 mg/oral, dan nitrokaf 2,5 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 119/87 mmHg. Pukul 09.10 WIB mengkaji kulit terhadap pucat dan sianosis dengan hasil kulit pasien berwarna kemerahan. Pada pukul 12.00 WIB mengauskultasi nadi apical dengan hasil nadi apical teratur dan tidak takikardi. Pukul 12.10 WIB mencatat bunyi jantung dengan hasil bunyi jantung pasien berbunyi gallop. Pada pukul 13.00 WIB memberikan pispot di samping tempat tidur dan menganjurkan pasien untuk BAK di pispot dengan hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.45 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 120/90 mmHg. Pukul 14.00 WIB palpasi nadi perifer dengan hasil nadi perifer teraba kuat. Pada pukul 14.30 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 5 dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 14.50 memberikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat.

Evaluasi: Tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan BAK 5x dari pagi-siang, warna urine kuning pekat. Pasien mengatakan masih lemas dan sesak sudah berkurang.

O : Tekanan darah : 120/90 mmHg, kulit tampak kemerahan atau tidak sianosis, nadi apical teratur dan tidak takikardi, nadi perifer teraba kuat, bunyi jantung : gallop.

A : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P : Lanjutkan semua intervensi oleh perawat ruangan.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus.

Data Subjektif :

Pasien mengatakan sudah sesak sudah berkurang saat beraktivitas.

Data Objektif :

Thorax dengan kesan susp. efusi pleura kanan dan efusi fissura minor
ec bendungan paru

Warna kulit kemerahan

Pernafasan: 21 x/menit

Nadi : 94 x/menit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, gangguan pertukaran gas tidak terjadi.

Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah : 110-120/70-80 mmHg, suhu : 36°C- 37,5 °C, nadi : 60-100 x/menit, pernafasan : 12-20 x/menit), pasien bernafas dengan mudah, sianosis tidak terjadi.

Intervensi :

- a. Monitor pernafasan
- b. Auskultasi bunyi nafas
- c. Anjurkan pasien nafas dalam
- d. Atur posisi pasien dengan posisi semi fowler
- e. Berikan terapi O2 nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan

Pelaksanaan : Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan : 20 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang. Pukul 11.00 WIB mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil bunyi nafas vesikuler. Pukul 13.00 WIB menganjurkan pasien untuk nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 14.00 WIB mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan 19 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil bunyi nafas vesikuler. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan menganjurkan pasien untuk nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan 18 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang.

Evaluasi: Tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

- S : Pasien mengatakan saat beraktivitas sesak sudah berkurang
 O : Pernafasan : 18 x/menit, bunyi nafas vesikuler, warna kulit kemerahan, pasien dapat terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan, pola nafas teratur.
 A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai
 P : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan : Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan : 19 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil bunyi nafas vesikuler. Pukul 13.30 WIB menganjurkan pasien untuk nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 14.00 WIB mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan 19 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil bunyi nafas vesikuler. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan menganjurkan pasien untuk nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti

anjuan perawat. Pada pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan 17 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang.

Evaluasi : Tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : Pasien mengatakan saat beraktivitas sesak sudah berkurang

O : Pernafasan : 17 x/menit, bunyi nafas vesikuler, warna kulit kemerahan, pasien dapat terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan, pola nafas teratur.

A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan : Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memonitor pernafasan dengan hasil pernafasan : 19 x/menit, pola nafas teratur, sesak sudah berkurang. Pukul 12.00 WIB mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil bunyi nafas vesikuler. Pukul 13.45 WIB menganjurkan pasien untuk nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuan perawat. Pada pukul 14.20 WIB mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler.

Evaluasi : Tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan saat beraktivitas sesak sudah berkurang

O : Pernafasan : 19 x/menit, bunyi nafas vesikuler, warna kulit kemerahan, pasien dapat terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan, pola nafas teratur.

A : Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan semua intervensi (perawat ruangan).

3. Kelebihan volume cairan di daerah paru-paru dan ekstremitas bawah berhubungan dengan penurunan kontraksi otot jantung.

Data Subjektif :

Pasien mengatakan minum satu hari 600 ml karena mendapat batasan cairan.

Pasien mengatakan dalam satu hari BAK 10x karena obat yang diberikan (diuretik).

Pasien mengatakan berat badan meningkat dari 70 kg ke 80 kg

Data Objektif :

Tekanan darah: 130/84 mmHg.

Pasien tampak ada edema di ekstremitas bawah.

Thorax dengan kesan susp. efusi pleura kanan dan efusi fissura minor ec bendungan paru.

Balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam volume cairan kembali adekuat

Kriteria Hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah : 110-120/70-80 mmHg, suhu : 36°C- 37,5 °C, nadi : 60-100 x/menit, pernafasan : 12-20 x/menit), pasien terbebas dari edema, mempertahankan keseimbangan cairan dengan balance cairan 0.

Intervensi :

- a. Monitor pengeluaran urine, catat jumlah dan warna saat pengeluaran terjadi
- b. Monitor intake-output pasien /24 jam
- c. Monitor tekanan darah pasien
- d. Kaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema
- e. Auskultasi bunyi nafas
- f. Batasi minum dan anjurkan pasien minum 600 ml/24 jam
- g. Pertahankan cairan atau pembatasan natrium sesuai indikasi
- h. Berikan terapi diuretik spironolacton 25 mg 1x1 (oral)
- i. Berikan terapi diuretik furosemid 40 mg 1-1-0 (IV).

Pelaksanaan : Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 perawat ruangan memberikan terapi diuretik spironolacton 25 mg 1x1 (oral) dan furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 08.00 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 10x, pasien mengatakan BAK warna kuning pekat. Pukul 08.10 memonitor intake-output pasien dengan hasil Balance cairan pasien -2850 dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 2650 + IWL : 800 cc. Pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/94 mmHg. Pukul 09.10 mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil tidak ada bunyi nafas tambahan dan sesak sudah berkurang. Pukul 11.00 WIB mengkaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema dengan hasil edema terdapat di tungkai bawah kaki. Pukul 12.00 WIB menganjurkan pasien untuk minum 600 ml/24 jam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.45 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 119/90 mmHg. Pukul 14.30 memberikan terapi diuretik furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pukul 14.40 mempertahankan cairan atau pembatasan natrium sesuai indikasi dengan hasil pasien mendapat diet hipertensi yang berarti mendapat pembatasan natrium.

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 5x dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/90 mmHg. Pada pukul 20.20 mengkaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema dengan hasil edema terdapat di tungkai bawah kaki. Pukul 21.00 WIB menganjurkan pasien untuk minum 600 ml/24 jam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 07.00 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 11x selama satu hari, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pada

pukul 07.10 WIB memonitor intake-output pasien dengan hasil Balance cairan pasien -1900 cc dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 1700 + IWL : 800 cc.

Evaluasi : Tanggal 11 Februari 2020 pukul 07.10 WIB

S : Pasien mengatakan BAK 11x selama satu hari dengan warna kuning pekat.

O : Tekanan darah : 120/90 mmHg, edema terdapat di tungkai bawah kaki, Balance cairan pasien -1900 cc dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 1700 + IWL : 800 cc, mendapat batasan cairan 600 ml/24 jam. Mendapat batasan natrium dengan diit hipertensi.

