



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI BANGSAL JANTUNG RSUP
Dr.M.DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

BUNGA LATIFA

NIM : 193110130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2022



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI BANGSAL JANTUNG RSUP
Dr.M.DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan**

BUNGA LATIFA

NIM : 193110130

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh:

Nama : Bunga Latifa
NIM : 193110130
Program Studi : D3 Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Dewan Penguji

Ketua penguji : Ns. Netti, S.Kep, M.Pd., M.Kep

Penguji : Ns. Defia Roza, S.Kep, M.Biomed

Penguji : Ns. Sila Dewi Anggrani, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB

Penguji : Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 12 Mei 2022

Mengetahui,
Ka. Prodi D3 Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.KP, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP : 19701020 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022**”. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan dari Ibu **Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB** selaku pembimbing I sekaligus sebagai Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang dan Ibu **Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep.MB** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr. H.Yusirman Yusuf, Sp. B, Sp. BA(K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Ibu Heppi Sasmita, M. Kep, Sp. Kep. Jiwa selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Bapak/Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah membimbing dan memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep, M. Biomed selaku Pembimbing Akademik.
6. Teman-teman yang senasib dan seperjuangan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti mendoakan semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada peneliti. Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh sebab itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya.

Padang, 23 April 2022

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama Bunga Larifa

NIM 193110130

Tanda Tangan



Tanggal 12 Mei 2022



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

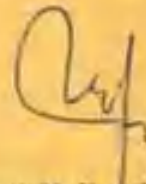
Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022" telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 12 Mei 2022

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns.Sila Dewi Anggreni,S.Pd,M.Kep.Sp.KMB
NIP. 19700327 199303 2 002

Ns.Nova Yanti, M. Kep. Sp. Kep. MB
NIP. 19801023 200212 2 002

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Henni Sasmita,S.Kp,M.Kep.Sp.Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Bunga Latifa
NIM : 193110130
Tempat, Tanggal Lahir : Simalanggang, 24 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Jorong Lubuak Jantan, Kenagarian Gurun,
Kecamatan Harau, Kabupaten Lima Puluh
Kota, Provinsi Sumatera Barat

Nama Orang Tua
Ayah : Yasrial
Ibu : Yenita

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Lembah Bungsu	2006-2007
2.	SD	SDN 02 Gurun	2007-2013
3.	SMP	MTsN 01 Payakumbuh	2013-2016
4.	SMA	SMAN 02 Payakumbuh	2016-2019
5.	D III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2022

Bunga Latifa

**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF)
di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022**

Isi : xii + 91 halaman + 1 tabel + 1 bagan + 13 lampiran

ABSTRAK

Menurut WHO (2018) penyakit kardiovaskuler dapat menyebabkan kematian sebanyak 17,9 juta setiap tahun (31%) dari seluruh kematian global. Seperti halnya dari 56,9 juta kematian diseluruh dunia pada tahun 2016. Pervalensi CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2021 ada sebanyak 186 orang. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

Jenis penelitian adalah deskriptif dengan menggunakan desain studi kasus. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2021 sampai dengan bulan Juni 2022. Waktu pengumpulan data dilakukan selama 5 hari dimulai dari tanggal 03 Maret 2022 sampai 07 Maret 2022. Populasi yaitu semua pasien CHF di Bangsal Jantung dengan 1 orang sampel yang di ambil secara *Purposive Sampling*. Analisa terhadap proses keperawatan yang dilakukan peneliti meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dibandingkan dengan konsep dan teori keperawatan pada pasien CHF.

Hasil penelitian yang didapatkan pada pasien CHF yaitu pasien mengeluh sesak napas, badan lemah dan lelah, batuk, tidak nafsu makan, terdapat edema pada ekstermitas bawah, pernafasan cuping hidung dan JVP 5 + 3 cmH₂O. Diagnosa keperawatan meliputi penurunan curah jantung b.d. perubahan afterload, gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler, intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen dan hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu perawatan jantung, pemantauan tanda vital, pemantauan respirasi, terapi oksigen, manajemen energi, manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Evaluasi yang dilakukan selama 5 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan oleh pelayanan kesehatan sebagai tambahan informasi dalam memberikan asuhan keperawatan dan menjadi ajuan untuk peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien CHF.

Kata Kunci : CHF, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 36 (2012 – 2021)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISIONAL.....	v
HALAMAN PERSETUJUAN.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BABI PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	8
A. Konsep Dasar CHF.....	8
1. Pengertian	8
2. Klasifikasi	8
3. Etiologi.....	10
4. Manifestasi Klinis	11
5. Patofisiologi	13
6. WOC	15
7. Komplikasi.....	17
8. Pemeriksaan Penunjang	17
9. Penatalaksanaan	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan CHF	22
1. Pengkajian Keperawatan.....	22
2. Diagnosa Keperawatan	29
3. Intervensi Keperawatan	29
4. Implementasi Keperawatan.....	42
5. Evaluasi Keperawatan.....	42
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	43
A. Jenis dan Desain Penelitian	43
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	43

C. Populasi dan Sampel Penelitian	43
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data.....	44
E. Cara Pengumpulan Data	45
F. Jenis Data	47
G. Analisa Data	48
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS	
A. Deskripsi Lokasi Penelitian	50
B. Deskripsi Kasus	50
C. Pembahasan Kasus	64
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	89
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 W.O.C CHF	17
---------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa dan Rencana Keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI	30
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Gantchart
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Data Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Dari Inst Rekam Medis
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data Dari Instalasi PJT RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 Surat izin penelitian dari institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8 Surat izin penelitian dari Kepala RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Surat izin penelitian dari Ka. Instalasi PJT RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 10 Persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 11 Surat selesai penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 12 Daftar hadir penelitian
- Lampiran 13 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung merupakan sebuah pompa berotot yang berada di dalam dada yang terus menerus bekerja tanpa henti untuk memompa darah ke seluruh tubuh (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017). Jantung merupakan organ tubuh manusia yang memiliki peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyak kematian disebabkan oleh penyakit jantung (Nugroho, 2018).

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang terjadi di negara maju maupun berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia dengan diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (Pambudi & Widodo, 2020). Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 penyakit kardiovaskuler dapat menyebabkan kematian sebanyak 17,9 juta setiap tahun (31%) dari seluruh kematian global. Seperti halnya dari 56,9 juta kematian diseluruh dunia pada tahun 2016. Lebih dari separuh (54%) disebabkan oleh penyakit jantung (WHO, 2020 dalam Purwanti, 2020)

Salah satu gangguan fungsi jantung disebabkan karena gagal jantung. Gagal jantung atau heart failure merupakan suatu kondisi dimana jantung tidak dapat mendistribusikan darah ke seluruh tubuh sehingga suplai oksigen dan nutrient terhambat. Gagal jantung lebih menekankan pada kinerja jantung yang tidak optimal dalam memompa darah (Ridwan, 2017). CHF merupakan suatu kondisi di mana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat (Udjianti, 2011).

P prevalensi kejadian penyakit CHF semakin meningkat di dunia, baik di negara berkembang maupun negara maju. Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian disebabkan oleh CHF. Menurut data dari *American Heart Association* (AHA) (2018) risiko berkembangnya penyakit CHF yaitu mencapai 20% untuk usia ≥ 40 tahun dengan angka kejadian > 650.000 kasus yang baru yang diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF) selama beberapa dekade terakhir.

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter yaitu sebesar 1,5%. Paling banyak terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 2,2% sedangkan yang paling sedikit penderitanya adalah pada provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 0,7%. Prevalensi gagal jantung di Sumatera Barat yaitu sebanyak 1,6 % (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Berdasarkan data yang didapatkan di Pusdatin Kemenkes RI 2014 berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sekitar 229.696 orang, yang mana didapatkan jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur yaitu 54.826 orang (0,19%) dan Provinsi Maluku Utara memiliki jumlah penderita paling sedikit, yaitu sebanyak 144 orang (0,02%).

P prevalensi CHF di Sumatera Barat dapat dilihat di salah satu rumah sakit rujukan terbesar di Sumatra Barat yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang. Berdasarkan data Rekam Medis RSUP Dr M. Djamil Padang, pasien yang masuk dengan kasus CHF pada tahun 2018 sebanyak 336 orang, pada tahun 2019 sebanyak 368 orang, pada tahun 2020 sebanyak 180 orang pasien dan pada tahun 2021 sebanyak 186 orang, diketahui jumlah penderita CHF rawat jalan yaitu tahun 2018 ada 5 orang, pada tahun 2019 ada 8 orang, pada tahun 2020 ada 4 orang dan pada tahun 2021 ada 3

orang. Data pada 3 bulan terakhir mulai dari 1 Oktober sampai 28 Desember 2021 jumlah pasien CHF di bangsal jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang yaitu 73 orang pasien (Rekam Medis RSUP Dr M.Djamil Padang,2021).

Terdapat beberapa faktor risiko penyebab terjadinya CHF yaitu keturunan, jenis kelamin, usia, merokok, hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, stress emosi, dan diabetes mellitus (Aspiani, 2014). Hal ini didukung oleh Penelitian yang di lakukan Purbianto & Agustanti (2015) tentang analisis faktor risiko gagal jantung di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dari 97 responden di dapatkan bahwa responden terbanyak adalah berusia diatas 40 tahun sebanyak (85,6%), terdapat (43,3%) responden memiliki riwayat keluarga dengan penyakit jantung, terdapat (64,6%) responden memiliki kebiasaan merokok dan terdapat (78,4%) responden memiliki riwayat hipertensi. Laki-laki lebih rentan terkena penyakit gagal jantung dengan jumlah (58,8%) dibandingkan perempuan karena perempuan memiliki efek perlindungan dari hormon estrogen yang meningkatkan rasio *high density lipoprotein* (HDL) untuk mencegah terjadinya proses *athreosklerosis* sampai perempuan tersebut menopause.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung atau *congestive heart failure* berdasarkan diagnosis dokter meningkat seiring bertambahnya usia, prevalensi CHF pada kelompok umur dibawah satu tahun (0,1%), umur 1-4 tahun (0,4%), umur 5-14 (0,7%), 15-24 tahun (0,7%), 25-34 tahun (0,8%), 35-44 tahun (1,3%), 45-54 tahun (2,4%), 55-64 tahun (3,9%), 65-74 tahun (4,6 %) dan diatas 75 tahun (4,7%). Prevalensi tertinggi pada usia diatas 75 tahun yaitu sebanyak (4,7%).

Secara umum Penyakit CHF dapat menimbulkan berbagai gejala klinis diantaranya; *dyspnea*, *ortopnea*, *dyspnea deffort*, dan *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND), edema paru, asites, pittingedema, berat badan

meningkat, dan dan bahkan dapat muncul syok kardiogenik (Smeltzer & Bare, 2014). Hal ini didukung oleh Remme & Swedberg (2001) dalam penelitian (Kasron, 2019), prevalensi gejala yang dialami oleh pasien CHF yaitu *dyspnea* (52%), *ortopnea* (81%), *Paroxysmal Nocturnal*(76%) dan oedema (80%). Sedangkan secara spesifik CHF biasanya terjadi pada ventrikel kiri (gagal jantung kiri) namun dapat juga terjadi pada ventrikel kanan (gagal jantung kanan). Pada gagal jantung kiri biasanya tampak sesak napas, nyeri dada, batuk, sianosis, pusing, letih, kelemahan otot dan takikardi. Sedangkan pada gagal jantung kanan tampak edema, peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis dan ansietas (Robinso dan Lyndon, 2014). Apabila CHF tidak segera di tangani dapat muncul masalah lain diantaranya: Edema paru, Syok Kardiogenik, efusi perkardial dan tanponade jantung (Ismoyowati et al., 2021). Dengan terjadinya komplikasi penderita CHF dapat mengalami kematian dimana didapatkan risiko kematian yang diakibatkan oleh CHF yang ringan berkisar antara 5-10% pertahun dan akan meningkat menjadi 30-40% pada CHF yang berat (Kasron, 2016).

Menurut Smeltzer (2010) Pasien CHF sering kembali untuk dirawat inap ulang di rumah sakit karena adanya kekambuhan. Kebanyakan kekambuhan CHF terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan misalnya tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebih dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang di rumah sakit pada pasien CHF mengatakan bahwa dari 30 responden (81,5%) responden tidak patuh dalam pengobatan, (66,7%) responden tidak patuh terhadap pembatasan diit, dan (74,1%) responden tidak cukup aktivitas dan istirahatnya (Widgago, dkk, 2014).

CHF dapat berdampak terhadap fisik dan psikologis. Dampak fisik yang muncul adalah sesak nafas, batuk, mudah lelah saat beraktifitas ringan,

edema pada ekstremitas bawah, anoreksia disertai mual, sering berkemih di malam hari, serta mengalami kelemahan, bahkan sampai mengalami penurunan kesadaran. Dampak psikologis yang muncul seperti stress akibat kesakitan benafas, kegelisahan atau kecemasan akibat gangguan oksigenasi, gangguan tidur terjadi karena distress pernapasan dan batuk (Kasron, 2016).

Menurut (Agustina & Afiyanti, Agustina, A., 2017) pasien gagal jantung tidak diperbolehkan untuk melakukan aktivitas yang berlebihan. Akan tetapi pasien gagal jantung juga harus melakukan latihan fisik ringan, menurunkan atau menjaga berat badan supaya ideal, patuh pada pengobatan yang dianjurkan, dapat melakukan perawatan diri dan mendapatkan dukungan dari keluarga supaya termotivasi untuk sembuh (Riskamala & Hudiyawati, 2020). Gagal jantung merupakan sindrom yang mampu menyebabkan berkurangnya kualitas hidup seseorang yang berakibat pada terbatasnya aktivitas, depresi sampai berimbas pada status sosial ekonomi seseorang (Pudiarifanti dkk. 2015).

Berdasarkan hasil penelitian Mahanani (2017) terhadap pasien gagal jantung kongestif di Kota Surakarta, didapatkan bahwa pasien gagal jantung memiliki kualitas hidup yang buruk. Kualitas hidup sebagian besar pasien 74,6% sangat buruk. Sebanyak 76.1% pasien gagal jantung tidak puas dengan kesehatan mereka. Pasien gagal jantung mengalami sakit fisik yang parah atau masalah yang menghalangi mereka untuk melakukan apa yang seharusnya mereka lakukan. Pasien gagal jantung membutuhkan perawatan medis yang konstan (Costa et al. 2021)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Hasri Rahmayati pada tahun 2020 yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure*(CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang” pada saat dilakukan pengkajian peneliti menyebutkan bahwa pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan sesak napas meningkat sejak 1 hari yang

lalu, badan terasa lelah dan edema pada ekstermitas bawah. Keluhan pasien saat dikaji yaitu pasien mengeluh napas sesak saat beraktivitas bahkan saat istirahat, badan lemah, keringat dingin, gelisah, sering merasa lelah, sulit tidur, kedua kaki edema, mual dan tidak nafsu makan. Peneliti menegakkan empat diagnosa keperawatan yaitu Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti yaitu melakukan perawatan jantung, memantau tanda vital, memberikan manajemen jalan napas, memberikan terapi oksigen dan pengobatan, serta pembatasan aktivitas fisik secara bertahap.

Berdasarkan survey awal dilakukan pengamatan pada tanggal 28 Desember 2021 di bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Peneliti menemukan ada 2 orang pasien CHF yang sedang mengalami perawatan. Hasil observasi dari salah satu pasien yang sudah hari rawatan ke 3, pasien mengeluh sesak napas, sesak napas meningkat saat melakukan aktivitas dan sesudah melakukan aktivitas dan didapatkan frekuensi napasnya yaitu 23 kali permenit serta pasien juga mengeluh badan terasa lelah dan lemah. Pasien mengatakan nafsu makannya juga menurun dan kesulitan untuk beraktivitas secara mandiri. Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/i dan terpasang kateter. Hasil pemantauan studi dokumentasi perawat sudah melakukan pengkajian sampai pendokumentasian keperawatan dan ditemukan perawat hanya terfokus memberikan tindakan terhadap gangguan pola napas dengan memberikan implementasi terapi oksigen dan relaksasi napas dalam. Tetapi belum terlihat catatan implementasi dan tindakan perawat kepada pasien dalam mengatasi intoleransi aktivitas pasien.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti telah melakukan penelitian Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian bertujuan untuk mendiskripsikan asuhan keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan hasil pengkajian pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.
- b. Mendiskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP.Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.
- c. Mendiskripsikan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.
- d. Mendiskripsikan tindakan keperawatan padapatient CHF di Bangsal Jantung Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.
- e. Mendiskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Peneliti

Dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang penyakit CHF, meningkatkan kemampuan penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dan penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada

pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr.M. Djamil Padang pada tahun 2022.

2. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Penulisan ini diharapkan dapat menyumbangkan pikiran dan masukan bagi perawat agar perawat dapat meningkatkan kualitas penerapan asuhan keperawatan pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr.M. Djamil Padang.

3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Penulisan ini diharapkan dapat memberikan referensi dan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dalam penerapan asuhan keperawatan pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr.M. Djamil Padang pada tahun 2022.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar CHF

1. Pengertian

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Kasron, 2016). CHF adalah kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan oleh tubuh, hal ini terjadi karena kelainan otot-otot jantung sehingga jantung tidak bisa bekerja secara normal (Anies, 2021).

Menurut Smeltzer & Bare, 2001 Gagal jantung kongestif atau sering disebut dengan CHF merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi yang disebabkan oleh adanya kelainan fungsi jantung yang akibatnya jantung gagal dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Padila, 2018).

2. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung menurut (Kasron, 2016) yaitu:

a. Gagal jantung akut-kronik

- 1) Gagal jantung akut, biasanya terjadi secara tiba-tiba yang ditandai dengan penurunan kardiak output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya edema paru dan kolaps pembuluh darah.
- 2) Gagal jantung kronik, biasanya terjadi secara perlahan yang ditandai dengan penyakit jantung iskemik dan penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan

sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, yang mengakibatkan ventrikel menjadi dilatasi dan hipertrofi.

b. Gagal jantung Kanan-Kiri

- 1) Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompakan darah secara adekuat sehingga menyebabkan terjadi kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral.
- 2) Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbenyung akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura, dan lain-lain.

c. Gagal jantung Sistolik-Diastolik

- 1) Gagal jantung sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya kardiak output menurun dan ventrikel hipertrofi.
- 2) Gagal jantung diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume kardiak output turun.

Menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam buku (Aspiani, 2014) membuat klasifikasi fungsional dalam 4 kelas :

- a. Kelas I : Tidak ada Batasan : masih bisa beraktivitas fisik seperti biasa tanpa menyebabkan dyspnea napas, palpitasi atau keletihan berlebihan.
- b. Kelas II : Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi saat aktivitas biasa dapat menimbulkan keletihan dan palpitasi.
- c. Kelas III : Keterbatasan aktivitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi saat melakukan aktivitas yang ringan atau kurang dari aktivitas biasa dapat menimbulkan gejala.

- d. Kelas IV : Tidak dapat melakukan aktivitas fisik apa pun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apa pun.

3. Etiologi

Penyebab CHF menurut (Padila, 2018) yaitu:

- a. Kelainan otot jantung
Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, yang disebabkan oleh menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung yaitu mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi.
- b. Aterosklerosis koroner
Aterosklerosis koroner mengakibatkan terjadi disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan kontraktilitas menurun.
- c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan after load)
Hipertensi sistemik atau pulmonal meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.
- d. Peradangan dan penyakit myocardium degeneratif
Peradangan dan penyakit myocardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.
- e. Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub ssemiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (temponade, pericardium, perikarditif konstrikatif atau stenosis AV), peningkatan mendadak after load.

f. Faktor iskemik

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

Faktor-faktor risiko yang bisa meningkatkan gagal jantung menurut (Anies, 2021):

- a. Terlukanya otot jantung saat mengalami serangan jantung. Hal ini akan menyebabkan kekuatan jantung untuk berkontraksi berkurang dan tidak normal.
- b. Memiliki riwayat penyakit diabetes. Penyakit diabetes dapat meningkatkan risiko hipertensi dan penyakit arteri koroner.
- c. Obat diabetes tertentu yang berfungsi untuk mengendalikan kadar gula darah bisa meningkatkan risiko gagal jantung bagi sebagian orang. Meski begitu, sebaiknya tidak menghentikan pengobatan apapun. Jika menggunakan obat-obatan ini harus di konsultasikan dengan dokter.
- d. Mengalami gangguan tidur *sleep apnea*. Kondisi ini dapat menyebabkan oksigen dalam darah berkurang dan meningkatkan risiko ritme jantung abnormal. Kedua kondisi tersebut dapat menjadi penyebab gagal jantung kongestif.