A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan : Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 perawat ruangan memberikan terapi diuretik spironolacton 25 mg 1x1 (oral) dan furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 118/83 mmHg. Pukul 09.10 mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil tidak ada bunyi nafas tambahan dan sesak sudah berkurang. Pukul 11.00 WIB mengkaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema dengan hasil edema terdapat di tungkai bawah kaki. Pukul 12.00 WIB menganjurkan pasien untuk minum 600 ml/24 jam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 13.45 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 4x dari pagi, pasien mengatakan BAK warna kuning pekat. Pukul 14.30 memberikan terapi diuretik furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pukul 14.35 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 122/86 mmHg. Pukul 14.40 mempertahankan

cairan atau pembatasan natrium sesuai indikasi dengan hasil pasien mendapat diit hipertensi yang berarti mendapat pembatasan natrium.

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 9x dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 20.30 WIB perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/90 mmHg. Pada pukul 20.40 mengkaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema dengan hasil edema terdapat di tungkai bawah kaki. Pada pukul 06.00 perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 125/90 mmHg. Pada pukul 07.00 WIB perawat ruangan memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 13x selama satu hari, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pada pukul 07.10 WIB memonitor intake-output pasien dengan hasil balance cairan pasien - 2150 cc dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 1950 + IWL : 800 cc.

Evaluasi : Tanggal 12 Februari 2020 pukul 07.00

S : Pasien mengatakan BAK 13x selama satu hari dengan warna kuning pekat.

O : Tekanan darah : 125/90 mmHg, edema terdapat di tungkai bawah kaki, balance cairan pasien -2150 cc dengan intake 600 ml/24jam (batasan cairan), output 1950 + IWL : 800 cc.

A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,7,8,9. Intervensi ke 2 diganti dengan monitor intake-output pasien/shift.

Pelaksanaan : Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 perawat ruangan memberikan terapi diuretik spironolacton 25 mg 1x1 (oral) dan furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pada pukul 09.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 119/87 mmHg. Pukul 09.10 mengauskultasi bunyi nafas

dengan hasil tidak ada bunyi nafas tambahan dan sesak sudah berkurang. Pukul 11.00 WIB mengkaji distensi pembuluh darah perifer untuk edema dengan hasil edema terdapat di tungkai bawah kaki. Pukul 12.10 WIB menganjurkan pasien untuk minum 600 ml/24 jam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.45 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah pasien 120/90 mmHg. Pada pukul 14.30 WIB memonitor pengeluaran urine dengan hasil pasien sudah BAK 5x dari pagi, pasien mengatakan warna urine kuning pekat. Pukul 14.35 memberikan terapi diuretik furosemid 40 mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan, setelah obat diberikan pasien tidak mengeluh apapun. Pukul 14.40 mempertahankan cairan atau pembatasan natrium sesuai indikasi dengan hasil pasien mendapat diit hipertensi yang berarti mendapat pembatasan natrium. Pukul 15.00 WIB memonitor intake-output pasien dengan hasil Balance cairan pasien -1120 cc dengan intake 300 cc (dari pagi), output 620 cc + IWL : 800 cc.

Evaluasi : Tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan BAK 5x dari pagi-siang, warna urine kuning pekat²

O : Tekanan darah : 120/90 mmHg, edema terdapat di tungkai bawah kaki, Balance cairan pasien -1120 cc dengan intake 300 cc (dari pagi), output 620 cc + IWL : 800 cc, mendapat batasan cairan 600 ml/24 jam.

A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.

P : Lanjutkan semua intervensi (perawat ruangan).

4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemahaman penyakit.

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialaminya. Pasien mengatakan tidak pernah kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tentang penyakitnya. Pasien mengatakan untuk makanan pantangannya hanya makanan daging tidak pantang makanan asin, gorengan atau makanan lainnya yang menjadi faktor pencetus penyakit.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakitnya.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, pasien memahami tentang penyakitnya.

Kriteria Hasil : Pasien dapat mengidentifikasi hubungan terapi untuk menurunkan dan mencegah komplikasi, pasien dapat menyatakan tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat, pasien dapat mengidentifikasi faktor resiko dan beberapa teknik untuk penanganan, pasien dapat merubah pola hidup pasien.

Intervensi :

- a. Diskusikan fungsi jantung normal.
- b. Diskusikan kepada pasien untuk beraktivitas tidak berlebihan dan istirahat diantara aktivitas serta menganjurkan pasien jika BAB tidak mengejan.
- c. Diskusikan tujuan dan efek samping obat.
- d. Diskusikan pentingnya pembatasan natrium.
- e. Jelaskan dan diskusikan peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit.
- f. Bahas tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat.
- g. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya.

Pelaksanaan : Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 10.00 WIB mendiskusikan tentang fungsi jantung yang normal dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah

sedikit memahami. Mendiskusikan kepada pasien untuk beraktivitas tidak berlebihan dan istirahat diantara aktivitas serta menganjurkan pasien ketika BAB untuk tidak mengejan dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah sedikit memahami. Mendiskusikan tujuan dan efek samping obat dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien masih tampak bingung. Mendiskusikan pentingnya pembatasan natrium dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien masih tampak bingung. Menjelaskan dan mendiskusikan peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien masih tampak bingung. Membahas tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien masih tampak bingung. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan hasil pasien belum ada pertanyaan, sudah sedikit memahami, masih bingung di beberapa dan minta dijelaskan kembali pada pertemuan selanjutnya.

Evaluasi : Tanggal 10 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan masih belum ada pertanyaan, sudah sedikit memahami, masih bingung di beberapa dan minta dijelaskan kembali pada pertemuan selanjutnya.

O : Pasien masih tampak bingung

A : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.

P : Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan : Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 08.00 WIB mendiskusikan tentang fungsi jantung yang normal dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah memahami. Mendiskusikan kepada pasien untuk beraktivitas tidak berlebihan dan istirahat diantara aktivitas serta menganjurkan pasien ketika BAB untuk tidak mengejan dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah memahami. Mendiskusikan pentingnya pembatasan natrium dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan

pasien sudah sedikit memahami. Mendiskusikan tujuan dan efek samping obat dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan sudah sedikit memahami. Menjelaskan dan mendiskusikan peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah sedikit memahami. Membahas tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah sedikit memahami. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan hasil pasien tidak ada pertanyaan dan pasien mengatakan sudah memahami tentang fungsi jantung yang normal, untuk beraktivitas tidak berlebihan dan istirahat diantara aktivitas. Pasien mengatakan sudah sedikit memahami tentang peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit, tujuan dan efek samping obat, tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat. Pasien minta dijelaskan ulang kembali.

Evaluasi : Tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah memahami tentang fungsi jantung yang normal, untuk beraktivitas tidak berlebihan dan istirahat diantara aktivitas. Pasien mengatakan sudah sedikit memahami tentang peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit, pentingnya pembatasan natrium, tujuan dan efek samping obat, tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat. Pasien minta dijelaskan ulang kembali.

O : Pasien sudah sedikit memahami dan pasien masih tampak bingung.

A : Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan intervensi 3,4,5,6,7

Pelaksanaan : Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 10.00 WIB mendiskusikan tujuan dan efek samping obat dengan hasil pasien mengatakan sudah memahami. Mendiskusikan pentingnya pembatasan natrium dengan hasil pasien mengikuti diskusinya dan pasien sudah memahami. Menjelaskan dan diskusikan

peran pasien dalam mengontrol faktor resiko dan faktor pencetus penyakit dengan hasil pasien sudah memahami. Membahas tanda dan gejala yang memerlukan intervensi cepat dengan hasil pasien sudah memahami. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan hasil pasien tidak ada pertanyaan dan sudah memahami.

Evaluasi : Tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah memahami.

O : Pasien tampak sudah memahami dan dapat menyebutkan beberapa yang benar ketika ditanya oleh perawat.

A : Masalah teratasi, tujuan sudah tercapai

P : Hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus yang penulis temukan. Dalam BAB ini pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam aktivitas/istirahat terdapat gejala keletihan/kelelahan terus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada dengan aktivitas, dispnea pada istirahat atau pada pengerahan tenaga dan juga terdapat tanda seperti gelisah, perubahan status mental, sebagai contoh letargi. Tanda vital berubah pada aktivitas. Pada kasus pasien masuk ke rumah sakit mengalami gejala cepat sesak saat melakukan aktifitas berlebih, nyeri dada. Pada saat pengkajian sesak dan nyeri pasien sudah berkurang dengan tekanan darah 130/84 mmHg, nadi 94 x/menit, pernafasan 21 x/menit dengan teratur dan pasien masih lemas. Hal ini dikarenakan pasien sudah mendapat terapi Angintriz yang fungsinya untuk mencegah kekurangan nutrisi dan oksigen pada jantung. Serta pada pasien sudah mendapat terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm yang fungsinya untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan pasokan oksigen di dalam tubuh.

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam sirkulasi terdapat tanda tekanan darah mungkin rendah (gagal pemompaan); normal (gagal jantung kongestif ringan atau kronis; atau tinggi (kelebihan beban cairan). Tekanan nadi: mungkin lemah, menunjukkan penurunan volume sekuncup. Frekuensi jantung: takikardi (gagal jantung kiri). Pada kasus tanda-tanda vital pasien awal masuk rumah sakit tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 105 x/menit, hal tersebut sesuai dengan teori dengan tekanan darah tinggi (kelebihan beban cairan), nadi 105 x/menit termasuk takikardi. Pada saat pengkajian tekanan darah sudah menurun menjadi 130/84 mmHg, nadi juga sudah menurun menjadi 94 x/menit. Hal tersebut dikarenakan pasien sudah mendapat, terapi Candesartan yang fungsinya untuk menurunkan tekanan darah.

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam eliminasi terdapat gejala seperti penurunan berkemih, urine berwarna gelap. Berkemih pada malam hari (nokturia), diare/konstipasi. Pada kasus saat masuk rumah sakit pasien mengeluh BAK hanya 3 kali dalam sehari, saat sudah di rumah sakit pasien BAK 10 kali dalam sehari. Hal tersebut karena pasien sudah mendapat terapi diuretik yang fungsinya untuk mengeluarkan cairan berlebih dalam tubuh.

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam *Hygiene* gejala seperti kelelahan/kelemahan dalam beraktivitas selama perawatan diri. Pada kasus pasien tidak ada masalah dalam perawatan diri. Hal tersebut dikarenakan pasien masih bisa untuk perawatan diri dengan pasien masih tampak berpenampilan rapih, rambut bersih dan rapih.

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam nyeri/kenyamanan dengan gejala nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas, sakit pada otot. Pada kasus saat masuk rumah sakit pasien mengalami nyeri dada, pada saat pengkajian pasien sudah tidak mengalami nyeri dada. Hal tersebut dikarenakan pasien sudah mendapat terapi obat nitrokaf yang fungsinya untuk mengurangi nyeri dada.

Menurut Doengoes & E, 2012 data dasar pengkajian pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) dalam pernapasan terdapat gejala seperti dispnea saat beraktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal. Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum. Pada kasus pada saat masuk rumah sakit pasien mengeluh sesak nafas, namun pada saat pengkajian sesak nafas pasien sudah berkurang. Hal tersebut dikarenakan pasien sudah mendapat terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm yang fungsinya untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan pasokan oksigen di dalam tubuh.

Menurut Doengoes & E, 2012 pemeriksaan diagnostik pada pasien *Congestive heart failure* (CHF) diantaranya EKG, sonogram, scan jantung, kateterisasi jantung, rontgen dada, enzim hepar, elektrolit, oksimetri nadi, AGD, BUN, kreatinin, albumin/transferin serum, HSD, ESR, pemeriksaan tiroid. Pada kasus pasien dilakukan pemeriksaan penunjang foto thorax dengan hasil kardiomegali; susp efusi pleura kanan dan efusi fissura minor ec bendungan paru. Pasien juga dilakukan pemeriksaan ECHO dengan hasil EF 39% yang artinya dengan kondisi tersebut pasien sesak nafas saat beraktifitas, bengkak di kaki, jantung berdebar. Pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil ureum 56 mg/dl (0-49 mg/dl), kreatinin 2,1 mg/dl (0,7-1,2 mg/dl).

Faktor pendukung dalam pengkajian keperawatan yaitu kesediaan waktu luang dan sikap kooperatif dari pasien untuk memberikan informasi yang diperlukan berdasarkan keluhan yang dimilikinya serta bantuan

perawat ruangan dalam pengumpulan data yang dibutuhkan. Pendokumentasian di ruang perawatan cukup lengkap dan cukup tertata rapih sehingga memudahkan penulis untuk mengumpulkan dan melengkapi data.

Pada pengkajian tidak menemukan faktor penghambat, karena pasien yang dikelola yang cukup kooperatif untuk memberikan informasi yang diperlukan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ada di dalam teori Doenges & E, 2012, tetapi tidak ada di dalam kasus antara lain:

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen/kebutuhan, kelemahan umum, tirah baring lama/mobilisasi. Penulis tidak mengangkat dikarenakan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian tidak ada tanda dari intoleransi aktifitas yaitu disritmia, pucat, berkeringat. Pada pasien sesak nafas sudah berkurang dan sudah diberikan terapi diuretik.
2. Integritas kulit berhubungan dengan faktor risiko tirah baring lama. Penulis tidak mengangkat dikarenakan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian pasien tidak ditemukan tirah baring yang lama dan tidak adanya kerusakan pada kulit.

Penulis tidak menemukan diagnosa keperawatan yang diluar dari teori.

Faktor pendukung adalah adanya referensi, sehingga penulis menggunakan referensi tersebut untuk menggunakan diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi yang sudah ada.

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak ditemukan faktor penghambat, karena referensi yang didapatkan sebagai pedoman dalam penyusunan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Masalah keperawatan prioritas pada kasus penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial karena curah jantung itu sendiri adalah jumlah volume darah yang dipompa oleh jantung yang berfungsi untuk memberikan oksigen dan nutrisi. Rencana keperawatan pada masalah prioritas yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan oleh penulis antara lain:

1. Pada teori berikan istirahat psikologi dengan lingkungan tenang; menjelaskan manajemen medik atau keperawatan; membantu pasien menghindari situasi stres, mendengar atau berespon terhadap ekspresi perasaan takut. Tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien tidak mengalami stres terhadap lingkungannya maupun kondisinya.
2. Pada teori tinggikan kaki, hindari tekanan pada bawah lutut. Dorong olahraga aktif/pasif, tingkatkan ambulasi atau aktifitas sesuai yang ditentukan. Tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien tidak mengalami trombus atau pembentukan embolus.
3. Pada teori periksa nyeri tekan betis, menurunnya nadi pedal, pembengkakan, kemerahan lokal atau pucat pada ekstremitas. Tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus kondisi pasien tidak terdapat nyeri pada betis, kemerehan atau pucat pada ekstremitas.
4. Pada teori jangan diberi preparat digitalis dan laporkan dokter bila ada perubahan nyata terjadi pada frekuensi jantung atau irama atau tanda toksisitas digitalis. Tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus kondisi pasien tidak mendapat obat digitalis.
5. Pada teori kaji perubahan sensori (letargi, disorientasi, cemas dan depresi). Tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus kondisi pasien tidak terdapat tanda-tanda perubahan sensori.

Diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus, rencana keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan oleh penulis antara lain:

1. Pada teori dorong perubahan posisi sering. Tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus kondisi pasien yang tidak boleh melakukan aktifitas terlalu sering.
2. Pada teori pantau GDA, nadi oksimetri. Tindakan ini tidak direncanakan karena kondisi pasien tidak diindikasikan pemeriksaan GDA dan tidak mengalami hipoksia.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan di daerah paru-paru dan ekstremitas bawah berhubungan dengan penurunan kontraksi otot jantung, rencana keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan oleh penulis antara lain:

1. Pada teori pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semi fowler selama fase akut. Tindakan ini tidak direncanakan karena kondisi pasien tidak berada pada posisi tirah baring.
2. Pada teori timbang berat badan setiap hari. Tindakan ini tidak direncanakan karena kondisi pasien tidak mengalami kehilangan berat badan yang signifikan setiap harinya.
3. Pada teori ubah posisi dengan sering. Tinggikan kaki bila duduk. Lihat permukaan kulit, pertahankan tetap kering dan berikan bantalan sesuai indikasi. Tindakan ini tidak direncanakan karena kondisi pasien tidak berada pada posisi tirah baring.
4. Pada teori selidiki keluhan dispnea ektrim tiba-tiba, kebutuhan untuk bangun dari duduk, sensasi kulit bernapas, rasa panik atau ruangan sempit. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien dispnea sudah berkurang.
5. Pada teori kaji bising usus. Catat keluhan anoreksia, mual, distensi abdomen, konstipasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak mengeluh mual, anoreksia, konstipasi dan distensi abdomen hal tersebut terjadi karena gizi pasien sudah bagus.

6. Pada teori berikan makanan yang mudah dicerna, porsi kecil dan sering. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien sudah mendapat terapi gizi yaitu makanan dengan diit lunak hipertensi.
7. Pada teori ukur lingkar abdomen sesuai indikasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena pada dilakukan pemeriksaan fisik kondisi pasien tidak terdapat asites.
8. Pada teori dorong untuk menyatakan perasaan sehubungan dengan pembatasan. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak ada perasaan stres.
9. Pada teori palpasi hepatomegali. Catat keluhan nyeri abdomen kuadran kanan atas atau nyeri tekan. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak mengeluh nyeri pada abdomen kuadran atas.
10. Pada teori catat letargi, hipotensi, kram otot. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak ada tanda-tanda dari defisit kalium.
11. Pada teori konsul dengan ahli diet. Tindakan ini tidak dilakukan karena pada saat penulis pengkajian hal tersebut sudah dilakukan oleh tim kesehatan lain.
12. Pantau foto thorax. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien belum mendapat anjuran lagi untuk foto thorax.
13. Kaji dengan tornikuet rotasi/flebotomi, dialisis, atau ultrafiltrasi sesuai indikasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien tidak diindikasikan dalam hal tersebut.

Diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemahaman penyakit, rencana keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan oleh penulis antara lain:

1. Kuatkan rasional pengobatan. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien sudah paham terkait pengobatan yang dijalannya.
2. Anjurkan makan diet pada pagi hari. Tindakan ini tidak dilakukan karena untuk makanan diet diberikan kepada pasien sesuai dengan anjuran rumah sakit.

3. Anjurkan dan lakukan demonstrasi ulang kemampuan mengambil dan mencatat nadi harian dan kapan memberi tahu pemberi perawatan. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien sudah mengerti tentang komplikasi penyakitnya.
4. Tekankan pentingnya melaporkan tanda dan gejala toksisitas digitalis. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien tidak mendapat terapi digitalis.
5. Rujuk pada sumber di masyarakat atau kelompok pendukung sesuai indikasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien sudah memahami kondisinya jika timbul gejala langsung ke fasilitas pelayanan terdekat.

Pada tujuan di intervensi juga terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, di mana pada kasus untuk lebih memperjelas maka diberi batasan waktu pelaksanaan keperawatannya itu maksimal selama 3 hari sedangkan pada teori tidak ada batasan waktu perawatan.

Dalam penyusunan rencana perawatan pada kasus ini, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya referensi sebagai panduan dalam penyusunannya. Faktor pendukungnya adalah peran serta perawat ruangan dan pasien yang kooperatif.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada implementasi yang dilakukan selama tiga hari tidak dilakukan implementasi tambahan maupun modifikasi terhadap implementasi yang ada. Hal tersebut disebabkan oleh kemajuan kesehatan pasien setiap harinya. Pelaksanaan keperawatan mandiri dapat dilakukan seluruhnya sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan dalam kasus.

Faktor pendukung yang didapat oleh penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah bantuan perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai dengan rencana

yang telah disusun serta sikap pasien yang kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah keterbatasan waktu yang tersedia, sehingga penulis tidak dapat memberikan tindakan keperawatan selama 24 jam penuh. Solusi dari penulis yaitu mendelegasikan tindakan keperawatan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan yang ditekankan oleh penulis, kemudian penulis melihat catatan perawat ruangan untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien Tn. Y yang dilakukan setiap harinya mengacu pada tujuan telah dibuat adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perawatan tujuan tercapai sebagian, ditandai dengan pasien mengatakan masih lemas, sesak sudah berkurang, pasien mengatakan BAK 5x dari pagi-siang, warna urine kuning pekat. Tekanan darah 120/90 mmHg, kulit tampak kemerahan atau tidak sianosis, nadi apikal teratur dan tidak takikardi, nadi perifer teraba kuat, bunyi jantung gallop. Tujuan tercapai sebagian karena waktu penulis dalam memberikan perawatan terbatas, sudah ada sedikit kemajuan dari pasien dengan tekanan darah sudah menurun, sesak sudah berkurang, tidak ada sianosis, nadi apikal teratur dan tidak takikardi, akan tetapi bunyi jantung yang terdengar gallop.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perawatan tujuan tercapai sebagian, ditandai dengan pasien mengatakan saat beraktifitas sesak sudah berkurang, pernafasan 19 x/menit, bunyi nafas vesikuler, warna kulit kemerahan, pasien mendapat terapi O2 nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan, pola nafas teratur. Tujuan tercapai

sebagian karena waktu penulis dalam memberikan perawatan terbatas, sudah ada sedikit kemajuan dari pasien dengan resiko yang ditakutkan tidak terjadi.