- e. Memiliki riwayat penyakit katup jantung. Kondisi ini menyebabkan jantung tidak bisa memompa darah dengan baik sehingga berisiko tinggi mengalami gagal jantung kongestif.
- f. Terkena infeksi virus tertentu. Infeksi virus bisa menyebabkan kerusakan otot jantung yang memicu CHF.
- g. Memiliki riwayat tekanan darah tinggi atau penyakit hipertensi.
- h. Memiliki berat badan berlebih atau obesitas.
- i. Memiliki riwayat gangguan detak jantung. Detak jantung abnormal, terutama ketika berdetak kencang, bisa melemahkan otot jantung dan mengakibatkan CHF.
- j. Kebiasaan mengonsumsi alkohol terlalu banyak.
- k. Memiliki kebiasaan merokok.

4. Manifestasi klinis

Kegagalan jantung bisa terjadi terpisah antara ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, tetapi manifestasi kongesti dapat berbeda tergantung pada kegagalan ventrikel mana yang terjadi (Kasron, 2016).

Tanda dan gejala CHF menurut (Sahrudi & Anam, 2021) yaitu :

a. Gagal jantung kiri

Tanda dan gejala awal gagal jantung kiri:

- 1) Dispnea yang disebabkan oleh kongesti pulmonal.
- 2) Ortopnea, karena darah di distribusikan kembali dari tungkai ke dalam sirkulasi sentral ketika pasien berbaring pada malam hari.
- 3) Dispnea nokturnal paroksismal akibat reabsorpsi cairan interstisial ketika pasien berbaring dan penurunan stimulasi saraf simpatis pada saat pasien tidur.

- 4) Keletihan yang berkaitan dengan penurunan oksigenasi dan ketidakmampuan untuk meningkatkan curah jantung sebagai respons terhadap aktivitas fisik
- 5) Batuk non produktif yang berkaitan dengan kongestif pulmonal

Tanda dan gejala lanjut gagal jantung kiri :

- 1) Bunyi ronkhi atau krekels akibat kongesti pulmonal
- 2) Hemoptisis akibat perdarahan vena pada sistem bronkial yang disebabkan oleh distensi darah vena.
- 3) Iktus kordis yang bergeser ke linea aksilaris anterior kiri akibat hipertrofi ventrikel kiri
- 4) Takikardia akibat stimulasi saraf simpatis
- 5) Bunyi jantung S3 akibat pengisian ventrikel yang cepat
- 6) Bunyi S4 yang terjadi karena kontraksi atrium melawan ventrikel yang sudah tidak lentur lagi
- 7) Kulit yang pucat, dingin akibat vasokonstriksi perifer
- 8) Gelisah dan kebingungan akibat penurunan curah jantung

b. Gagal jantung kanan

- 1) Distensi vena jugularis yang mengalami elevasi karena kongesti darah vena
- 2) Refluks hepatojugular yang positif dan hepatomegali, gejala ini terjadi sekunder karena kongesti vena
- 3) Anoreksia, rasa penuh, dan mual yang dapat disebabkan oleh kongesti hati dan usus
- 4) Nokturia karena cairan didistribusikan kembali pada malam hari dan diabsorpsi kembali.
- 5) Peningkatan berat badan kerana retensi natrium dan air
- 6) Edema yang berkaitan dengan volume cairan yang berlebihan
- 7) Asites atau edema anasarca yang disebabkan oleh retensi cairan

Ada tiga tahapan gejala yang bisa dilihat pada seseorang penderita CHF. Yang pertama adalah gejala tahap awal. Pada tahap ini pasien mengalami :

- a. Pembengkakan kaki dan pergelangan kaki
- b. Mudah lelah, terutama setelah melakukan aktivitas fisik
- c. Kenaikan berat badan yang signifikan
- d. Makin sering ingin buang air kecil, terutama saat malam hari
(Anies, 2021)

Jika kondisi klien terus memburuk, maka pada tahap kedua ini akan muncul beberapa gejala sebagai berikut:

- a. Denyut jantung tidak teratur
- b. Batuk-batuk karena pembengkakan paru.
- c. Napas berbunyi mengi
- d. Sesak napas karena paru-paru dipenuhi cairan. Sesak ini juga akan muncul ketika melakukan aktivitas fisik ringan atau ketika sedang berbaring
- e. Sulit beraktivitas karena setiap kali melakukan aktivitas fisik ringan, tubuh akan merasa lelah (Anies, 2021).

Selanjutnya, gagal jantung kongestif bisa dikatakan parah apabila klien sudah mengalami gejala berupa :

- a. Rasa nyeri di dada menjalar melalu tubuh bagian atas, kondisi ini bisa juga menandakan adanya serangan jantung
- b. Kulit menjadi kebiruan karena paru-paru mengalami kekurangan oksigen
- c. Tarikan napas yang pendek dan cepat
- d. Pingsan (Anies, 2021)

5. Patofisiologi

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan- keadaan menurut (Kasron, 2016)

a. *Preload* (Beban awal)

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

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontraksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. *Afterload* (Beban Akhir)

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

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan oleh aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokard biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik / pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Akan tetapi, untuk alasan yang tidak jelas, hipertrofi otot jantung jadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun (Majid, 2018)

Pada keadaan gagal jantung , bila salah satu / lebih dari keadaan di atas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun , meliputi keadaan yang menyebabkan preload meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan afterload meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung (Kasron, 2016).

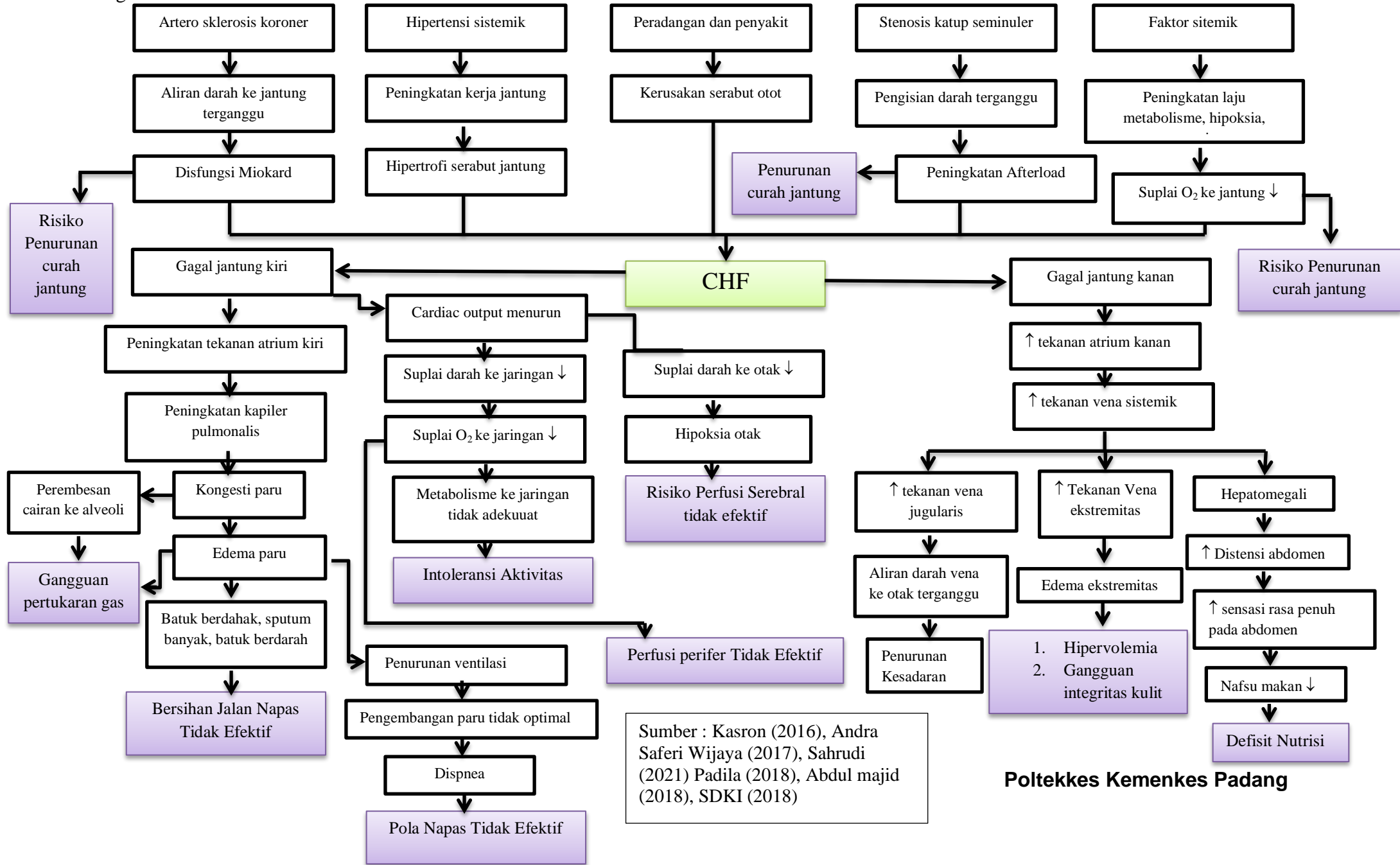
Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang di pompa pada setiap kontraksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruhan tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angio-tensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosterone dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Proses ini timbul masalah seperti nokturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorbs pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala- gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia (Kasron, 2016).

Apabila suplai darah tidak lancar diparu paru (darah tidak masuk ke jantung) , menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah diparu-paru, sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam didalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas

meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru paru. Apabila terjadi pembesaran vena di hepar mengakibatkan hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih,lemah lesu (Kasron, 2016)

6. WOC

Bagan 2. 1 WOC CHF



7. Komplikasi

Komplikasi CHF menurut (Sahrudi & Anam, 2021) yaitu :

- a. Komplikasi akut
 - 1) Edema pulmonal
 - 2) Gagal ginjal akut
 - 3) Aritmia
- b. Komplikasi kronik
 - 1) Intoleransi terhadap aktivitas
 - 2) Gagal ginjal
 - 3) Kakeksia jantung
 - 4) Kerusakan metabolik
 - 5) Tromboembolisme

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada Klien dengan CHF adalah menurut (Aspiani, 2017):

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana gagal jantung telah mengganggu fungsi organ lain, seperti hati, ginjal, dan lain-lain. Enzyme enzyme pada jantung meliputi:

1) CK-MB

Enzyme CKMB adalah isoenzim Creatinin Kinase (CK) yang terdapat pada berbagai jaringan terutama miokardium dan $\pm 20\%$ pada skeletal. Kenaikan aktifitas CKMB dapat mencerminkan kerusakan miokardium (Prasetyo et al., 2014). Hal ini spesifik untuk IM ; nilainya tidak dipengaruhi oleh prosedur pembedahan atau nyeri dada jantung sementara, meningkat dalam 4-8 jam , puncaknya dalam 16-24 jam, dan kembali ke normal dalam 48-72 jam

2) Troponin-T

Troponin T adalah suatu protein jantung yang terdapat pada otot lurik yang berfungsi sebagai regulator kontraksi otot yang spesifik terhadap otot jantung (Prasetyo et al., 2014)

3) Kreatinin Kinase (CK)

Setelah infark miokard (IM) , CK meningkat dalam 6 jam , puncaknya dalam 18 jam dan kembali ke normal dalam 48-72 jam; mungkin juga meningkat setelah stroke, pembedahan, kateterisasi jantung atau kardioversi elektrik.

4) Serum aspartate amino-transferase (AST)

Setelah IM, AST meningkat dalam 6-10 jam, puncaknya dalam 12-18 jam dan kembali ke normal dalam 72-96 jam, mungkin meningkat pada luka bakar, pankreatitis akut , atau penggunaan salisilat.

5) Laktat dehydrogenase (LDH)

Meningkat dalam 24-72 jam setelah IM, puncaknya dalam 72-96 jam dan kembali ke normal dalam 14 hari, suatu peningkatan mungkin terlihat pada gagal jantung kongestif (CHF) atau penyakit paru.

6) LDH1

LDH1 spesifik untuk IM, jika LDH meningkat disebabkan karena IM, LDH1 secara dominan akan meningkatkan isoenzime, meningkat dalam 6-24 jam, puncaknya dalam 24-48 jam , dan kembali ke normal dalam 72-96 jam.

7) Kolesterol

Suatu peningkatan dapat mencetuskan Klien pada penyakit jantung aterosklerotik

b. Radiologi

Yang perlu dilihat dari pemeriksaan radiologi adalah Bayangan hulu paru yang tebal dan melebar,kepadatan makin ke pinggir berkurang, Lapang paru bercak bercak karena edema paru,

Distensi vena paru, Hidrotoraks dan Pembesaran jantung, rasio kardio-toraks meningkat.

c. Pemeriksaan diagnostik

1) Ekg

Dapat ditemukan kelainan primer jantung iskemik, hipertropi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru)

2) Ekokardiografi

Untuk deteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung

3) Kateterisasi jantung

Kateterisasi jantung merupakan tindakan prosedur diagnostik invasif dengan cara memasukkan satu atau beberapa kateter ke dalam jantung atau pembuluh darah koroner untuk menentukan saturasi oksigen dalam darah, mengetahui adanya penyumbatan dalam arteri koroner, fungsi katup dan kelainan jantung (Brunner & Suddarth, 2010 dalam (Astrid, 2020).

Sedangkan menurut (Kasron, 2016) pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien CHF yaitu :

a. EKG

Untuk mengetahui ada tidaknya hipertrofi atrial atau ventrikuler, infark, penyimpanan aksis, kekurangan oksigen dan kerusakan pola.

b. Tes Laboratorium Darah

1) Enzym hepar : meningkat dalam gagal jantung/kongesti

2) Elektrolit : kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal

3) Oksimetri nadi : kemungkinan situasi oksigen rendah

- 4) AGD : gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂
 - 5) Albumin : mungkin menurun sebagai akibat penuruna masukan protein
- c. Radiologis
- 1) Sonogram ekokardiogram: dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraktilitas ventrikel.
 - 2) Scan jantung : tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding
 - 3) Rontgen dada : menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan berdasarkan kelas NYHA :

- a. Kelas 1 : Non Farmakologi, meliputi diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alkohol dan rokok, aktivitas isik, manajemen stress
- b. Kelas II dan III : terapi pengobatan, meliputi diuretic, vasodilator, ace inhibitor, digitalis, dopamineroik, dan oksigen.
- c. Kelas IV : kombinasi diuretic, digitalis, ACE Inhibitor, dilakukan seumur hidup (Kasron, 2012)

Penatalaksanaan CHF menurut (Kasron, 2012) :

- a. Non Farmakologis
 - 1) CHF Kronik
 - a) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.

- b) Diet pembatasan natrium (<4 gram/hari) untuk menurunkan edema.
- c) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDs karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
- d) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari)

2) CHF Akut

- a) Oksigenasi (ventilasi mekanik)
- b) Pembatasan cairan (<1,5 liter/hari)

b. Farmakologis

Tujuannya untuk mengurangi afterload dan preload.

1) First line drugs : diuretic

Tujuannya untuk mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik. Obatnya adalah : thiazide diuretics untuk CHF sedang, loop diuretic, metolazon (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium-sparing diuretic.

2) Second line drugs : ACE inhibitor

Tujuannya untuk membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Obatnya adalah :

- a) Digoxin : meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- b) Hidralazin : untuk menurunkan afterload pada disfungsi sistolik
- c) Isobarbide dinitrat : mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.

- d) Calcium Channel Blocker : untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik)
 - e) Beta Blocker : sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, Hipertrofi ventrikel Kiri.
- c. Pendidikan Kesehatan
- 1) Informasikan pada klien, keluarga dan pemberi perawatan tentang penyakit dan penanganannya.
 - 2) Informasi difokuskan pada monitoring berat badan setiap hari dan intake natrium
 - 3) Diet yang sesuai untuk lansia CHF yaitu pemberian makanan tambahan yang banyak mengandung kalium seperti pisang, jeruk, dll
 - 4) Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CHF

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Identitas meliputi nama, tempat/tanggal lahir, umur, jenis kelamin, nama orang tua, suku bangsa, agama, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, alamat, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas meliputi Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien CHF menurut (Muttaqin, 2012) yaitu biasanya dispnea (sesak napas), kelemahan fisik, dan edema sistemik.

2) Keluhan saat dikaji

Keluhan saat dikaji pada pasien CHF biasanya akan mengeluh dispnea, orthopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk, dan edema pulmonal akut. Pada pengkajian dispnea dikaji apakah mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan insomnia, gelisah dan kelemahan fisik (Muttaqin, 2012).

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien dengan CHF dapat ditemukan riwayat kesehatan dahulunya meliputi riwayat yang pernah di alami klien terutama penyakit yang mendukung munculnya penyakit saat ini. Biasanya pasien CHF pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, diabetes mellitus, dan hiperlipidemia. Kaji juga mengenai obat-obatan yang biasa dikonsumsi pada masa lalu yang masih relevan. Obat-obatannya meliputi obat diuretic, nitrat, penghambat beta, serta obat-obat anti hipertensi. Tanyakan apakah ada efek samping yang terjadi pada masa lalu. Harus ditanyakan juga adanya alergi obat dan jika ada tanyakan reaksi alergi apa yang ditimbulkan. Pasien sering sulit membedakan antara alergi obat dengan efek samping obat tersebut (Muttaqin, 2012).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta tanyakan apakah ada keluarga yang meninggal dan penyebab meninggalnya. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor risiko utama untuk penyakit iskemik pada keturunannya (Muttaqin, 2012).

Biasanya pasien CHF mempunyai faktor resiko keturunan, biasanya keluarga pernah menderita penyakit yang sama yaitu CHF

atau penyakit jantung lainnya seperti penyakit jantung koroner, kardiomiopati, penyakit jantung kongenital, penyakit pembuluh darah, perikarditis, penyakit katup jantung dan miokarditis (Aspiani, 2014).

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien CHF didapatkan kesaran yang baik yaitu compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat (Muttaqin, 2012).

2) Tanda-Tanda Vital

Biasanya pada pasien CHF tekanan darahnya mengalami penurunan yaitu < 120 mmHg, denyut nadi cepat dan lemah, pernafasan cepat dan angkal sehingga meningkat dari batas normal >20 x/menit (Wijaya & Putri, 2013).

3) Mata

Pada pasien CHF biasanya konjungtiva anemis karena kekurangan oksigen, sklera ikterik karena pelebaran hepar dan palpebra membengkak .

4) Hidung

Biasanya pada pasien CHF bernafas dengan menggunakan cuping hidung.

5) Mulut

Biasanya pada pasien CHF mukosa bibir tampak pucat dan kering.

6) Wajah

Pasien CHF biasanya tampak meringis, menahan sakit, menangis, pucat, merintih, mengerang, terlihat lelah dan menggeliat (Muttaqin, 2012).

7) Leher

Biasanya pada pasien CHF ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid (Muttaqin, 2012).

8) Sistem Pernafasan

Biasanya pada pasien CHF dilakukan inspeksi tampak ada dispnea, menggunakan otot bantu pernafasan, pernafasan cuping hidung, respirasi meningkat, dan batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, kemudian dilakukan palpasi biasanya didapatkan fremitus kiri dan kanan tidak sama, selanjutnya dilakukan perkusi biasanya terdengar redup karna penumpukan cairan dan dilakukan Auskultasi biasanya didapatkan bunyi nafas ronkhi (Majid, 2018).

9) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien CHF biasanya jika melakukan inspeksi pada jantung akan tampak Ictus kordis terlihat, irama jantung disritmia, dan tampak nyeri dada, kemudian dilakukan palpasi biasanya didapatkan Ictus kordis kuat angkat, selanjutnya jika dilakukan perkusi biasanya ditemukan batas jantung melebar karena ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali) dan saat dilakukan auskultasi biasanya akan terdengar bunyi jantung S3 (gallop), suara S1 dan S2 mungkin melemah, dan frekuensi jantung takikardi >100 x/menit (Aspiani, 2014).