3. Kelebihan volume cairan di daerah paru-paru dan ekstremitas bawah berhubungan dengan penurunan kontraksi otot jantung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perawatan masih tujuan belum teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan BAK 5x dari pagi-siang, warna urine kuning pekat, tekanan darah 120/90 mmHg, edema terdapat di tungkai bawah kaki, balance cairan pasien -1120 cc dengan intake 300 cc (dari pagi), output 620 cc + IWL 800 cc, mendapat batasan cairan 600 ml/24 jam. Tujuan belum tercapai karena pada kondisi pasien, pasien masih mengalami edema di tungkai bawah kaki.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemahaman penyakit. setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perawatan tujuan tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan sudah memahami dan dapat menyebutkan beberapa yang benar ketika ditanya oleh perawat. Tujuan sudah tercapai karena perawat sudah menjelaskan detail tentang penyakit *congestive heart failure* (CHF). Pasien ingin tahu lebih lanjut sehingga pasien menyimak dengan baik apa yang sudah dijelaskan oleh penulis.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada pengkajian keperawatan, faktor penyebab utama pasien mengalami *congestive heart failure* (CHF) adalah hipertensi dan faktor keturunan. Pada pengkajian dengan pasien *congestive heart failure* (CHF), ditemukan data antara lain: tekanan darah, bunyi jantung gallop. Pasien sudah mengetahui jika sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi tetapi pasien itu tidak rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Selain itu pasien adalah perokok aktif dan suka mengonsumsi makanan berlemak seperti gorengan. Hasil yang membuktikan pasien mengalami *congestive heart failure* (CHF) yaitu hasil foto thorax pada tanggal 06 Februari 2020 dengan kesan: Kardiomegali, Susp. Efusi Pleura kanan dan Efusi fissura minor ec bendungan paru. Hasil pemeriksaan ECHO pada tanggal 11 Februari 2020 menyebutkan EF 39%.

Diagnosa keperawatan utama yang harus diprioritaskan pada pasien dengan kasus *congestive heart failure* (CHF) sesuai teori yaitu sebagai diagnosa prioritas penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial.

Rencana keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien *congestive heart failure* (CHF) yaitu monitor tekanan darah, kaji kulit terhadap pucat dan sianosis, monitor pengeluaran urine /24 jam, auskultasi nadi apical, catat bunyi jantung, palpasi nadi perifer, berikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur atau kursi, berikan terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan, berikan terapi obat diuretik, terapi obat untuk CHF.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu ditekankan oleh perawat dalam mengelola pasien *congestive heart failure* (CHF) adalah mengatasi penurunan curah jantung. Berfokus pada keadekuatan volume darah yang dipompa dalam tubuh yang fungsinya untuk memberikan oksigen dan nutrisi. Sehingga tindakan yang dilakukan adalah memonitor tekanan darah, memonitor efek samping terkait obat diuretik dan obat untuk CHF yang dapat mengakibatkan toksisitas pada pasien, memberikan terapi O₂ nasal kanul 3 Lpm jika diperlukan.

Evaluasi yang perlu ditekankan pada pasien dengan *congestive heart failure* (CHF) adalah curah jantung yang tetap adekuat dengan ciri-ciri sesak sudah berkurang, tekanan darah sudah menurun, nadi apikal teratur dan tidak takikardi, intoleransi aktifitas sudah meningkat.

B. Saran

Saran untuk penulis diharapkan memperbanyak membaca literatur agar dapat memberikan asuhan keperawatan dengan benar dan tepat. Selain itu penulis diharapkan mampu memahami kasus berdasarkan teori dan kasus yang dikelola. Penulis juga harus memiliki sikap peduli yang tinggi agar mudah dalam membina hubungan saling percaya dengan pasien agar mengkaji pasien secara mendalam. Tidak lupa penulis harus memperhatikan bio-psiko-sosial, budaya dan spiritual pasien.

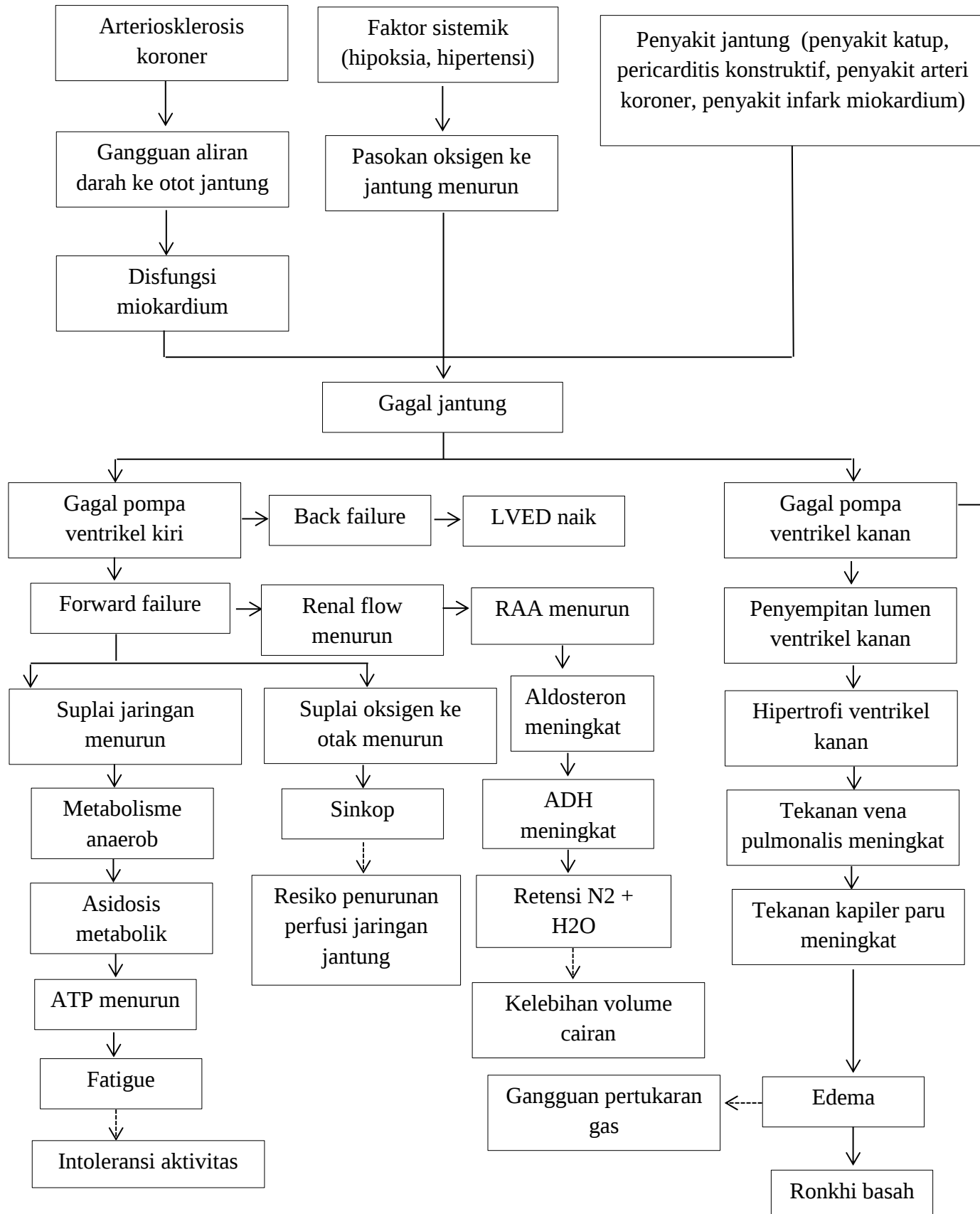
Saran untuk perawat diharapkan pasien CHF perlu dilakukan promosi serta edukasi terkait penyakitnya sehingga pasien tersebut dapat menjaga pola hidupnya dengan baik. Selain itu perawat hindari minimnya pendokumentasian yang dilakukan perawat ruangan sehingga dapat mengetahui secara jelas dan sesuai diagnosa pelaksanaan. Serta perawat juga dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal

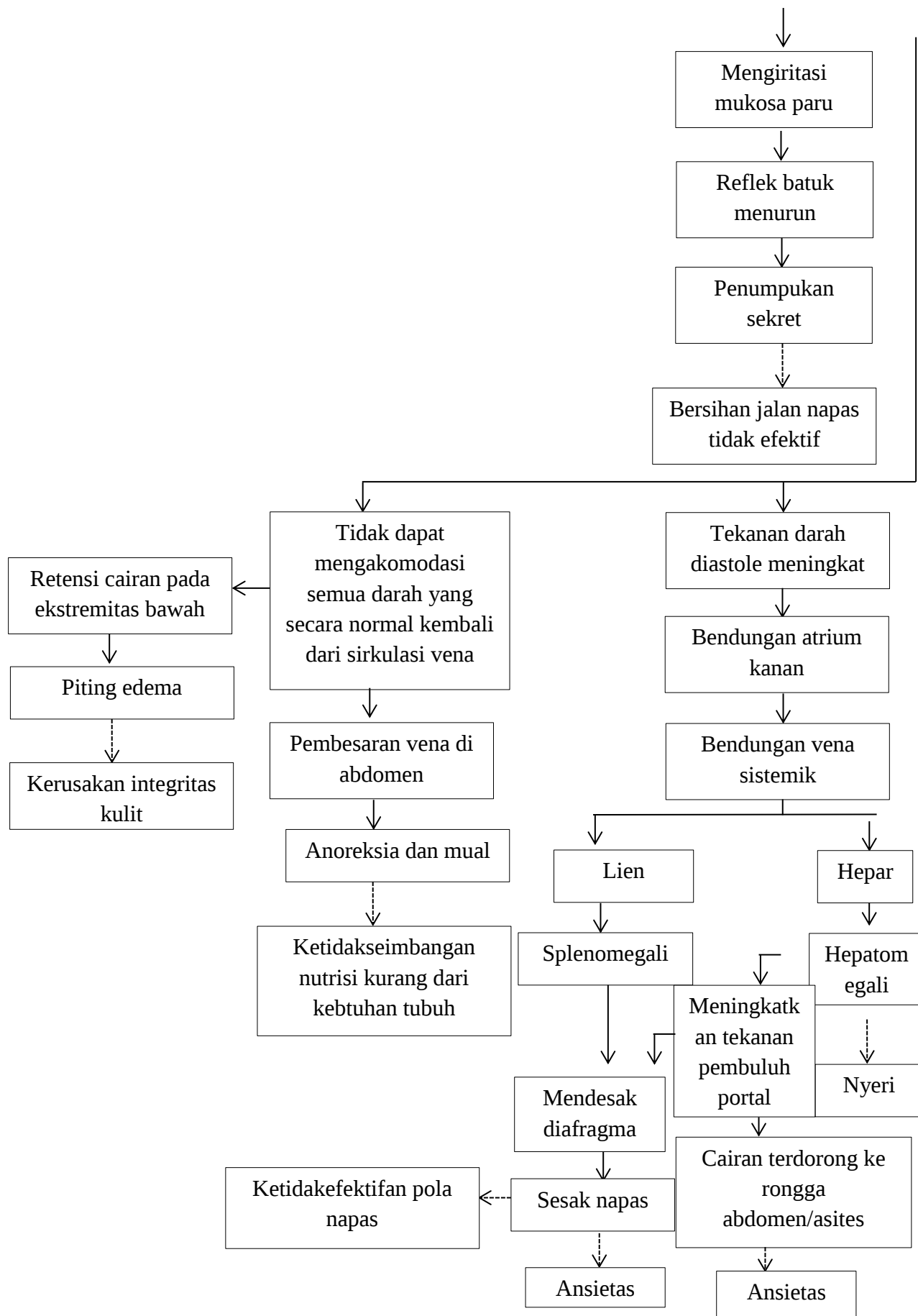
DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskular: Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Doengoes, & E, M. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Hasibuan, L. M. (2019). Efektivitas Penerapan Discharge Planning Terhadap Kesiapan Pulang dan Kepuasan Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Murni Teguh Memorial Hospital. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan Vol.4, No.2, Desember 2019, pp.99-104*.
- Hawks, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS. *Riskesdas 2018 dalam angka, Indonesia*.
- Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- P2PTM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018, Agustus Kamis). *Komplikasi yang Bisa Terjadi Akibat Serangan Jantung*.
- Patricia A. Potter & Anne G. Perry. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Buku Pedoman Gagal Jantung*.
- Ponco, F. S. (2015). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Gagal Jantung di Rumah Sakit Muhammadiyah Barat Kabupaten Lamongan. *Surya Vol.07, No.02, Agustus 2015*.

- Rispawati, B. H. (2019). Pengaruh Konseling Diet Jantung terhadap Pengetahuan Diet Jantung Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *REAL In Nursing Journal (RNJ)*, Vol. 2, No. 2 Rispawati, B.H. (2019). *RNJ*. 2(2): 77-85, 78.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Lampiran 1

Lampiran 1 Pathoflowdiagram



Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan	: Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemahaman penyakit
Topik	: <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)
Sasaran	: Tn. Y
Waktu	: 10 Februari 2020
Tempat	: RSMK Bekasi Barat Ruang Cempaka

	obat 4. Menjelaskan pentingnya pembatasan natrium 5. Menjelaskan faktor risiko dan faktor pencetus <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) 6. Menjelaskan tanda & gejala untuk intervensi cepat	samping obat 4. Pentingnya pembatasan natrium 5. Faktor risiko dan faktor pencetus 6. Tanda & gejala untuk intervensi cepat	<i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) 2. Menjelaskan untuk tidak aktivitas berlebihan dan beristirahat diantara aktivitas 3. Menjelaskan tujuan dan efek samping obat 4. Menjelaskan pentingnya pembatasan natrium 5. Menjelaskan faktor risiko	Mendengarkan, menyimak serta bertanya			aktifitas 3. Peserta mampu menyebutkan tujuan dan efek samping obat 4. Peserta mampu menjelaskan pentingnya pembatasan natrium 5. Peserta mampu menyebutkan faktor risiko dan faktor pencetus
--	---	---	--	--	--	--	---

			dan faktor pencetus <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) 6. Menjelaskan tanda & gejala untuk intervensi cepat Penutup (10 menit) 1. Menyampaikan kesimpulan materi 2. Mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam	Memperhatikan dan menjawab salam			6. Peserta mampu menyebutkan tanda & gejala untuk intervensi cepat
--	--	--	---	---	--	--	---

Lampiran 3 Media Leaflet

Pentingnya pembatasan cairan untuk menurunkan air total tubuh atau mencegah pengumpulan cairan

Melakukan aktifitas yang ringan serta tidak berlebihan dan istirahat diantara aktifitas. Aktifitas yang berlebihan dapat berlanjut menjadi melemahkan jantung.

**Atasi Gagal Jantung
dari sekarang**



Gagal Jantung

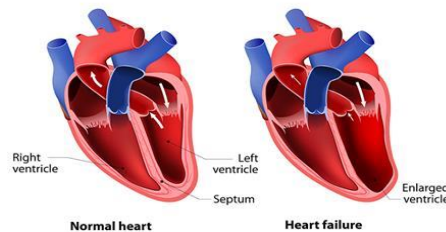


Safina Almeyda (201701007)

Gagal Jantung

Fungsi jantung normal adalah jantung yang sehat akan mencukupi kebutuhan oksigen melalui cadangan jantung.

Gagal jantung adalah jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Jantung yang mengalami kegagalan, pada waktu istirahat pun memompa semaksimal mungkin sehingga kehilangan cadangan jantung.



Tanda & Gejala



- ♦ Sesak nafas
- ♦ Jika melakukan aktifitas ringan tubuh merasa lelah
- ♦ Peningkatan berat badan yang cept
- ♦ Batuk
- ♦ Demam

⇒ Jika mengalami tanda & gejala seperti yang di atas maka cepat ke fasilitas kesehatan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit.

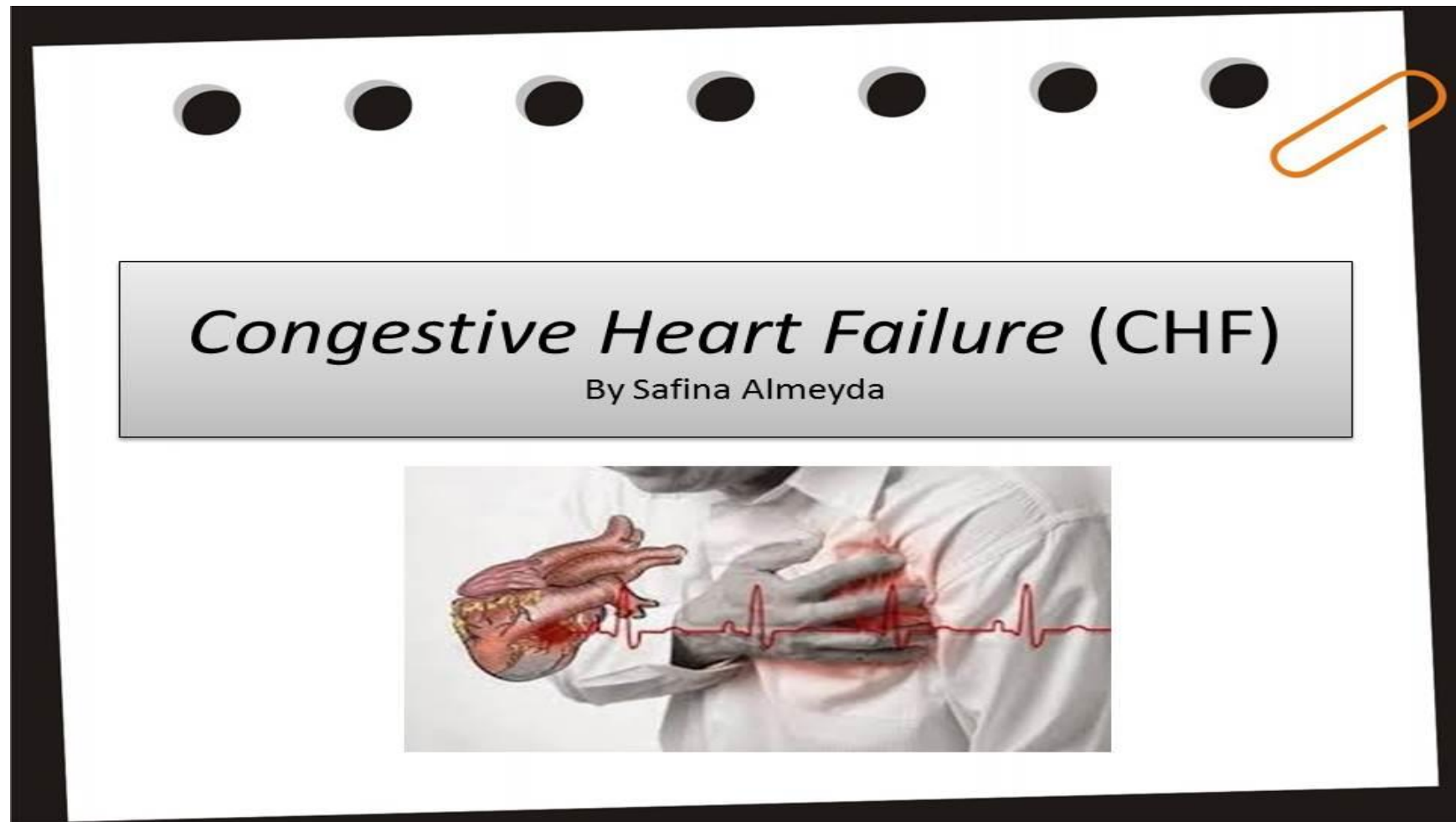
Faktor risiko dan faktor pencetus penyakit:

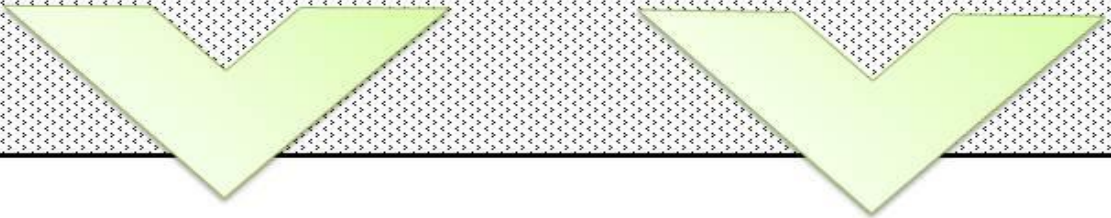
Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain

- ⇒ keturunan
- ⇒ Jenis kelamin,
- ⇒ Usia

Faktor yang bisa dirubah antara lain pola makan, kebiasaan merokok, riwayat obesitas, riwayat diabetes, kurangnya aktifitas, tingginya kadar lemak.

Lampiran 4 Media Flipchart





Fungsi jantung normal adalah jantung yang sehat akan mencukupi kebutuhan oksigen melalui cadangan jantung. Cadangan jantung adalah kemampuan jantung untuk meningkatkan curah jantung sebagai respon terhadap stres. Jantung yang normal dapat meningkatkan keluarnya curah jantung sampai lima kali lipat tingkat istirahat.

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Jantung yang mengalami kegagalan, pada waktu istirahat pun memompa semaksimal mungkin sehingga kehilangan cadangan jantung.

Faktor Resiko dan Faktor Pencetus Penyakit

Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain keturunan, jenis kelamin, dan usia. Faktor yang bisa dirubah antara lain pola makan, kebiasaan merokok, riwayat obesitas, riwayat diabetes, kurangnya aktifitas, tingginya kadar lemak.