10) Sistem Neurosensoris

Biasanya pada pasien CHF mengalami Kelemahan, pusing, episode pingsan, letargi, perubahan perilaku, dan mudah tersinggung (Majid, 2018).

11) Abdomen

Pada pasien CHF biasanya mengalami distensi abdomen (Asites), nyeri abdomen, bunyi usus meningkat atau normal, hepar membesar (Aspiani, 2014).

12) Ekstermitas

Biasanya pada pasien CHF terdapat edema yang mana edema mungkin dependen, umum atau pitting khususnya pada

ekstermitas, sakit pada otot, CRT > 3 detik, akral teraba dingin (Majid, 2018).

13) Kulit

Biasanya pada pasien CHF kulit tampak bersisik, pucat/sianosis dan dermatitis (Aspiani, 2014).

14) Genitalia

Biasanya pada pasien CHF yaitu laki-laki terdapat edema pada skrotum (Aspiani, 2014).

15) Hyginie

Biasanya pada pasien CHF mengalami kelelahan selama aktivitas perawatan diri dan penampilan yang kurang rapi yang menandakan kelalaian dalam perawatan diri (Majid, 2018).

g. Pola Aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Nutrisi

Biasanya pada pasien CHF mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, penambahan BB yang signifikan, diet tinggi garam atau makanan yang telah diproses dan penggunaan diuretik (Majid, 2018).

2) Eliminasi

Biasanya pada pasien CHF mengalami gejala penurunan berkemih, urine bewarna pekat, berkemih pada malam hari (nokturia) dan diare/ konstipasi (Wijaya & Putri, 2013).

3) Tidur/istirahat

Biasanya pada pasien CHF mengalami insomnia, gelisah, dyspnea pada saat istirahat,, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal (Aspiani, 2014).

4) Aktivitas

Biasanya pada pasien CHF mengalami keletihan, nyeri dada saat beraktivitas, dyspnea saat beraktivitas atau saat istirahat, gelisah dan tanda vital berubah saat beraktivitas (Wijaya & Putri, 2013).

5) Kebiasaan

Didapatkan pada pasien CHF biasanya merokok, minum berakohol, atau obat tertentu, kurang aktivitas fisik seperti berolahraga, mudah stress dan emosi (Aspiani, 2014).

h. Data Psikologis

1) Interaksi sosial

Biasanya pada pasien CHF mengalami penurunan keikutsertaan dalam aktivitas social yang biasa dilakukan, skesulitang koping karena stress, kurang kontak mata saat komunikasi (Majid, 2018).

2) Integritas ego

Biasanya pada pasien CHF mengalami ansietas, khawatir, takut mati, ada perasaan ajal sudah dekat, marah, sering menyangkal, mudah tersinggung dan stress yang berhubungan dengan penyakit atau keprihatinan finansial (pekerjaan, biaya perawatan medis) (Majid, 2018).

i. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Aspiani (2014) pemeriksaan diagnostik pada pasien CHF sebagai berikut :

1) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana gagal jantung telah mengganggu fungsi organ lain, seperti hati, ginjal dan lain-lain.

2) Radiologi

Biasanya data yang didapatkan yaitu ;

- a) Bayangan hulu paru yang tebal dan melebar, kepadatan makin ke pinggir berkurang
- b) Lapang paru bercak-bercak karena edema paru
- c) Distensi vena paru
- d) Hidrotoraks

- e) Pembesaran jantung, rasio kardio-toraks meningkat
- 3) EKG
 - Dapat ditemukan kelainan primer jantung (iskemik, hipertrofi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru).
- 4) Ekokardiografi
 - Untuk deteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung.
- 5) Kateterisasi jantung
 - Pada gagal jantung kiri didapatkan (VEDP) 10 mmHg atau *pulmonary arterial wedge pressure* > 12 mmHg dalam keadaan istirahat. Curah jantung lebih rendah dari 2,7 l/menit/m² luas permukaan tubuh.

2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa yang ditemukan pada pasien CHF yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveolus-kapiler
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/ atau vena
- g. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (edema)
- h. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan nafas

- i. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- j. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan afterload
- k. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan kinerja ventrikel

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

N O	Diagnosa Keperawatan (SDKI) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)	Intervensi (SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : a. Perubahan irama jantung 1) Palpitasi b. Perubahan preload 1) Lelah c. Perubahan afterload 1) Dispnea d. Perubahan kontraktilitas 1) Ortopnea 2) Batuk Objektif : a. Perubahan irama jantung 1) Bradikardi/takikardi 2) Gambar EKG	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil: a. Curah Jantung 1. Tekanan darah membaik 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun 4. Edema menurun 5. Dispnea menurun 6. CRT membaik 7. Berat badan menurun 8. Takikardia menurun 9. Kekuatan nadi perifer meningkat 10. Pucat menurun 11. Distensi vena jugularis menurun	Perawatan Jantung Observasi a. Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung b. Monitor tekanan darah c. Monitor intake dan output cairan. d. Monitor BB setiap hari pada waktu yang sama e. Monitor saturasi oksigen f. Monitor keluhan nyeri dada g. Monitor EKG h. Monitor kelainan irama dan frekuensi jantung i. Monitor nilai laboratorium jantung j. Periksa tekanan darah dan nadi sebelum dan sesudah aktivitas k. Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (mis : beta blocker, ACE inhibitor, calcium

	<p>aritmia atau gangguan konduksi</p> <p>b. Perubahan preload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Edema 2) Distensi vena jugularis 3) <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) 4) Hapatomegali <p>c. Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah meningkat/menurun 2) Nadi perifer teraba lemah 3) Oliguria 4) Warna kulit pucat/sianosis 5) <i>Capillary refill time</i> > 3 detik <p>d. Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdengar suara jantung S3/S4 2) <i>Ejection Fraction</i> (EF) menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Perubahan preload (tidak tersedia)</p> <p>b. Perubahan afterload (tidak tersedia)</p> <p>c. Perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)</p> <p>d. Prilaku/emosional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cemas 2) Gelisah 	<p>b. Status Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Saturasi oksigen meningkat 4. Pucat menurun 5. Akral dingin menurun 6. Bunyi napas tambahan menurun 7. Asites menurun 8. Pengisian kapiler membaik 	<p>channel blocker, digoksin)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman b. Berikan diet jantung yang sesuai (mis : batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak) c. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat d. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres e. Berikan dukungan emosional dan spiritual f. Berikan Oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap c. Anjurkan berhenti merokok d. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur BB harian e. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian antiaritmia b. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
--	---	---	---

	<p>Objektif</p> <p>a. Perubahan preload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Murmur jantung 2) Berat badan bertambah 3) <i>Pulmonary arteri wedge pressure (PAWP)</i> <p>b. Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Pulmonary vascular resistance (PVR)</i> meningkat/menurun 2) <i>Systemic vascular resistance (SVR)</i> meningkat/menurun <p>c. Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Cardiac index (CI)</i> 2) <i>Left ventricular stroke work index (LVVSWI)</i> menurun 3) <i>Stroke volume index (SVI)</i> menurun <p>d. Prilaku/emosional (tidak tersedia)</p>		
2.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dispnea 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Pertukaran Gas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas b. Monitor pola nafas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, sheyne-stokes, biot, ataksik)

<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> PCO₂ meningkat/ menurun PO₂ menurun Takikardia Ph arteri meningkat/ menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pusing Penglihatan kabur <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sianosis Diaforesis Gelisah Napas cuping hidung Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/iregular, dalam/dangkal) Warna kulit abnormal (pucat, kebiruan) Kesadaran menurun 	<ol style="list-style-type: none"> Bunyi nafas tambahan menurun Napas cuping hidung menurun Gelisah menurun PCO₂ membaik PO₂ membaik Pola nafas membaik Takikardi membaik Warna kulit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> Monitor kemampuan batuk efektif Monitor adanya produksi sputum Monitor adanya sumbatan jalan napas Auskultasi bunyi napas Monitor saturasi oksigen Monitor nilai AGD <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan <p>Terapi Oksigen</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor kecepatan aliran oksigen Monitor posisi alat terapi oksigen Monitor efektifitas terapi oksigen Monitor kemampuan melepas oksigen saat makan Monitor tanda-tanda hipoventilasi Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea Pertahankan kepatenan jalan nafas Siapkan dan atur peralatan pemberian O₂ Berikan oksigen
--	---	---

			<p>tambahan</p> <p>e. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>f. Gunakan perangkat oksigen sesuai dengan tingkat monilitas pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen di rumah</p> <p>b. Kolaborasi penggunaan oksigen saat dan/atau tidur</p>
3.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi meningkat Nadi teraba lemah Tekanan darah menurun Tekanan nadi menyempit Turgor kulit menurun Membran mukosa kering Volume urin menurun Hematokrit meningkat <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Merasa lemah 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Keseimbangan Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> Asupan cairan meningkat Haluaran urine meningkat Kelembapan membran mukosa meningkat Edema menurun Asites menurun Tekanan darah membaik Membran mukosa membaik Turgor kulit membaik Berat badan membaik <p>b. Keseimbangan Elektrolit</p> <ol style="list-style-type: none"> Serum natrium membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) Identifikasi penyebab hipervolemia Monitor status hemodinamika (frekuensi jantung, tekanan darah, CVP, PAP) Monitor intake dan output cairan Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar protein dan albumin meningkat) Monitor kecepatan infus secara ketat Monitor efek samping <i>diuretik</i>

	<p>b. Mengeluh haus</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Pengisian vena menurun</p> <p>b. Status mental berubah</p> <p>c. Suhu tubuh meningkat</p> <p>d. Konsentrasi urin meningkat</p> <p>e. Berat badan turun</p>	<p>2) Serum kalium membaik</p> <p>3) Serum klorida membaik</p> <p>4) Serum kalsium membaik</p> <p>5) Serum magnesium membaik</p> <p>c. Status Cairan</p> <p>1) Kekuatan nadi meningkat</p> <p>2) Output urine meningkat</p> <p>3) Ortopnea menurun</p> <p>4) Dispnea menurun</p> <p>5) PND menurun</p> <p>6) Edema perifer menurun</p> <p>7) Distensi vena jugularis menurun</p> <p>8) Kongesti paru menurun</p> <p>9) Frekuensi nadi membaik</p> <p>10) Tekanan darah membaik</p> <p>11) Kadar Ht membaik</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Timbang BB setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>b. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>c. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 °C</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>b. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari</p> <p>c. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan</p> <p>d. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>Pemantauan Cairan</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>b. Monitor frekuensi nafas</p> <p>c. Monitor tekanan darah</p> <p>d. Monitor berat badan</p> <p>e. Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>f. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>g. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>h. Monitor albumin total dan kadar protein</p> <p>i. Monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>j. Monitor intake dan output cairan</p> <p>k. Identifikasi tanda hipervolemia</p> <p>l. Identifikasi faktor resiko</p>
--	---	---	---

			<p>ketidak-seimbangan cairan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval waktu pemantauan dengan kondisi pasien Dokumentasi pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan hujan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan
4.	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Penggunaan otot bantu pernapasan Fase ekspirasi memanjang Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi) <p>Gejala dan Tanda Mainor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ortopnea <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pernapasan <i>pursed-lip</i> Pernapasan cuping hidung Ventilasi semenit menurun Kapasitas vital menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Pola Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> Ventilasi semenit meningkat Dispnea menurun Penggunaan otot bantu napas menurun Pemenjangan fase ekspirasi menurun Pernapasan cuping hidung menurun Frekuensi napas membaik Kedalaman napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas Monitor kemampuan batuk efektif Monitor adanya produksi sputum Monitor adanya sumbatan jalan napas Palpasi kesimetrisan ekspansi paru Auskultasi bunyi napas Monitor saturasi oksigen Monitor nilai AGD Monitor hasil x-ray toraks <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Dokumentasi hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan <p>Manajemen Jalan Napas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi,

	<p>e. Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>f. Tekanan inspirasi menurun</p>		<p>kedalaman dan usaha napas</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan</p> <p>c. Monitor sputum</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Pertahankan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jawtrust jika dicurigai trauma servikal)</p> <p>b. Posisikan semi fowler</p> <p>c. Berikan minum hangat</p> <p>d. Lakukan fisioterapi dada</p> <p>e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>f. Berikan oksigen</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektora, mukolitik</p>
5	<p>Pefusi Perifer Tidak Efektif Berhubungan Dengan Penurunan Konsentrasi Hb</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Pengisian kapiler >3 detik</p> <p>2. Nadi perifer</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Perfusi Perifer</p> <p>1. Denyut nadi perifer meningkat</p> <p>2. Warna kulit pucat menurun</p> <p>3. Edema perifer menurun</p> <p>4. Nyeri ekstremitas menurun</p> <p>5. Pengisian kapiler membaik</p>	<p>Perawatan Sirkulasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer</p> <p>b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada</p>

	<p>menurun atau tidak teraba</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan luka lama 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Akral membaik 7. Turgor kulit membaik <p>b. Status Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Pucat menurun 4. Akral dingin menurun 5. Edema perifer menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Tekanan nadi membaik 8. Pengisian kapiler membaik 	<p>ekstermitas dengan keterbatasan perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Lakukan pencegahan infeksi d. Lakukan perawatan kaki dan kuku <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berhenti merokok b. Anjurkan berolahraga c. Anjurkan melakukan perawatan luka yang tepat d. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
6.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dispnea saat/setelah 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Toleransi Aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Saturasi oksigen membaik 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4) Kekutan tubuh meningkat 5) Keluhan lelah menurun 6) Dispnea saat beraktivitas menurun 7) Dispnea setelah beraktivitas menurun 	<p>Manajemen Energi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) b. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif c. Fasilitasi duduk disisi tepat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

	<p>aktivitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c. Merasa lemah</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</p> <p>c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d. Sianosis</p>	<p>8) Perasaan lemah menurun</p> <p>9) Tekanan darah membaik</p> <p>10) Frekuensi napas membaik</p>	<p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan tirah baring</p> <p>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>d. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Aktivitas</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>b. Monitor respons emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Koordinasi pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>b. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (ambulasi, mobilisasi dan perawatan diri)</p> <p>c. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>d. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Berikan edukasi mengenai metode aktivitas fisik</p> <p>b. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p>
--	---	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Olfah & Ghofur, 2016)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Induniasih & Hendarsih, 2018).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu penelitian deskriptif yang dengan menggunakan desain studi kasus, dimana penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat melakukan studi kasus (Kartika, 2017). Penelitian deskriptif disampaikan dengan cara menggambarkan dan memaparkan masalah penelitian. Bisa berdasarkan karakteristik tempat, jenis kelamin, waktu, social, pekerjaan dan *lifestyle* subjek (Sucipto, 2020). Pada studi kasus ini peneliti mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF di bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2021 sampai dengan bulan Juni 2022. Waktu pengumpulan data akan dilakukan selama selama 5 hari dimulai dari tanggal 03 sampai 07 Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan sekumpulan orang atau objek yang memiliki karakteristik secara umum dapat diamati (Sucipto, 2020). Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan CHF yang dirawat di bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022. Populasi pasien CHF di RSUP Dr. M. Djamil Padang khususnya di Bangsal Jantung pada saat peneliti melakukan penelitian didapatkan 1 orang yang dirawat dengan CHF.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi obyek suatu penelitian (Sucipto,2020). Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi yang dipilih berdasarkan karakteristik yang akan diteliti (Kartika, 2017). Untuk menentukan sampel peneliti menggunakan teknik sampling. Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah *Purposive Sampling* yaitu cara pengambilan sampel berdasarkan maksud atau tujuan tertentu peneliti mengenai apa saja yang memenuhi persyaratan untuk dijadikan sampel (Dharma, 2011). Adapun kriteria sampel dari penelitian ini adalah :

a. Kriteria inklusi

Kriteria Inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat, 2013).

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Pasien atau keluarga pasien setuju berpartisipasi dengan penelitian.
- 2) Pasien yang kooperatif

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2013).

Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Pasien yang pulang atau meninggal dengan hari rawatan kurang dari 5 hari

D. Alat/ Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Alat yang digunakan saat melakukan pemeriksaan fisik berupa *nursing kit* yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, dan lain-lain.

E. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi serta menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah sebagai alat acuan yang digunakan peneliti.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah :

1. Prosedur Administrasi

Prosedur administrasi yang dilakukan peneliti meliputi :

- a. Peneliti meminta surat izin penelitian dari instansi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang
- b. Peneliti mendatangi RSUP Dr.M.Djamil Padang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi ke ruangan Direktur Rumah Sakit
- c. Surat izin penelitian dari direktur dilanjutkan ke diklat, kemudian diklat memberikan surat konfirmasi melakukan penelitian.
- d. Surat konfirmasi penelitian diberikan kepada ka. Instalasi untuk ditandatangani, kemudian surat konfirmasi yang telah ditandatangani ka. Instalasi diserahkan kepada kepala Bangsal jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang
- e. Kemudian Karu Bangsal jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang memberikan izin penelitian
- f. Melakukan pemilihan sampel terhadap pasien dengan CHF yang dirawat di Bangsal Jantung RSUP DR. M. Djamil Padang. Untuk mendapatkan 1 sampel, peneliti menggunakan metode *purposive sampling* yang mana cara pengambilan sampel harus sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- g. Peneliti meminta persetujuan dari responden dan memberikan lembaran informed consent untuk ditandatangani oleh responden.
- h. Peneliti melakukan kontrak dengan responden untuk memberikan asuhan keperawatan

2. Proses Asuhan Keperawatan

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dimana peneliti mendapat keterangan atau informasi secara lisan dari responden (Sucipto, 2020). Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi partisipan dan menjalin hubungan baik, agar komunikasi berjalan dengan lancar. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti di tujukan kepada partisipan dan keluarga yang berupa pertanyaan terbuka agar peneliti dapat menggali dengan baik data dari partisipan. Peneliti melakukan wawancara tentang kondisi partisipan yang menderita CHF agar dapat membantu peneliti dalam menentukan masalah dan melakukan tahap selanjutnya. Yang diwawancarai peneliti pada pasien dan keluarga yaitu identitas pasien dan penanggung jawabnya, pola aktivitas sehari-hari pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga

b. Observasi

Metode pengamatan atau observasi dalam suatu penelitian adalah suatu prosedur yang terencana, yang meliputi melihat dan mencatat fenomena tertentu yang berhubungan dengan masalah yang diteliti (Sucipto, 2020). Yang diobservasi pada pasien CHF biasanya yaitu memantau tanda-tanda vital, memonitor intake dan output serta memantau infus dan penggunaan O₂ jika terpasang pada pasien. Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi atau melihat yang menyakut dengan aspek fisik, mental, sosial dan spiritual pasien.

c. Pengukuran

Metode pengumpulan data dengan pengukuran yaitu mengukur besaran nilai variabel pada obyek penelitian dengan menggunakan alat ukur sesuai variabel yang diukur (Sucipto, 2020). Dalam penelitian ini, peneliti mengukur menggunakan alat ukur

pemeriksaan yaitu mengukur tanda-tanda vital, pengukuran intake dan output, pengukuran tinggi badan dan pengukuran berat badan. Melakukan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi).

d. Studi Dokumentasi

Metode dokumenter dalam suatu penelitian yaitu metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mengutip dari dokumentasi atau sumber-sumber kepustakaan seperti laporan-laporan rutin suatu institusi atau unit pelayanan kesehatan (Sucipto,2020). Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli berupa gambar, dan tabel atau daftar periksa. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yaitu data dari rekam medik pasien berupa hasil laboratorium, EKG, rontgen thorax ,obat dan terapi yang diberikan. Sedangkan dokumentasi yang dilakukan peneliti yaitu mendokumentasikan pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan keperawatan.

F. Jenis-jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari pasien. Data primer penelitian ini didapatkan dari pengkajian kepada pasien yang meliputi: Identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder umumnya berupa rekam medis dokter,data penunjang, catatan atau laporan historia yang telah tersusun dalam arsip yang di publikasikan (Bungin, 2017). Data sekunder adalah data yang telah tersedia hasil pengumpulan data untuk keperluan tertentu, yang dapat digunakan sebagian atau seluruhnya sebagai sumber data penelitian

(Saryono dan Anggraeni, 2013). Data sekunder penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medis di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder berupa hasil laboratorium yaitu pemeriksaan sampel darah meliputi Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Hematokrit, Total protein, Albumin, Bilirubin total, SGOT, SGPT, Kalsium, Ureum Darah, Kreatinin Darah, Troponin I, Gula Darah Sewaktu, Natrium, Klorida, kalium, globulin, LDH, pH 7.59, PCO_2 , PO_2 , dan HCO_3^- serta pemeriksaan diagnostik meliputi EKG dan USG thorak.

G. Analisis Data

Analisis yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada Klien dengan CHF ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan. Data yang didapatkan berdasarkan hasil pengkajian di analisa kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisis data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan sesuai dengan panduan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dilanjutkan dengan menyusun intervensi keperawatan dengan panduan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), melaksanakan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah didapatkan hasil pengkajian, perumusan diagnosis dan intervensi, serta pelaksanaan implementasi dan evaluasi. Setelah itu penulis akan membandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF. Analisa yang dilakukan peneliti adalah untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien dilapangan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Penyakit Jantung Terpadu (IPJT) RSUP Dr. M. Djamil Padang. IPJT dibagi menjadi 2 ruangan yaitu Bangsal Jantung dan CVCU. Penelitian ini dilakukan di Bangsal Jantung yang terdiri dari beberapa ruangan yaitu HCU, Isolasi dan Rawatan 14 tempat. Bangsal Jantung dipimpin oleh karu, karu dibantu oleh katim dan beberapa perawat pelaksana yang dibagi menjadi 3 shift yaitu pagi, siang dan malam. Pengambilan kasus dilakukan di ruangan HCU Bangsal jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian yang dilakukan di Bangsal Jantung melibatkan 1 partisipan yaitu Tn. H yang memiliki diagnosa medis CHF.

1. Hasil Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan peneliti dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang dilihat dari hasil studi dokumentasi adalah sebagai berikut :

Pasien laki-laki yang bernama Tn. H dengan No. RM 00.93.38.07 berusia 38 tahun, Lahir di Padang tanggal 26 Juni 1983. Pasien bekerja sebagai pegawai swasta, pendidikan terakhir SLTA dan beragama Katholik yang berstatus kawin. Alamat di Jl.Dobi V No.42 E RT 001/011 KP Pondok Padang Barat. Pasien dirawat dengan diagnosa medis CHF Fc IV ec iskemik DCM.

Tn. H masuk rumah sakit melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 03 Maret 2022 jam 02.38 WIB dengan keluhan sesak napas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, sesak dirasakan terus menerus sejak 1 bulan terakhir serta mengeluh Nyeri dada yang rasanya seperti di tusuk-tusuk di dada kiri menjalar sampai

ke bahu kiri sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan badan terasa lemah, lelah dan edema pada ekstermitas bawah.

Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 03 Maret 2022 pukul 14.30 WIB dan pasien dalam hari rawatan pertama. Tn. H mengatakan napas masih sesak saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari, pasien juga mengeluh badan terasa lemah dan lelah, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan susah beristirahat saat malam hari karena sesak napas. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kirinya sudah berkurang dan hilang timbul dengan skala 2 durasinya ± 15 menit. Pasien juga mengeluh batuk. Kedua kaki edema.

Tn.H mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Pasien menderita penyakit jantung sejak 7 tahun yang lalu dimana pasien memiliki riwayat PTCA 2 stent tahun 2015 dan PTCA 1 stent 5 bulan yang lalu. Saat ini merupakan rawatan ke 7 pasien. Pasien rutin kontrol ke dokter jantung dan mendapatkan terapi clopidogrel 1x75 mg, atorvastatin 1x20 mg, bisoprolol 1x1,25 mg, spironolacton 1x25 mg dan ISDN 1x5 mg. Pasien mengatakan merokok sejak umur 18 tahun dan satu hari menghabiskan ± 3 bungkus rokok, namun sekarang pasien sudah berhenti merokok sejak 1 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan sering mengkonsumsi makanan berminyak seperti goreng-gorengan dan makan berlemak seperti jeroan.

Tn.H mengatakan bahwa ibu nya menderita hipertensi dan ayah nya memiliki riwayat jantung. Tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular dan DM.

Pola makan dan minum pasien yaitu saat sehat pasien makan 2-3 kali sehari dengan komposisi ; nasi 1 piring yang terdiri dari 1 potong lauk pauk dan sayur-sayuran. Konsumsi buah-buahan seperti jeruk dan pisang. Pasien juga suka makan goreng-gorengan dan jeroan. Ketika

sakit nafsu makan klien berkurang, pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6 kg dalam 6 bulan terakhir. Pasien makan 3 x sehari dan mendapat diit MC DJ III + 3 pt, pasien hanya menghabiskan 1/3 porsi. Saat sehat pasien minum \pm 6-7 gelas air putih perhari.. Saat sakit pasien minum air putih \pm 2-3 aqua gelas perhari, minum susu dan jus yang diberikan rumah sakit. Selama sakit minum pasien dibatasi karena edema di ekstremitas.

Pola eliminasi pasien yaitu saat sehat pasien BAK 5-6 kali sehari berwarna kuning dan bau khas. BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek-padat. Selama dirawat di rumah sakit pasien terpasang kateter urine, urine tampak berwarna kuning pekat, sebanyak \pm 1700 perhari dan untuk BAB pasien belum ada BAB selama 3 hari terakhir.

Pola istirahat dan tidur pasien yaitu saat sehat pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan tidur selama 6-7 jam perhari. Pasien mengatakan jarang tidur siang. Pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien merasa gelisah dan susah untuk tidur karena sesak napas. Pasien tidur \pm 5 jam dan sering terbangun.

Pola aktivitas pasien yaitu ketika sehat pasien bekerja sebagai pegawai swasta. Pasien dapat beraktivitas dengan baik tanpa gangguan. Setelah sakit pasien sangat susah melakukan aktivitas sehari-hari karena cepat lelah, sesak napas dan kaki bengkak. Semenjak dirawat pasien merasa badannya lemas dan napas sesak apabila beraktivitas, bahkan terasa sesak saat istirahat. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien membutuhkan bantuan dari keluarga dan perawat.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, pasien tampak lemah dan pucat dengan kesadaran compos mentis, GCS 15. Hasil pengukuran TD 105/70 mmHg, nadi 120 x/i, pernapasan 29 x/i dan suhu 36,6 °C. TB 174 cm dan BB 63 Kg. Pada hasil pemeriksaan didapatkan rambut

pasien bewarna hitam, kusam dan tidak mudah rontok, pendengaran baik, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis dan sklera ikterik, penciuman baik, terdapat pernafasan cuping hidung, ada karies pada gigi, mukosa bibir kering dan pucat. Terdapat pembesaran vena jugularis. JVP : 5 + 3 cmH₂O. Pada pemeriksaan paru-paru, inspeksi : simetris kiri dan kanan, palpasi : fremitus kiri dan kanan sama, perkusi : terdengar sonor dan auskultasi bronkovesikuler, Ronchi +/+. Pemeriksaan jantung, inspeksi : ictus cordis tidak terlihat, palpasi : ictus cordis tidak teraba, perkusi : pekak, batas jantung atas RIC II, batas jantung kanan LSD, batas jantung kiri LCMS RIC V dan auskultasi : S1 S2 irreguler. Pada pemeriksaan abdomen, inspeksi : perut tampak asites, auskultasi : bising usus normal, palpasi : ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan limpa dan saat perkusi thympani. Tidak ada edema pada ekstermitas atas, terpasang infus pada ekstermitas atas kiri, CRT < 2 detik. Edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm dan akral teraba dingin.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 03 Maret 2022 menunjukkan nilai : Hemoglobin 14 g/dL (N : 13-16), Leukosit 14,9 10³/mm³ (N : 5-10), Trombosit 312 10³/mm³ (N : 150-400) dan Hematokrit 39 % (N : 40-48), Total protein 5 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,4 g/dL (N : 3,8-5) , Bilirubin total 3,3 mg/dL (0,3-1,0), SGOT 34 U/L (N : < 38), SGPT 30 U/L (N : < 41), Kalsium 8.8 mg/dL (N : 8.1-10.4), Ureum Darah 36 mg/dL (N :10-50), Kreatinin Darah 0,7 mg/dL (N :0.8-1.3), Troponin I 28 ng/L (2-100) dan Gula Darah Sewaktu 105 mg/dL (N : 50-200). Natrium 122 mmol/L (N:136-145), Klorida 82 mmol/L (N: 97-111). pH 7.59 (N : 7.35-7.45), PCO₂ 24,3 (N : 35-45), PO₂ 107.4 (N : 83-108), dan HCO₃⁻ 24,1 mmol/L (N : 21-28).

Dilakukan pemeriksaan tanggal 04 Maret 2022 : Kalsium 7,6 mg/dL (N:8,1-10,4), Natrium 125 mmol/L (N:136-145), Kalium 3,1 mmol/L (N: 3,5-5,1) dan Klorida 80 mmol/L (N:97-111)

Dilakukan pemeriksaan tanggal 06 Maret 2022 : Total protein 5,6 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,8 g/dL (N : 3,8-5), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7), LDH 389 U/L (N :135-225) dan Gula Darah Sewaktu 97 mg/dL (N : 50-200).

Hasil pemeriksaan EKG Kamis/03 Maret 2020 : ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-). USG Thoraks Senin/07 Maret 2022 : Efusi Pleura dekstra minimal dan Efusi Pleura sinistra minimal.

Program terapi pengobatan yang didapatkan oleh Tn. H yaitu : pemberian O₂ , IVFD RL 500cc/24 jam, Lansoprazole 1x30 mg (IV), Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 5 mg/jam (IV), Nitroglicerine (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), Levofloxacin 1 x 75 mg (IV), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), VDCA 3 x 1 tab (PO), Inbumin 3 x 1 tab (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO)

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan peneliti menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan keluhan yang ditemukan pada pasien saat pengkajian selama pasien dirawat oleh peneliti di mulai tanggal 03 Maret 2022 sampai 7 Maret 2022. Ada ditemukan beberapa masalah keperawatan pada pasien. Berikut ini merupakan diagnosis keperawatan yang muncul terhadap pasien :

Diagnosa keperawatan pertama yaitu Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, dibuktikan dengan dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan sesak napas baik saat beraktivitas maupun istirahat dan juga sesak napas pada malam hari, pasien mengatakan mudah lelah dan badan terasa lemah, pasien juga mengeluh batuk. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak

pucat, Akral teraba dingin, Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm, Vena Jugularis membesar JVP 5 + 3 cmH₂O, TD : 105/70 mmHg, Nadi : 120 x/i, nadi teraba lemah, RR : 29 x/i, gambaran EKG ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-).

Diagnosa keperawatan kedua yaitu Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh sesak napas, sedang data objektif yang didapatkan yaitu nilai PCO₂ menurun (PCO₂ 24,3 mmHg), kadar pH meningkat (Ph 7.59), Nadi 120 x/i, ronkhi (+), tampak pernafasan cuping hidung, RR 29 x/i, tampak pucat, dan tampak gelisah.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh lelah, pasien mengatakan sesak napas meningkat setelah beraktivitas dan pasien mengatakan badan terasa lemah. Data Objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak pucat, pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, TD : 105/70 mmHg, Nadi : 120 x/i, RR : 29 x/i dan Hasil EKG : ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-).

Diagnosa keperawatan keempat yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan sesak napas baik saat beraktivitas maupun istirahat dan juga sesak napas pada malam hari dan data objektif yaitu edema ekstremitas bawah, terdengar ronkhi, kongesti paru, balans cairan positif, JVP 5 + 3 cmH₂O dan Hematokrit 39 %.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, maka diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada kasus mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berikut adalah rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan .

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
Rencana Asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnose pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu curah jantung meningkat, dan status sirkulasi membaik dengan intervensi berdasarkan SIKI yaitu **Perawatan Jantung** dengan Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, Monitor intake dan output cairan, Monitor keluhan nyeri dada, Memonitor kelainan irama dan frekuensi jantung, Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap dan Kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Untuk intervensi **Pemantauan Tanda Vital** dengan Monitor tekanan darah, Monitor frekuensi, irama dan kekuatan nadi, Monitor frekuensi dan kedalaman pernapasan dan Monitor suhu tubuh

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

Rencana Asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnose kedua Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu pertukaran gas meningkat dengan intervensi berdasarkan

SIKI yang pertama yaitu **Pemantauan Respirasi** dengan Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, Monitor pola nafas , Palpasi kesimetrisan ekspansi paru, Auskultasi bunyi napas, Monitor saturasi oksigen, Monitor nilai AGD, Kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Intervensi **Terapi Oksigen** dengan Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor posisi alat terapi oksigen, Monitor efektifitas terapi oksigen, Monitor tanda-tanda hipoventilasi, Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, Pertahankan kepatenan jalan nafas dan Kolaborasi penentuan dosis oksigen

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Rencana Asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnose ketiga intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu toleransi aktifitas meningkat dengan intervensi berdasarkan SIKI yaitu **Manajemen Energi** dengan Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- Rencana Asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnose keempat Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu keseimbangan cairan meningkat dan status cairan membaik dengan intervensi berdasarkan SIKI yaitu **Manajemen Hipervolemia** dengan Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan), Monitor intake dan

output cairan, Monitor kecepatan infus secara ketat, Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 °C, Ajarkan cara membatasi cairan dan Kolaborasi pemberian diuretik. Intervensi **Pemantauan Cairan** dengan Identifikasi faktor resiko ketidak-seimbangan cairan, Monitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah dan berat badan, Monitor elastisitas atau turgor kulit, Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, Monitor albumin total dan kadar protein, Monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium), Monitor intake dan output cairan dan Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan rencanakan asuhan keperawatan yang telah dibuat. Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari yang dimulai dari tanggal 03 Maret 2022 sampai 7 Maret 2022. Berikut adalah implementasi yang dilakukan.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
Implementasi yang dilakukan pada diagnosa pertama diantaranya mengidentifikasi tanda-tanda penurunan curah jantung, memonitor intake dan output cairan, mengkaji adanya keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-fowler, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, melakukan pemantauan tanda vital dan kolaborasi pemberian terapi dengan dokter: RL 500 cc/24 jam, Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 5 mg/jam (IV), Nitroglycerin (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Inbumin 3 x 1 tab (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO).

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

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa kedua diantaranya memonitor frekuensi nafas dan bunyi nafas tambahan, memperhatikan kesimetrisan ekspansi paru, mengauskultasi bunyi nafas, memonitor saturasi oksigen, memonitor nilai AGD, memberikan oksigen NRM 12 liter/i, mengajarkan tarik nafas dalam, mengatur posisi semi fowler dan kolaborasi pemberian terapi dengan dokter.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Implementasi yang dilakukan pada diagnose ketiga diantaranya mengidentifikasi adanya gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola jam tidur, menganjurkan tirah baring, menganjurkan aktifitas secara bertahap, memonitor asupan nutrisi klien sebagai sumber energy yang dimiliki klien, menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan fisik berkurang, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus menghindari banyak suara di dalam ruang rawatan, memposisikan klien dengan posisi fowler, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan dengan cara istirahat yang cukup, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keempat diantaranya memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan), memonitor intake dan output cairan, memonitor hasil labor (hematokrit, protein, albumin), memposisikan semi fowler, berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter, dan memonitor TTV

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien maka dilakukan evaluasi keperawatan. Evaluasi dilakukan setiap hari selama 5 hari rawatan. Evaluasi menggunakan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan terhadap pasien. Evaluasi yang didapatkan sebagai berikut :

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan tidak sesak napas, lelah dan lemas berkurang, tidak pucat, akral teraba hangat, edema berkurang dengan kedalaman 1 mm, CRT < 2 detik, tekanan darah 104/68 mmHg, nadi dalam rentang normal 92 x/i dan pernapasan dalam rentang normal 17 x/i dan JVP 5 + 1 cmH₂O. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

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

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan napas sudah tidak sesak, irama pernapasan teratur, RR 17 x/menit, bunyi napas ronchi tidak ada lagi, pernafasan cuping hidung tidak ada, pasien tidak terpasang oksigen, pasien sudah tampak lebih tenang dan pasien tidak tampak pucat. Hasil labor : pH 7.44, PCO₂ 33 mmHg. Saturasi oksigen 98 %. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

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

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan sudah agak bertenaga dan tidak sesak napas saat bergerak hanya sesekali, pasien sudah tirah baring tapi sudah bisa duduk pasien sudah merasa lemah dan lelah berkurang. Tekanan darah: 104/68 mmHg, nadi dalam batas normal 92 x/i, dan pernapasan dalam batas normal 17 x/i. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan .

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan tidak sesak napas, edema masih ada dengan kedalaman 1 mm, vena jugularis masih tampak membesar, JVP 5 +1 cmH₂O, Intake : 1800 cc, Output : 3400 cc, TD : 104/68 mmHg, Nadi : 92 x/I, RR : 17 x/I, suhu : 36,5 °C dan hasil labor : Hematokrit 40 %, Total protein 5,6 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,8 g/dL (N : 3,8-5), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7),

C. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada Tn. H dengan penyakit CHF yang telah dilakukan pengkajian sejak tanggal 3 Maret sampai dengan 7 Maret 2022 di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tahapan asuhan yang dimulai pada tahap pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, hingga proses evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien (Induniasih dan Hendarsih, 2018).

a. Identitas Klien

Tn. H berusia 38 tahun bekerja sebagai pegawai swasta dengan tingkat pendidikan terakhir SLTA. Pasien berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung atau *congestive heart failure* berdasarkan diagnosis dokter meningkat seiring bertambahnya usia, prevalensi CHF pada kelompok umur dibawah satu tahun (0,1%), umur 1-4 tahun (0,4%), umur 5-14 (0,7%), 15-24 tahun (0,7%), 25-34 tahun (0,8%), 35-44 tahun (1,3%), 45-54 tahun (2,4%), 55-64 tahun (3,9%), 65-74 tahun (4,6 %) dan diatas 75 tahun (4,7%). Prevalensi tertinggi pada usia diatas 75 tahun yaitu sebanyak (4,7%). Hal ini kurang sejalan dengan hasil penelitian dimana Prevalensi CHF paling banyak pada umur > 55 tahun.

Berdasarkan penelitian (Purbianto dan & Agustanti, 2015) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dari 97 responden dan jenis kelamin laki-laki lebih berisiko dari pada perempuan yaitu 68,4% dari 97 responden. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang didapatkan dimana responden berjenis kelamin laki-laki.

Menurut analisa peneliti semakin bertambah usia semakin berisiko terkena CHF hal ini disebabkan proses penuaan yang terjadi pada individu akan dapat menyebabkan proses perubahan arterosklerosis sehingga aliran darah dan nutrisi terhambat selain itu jenis kelamin juga mempengaruhi kenapa laki-laki lebih rentan terkena penyakit gagal jantung dibandingkan perempuan karena perempuan memiliki efek perlindungan dari hormon esterogen yang

meningkatkan rasio *high density lipoprotein* (HDL) untuk mencegah terjadinya proses *athrosklerosis* sampai perempuan tersebut menopause kolesterol pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan sebelum menopause namun setelah menopause kadar kolesterol perempuan lebih meningkat menjadi lebih tinggi dari pada laki-laki.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama

Pada saat pengkajian Tn. H masuk rumah sakit dengan keluhan sesak napas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, sesak dirasakan terus menerus sejak 1 bulan terakhir serta mengeluh Nyeri dada yang rasanya seperti di tusuk-tusuk di dada kiri menjalar sampai ke bahu kiri sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan badan terasa lemah, lelah dan edema pada ekstermitas bawah. Keluhan tersebut sesuai dengan teori Muttaqin (2012) bahwa pada pasien CHF biasanya didapatkan keluhan sesak napas, kelemahan fisik dan edema sistemik dan keluhan nyeri dada tersebut sesuai dengan teori Aspiani, (2017) bahwa pada klien CHF biasanya keluhan yang dirasakan adalah nyeri dada (chest pain).

Sesak napas ini disebabkan apabila suplai darah tidak lancar diparu paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah diparu-paru, sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam didalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru paru (Kasron, 2016).

Hasil pengkajian pada klien juga didapatkan keluhan badan terasa lemah, hal ini terjadi karena curah jantung yang kurang sehingga menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme, juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi karena disstres pernapasan dan batuk. Perfusi yang kurang pada otot-otot rangka menyebabkan kelemahan dan kelelahan (Kasron, 2016).

Edema yang dialami pada pasien CHF disebabkan oleh suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosterone dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial (Kasron, 2016).

Hasil data keluhan utama yang didapatkan peneliti sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) di Ruang HCU RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang dimana keluhan utama pada pasien CHF yaitu sesak nafas, kaki bengkak, badan terasa lemah, lelah, sesak setelah atau saat melakukan aktifitas.

Menurut analisa peneliti keluhan yang ditemukan pada Tn. H sesuai dengan teori yang ada pada pasien CHF. Keluhan yang ditimbulkan pada pasien CHF disebabkan karena kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan oleh tubuh, hal ini terjadi karena kelainan otot-otot

jantung sehingga jantung tidak bisa bekerja secara normal sehingga dapat menyebabkan sesak napas, badan lemah, nyeri dada dan edema pada ekstermitas seperti yang dirasakan oleh Tn.H.

2) Keluhahan Saat Dikaji

Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 03 Maret 2022 pukul 14.30 WIB dan pasien dalam hari rawatan pertama. Tn. H mengatakan napas masih sesak saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari, pasien juga mengeluh badan terasa lemah dan lelah, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan susah beristirahat saat malam hari karena sesak napas. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kirinya sudah berkurang dan hilang timbul dengan skala 2 durasinya ± 15 menit. Pasien juga mengeluh batuk. Kedua kaki edema.

Hal ini sesuai dengan teori (Muttaqin, 2012), Keluhan saat dikaji pada pasien CHF biasanya akan mengeluh dispnea, orthopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk, dan edema pulmonal akut. Pada pengkajian dispnea dikaji apakah mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan insomnia, gelisah dan kelemahan fisik. Selain itu teori Sukarmin (2016) menyebutkan tanda dan gejala CHF terbagi dua yaitu pada gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Pada gagal jantung kiri biasanya mengalami dispnea, batuk, mudah lelah, cemas dan gelisah. Sedangkan pada gagal jantung kanan biasanya terdapat edema pada ekstermitas bawah, mual, muntah dan nafsu makan menurun.

Data yang didapatkan peneliti sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mansyur, 2021) di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dimana keluhan pasien CHF saat

dikaji adalah Pasien baru dirawat hari ke-1. Pasien mengeluh sesak nafas , tubuh lemas sesak juga dirasakan pada saat melakukan aktivitas seperti (bangun dari tempat tidur , dan berdiri), dan pasien mengatakan kurang tidur akibat sesak yang dialami pada malam hari, Bengkak pada ke2 kaki, dan tangan kiri, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada saat bernafas.

Berdasarkan analisa peneliti, gejala yang dirasakan oleh Tn. H terdapat pada teori yang mana pasien CHF dengan grade IV yaitu akan mengalami kongestive atau kegagalan pemompaan pada kedua ventrikel kiri dan kanan hal ini menyebabkan pasien sesak napas bahkan saat istirahat. Keluhan lain yang dialami yaitu badan lemah, gelisah, sulit tidur, lelah, kedua kaki edema dan tidak nafsu makan. Menurut peneliti tidak ada kesenjangan tanda dan gejala pada pasien dengan teori yang ada.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Pasien menderita penyakit jantung sejak 7 tahun yang lalu dimana pasien memiliki riwayat PTCA 2 stent tahun 2015 dan PTCA 1 stent 5 bulan yang lalu. Saat ini merupakan rawatan ke 7 pasien. Pasien rutin kontrol ke dokter jantung dan mendapatkan terapi clopidogrel 1x75 mg, atorvastatin 1x20 mg, bisoprolol 1x1,25 mg, spironolacton 1x25 mg dan ISDN 1x5 mg.. Pasien mengatakan merokok sejak umur 18 tahun dan satu hari menghabiskan \pm 3 bungkus rokok, namun sekarang pasien sudah berhenti merokok sejak 1 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan sering mengkonsumsi makanan berminyak seperti goreng-gorengan dan makan berlemak seperti jeroan.

Penyakit CHF dapat disebabkan oleh beberapa faktor resiko, sebagaimana yang dijelaskan oleh Muttaqin (2012) yaitu biasanya pasien CHF sebelumnya pernah menderita hipertensi dan meminum obat-obat anti hipertensi. Selain itu menurut Aspiani (2014), faktor resiko yang mempengaruhi CHF yaitu merokok, hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, kurang aktivitas fisik, stress emosi dan diabetes mellitus.

Riwayat kesehatan dahulu yang ditemukan pada Tn. H yaitu tekanan darah tinggihan kebiasaan merokok merupakan pemicu terjadinya CHF seperti yang didapatkan pada penelitian Pubianto dan Agustanti (2015) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dari 97 responden yang menderita CHF disebabkan karena faktor pemicu diantaranya kebiasaan merokok 64,6 %, riwayat hipertensi 65,8 %, hiperkolesterol 56,2 % dan kadar gula darah dalam darah 52,7 %.

Berdasarkan analisa peneliti faktor risiko yang menjadi pemicu penyakit CHF pada Tn. H adalah merokok, suka makan goreng-gorengan dan jeroan yang dapat menyebabkan hiperkolesterol, hipertensi, kurang aktivitas fisik, dan emosi yang tidak terkontrol. Jadi faktor pemicu yang ditemukan pada teori memang nyata ditemukan pada pasien CHF.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan pasien, ibu pasien menderita hipertensi dan ayah pasien memiliki riwayat jantung. Tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular.

Menurut penelitian Pubianto dan Agustanti (2015) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dari 97 responden yang

menderita CHF berdasarkan riwayat keluarga didapatkan sebagian besar memiliki riwayat keluarga penyakit jantung dengan 73,8 % dan memiliki riwayat hipertensi 65,8 %.

Menurut Aspiani (2014), Biasanya pasien CHF mempunyai faktor resiko keturunan, biasanya keluarga pernah menderita penyakit yang sama yaitu CHF atau penyakit jantung lainnya seperti penyakit jantung koroner, kardiomiopati, penyakit jantung kongenital, penyakit pembuluh darah, perikarditis, penyakit katub jantung dan miokarditis.

Berdasarkan analisa peneliti, penyakit yang diderita Tn. H dapat dipengaruhi oleh faktor risiko keturunan dimana ibu dari Tn. H menderita hipertensi dan ayah Tn.H yang menderita penyakit jantung.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola nutrisi, Tn. H merasakan nafsu makan berkurang sesuai dengan teori menurut Kasron (2014) gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, dan anoreksia. Sesuai juga dengan teori menurut Sukarmin (2016), yaitu pada pasien CHF biasanya datang dengan keluhan berat badan meningkat, mual, muntah dan nafsu makan menurun mungkin ini disebabkan oleh dinding usus atau kongesti hepar. Berdasarkan teori, tidak semua keluhan yang ditemukan pada teori dirasakan oleh Tn.H. seperti mual, muntah, anoreksia dan penambahan BB yang signifikan tidak dirasakan oleh Tn.H.

Pola eliminasi, Tn. H belum BAB selama 3 hari belakangan sesuai dengan teori menurut Wijaya dan Putri (2013), yaitu biasanya pada pasien CHF diare/ konstipasi. Pola istirahat dan tidur, Tn. H

mengatakan gelisah dan susah tidur karena sesak napas sesuai dengan teori menurut Aspiani (2014), yaitu pada pasien CHF biasanya mengalami insomnia, gelisah, dyspnea pada saat istirahat, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal.

Pola aktivitas dan latihan, Tn.H mengeluh susah melakukan aktivitas sehari-hari karena cepat lelah, sesak napas dan badan terasa lemas. Saat istirahat pun sering terasa sesak napas. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien membutuhkan bantuan dari keluarga dan perawat. Sesuai dengan teori Kasron (2016) mudah lelah pada pasien CHF terjadi karena curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia terjadi yang terjadi karena distress pernafasan dan batuk. Pada pasien CHF NYHA IV ditemukan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apa pun (Aspiani, 2014).

Data yang didapatkan sejalan dengan penelitian (Rahmayati, 2020) di RSUP Dr.M.Djamil Padang dimana pola aktivitas sehari-hari pada pasien CHF yaitu nafsu makan pasien menurun, sering BAK pada malam hari, pasien sulit tidur karena sesak napas, dan susah melakukan aktivitas sehari-hari karena cepat lelah dan sesak napas. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien membutuhkan bantuan dari keluarga dan tenaga kesehatan. Tapi pada Tn.H tidak ditemukan sering BAK pada malam hari.

Berdasarkan analisa peneliti, pola aktivitas sehari-hari yang dialami setiap pasien CHF berbeda-beda. Oleh karena itu tidak semua yang ada di teori dialami oleh Tn.H.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada Tn. H didapatkan dengan keadaan umum lemah dengan tingkat kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital yaitu TD 105/70 mmHg, nadi 120 x/l, pernapasan 29 x/i dan suhu 36,6 °C sesuai dengan teori Muttaqin (2012) dimana pada pasien CHF biasanya didapatkan kesadaran yang baik yaitu composmentis (GCS 14-15) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat. Menurut Wijaya dan Putri, (2013). Biasanya pada pasien CHF tekanan darahnya mengalami penurunan yaitu < 120 mmHg, denyut nadi cepat dan lemah, pernafasan cepat dan angkal sehingga meningkat dari batas normal >20 x/menit.

Pada hasil pemeriksaan didapatkan rambut pasien berwarna hitam, kusam dan tidak mudah rontok, pendengaran baik, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis dan sklera ikterik, penciuman baik, terdapat pernafasan cuping hidung, ada karies pada gigi, mukosa bibir kering dan pucat. Terdapat pembesaran vena jugularis. JVP : 5 + 3 cmH₂O. Hal ini sejalan dengan teori Muttaqin (2012) yaitu Pada pasien CHF biasanya konjungtiva anemis karena kekurangan oksigen, sklera ikterik karena pelebaran hepar dan palpebra membengkak. Biasanya pada pasien CHF bernafas dengan menggunakan cuping hidung. Biasanya pada pasien CHF mukosa bibir tampak pucat dan kering. Pasien CHF biasanya tampak meringis, menahan sakit, menangis, pucat, merintih, mengerang, terlihat lelah dan menggeliat. Biasanya pada pasien CHF ada distensi vena jugularis.

Pada pemeriksaan sistem pernapasan didapatkan hasil saat dilakukan inspeksi bentuk dada simetris kiri dan kanan dan penggunaan otot bantu napas, saat dilakukan palpasi dada fremitus kiri dan kanan sama, perkusi sonor pada paru kanan dan kiri dan

auskultasi terdengar bronkovesikuler dan terdengar ronkhi. Menurut teori Majid (2018) Biasanya pada pasien CHF dilakukan inspeksi tampak ada dispnea, menggunakan otot bantu pernafasan, pernafasan cuping hidung, respirasi meningkat, dan batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, kemudian dilakukan palpasi biasanya didapatkan fremitus kiri dan kanan tidak sama, selanjutnya dilakukan perkusi biasanya terdengar redup karna penumpukan cairan dan dilakukan Auskultasi biasanya didapatkan bunyi nafas ronkhi.

Pada pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan hasil pada inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi ictus cordis tidak teraba, pada saat perkusi terdengar pekak, batas jantung atas RIC II, batas jantung kanan LSD, dan batas jantung kiri LCMS RIC V dan saat auskultasi terdengar irama jantung S1 S2 irreguler. Sedangkan berdasarkan teori pada pasien CHF biasanya jika melakukan inspeksi pada jantung akan tampak Ictus kordis terlihat, palpasi biasanya didapatkan Ictus kordis teraba kuat angkat, perkusi biasanya ditemukan batas jantung melebar karena ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali) dan saat dilakukan auskultasi biasanya akan terdengar bunyi jantung S3 (gallop) (Aspiani, 2014).

Pada pemeriksaan abdomen, inspeksi : perut tampak asites, auskultasi : bising usus normal, palpitasi : ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan limpa dan saat perkusi thympani. Sedangkan menurut teori pada pasien CHF biasanya mengalami distensi abdomen (Asites), nyeri abdomen, bunyi usus meningkat atau normal, hepar membesar (Aspiani, 2014).

Pada ekstermitas Tn.H tampak edema pada kedua ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm, CRT < 3 detik dan akral teraba

dingin. Sedangkan menurut teori biasanya pada pasien CHF terdapat edema yang mana edema mungkin dependen, umum atau pitting khususnya pada ekstermitas, sakit pada otot, CRT > 3 detik, akral teraba dingin (Majid, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Rahmayati, 2020) di RSUP Dr.M.Djamil pada pemeriksaan fisik ditemukan kesadaran pasien compos mentis, Tekanan darah tinggi, takipnea, nadi normal, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, terdapat pembesaran vena jugularis. Pada pemeriksaan paru-paru, inspeksi : simetris kiri dan kanan, palpitasi : fremitus kiri dan kanan sama, penggunaan otot bantu napas, perkusi : terdengar sonor dan auskultasi vesikuler, Ronchi. Pemeriksaan jantung, inspeksi : ictus cordis tidak tampak, palpasi : ictus cordis teraba di RIC V, perkusi : pekak, batas jantung atas RIC II, batas jantung kanan LSD, batas jantung kiri line axilaris anterior sinistra RIC VI dan auskultasi :S1 S2 irreguler. Pada pemeriksaan abdomen, inspeksi : perut tidak buncit, auskultasi : bising usus normal, palpitasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan perkusi : thympani. Edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 2 mm dan akral teraba dingin.

Berdasarkan analisa peneliti tidak semua data pemeriksaan fisik pada teori ditemukan pada pasien CHF saat penelitian. Seperti fremitus kiri dan kanan tidak sama pada pemeriksaan paru, Ictus kordis terlihat, palpasi biasanya didapatkan Ictus kordis teraba kuat angkat, perkusi biasanya ditemukan batas jantung melebar karena ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali) dan saat dilakukan auskultasi biasanya akan terdengar bunyi jantung S3 (gallop) pada pemeriksaan jantung, hepar membesar pada pemeriksaan abdomen, CRT > 3 detik. Ini

disebabkan karena respon tubuh setiap orang berbeda-beda terhadap penyakit.

e. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn. H adalah Hemoglobin 14 g/dL (N : 13-16), Leukosit $14,9 \times 10^3/\text{mm}^3$ (N : 5-10), Trombosit $312 \times 10^3/\text{mm}^3$ (N : 150-400) dan Hematokrit 39 % (N : 40-48), Total protein 5 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,4 g/dL (N : 3,8-5) , Bilirubin total 3,3 mg/dL (0,3-1,0), SGOT 34 U/L (N : < 38), SGPT 30 U/L (N : < 41), Kalsium 8.8 mg/dL (N : 8.1-10.4), Ureum Darah 36 mg/dL (N :10-50), Kreatinin Darah 0,7 mg/dL (N :0.8-1.3), Troponin I 28 ng/L (>100) dan Gula Darah Sewaktu 105 mg/dL (N : 50-200). Natrium 122 mmol/L (N:136-145), Klorida 82 mmol/L (N: 97-111) Analisa gas darah pH 7.59 (N : 7.35-7.45), PCO₂ 24,3 mmHg (N : 35-45), PO₂ 107.4 mmHg (N : 83-108), dan HCO₃⁻ 24,1 mmol/L (N : 21-28), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7), LDH 389 U/L (N :135-225).

Hasil pemeriksaan laboratorium yang diperlukan pada pasien CHF menurut Kasron (2016) yaitu Albumin yang mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein dapat menyebabkan edema pada wajah atau tungkai, nafsu makan berkurang, mual dan muntah. Kolesterol atau trigliserida akan meningkat, hal ini menunjukkan arterosklerosis sebagai penyebab infark miokard. Laktat Dehidrogenesis (LDH), enzim yang dimiliki hampir semua sel dalam tubuh salah satunya pada jantung. Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂. Pemeriksaan AGD diperlukan untuk mengetahui gangguan keseimbangan asam basa yang dapat menyebabkan sesak napas, napas cepat, kelelahan dan syok.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak normal dapat menyebabkan gangguan pada pasien. Menurut Sosialine (2011), Hematokrit menurun dapat menyebabkan gagal jantung, kematian dan menunjukkan anemia jika meningkat dapat menyebabkan pembekuan darah spontan. Leukosit meningkat dapat menyebabkan tubuh lemah, sulit bernapas, pandangan terganggu, pusing, dan berkeringat. Ureum dan Kreatinin meningkat dapat menyebabkan sesak napas, merasa cepat lelah, pembengkakan dibagian tubuh seperti ekstermitas, wajah, perut dan mata. Pemeriksaan ureum dan kreatinin untuk mengetahui gangguan pada fungsi ginjal. HDL terganggu dapat menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah arteri jantung, serangan jantung dan stroke.

Pemeriksaan EKG Tn. Y yaitu ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-)..

Menurut penelitian (Raka et al., 2015) di IRNA F-Jantung RSUP Pof Dr. R D. Kandou Manado, gambaran EKG pada pasien gagal jantung kongestif dapat menunjukkan berbagai macam kelainan. Terkadang pasien dengan gagal jantung kongestif dapat memberikan gambaran EKG normal, atau hanya menunjukkan sinus takikardi tanpa kelainan lainnya. Secara umum, hasil EKG pada pasien gagal jantung kongestif memberikan gambaran hipertrofi ventrikel kiri (LVH), semua jenis aritmia atrium dan ventrikel, blok konduksi atrio-ventrikular dan intraventrikel, adanya iskemia dan/atau infark miokard, hipertrofi ventrikel kanan dan kiri, serta kelainan atrium kanan.

Menurut penelitian (Sari et al., 2016), abnormalitas EKG sering dijumpai pada gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai

prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung. Tetapi juga ditemukan hasil EKG normal, jika EKG normal, diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (<10%).

Berdasarkan analisa peneliti tidak semua yang ada di teori peneliti temukan pada Tn. H. Hasil laboratorium seperti pemeriksaan darah rutin dan pemeriksaan jumlah trombosit pada Tn. H dalam batas normal sedangkan di teori tidak dalam batas normal dan hasil EKG abnormal juga tidak ditemukan pada pasien. Tetapi pada foto thoraks pasien ditemukan kardiomegali sesuai dengan teori. Hal ini disebabkan respon tubuh setiap orang terhadap penyakit berbeda-beda sehingga ditemukan data penunjang yang tidak selalu sama pada setiap orang.

f. Terapi Pengobatan

Program terapi pengobatan yang didapatkan oleh Tn. H yaitu : pemberian O₂ , IVFD RL 500cc/24 jam, Lansoprazole 1x30 mg (IV), Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 5 mg/jam (IV), Nitrogliserin (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), Levofloxacin 1 x 75 mg (IV), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), VDCA 3 x 1 tab (PO), Inbumin 3 x 1 tab (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO).

Terapi pengobatan yang diberikan kepada Tn.H telah sesuai dengan Kasron (2016) yaitu dengan pemberian oksigen, pembatasan cairan, terapi diuretic, dan pemberian obat ACE inhibitor untuk meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Selain itu tatalaksana farmakologis berdasarkan PERKI (2020) terapi farmakologi yang diberikan kepada klien gagal jantung adalah ACE-I, penyekat reseptor β , antagonis aldosterone,

ARB (angiotensin receptor blockers), angiotensin receptor-neprilysin inhibitor (ARNI) , ivabradine, H-ISDN, digoxin, diuretic.

Berdasarkan analisa peneliti, pemberian terapi yang peneliti temukan pada saat studi kasus sesuai dengan teori terkait pemberian terapi yang ada. Bahwa obat-obat yang didapatkan Tn. H di Rumah Sakit sesuai dengan teori obat-obatan untuk pasien CHF.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang ditandai dengan sesak napas baik saat beraktivitas maupun istirahat dan juga sesak napas pada malam hari, pasien mengatakan mudah lelah dan badan terasa lemah, pasien juga mengeluh batuk, pasien tampak pucat, Akral teraba dingin, Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm, Vena Jugularis membesar JVP 5 + 3 cmH₂O, TD : 105/70 mmHg, Nadi : 120 x/i, nadi teraba lemah, RR : 29 x/i, gambaran EKG aritmia.

Di dalam penelitian (Rahmayati, 2020) mengangkat diagnose penurunan curah jantung sebagai prioritas pertama. Hal ini sejalan dengan diagnose yang peneliti angkat didasarkan pada data mayor dan minor di dalam SDKI. Dimana peneliti berpendapat data klien sudah menunjang untuk diangkat diagnose ini.

Diagnosa ini ditegakkan karena CHF dapat disebabkan oleh hipertensi sistemik yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan afterload (Kasron,2014). Sehingga peneliti berpendapat bahwa setiap kegagalan jantung untuk memompa

darah keseluruh tubuh dapat menurunkan curah jantung.

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler yang ditandai dengan pasien mengeluh sesak napas, sedang data objektif yang didapatkan yaitu nilai PCO_2 menurun (PCO_2 24,3 mmHg), kadar pH meningkat (Ph 7.59), Nadi 120 x/i, ronkhi (+), tampak pernafasan cuping hidung, RR 29 x/i, tampak pucat, dan tampak gelisah.

Di dalam penelitian (Rahmayati, 2020) mengangkat diagnose Ganggian pertukaran gas sebagai diagnosa kedua. Hal ini sejalan dengan diagnose yang peneliti angkat didasarkan pada data mayor dan minor di dalam SDKI. Dimana peneliti berpendapat data klien sudah menunjang untuk diangkat diagnose ini.

Diagnosa ini ditegakkan pada pasien CHF yang mana ventrikel kiri gagal untuk memompakan darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal. Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru atau darah tidak masuk ke jantung menyebabkan cairan paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O_2 dan CO_2 antara udara dan darah di paru-paru (Kasron, 2016). Gagal jantung kiri menyebabkan kongestif, bendungan pada paru-paru dan gangguan pada mekanisme kontrol pernapasan sehingga menimbulkan gejala sesak napas, gelisah dan mudah lelah (wijaya dan Putri, 2013).

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan pasien mengeluh lelah, pasien mengatakan sesak napas meningkat setelah beraktivitas dan pasien mengatakan badan terasa lemah. Data Objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak pucat, pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, TD : 105/70

mmHg, Nadi : 120 x/i, RR : 29 x/i dan Hasil EKG : SR, QRS rate 85 x/menit, Axis normal, P wave N, PR interval 0,16 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change(-), LVH (-), RVH(-).

Diagnosa ketiga ini sejalan dengan hasil penelitian (Rahmayati, 2020) dimana didalam penelitian yang di lakukan juga meletakkan diagnose intoleransi aktifitas sebagai prioritas masalah yang ketiga. Menurut penelitian yang di teliti diagnose ini ditegakkan karena pada klien CHF pompa jantung ke seluruh tubuh menurun yang mengakibatkan suplai darah ke seluruh tubuh menurun, maka metabolisme jaringan juga akan menurun yang menyebabkan kelelahan dan kelemahan pada tubuh klien CHF (Kasron,2016).

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi yang ditandai dengansesak napas, edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm, vena jugularis membesar, JVP 5 + 3 cmH₂O, hasil labor : Hematokrit 39 %, terdengar ronhki, kongesti paru, dan balans cairan positif

Diagnosa keempat ini sejalan dengan hasil penelitian (Rahmayati, 2020) dimana didalam penelitian yang di lakukan juga meletakkan diagnose hipervolemia sebagai prioritas masalah yang keempat. Diagnosa ini ditegakkan pada pasien CHF karena penurunan darah keseluruhan tubuh dapat mengakibatkan suplai darah keginjal akan berkurang sehingga mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II yang mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosterone dan menyebabkan cairan ekstraintravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstial. Proses timbul masalah seperti nocturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga

redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring (Kasron,2016).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien CHF Menurut Aspiani (2014) yaitu : penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas, ansietas, dan kurang pengetahuan.

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada teori, peneliti menemukan adanya kesenjangan bahwa tidak semua diagnosa yang ada dalam teori muncul dalam kasus penelitian. Diagnosa yang tidak muncul pada pasien yaitu ansietas dan kurang pengetahuan. Diagnosa diatas tidak muncul pada pasien karena tidak ditemukan data yang memungkinkan untuk menegakkan diagnosa tersebut. Diagnosa keperawatan merupakan respon pasien terhadap perubahan patologis dan fisiologis, dimana perubahan itu timbul akibat proses penyakit yang setiap orang akan mengalami keluhan yang berbeda sehingga kesenjangan antara teori dan hasil peneliti dapat terjadi.

3. Rencana Keperawatan

Rencana Keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan klien (Induniasih dan Hendarsih, 2018).

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

- a. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload diharapkan dapat teratasi bedasarkan SLKI : mengurangi resiko penurunan curah jantung dan status sirkulasi membaik.

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan SIKI adalah yang pertama perawatan jantung :Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, monitor intake dan output cairan, monitor keluhan nyeri dada, monitor kelainan irama dan frekuensi jantung, posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap dan kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Kedua pemantauan tanda vital :monitor tekanan darah, monitor frekuensi, irama, kekuatan nadi, monitor frekuensi dan kedalaman pernapasan dan monitor suhu tubuh

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh (Putri, 2021) di dalam penelitiannya melakukan rencana tindakan perawatan jantung dan pemantauan tanda-tanda vital untuk diagnose penurunan curah jantung.

Teori Muttaqin (2012) menyebutkan pada masalah penurunan curah jantung intervensi keperawatan yaitu kaji dan laporkan tanda penurunan curah jantung, periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apikal, catat bunyi jantung, palpasi nadi perifer, pantau adanya keluaran urine, istirahatkan pasien dengan tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yang ideal, kaji perubahan pada sensorik, berikan oksigen tambahan, kolaborasi untuk pemberian diet jantung, dan kolaborasi untuk pemberian obat.

- b. Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler diharapkan dapat teratasi berdasarkan SLKI :pertukaran gas dan respon ventilasi mekanik. Rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan SIKI adalah yang pertama pemantauan respirasi yaitu monitor frekuensi, irama,

kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD dan kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Kedua terapi oksigen yaitu monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor efektifitas terapi oksigen, monitor tanda-tanda hipoventilasi, monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen dan pertahankan kepatenan jalan nafas.

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh (Rahmayati, 2020) di dalam penelitiannya melakukan pemantauan respirasi dan terapi oksigen untuk diagnose gangguan pertukaran gas.

Menurut teori Aspiani (2017), pada masalah gangguan pertukaran gas intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen jalan napas, terapi oksigen dan observasi respirasi. Pada terapi oksigen yang dilakukan yaitu pertahankan kepatenan jalan napas, observasi aliran oksigen dan berikan oksigen sesuai kebutuhan. Sedangkan pada observasi respirasi yang dilakukan yaitu observasi kecepatan, irama, dan kedalaman respirasi, catat pergerakan dinding dada, kesimetrisa, penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot interkosta, observasi pola napas, palpasi ekspansi paru, auskultasi bunyi paru setelah pemberian obat, dan observasi kemampuan batuk efektif.

- c. Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen diharapkan dapat teratasi berdasarkan SLKI :Toleransi Aktivitas. Rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan SIKI adalah manajemen energi : Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan

selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan.

Intervensi ini kurang sejalan dengan penelitian (Rahmayati, 2020) dimana rencana tindakan yang dilakukan oleh Hasri adalah manajemen energi dan terapi aktivitas. Sedangkan peneliti hanya merencanakan manajemen energi untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas.

Menurut teori Aspiani (2017), pada masalah intoleransi aktivitas intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Manajemen energi yaitu tentukan keterbatasan klien terhadap aktivitas, tentukan penyebab lain kelelahan, observasi asupan nutrisi sebagai sumber energi yang adekuat, observasi respons jantung-paru terhadap aktivitas, batasi stimulus lingkungan, dorong untuk melakukan periode istirahat dan aktivitas, bantu klien untuk bangun dari tempat tidur atau duduk disamping tempat tidur atau berjalan.

- d. Diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi diharapkan dapat teratasi berdasarkan SLKI : Keseimbangan cairan dan status cairan Rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan SIKI adalah yang pertama manajemen hipervolemia:periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan), monitor intake dan output cairan, monitor kecepatan infus secara ketat, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-45 °C, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan, dan kolaborasi pemberian diuretik. Kedua pemantauan cairan : identifikasi faktor resiko ketidak-seimbangan cairan, monitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan

darah dan berat badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, monitor albumin total dan kadar protein, monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium), monitor intake dan output cairan dan jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh (Rahmayati, 2020) di dalam penelitiannya melakukan manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan untuk diagnose gangguan pertukaran gas.

Pada masalah hipervolemia intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu pantau status cairan secara ketat, bantu pasien untuk menaati pembatasan cairan dan diet rendah natrium, posisikan pasien untuk mendukung pernapasan, dan kaji kerusakan kulit dan lakukan upaya pencegahan serta kolaborasi pemberian dieuretik (Aspiani, 2014).

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dilaksanakan mulai tanggal 03 Maret sampai dengan tanggal 7 Maret 2022. Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak dikerjakan seluruhnya oleh peneliti karena peneliti tidak berdinis selama 24 jam. Strategi yang dilaksanakan pada pelaksanaan tindakan keperawatan adalah dengan mendelegasikan pasien kepada perawat dan mahasiswa yang dinis di ruangan serta melihat semua tindakan yang dilakukan melalui buku laporan yang berada pada ruangan tersebut. Secara umum intervensi yang dilakukan pada setiap diagnosa sudah sesuai dengan SIKI tetapi masih kurang optimal.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Secara umum implementasi yang dilakukan yaitu Mengidentifikasi penurunan curah jantung, memonitor intake dan

output cairan, memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-fowler, memberikan terapi relaksasi napas dalam, menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, memantau tanda vital pasien dan kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Sementara itu untuk memantau irama jantung atau memonitor status kardiovaskuler dilakukan pemeriksaan EKG.

Implementasi tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) di dalam penelitiannya ia mengidentifikasi penurunan curah jantung, memonitor intake dan output cairan, memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan klien semi fowler, memberikan terapi relaksasi napas dalam, menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, memantau tanda vital klien, dan berkolaborasi pemberian obat dengan dokter. Sementara itu untuk memantau irama jantung atau memonitor status kardiovaskuler dilakukan pemeriksaan EKG.

- b. Pada masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus-kapiler, implementasi yang dilakukan yaitu memonitor frekuensi dan bunyi napas tambahan, memperhatikan kesimetrisan ekspansi paru, mengauskultasi bunyi napas, memonitor saturasi oksigen nasal kanul 3 liter/i, memonitor nilai AGD, mengajarkan tarik napas dalam, memposisikan semi fowler dan kolaborasi pemberian obat dengan dokter.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Mustofa & Listiyanawati, 2020) di ruangan Cendrawasih RSUP SIMO, implementasi yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas adalah memonitor keefektifan terapi oksigen, kolaborasi pemberian dosis oksigen, mempertahankan kepatenan jalan napas, memposisikan pasien semi fowler, memonitor TTV dan saturasi oksigen.

- c. Pada masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, implementasi yang dilakukan yaitu memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, dan memberikan edukasi mengenai metode aktivitas fisik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Isnaeni dan Puspitasari (2017) di ruangan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro, implementasi yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas adalah mengajarkan dan memberikan aktivitas fisik secara bertahap agar keluhan sesak napas dan kelelahan berkurang selama maupun sesudah melakukan aktivitas serta klien mampu berpartisipasi dalam kegiatan kebutuhan dasar mandiri.

- d. Pada masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, implementasi yang dilakukan yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan), memonitor intake dan output cairan, memonitor hasil labor (hematokrit, protein, albumin), memosisikan semi fowler, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan, dan berkolaborasi pemberian obat dengan dokter.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2018) di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, implementasi yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan hipervolemia adalah mengobservasi edema, batasi input cairan, memonitor input dan output, menganjurkan membatasi minum dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi diuretik.

Menurut analisa peneliti, dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien, tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Tindakan yang dilakukan peneliti sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan SLKI dan SIKI.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk menilai kembali kondisi pasien setelah melakukan implementasi dan mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidaknya (Induniasih dan Hendarsih, 2018). Evaluasi keperawatan ini dilakukan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, assessment dan Planning). Evaluasi yang dilakukan peneliti pada Tn. H yaitu selama 5 hari.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan tidak sesak napas, lelah dan lemas berkurang, tidak pucat, akral teraba hangat, edema berkurang dengan kedalaman 1 mm, CRT < 2 detik, tekanan darah 104/68 mmHg, nadi dalam rentang normal 92 x/i dan pernapasan dalam rentang normal 17 x/i dan JVP 5 + 1 cmH₂O. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan peneliti, terdapat perkembangan yang baik pada Tn. H dalam mengatasi masalah penurunan curah jantung sesuai dengan penelitian (Rahmayati, 2020) yang mana evaluasi tindakan penurunan curah jantung didapatkan yaitu pasien mengatakan tidak sesak napas, tidak lelah dan sudah bertenaga, akral teraba hangat, edema sudah tidak ada, CRT < 3 detik, JVP 5 + 0 cmH₂O, tekanan darah dalam rentang

normal, nadi dalam rentang normal, pernapasan dalam rentang normal.

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler. Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan napas sudah tidak sesak, irama pernapasan teratur, RR 17 x/menit, bunyi napas ronchi tidak ada lagi, pernafasan cuping hidung tidak ada, pasien tidak terpasang oksigen, pasien sudah tampak lebih tenang dan pasien tidak tampak pucat. Hasil labor : pH 7.44,PCO₂ 33 mmHg. Saturasi oksigen 98 %. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan peneliti, terdapat perkembangan yang baik pada Tn. H dalam mengatasi masalah gangguan pertukaran gas sesuai dengan penelitian (Rahmayati, 2020) hasil evaluasi pada pasien dengan masalah gangguan pertukaran gas menunjukkan bahwa masalah kedua pasien sudah teratasi ditandai dengan pasien mengatakan tidak sesak napas, irama pernapasan teratur, pasien tidak terpasang oksigen, pasien sudah tampak lebih tenang dan pasien tidak tampak pucat. Bunyi napas ronchi, pernapasan dalam batas normal

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan sudah agak bertenaga dan tidak sesak napas saat bergerak hanya sesekali, pasien sudah tirah baring tapi sudah bisa duduk pasien sudah merasa lemah dan lelah

berkurang. Tekanan darah: 104/68 mmHg, nadi dalam batas normal 92 x/i, dan pernapasan dalam batas normal 17 x/i. Masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan .

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan peneliti, terdapat perkembangan yang baik pad Tn. H dalam mengatasi masalah intoleransi aktivitas sesuai dengan penelitian (Rahmayati, 2020), bahwa tindakan keperawatan dalam untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas diperoleh hasil bahwa level toleransi pasien dari hari ke hari mengalami peningkatan. Keluhan sesak napas dan kelelahan berkurang selama maupun sesudah beraktivitas, mampu beradaptasi dalam kegiatan kebutuhan dasar mandiri serta mampu melakukan aktivitas secara bertahap.

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada pasien selama 5 hari maka didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan tidak sesak napas, edema masih ada dengan kedalaman 1 mm, vena jugularis masih tampak membesar, JVP 5 +1 cmH₂O, Intake : 1800 cc, Output : 3400 cc, TD : 104/68 mmHg, Nadi : 92 x/I, RR : 17 x/I, suhu : 36,5 °C dan hasil labor : Hematokrit 40 %, Total protein 5,6 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,8 g/dL (N : 3,8-5), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7).

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan peneliti, terdapat perkembangan yang baik pad Tn. Y dalam mengatasi masalah hipervolemia sesuai dengan penelitian oleh Astuti (2018) di ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, hasil evaluasi pada pasien dengan masalah hipervolemia menunjukkan bahwa masalah pasien sudah teratasi ditandai dengan edema sudah tidak ada, intake dan

output dalam batas normal, minum masih dibatasi dan hasil assesment masalah hipervolemia teratasi sebagian.

Hasil evaluasi tindakan yang dilakukan pada Tn. H selama 5 hari yaitu evaluasi berdasarkan pada SLKI. Hasil yang tercapai pada Tn. Y yaitu Curah Jantung, Pertukaran Gas, Toleransi Aktivitas, keseimbangan cairan, dan status cairan. Semua masalah yang ditemukan pada Tn. H sudah ada yang teratasi dengan baik dan ada yang belum teratasi.

Berdasarkan hasil evaluasi yang tercapai pada Tn. H sesuai dengan evaluasi yang ditemukan pada teori terkait dengan kondisi perkembangan pasien CHF. Jadi jika diberikan asuhan keperawatn sesuai dengan teori yang ada maka kondisi pasien dengan CHF dapat ditangani dengan baik.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP DR. M. Djamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien CHF yaitu sesak napas meningkat saat beraktivitas dan bahkan saat tidur, batuk, badan terasa lemah dan lelah serta terdapat edema pada kedua kaki, dan tidak nafsu makan. Pasien terpasang oksigen dan IVFD. Saat dilakukan pemeriksaan pada pasien CHF didapatkan tekanan darah menurun, frekuensi nadi meningkat, frekuensi pernapasan meningkat dan Distensi vena jugularis. Keluhan yang dirasakan pasien CHF sesuai dengan teori, hal ini menunjukkan bahwa jika seseorang pasien dengan penyakit CHF memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama pada penderita CHF.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CHF yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien CHF adalah perawatan jantung, pemantauan tanda vital, pemantauan respirasi, terapi oksigen, dan manajemen energi.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien CHF yaitu melakukan perawatan jantung, memantau tanda vital, memberikan terapi oksigen dan pengobatan, serta pembatasan aktivitas fisik secara bertahap.
5. Evaluasi yang dilakukan pada pasien CHF selama 5 hari rawatan oleh peneliti dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan

pada pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien dapat teratasi dengan cukup baik

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP DR. M. Djamil Padang

Melalui direktur rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan asuhan keperawatan di rumah sakit dengan memberikan motivasi dan bimbingan kepada semua staff khususnya perawat dalam menangani pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) agar dapat memberikan asuhan keperawatan lebih optimal lagi.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Melalui direktur Poltekkes Kemenkes Padang diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan pustaka yang bisa dijadikan sebagai salah satu referensi dalam pembelajaran untuk menambah pengetahuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*).

3. Bagi perawat Ruangan

Diharapkan studi kasus yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif. Peneliti memberikan saran agar perawat Bangsal Jantung memberikan pengetahuan dan mengajarkan mengenai manajemen energi pada pasien .

4. Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A., & Afiyanti, Agustina, A., & A. (2017). ISSN : Vol. 1 No. 1 (Juli, 2017). *Pengalaman Pasien Gagal Jantung Kongestif Dalam Melaksanakan Perawatan Mandiri*, 1(1), 1–13.
- Anies. (2021). *Penyakit Jantung & Pembuluh Darah diagnosis, solusi dan pencegahannya*. Arruzz Media.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskuler : aplikasi NIC & NOC* (W. Praptiani (ed.)). Buku Kedokteran EGC.
- Astuti, Yeni Eka. 2018. Hipervolemia pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan Volume 7*..<http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/view/478/390>
- Induniasih, & Hendarsih, S. (2018). *Metodologi Keperawatan*. Pusktaka Baru Press.
- Ismoyowati, T. W., Teku, I. S. D., & Banik, J. C. (2021). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12126> *Manajemen Nyeri untuk*. 12(3), 107–112.
- Isnaeni, Nadiah dan Puspitasari, Emilia. 2017. “Pemberian Aktivitas Bertahap untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas pada Pasien CHF”. Semarang : Akademi Keperawatan Widya Husada.
- Kartika, I. I. (2017). *Buku Ajar Dasar-dasar riset keperawatan dan pengolahan data statistik*. Trans Info Media.
- Kasron. (2012). *Kelainan dan Penyakit Jantung : Pencegahannya serta pengobatannya*. Nuha Medika.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Trans Info Media.
- Kasron, K. (2019). Pijat Kaki Efektif Menurunkan Foot Edema pada Penderita Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 2(1), 14. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v2i1.203>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 1–582. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesda-2018-Nasional.pdf>
- Majid, A. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem*

Kardiovaskuler. Pusktaka Baru Press.

- Mansyur, K. amanda. (2021). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSUP dr.Kanujoso Djatiwibowo. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Mustofa, A. D., & Listiyanawati, mutiara dewi. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Cendrawasih RSUD SIMO. *Tjyybjb.Ac.Cn*.
<http://www.tjyybjb.ac.cn/CN/article/downloadArticleFile.do?attachType=PDF&id=9987>
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Salemba Medika.
- Nugroho, F. A. (2018). Perancangan Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Ayam Dengan Metode Forward Chaining. *J I M P - Jurnal Informatika Merdeka Pasuruan*, 1(2), 75–79. <https://doi.org/10.37438/jimp.v1i2.21>
- Olfah, Y., & Ghofur, A. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Padila. (2018). *Buku ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Pambudi, D. A., & Widodo, S. (2020). Posisi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) Congestive Heart Failure Yang Mengalami Sesak Nafas. *Ners Muda*, 1(3), 156. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.5775>
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria hasil keperawatan*. DPP PPNI.
- Prasetyo, R. D., Syafri, M., & Efrida, E. (2014). Gambaran Kadar Troponin T dan Creatinin Kinase Myocardial Band pada Infark Miokard Akut. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(3), 445–449. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i3.171>
- Purbianto dan, & Agustanti, D. (2015). Analisis Faktor Risiko Gagal Jantung Di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Keperawatan*, XI(2),

194–203.

- Putri, M. E. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di RS Dr.Reksodiwiryo Padang*.
- Rahmayati, H. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien dengan congestive heart failure (chf) di Bangsal Jantung RSUP Dr.Djamil Padang. *Karya Tulis Ilmiah*.http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=5245
- Raka, I. M. S. K., Danes, V. R., & Supit, W. (2015). Gambaran Aktivitas Listrik Jantung Pasien Rawat Inap Dengan Congestive Heart Failure (Chf) Di Irina F-Jantung Rsup Prof Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal E-Biomedik*, 3(3), 2013–2016. <https://doi.org/10.35790/ebm.3.3.2015.9625>
- Ridwan, M. (2017). *Jantung*. Romawi Press.
- Sahrudi, & Anam, A. (2021). *Kardiovaskular : Dalam Asuhan keperawatan medikal bedah, dengan pendekatan mind mapping,SDKI,SLKI dan SIKI*. Trans Info Media.
- Sari, P. D., Yonata, A., Haryadi, & Swadharma, B. (2016). Penatalaksanaan Gagal Jantung NYHA II disertai Pleurapneumonia pada Laki-laki Usia 38 Tahun. *Jurnal Medula Unila*, 6(1), 114–119.
- Sucipto, C. D. (2020). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Gosyen Publishing.
- Sukarmin, 2016.*Aplikasi Model Self Care Orem dan NIC NOC pada Asuhan Keperawatan Pasien Jantung*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Udjianti, W. J. (2011). *Keperawatan Kardiovaskular*. Salemba Medika.
- Wahyuningsih, H. P., & Kusmiyati, Y. (2017). *Anatomi Fisiologi*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan dewasa teori dan contoh askep*. Nuha Medika.

LAMPIRAN






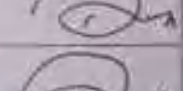
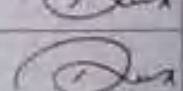

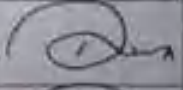

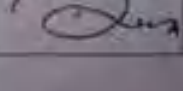

Lampiran 1


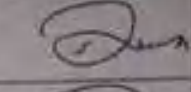
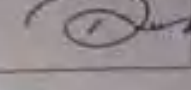


Lampiran 2

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES
KEMENKES RI PADANG**

Nama : Bunga Latifa
 NIM : 193110130
 Pembimbing I : Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau saran pembimbing	Tanda Tangan
1.	12 Agustus 2021	Acc Judul dan pengarahannya dan pembimbing	
2.	7 Oktober 2021	Bimbingan bab 1	
3.	16 Desember 2021	Bimbingan Bab 1 dan Bab 3	
4.	20 Desember 2021	Bimbingan Bab 1-3	
5.	11 Januari 2022	Bimbingan Bab 1-4, pengantunan data penelitian	
6.	12 Januari 2022	Bimbingan bab 1-4, melengkapi proposal yang kurang lengkap, penulisan	
7.	15 Januari 2022	Acc sidang proposal MTI	
8.	5 April 2022	Konsul hasil pengumpulan data	
9.	17 April 2022	Konsul format skripsi	
10.	12 April 2022	Konsul BAB IV : Hasil penelitian	

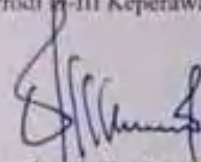
11.	19 April 2023	Konul MAB IV : Terminasi	
12.	21 April 2023	Konul MAB I-V + Kelengkapan	
13.	23 April 2023	Acc Sidang Hasil F1	

Catatan :

1. Lembar konsul harus diawasi setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi B-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita S. Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

NIP. 19701020199363200

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES
KEMENKES RI PADANG**

Nama : Bunga Latifa
 NIM : 193110130
 Pembimbing II : Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep.MB
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure*
 (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau saran pembimbing	Tanda Tangan
1.	11 Agustus 2021	Acc Judul	
2.	9 September 2021	Bimbingan bab 5	
3.	24 September 2021	Bimbingan bab 3 melalui zoom	
4.	30 September 2021	Konsultasi perbaikan bab 1	
5.	24 Desember 2021	Konsultasi perbaikan bab 1 dan konsultasi bab 2 dan 3	
6.	3 Januari 2022	Konsultasi perbaikan bab 1, 2 dan 3	
7.	11 Januari 2022	Konsultasi perbaikan bab 1, 2 dan 3	
8.	15 Januari 2022	Acc usian proposal	
9.	11 April 2022	Konsultasi hasil pengkajian	
10.	13 April 2022	Konsultasi Format Askep	

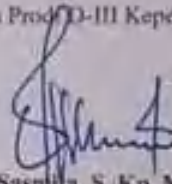
11.	20 April 2022	Konsultasi BAB IV	CA
12.	22 April 2022	Revisi BAB IV dan V + kelengkapan ke	CA
13.	26 April 2022	Acc Sidang Hasil KTI	CA

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S. Ke, M. Kep, Sp. Jiwa

NIP. 19701020199303200

Lampiran 4





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG



Jl. Kempas Pondok Kiri Nagalo Telp. (0751) 7931300 Fax: (0751) 7938178 Padang 25145

Lampiran : -
Nomor : PP.03.01/ /2021
Tanggal : 16 Desember 2021

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Areka Novita	193110126	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur pada Pasien TB Paru Di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP DR.M.Djamil Padang
2	Bunga Latifa	193110130	Asuhan Keperawatan pada Pasien CHF Di Bangsal Jantung RSUP DR.M.Djamil Padang
3	Gustia Anggun Rizovi	193110134	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara Di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Indah Triana Putri	193110137	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindroma Nefrotik Di Ruang IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Mutiara Putri Sari	193110141	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks Di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Nurul Fatma Sari	193110144	Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
7	Ade Surya Ningsih	193110121	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Tb Paru Di Irma Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang
8	Sinta Arya Ningsih	193110153	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
9	Zahratul Jannah	193110200	Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Diabetes Mellitus (DM) Di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

JL. SIMPANG PONDOK KOPPI NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25149



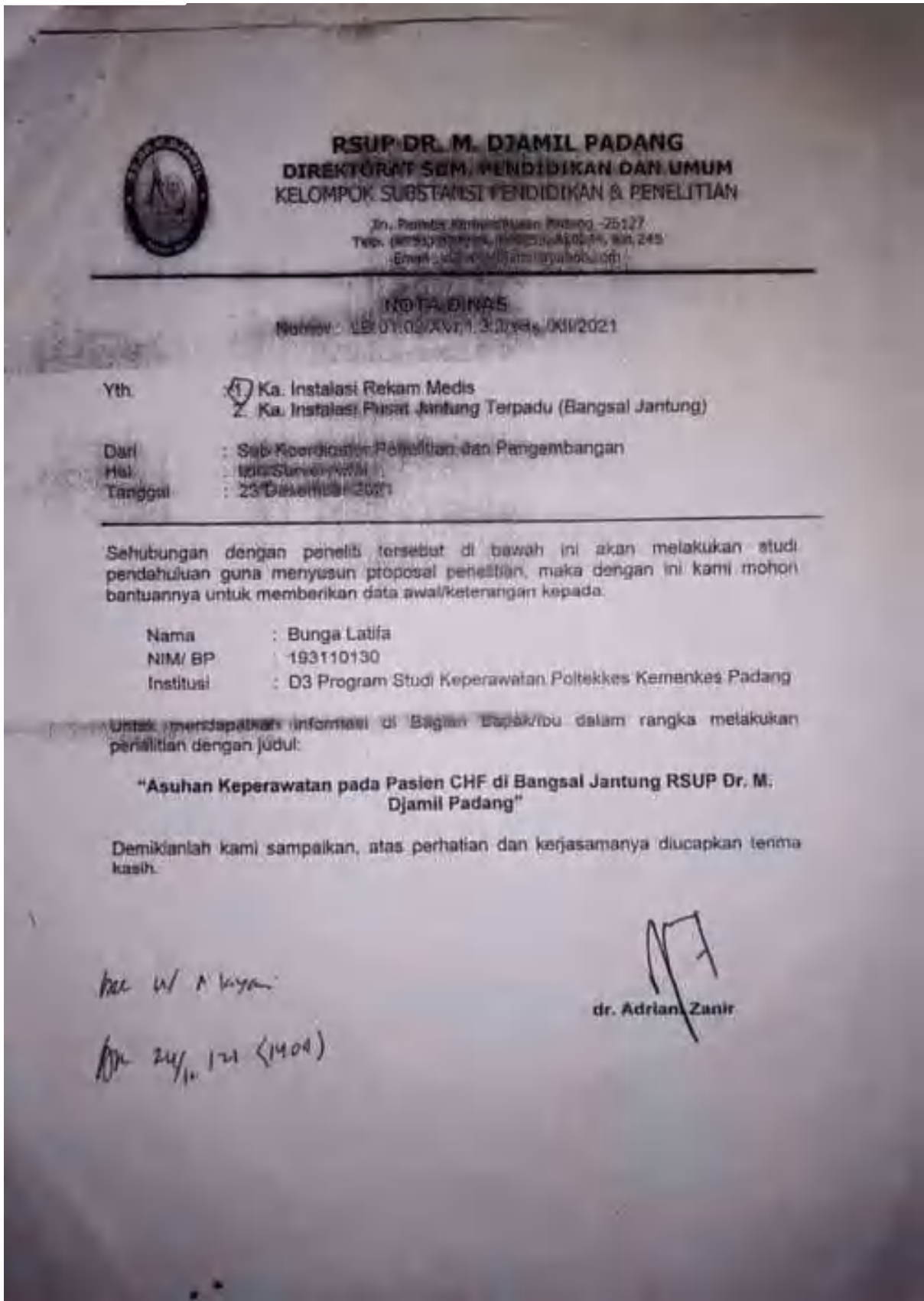
10	Adni Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
11	Afri Mursal	193110122	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang
12	Farda Apta Wandri	193110173	Asuhan Keperawatan pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Di Ruang Ina Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang
13	Ali Akbar Prunayasa	193110123	Asuhan Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit pada Pasien dengan CKD di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
[Signature]
Dr. Burhan Maslam, SKM, M.Si
Nip. 196101131986031002

Lampiran 5

LEMBARAN DISPOSISI Instalasi Rekam Medis	
No/Nomor : 23 Desember 2021	
Misi : Sub. Koordinator Penelitian Dan Pendidikan	
Isi / Ringkasan : Izin Survei Awal dan dan Penelitian. an: <i>Zuhrotul Jannah, dkk = 6</i>	
INTRUKSI / INFORMASI : <i>Acc. Survei Awal.</i> <i>Mohon difasilitasi sesuai</i> <i>aturan yang berlaku. tks.</i> <i>f</i> <i>24/12-21</i>	DITERUSKAN KEPADA : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ka. Instalasi Rekam Medis<input type="checkbox"/> Sekretaris Rekam Medis<input type="checkbox"/> Sub P.J. Administrasi<input type="checkbox"/> Sub P.J. Logistik<input type="checkbox"/> P.J. Rekam Medis IGD<input type="checkbox"/> P.J. Rekam Medis Rawat. Jalan<input type="checkbox"/> P.J. Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap<input checked="" type="checkbox"/> P.J. Monitoring, Evaluasi Rekam Medis & Pelaporan<input type="checkbox"/>

Lampiran 6



Lampiran 7

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
JL. GORONG PONDOK KOPRI HANGALAT TELP: (0751) 7951380 FAX: (0751) 7961128 PADANG 25142
Website / Email: www.poltekkes-pdkg.ac.id



Nomor : PP.03.01/00600/2022
Perihal : Izin Penelitian 27 Januari 2022

Kepada Yth:
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

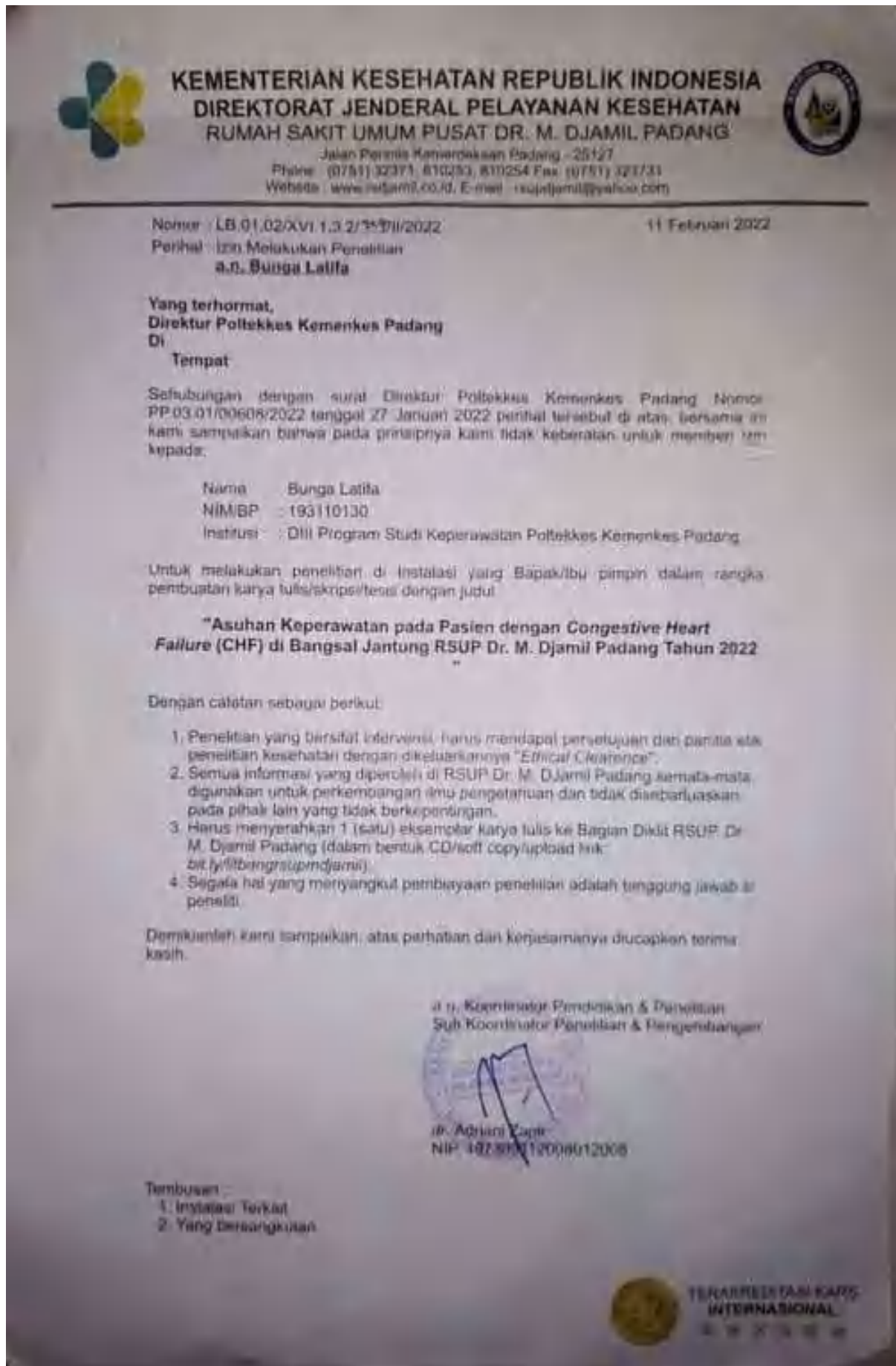
Dengan hormat,

Selubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D.3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin/na:

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Bunga Latifa / 193110130	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 29610143-1986031002



Lampiran 9

RSUD DR. M. DJAMIL PADANG
INSTALASI JANTUNG TERPADU

No: _____

LEMBAR DISPOSISI IPJT

Surat diteruskan	Raport	<input type="checkbox"/>
Tanggal	Penting	<input type="checkbox"/>
Jam	Biasa	<input checked="" type="checkbox"/>

Tgl/Nomor : 11/5 - 2017
Asal : IISB IPJT
Perihal : 2m. keluhan pend. tra-

INSTRUKSI/INFORMASI
Yth. Kan. Rong. Jb
Mohon difasilitasi yth
Uth. pend. tra.
D. 11/11/17

DITERUSKAN KEPADA

<input type="checkbox"/>	Sekretaris IPJT
<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>	Ka. SPK
<input checked="" type="checkbox"/>	Karu - kari



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, Fax 243

Email : dsdm@rsupdjamil.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/VI/III/2022

Yth. : Ka. Instalasi Pusat Jantung (Bangsal Jantung)
Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 11 Februari 2022


Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00609/2022 tanggal 27 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Bunga Latifa
NIM/BP : 193110130
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih


dr. Adriani Zanir

Nota ini akan disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengembalian data penelitian

Lampiran

Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,
Bapak/ibu calon Responden
Di Tempat

Dengan Hormat
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Bunga Latifa
NIM : 193110130
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Padang

Bersama ini kami memohon Bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang".

Penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF)
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan institusi tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*

Padang..... 2022

Peneliti: Bunga Latifa

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Tang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Responden : HARYANTO TIOSARI
Umur/ tgl lahir : 38 th / 26 JUNI 1983
Penanggung jawab : Meli
Hubungan : Istri


Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Bunga Latifa, NIM 193110130, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 5-01-2022

Responden


(HARYANTO)

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax: (0751) 323731
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
LB.01.02/XVI.1.3.2/55.V/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : dr. Adriani Zarli
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Bunga Latta
NIM/BP : 193110130
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Pusat Jantung Terpadu (Bangsal Jantung) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 03 Maret 2022 s/d 07 Maret 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul


"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022"


Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sepenuhnya.

Padang, 25 Mei 2022

u.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zarli
NIP. 197309112008012008



 TERAKREDITASI KEMES
★★★★★

**FORMAT DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

- 1) Nama : Tn. H
- 2) Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/26 Juni 1983
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Status Kawin : Kawin
- 5) Agama : Khatolik
- 6) Pendidikan : SLTA
- 7) Pekerjaan : Pegawai swasta
- 8) Tanggal Masuk : 03 Maret 2022
- 9) Alamat : Jl.Dobi V No.42 E RT 001/011 KP Pondok
Padang Barat
- 10) Tanggal Pengkajian : 03 Maret 2022
- 11) Diagnosa Medis : CHF Fc IV ec iskemik DCM

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 3) Alamat : Jl.Dobi V No.42 E RT 001/011 KP Pondok
Padang Barat
- 4) Hubungan : Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama :

Tn. H masuk rumah sakit melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 03 Maret 2022 jam 02.38 WIB dengan keluhan sesak napas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, sesak dirasakan terus menerus sejak 1 bulan terakhir serta mengeluh Nyeri dada yang rasanya seperti di tusuk-tusuk di dada kiri menjalar sampai

ke bahu kiri sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan badan terasa lemah, lelah dan edema pada ekstermitas bawah.

b) Keluhan saat dikaji :

Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 03 Maret 2022 pukul 14.30 WIB dan pasien dalam hari rawatan pertama. Tn. H mengatakan napas masih sesak saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari, pasien juga mengeluh badan terasa lemah dan lelah, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan susah beristirahat saat malam hari karena sesak napas. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kirinya sudah berkurang dan hilang timbul dengan skala 2 durasinya ± 15 menit. Pasien juga mengeluh batuk. Kedua kaki edema.

2) Riwayat kesehatan dahulu :

Tn.H mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Pasien menderita penyakit jantung sejak 7 tahun yang lalu dimana pasien memiliki riwayat PTCA 2 stent tahun 2015 dan PTCA 1 stent 5 bulan yang lalu. Saat ini merupakan rawatan ke 7 pasien. Pasien rutin kontrol ke dokter jantung dan mendapatkan terapi clopidogrel 75 mg, atorvastatin 20 mg, bisoprolol 1,25 mg, spironolacton 25 mg dan ISDN 5 mg.. Pasien mengatakan merokok sejak umur 18 tahun dan satu hari menghabiskan ± 3 bungkus rokok, namun sekarang pasien sudah berhenti merokok sejak 1 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan sering mengkonsumsi makanan berminyak seperti goreng-gorengan dan makan berlemak seperti jeroan. Pasien juga mengatakan jarang berolahraga.

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan pasien, ibu pasien menderita hipertensi dan ayah pasien memiliki riwayat jantung. Tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular dan DM.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Makan

Sehat : Pasien makan 2-3 kali sehari dengan komposisi ; nasi 1 piring yang terdiri dari 1 potong lauk pauk dan sayur-sayuran.

Konsumsi buah-buahan seperti jeruk dan pisang. Pasien juga suka makan goreng-gorengan dan jeroan.

Sakit : Nafsu makan klien berkurang, pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6 kg dalam 6 bulan terakhir. Pasien makan 3 x sehari dan mendapat diit MC DJ III + 3 pt, pasien hanya menghabiskan 1/3 porsi.

2) Minum

Sehat : Pasien minum \pm 6-7 gelas air putih perhari.

Sakit : Pasien minum air putih \pm 2-3 aqua gelas perhari, minum susu dan jus yang diberikan rumah sakit. Selama sakit minum pasien dibatasi karena edema di ekstremitas.

3) Eliminasi

Sehat : Pasien BAK 5-6 kali sehari berwarna kuning dan bau khas dan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek-padat.

Sakit : Pasien terpasang kateter urine, urine tampak berwarna kuning pekat, sebanyak \pm 1700 perhari dan untuk BAB pasien belum ada BAB selama 3 hari terakhir.

4) Istirahat dan Tidur

Sehat : Pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan tidur selama 6-7 jam perhari. Pasien mengatakan jarang tidur siang.

Sakit : Pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien merasa gelisah dan susah untuk tidur karena sesak napas. Pasien tidur \pm 5 jam dan sering terbangun.

5) Aktivitas dan Latihan

Sehat : Ketika sehat pasien bekerja sebagai pegawai swasta. Pasien dapat beraktivitas dengan baik tanpa gangguan.

Sakit : Pasien sangat susah melakukan aktivitas sehari-hari karena cepat lelah, sesak napas dan kaki bengkak. Semenjak dirawat pasien merasa badannya lemas dan napas sesak apabila beraktivitas, bahkan terasa sesak saat istirahat. Untuk

memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien membutuhkan bantuan dari keluarga dan perawat.

e. Pemeriksaan Fisik (Secara Head to Toe)

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis, GCS 15
Tinggi badan : 174 Cm
Berat badan : 63 kg
TTV : TD 105/70 mmHg, nadi 120 x/i, nadi teraba lemah, pernapasan 29 x/i dan suhu 36,6 °C

2) Rambut : Rambut pasien bewarna hitam, kusam, tidak mudah Rontok dan tidak ada benjolan dan lesi di kepala

3) Telinga : Simetris kiri dan kanan, Pendengaran baik, tidak ada serumen

4) Wajah : Simetris, tidak ada lesi dan wajah tampak pucat

5) Mata : Simetris, Konjungtiva anemis dan sklera ikterik

6) Hidung : Penciuman baik, pernafasan cuping hidung

7) Mulut : Mukosa bibir kering dan pecah – pecah, tidak ada lesi, serta sianosis (-)

8) Leher : Tampak pembesaran vena jugularis, JVP : 5 + 3 cmH₂O

9) Thoraks

a) Paru-paru I : Simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu napas (-)

P : Fremitus kiri dan kanan sama

P : Sonor

A : Bronkovesikuler, Ronchi +/-

b) Jantung I : Ictus cordis tidak terlihat

P : Ictus cordis tidak teraba

P : Pekak, batas jantung atas RIC II, batas jantung kanan LSD, dan batas jantung kiri LCMS RIC V

A : S1 S2 Irreguler

10) Abdomen I : Asites
 A : Bising usus normal
 P : ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan limpa
 P : Thympani

11) Genitalia : Tidak ada kelainan

12) Ekstremitas

Ekstermitas atas : Tidak ada edema pada ekstermitas atas,
 terpasang infus pada ekstermitas atas kiri, CRT < 3 detik

Ekstermitas bawah : Tampak edema pada kedua ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm, CRT < 3 detik dan akril teraba dingin.

f. Data Psikologi

1) Status Emosional :

Pasien tampak gelisah karena sesak napas yang dirasakannya dan juga karena penyakit yang dialaminya belum juga membaik.

2) Kecemasan :

Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisinya.

3) Pola Koping :

Pasien menerima dengan ikhlas penyakitnya dan juga mendapat dukungan penuh dari keluarga tentang kondisi yang dialami.

4) Gaya Komunikasi :

Komunikasi pasien lancar terkadang terhenti karena sesak napas. Bahasa yang digunakan pasien yaitu bahasa minang.

5) Konsep Diri :

Pasien selama sakit tidak bisa menjalankan aktivitas normal. Pasien harus mengontrol aktivitas, pola makan dan minum.

g. Data Ekonomi dan Sosial

Pasien merupakan pegawai swasta, tapi semenjak sakit ia tidak bisa bekerja lagi dan kebutuhan sehari-hari dipenuhi oleh istrinya dengan berjualan dan klien bisa bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.

h. Data Spritual

Pasien beragama khatolik dan saat beribadah dengan datang ke gereja setiap minggu, tapi saat sakit jadi tidak bisa beribadah

i. Pemeriksaan Laboratorium/ Pemeriksaan Penunjang

1) Hasil laboratorium

Hasil pemeriksaan labor tanggal 03 Maret 2022

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi			
1.	Hemoglobin	14 g/dL	13-16 g/dL
2.	Leukosit	14.900 /mm ³	5.000-10.000 /mm ³
3.	Trombosit	312.000 /mm ³	150.000-400.000 /mm ³
4.	Hematokrit	39 %	40-48 %
Kimia Klinik			
1	Total protein	5 g/dl	6,6 - 8,7 g/dL
2	Albumin	2,4 g/dL	3,8-5 g/dL
3	Bilirubin total	3,3 mg/dL	0,3-1,0 mg/dL
4	SGOT	34 U/L	< 38 U/L
5	SGPT	30 U/L	< 41 U/L
6	Kalsium	8.8 mg/dL	8.1-10.4 mg/dL
7	Ureum Darah	36 mg/dL	10-50 mg/dL
8	Kreatinin Darah	0,7 mg/dL	0.8-1.3 mg/dL
9	Troponin I	28 ng/L	< 2 : Rute Out MCI 2-100 : Borderline >100 : Rute In MCI
10	Gula Darah	105 mg/dL	50-200 mg/dL

	Sewaktu		
Elektrolit			
1	Natrium	122 mmol/L	136-145 mmol/L
2	Kalium	4,1 mmol/L	3,5-5,1 mmol/L
3	Klorida	82 mmol/L	97-111 mmol/L
Analisa Gas Darah			
1	pH	7.59	7.35-7.45
2	PCO ₂	24,3	35-45
3	PO ₂	107.4	83-108
4	HCO ₃ ⁻	24,1 mmol/L	21-28 mmol/L

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 04 Maret 2022

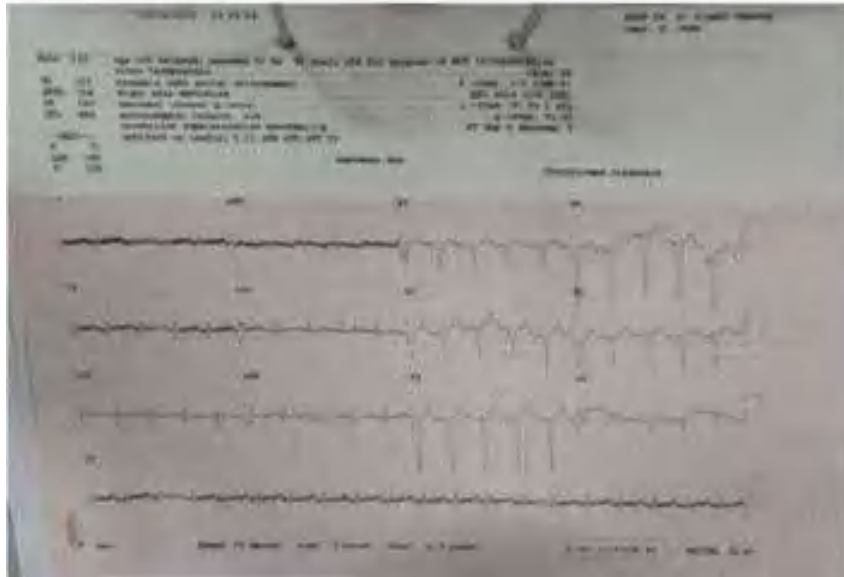
No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	Natrium	125 mmol/L	136-145 mmol/L
2.	Kalium	3,1 mmol/L	3,5-5,1 mmol/L
3.	Klorida	80 mmol/L	97-111 mmol/L
4.	Kalsium	7,6 mg/dL	8,1-10,4 mg/dL

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Maret 2022

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	Total protein	5,6 g/dL	6.6-8.7 g/dL
2.	Albumin	2,8 g/dL	3.8-5.0 g/dL
3.	Globulin	2,8 g/dL	1.3-2.7 g/dL
4.	LDH	389 U/L	135-225
5.	Gula Darah Sewaktu	97 mg/dL	50-200

2) Hasil pemeriksaan EKG

Hari/tanggal : Kamis /03 Maret 2022



ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-).

3) USG Thoraks

Hari/tanggal : Senin/07 Maret 2022



Efusi Pleura dekstra minimal dan Efusi Pleura sinistra minimal

j. Program Pengobatan

- 1) Pemberian O₂ NRM 12 L/i
- 2) Pemberian oksigen nasal kanul 5 L/i
- 3) IVFD RL 500cc/24 jam
- 4) Lansoprazole 1x30 mg (IV)
- 5) Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV)
- 6) Lasix 5 mg/jam (IV)
- 7) Nitrogliserin (NTG) 10 mg/jam (IV)

- 8) Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV)
- 9) Levofloxacin 1 x 75 mg (IV)
- 10) N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO)
- 11) CPG 1 x 75 mg (PO)
- 12) Atorvastatin 1 x 20 mg (PO)
- 13) Spironolactone 1 x 25 mg (PO)
- 14) Ramipril 1 x 2.5 mg (PO)
- 15) Laxadine 1 x 10 cc (PO)
- 16) Inbumin 3 x 250 mg (PO)
- 17) Cloridogrel 1 x 75 (PO)

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari - Pasien mengeluh badan terasa lemah dan lelah - Pasien mengatakan ada batuk <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi perifer teraba lemah - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm 	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung

	<ul style="list-style-type: none"> - Pembesaran vena jugularis - Pasien tampak gelisah - JVP 5 + 3 cmH₂O - CRT < 3 detik - TD : 105/70 mmHg - Nadi : 1200 x/i - RR : 29 x/i - Hasil labor : Leukosit 14,9 10³ /mm³, Hematokrit 39 %, Total protein 5 g/dl Albumin 2,4 g/dL, SGOT 34 U/L, SGPT 30 U/L, Troponin I 28 ng/L, Globulin 2.8 g/dL dan, LDH 389 U/L - Hasil EKG : ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-). - USG Thoraks : efusi pleura 		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah 	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas

	<ul style="list-style-type: none"> - Pernafasan cuping hidung - Bunyi napas ronchi - Nadi : 120 x/i - pH 7.59 (N : 7.35-7.45) - PCO₂ 24,3 (N : 35-45) - USG Thoraks : efusi pleura 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh badannya terasa lelah - Pasien mengatakan sesak napas meningkat setelah beraktivitas - Pasien mengatakan badan terasa lemah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak terbaring lemah - Pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - TD : 105/70 mmHg - Nadi : 120 x/i - RR : 29 x/i - Hasil EKG : ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	RVH(-).		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm - Ronkhi +/- - Vena Jugularis membesar - JVP 5 + 3 cmH₂O - Intake : 1790 cc - Output : 1680 cc - Hasil labor : Hematokrit 39 % - Kongesti paru 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan Masalah		Dipecahkan Masalah	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, nadi perifer teraba lemah, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun	03/03/2022			
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	03/03/2022			
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas	03/03/2022			
4	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru	03/03/2022			

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

N O	Diagnosa keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari, maka didapatkan kriteria hasil:</p> <p>a. Curah jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Takikardia menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Gambaran EKG aritmia menurun 5. Lelah menurun 6. Edema menurun 7. Dispnea menurun 8. PND menurun 9. Batuk menurun 10. Pucat menurun 11. Distensi vena jugularis menurun <p>b. Status Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Saturasi oksigen meningkat 4. Pucat menurun 5. Akral dingin menurun 6. Bunyi napas tambahan menurun 	<p>Perawatan Jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP) b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi hepatomegali, peningkatan BB, distensi vena jugularis, ronhki, batuk, kulit pucat) c. Monitor tekanan darah d. Monitor intake dan output cairan. e. Monitor saturasi oksigen f. Monitor keluhan nyeri dada g. Monitor EKG h. Monitor kelainan irama dan frekuensi jantung i. Monitor nilai laboratorium jantung (mis : elektrolit, enzim jantung) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman b. Berikan diet jantung yang sesuai (mis : batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak) c. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat d. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres e. Berikan dukungan emosional dan spiritual f. Berikan Oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

			<p>b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian antiaritmia</p> <p>Pemantauan Tanda Vital</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor tekanan darah</p> <p>b. Monitor frekuensi, irama, kekuatan nadi</p> <p>c. Monitor frekuensi dan kedalaman pernapasan</p> <p>d. Monitor suhu tubuh</p> <p>e. Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</p> <p>f. Dokumentasi hasil pemantauan</p>
2.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Napas cuping hidung menurun 4. Gelisah menurun 5. PCO₂ membaik 6. pH arteri membaik 7. Pola nafas membaik 8. Takikardi membaik 9. Warna kulit membaik 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>b. Monitor pola nafas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, sheyne-stokes, biot, ataksik)</p> <p>c. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>d. Monitor adanya produksi sputum</p> <p>e. Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>f. Auskultasi bunyi napas</p> <p>g. Monitor saturasi oksigen</p> <p>h. Monitor nilai AGD</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>b. Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>c. Monitor kemampuan melepas oksigen saat makan</p>

			<p>d. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>e. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>b. Siapkan dan atur peralatan pemberian O2</p> <p>c. Berikan oksigen tambahan</p> <p>d. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>e. Gunakan perangkat oksigen sesuai dengan tingkat monilitas pasien</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari, maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Saturasi oksigen membaik 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4) Kekuatan tubuh meningkat 5) Keluhan lelah menurun 6) Dispnea saat beraktivitas menurun 7) Dispnea setelah beraktivitas menurun 8) Perasaan lemah menurun 9) Frekuensi napas membaik 10) Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Energi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) b. Fasilitasi duduk disisi tepat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan

4.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>a. Keseimbangan Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haluaran urine meningkat 2) Kelembapan membran mukosa meningkat 3) Asupan makan meningkat 4) Edema menurun 5) Asites menurun 6) Tekanan darah membaik 7) Membran mukosa membaik 8) Turgor kulit membaik <p>b. Keseimbangan Elektrolit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Serum natrium membaik 2) Serum kalium membaik 3) Serum klorida membaik 4) Serum kalsium membaik <p>c. Status Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Ortopnea menurun 3) Dispnea menurun 4) PND menurun 5) Edema perifer menurun 6) Distensi vena jugularis menurun 7) Kongesti paru menurun 8) Frekuensi nadi membaik 9) Kadar Ht membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) b. Identifikasi penyebab hipervolemia c. Monitor status hemodinamika (frekuensi jantung, tekanan darah, CVP, PAP) d. Monitor intake dan output cairan e. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, hematokrit, berat jenis urine) f. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar protein dan albumin meningkat) g. Monitor kecepatan infus secara ketat h. Monitor efek samping <i>diuretik</i> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 °C <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam b. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan c. Ajarkan cara membatasi cairan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian diuretik <p>Pemantauan Cairan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi b. Monitor frekuensi nafas c. Monitor tekanan darah d. Monitor berat badan e. Monitor waktu pengisian kapiler f. Monitor elastisitas atau turgor kulit g. Monitor jumlah, warna dan
----	--	---	---

			<p>berat jenis urine</p> <p>h. Monitor albumin total dan kadar protein</p> <p>i. Monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>j. Monitor intake dan output cairan</p> <p>k. Identifikasi tanda hipervolemi</p> <p>l. Identifikasi faktor resiko ketidak-seimbangan cairan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Atur interval waktu pemantauan dengan kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasi pemantauan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan hujun dan prosedur pemantauan</p> <p>b. Informasikan hasil pemantauan</p>
--	--	--	--

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Kamis/ 03 Maret 2022	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun	<ol style="list-style-type: none"> Mengkaji adanya tanda-tanda penurunan curah jantung Memonitor intake dan output cairan Mengkaji adanya keluhan nyeri dada Memasang EKG Memposisikan pasien semi-fowler Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap Melakukan pemantauan tanda vital Memberikan diit MC DJ III + 3 pt Kolaborasi pemberian terapi : RL 500 cc/24 jam, Plasbumin 20 % 1 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak napas Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari Pasien mengeluh badan terasa lemah dan lelah Pasien mengatakan ada batuk Pasien mengatakan ada nyeri dada skala 2 yang hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak pucat Akral teraba dingin 	

		<p>Fls ext (IV), Lasix 5 mg/jam (IV), Nitrogliserin (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spironolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Inbumin 3 x 250 mg (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm - Vena jugularis membesar - JVP 5 + 3 cmH₂O - CRT < 3 detik - TD : 105/60 mmHg - Nadi : 110 x/i - RR : 27 x/i - Hasil EKG : ST, QRS rate 120 x/menit, Axis LAD, P wave N, PR interval 0,20 s, QRS duration 0,08 s, ST-T change (-), LVH (-), RVH(-). <p>A : Masalah Takikardia, dispnea, PND, batuk, edema, tekanan darah menurun, EKG aritmia, lelah, distensi vena jugularis, pucat, ortopnea belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Jantung - Pemantauan Tanda Vital 	
Kamis/ 03 Maret 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi nafas dan bunyi nafas tambahan 2. Memonitor pola nafas 3. Memperhatikan kesimetrisan ekspansi paru 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Memonitor nilai AGD 6. Memberikan Oksigen NRM 12 l/i 7. Mengajarkan teknik nafas dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah - Pernafasan cuping hidung - Ekspansi paru simetris - Bunyi nafas ronchi - RR : 27 x/i - Saturasi oksigen 	

	dan napas cuping hidung	8. Mengatur posisi semi fowler	<p>98%</p> <ul style="list-style-type: none"> - pH 7.59 (N : 7.35-7.45) - PCO₂ 24,3 (N : 35-45) <p>A : Masalah dispnea, bunyi napas tambahan, napas cuping hidung, gelisah, PCO₂, PO₂ dan pH menurun, takikardia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan Respirasi - Terapi Oksigen 	
Kamis/ 03 Maret 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 6. Membantu melakukan aktivitas seperti makan