Tanda & gejala yang memerlukan intervensi cepat:

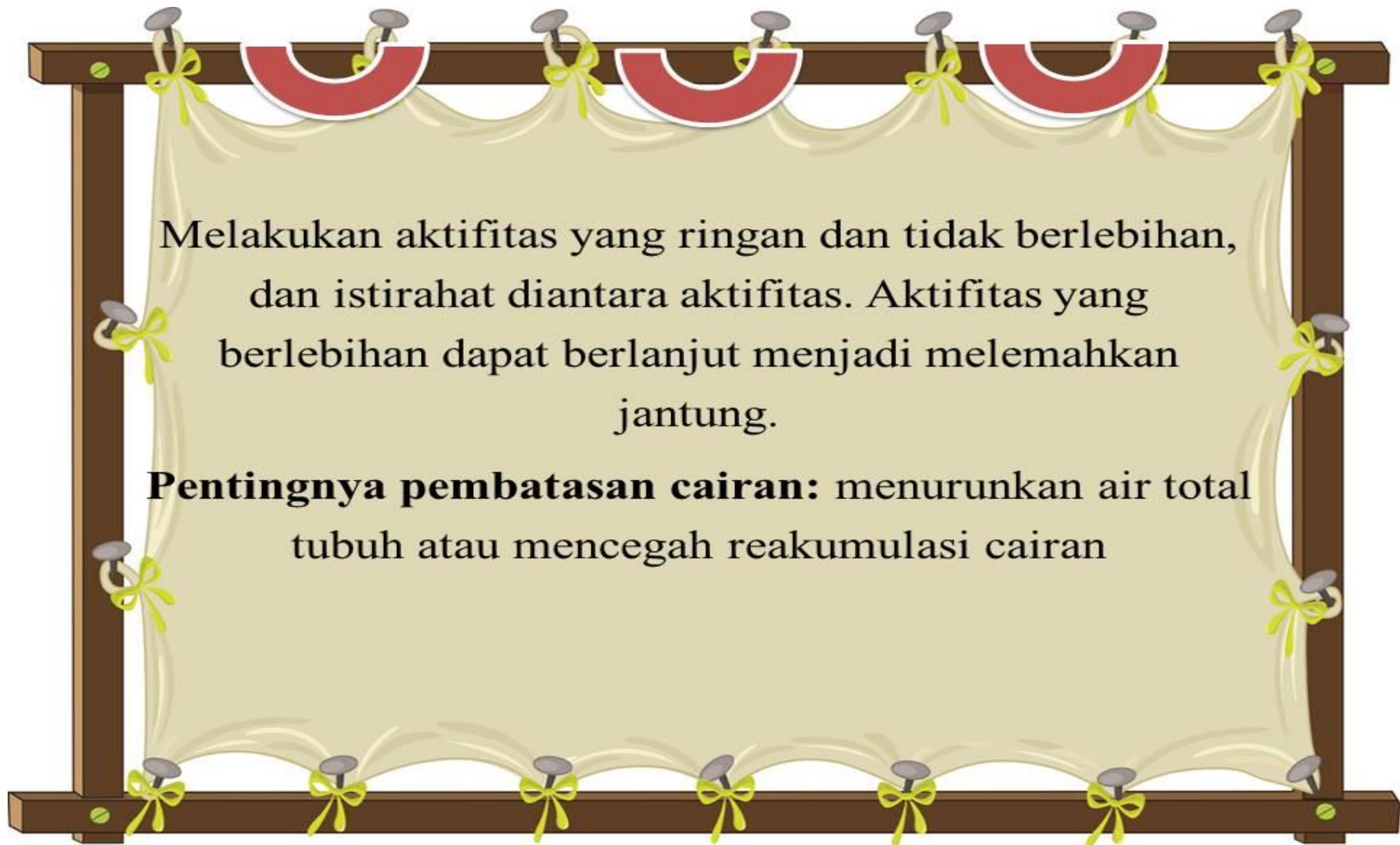
- Sesak nafas
- Jika melakukan aktifitas ringan tubuh merasa lelah
- Peningkatan berat badan yang cept
- Batuk
- Demam

Jika mengalami tanda & gejala seperti yang di atas maka cepat ke fasilitas kesehatan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit.

Tujuan dan efek samping obat yang di dapat:

- 
- Nitrokaf, obat ini bertujuan untuk mengurangi nyeri dada dan dapat memperlebar pembuluh darah. Efek samping dari obat ini bisa sakit kepala, muncul kemerahan, mengantuk, nadi cepat, dan pingsan
 - Candesartan, obat ini bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan untuk gagal jantung. Efek samping dari obat ini bisa menyebabkan pusing, lemas, sakit maag, diare, dan mual.
 - Spironolacton, obat ini bertujuan untuk diuretik atau mengeluarkan cairan yang berlebih di dalam tubuh. Efek samping obat ini bisa mual, muntah, diare, kram pada kaki.
 - Bisoprolol, obat ini bertujuan untuk gagal jantung. Efek samping obat ini bisa pusing, sakit kepala, susah tidur, gelisah, penurunan konsentrasi.
 - Furosemid, obat ini bertujuan untuk diuretik atau mengeluarkan cairan yang berlebih di dalam tubuh. Efek samping obat ini telinga berdenging, gatal, urine berwarna gelap, nyeri pada perut, mual dan muntah, berat badan turun.

Jika mengalami efek samping seperti di atas harap melaporkan ke perawat atau dokter sehingga dapat mencegah komplikasi dari obat.



Lampiran 5 Materi *Congestive Heart Failure* (CHF)

***Congestive Heart Failure* (CHF)**

Fungsi jantung normal adalah jantung yang sehat akan mencukupi kebutuhan oksigen melalui cadangan jantung. Cadangan jantung adalah kemampuan jantung untuk meningkatkan curah jantung sebagai respon terhadap stres. Jantung yang normal dapat meningkatkan keluarnya curah jantung sampai lima kali lipat tingkat istirahat. *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung adalah jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Jantung yang mengalami kegagalan, pada waktu istirahat pun memompa semaksimal mungkin sehingga kehilangan cadangan jantung.

Melakukan aktifitas yang ringan dan tidak berlebihan, dan istirahat diantara aktifitas. Aktifitas yang berlebihan dapat berlanjut menjadi melemahkan jantung.

Tujuan dan efek samping obat yang di dapat:

1. Nitrokaf, obat ini bertujuan untuk mengurangi nyeri dada dan dapat memperlebar pembuluh darah. Efek samping dari obat ini bisa sakit kepala, muncul kemerahan, mengantuk, nadi cepat, dan pingsan
2. Candesartan, obat ini bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan untuk gagal jantung. Efek samping dari obat ini bisa menyebabkan pusing, lemas, sakit maag, diare, dan mual.
3. Spironolacton, obat ini bertujuan untuk diuretik atau mengeluarkan cairan yang berlebih di dalam tubuh. Efek samping obat ini bisa mual, muntah, diare, kram pada kaki.
4. Bisoprolol, obat ini bertujuan untuk gagal jantung. Efek samping obat ini bisa pusing, sakit kepala, susah tidur, gelisah, penurunan konsentrasi.
5. Furosemid, obat ini bertujuan untuk diuretik atau mengeluarkan cairan yang berlebih di dalam tubuh. Efek samping obat ini telinga

berdenging, gatal, urine berwarna gelap, nyeri pada perut, mual dan muntah, berat badan turun.

Jika mengalami efek samping seperti di atas harap melaporkan ke perawat atau dokter sehingga dapat mencegah komplikasi dari obat.

Pentingnya pembatasan cairan: menurunkan air total tubuh atau mencegah reakumulasi cairan

Faktor risiko dan faktor pencetus penyakit:

Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain keturunan, jenis kelamin, dan usia. Faktor yang bisa dirubah antara lain pola makan, kebiasaan merokok, riwayat obesitas, riwayat diabetes, kurangnya aktifitas, tingginya kadar lemak.

Tanda & gejala yang memerlukan intervensi cepat:

Sesak nafas, jika melakukan aktifitas ringan tubuh merasa lelah, peningkatan berat badan yang cepat, batuk, demam.

Jika mengalami tanda & gejala seperti yang di atas maka cepat ke fasilitas kesehatan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit.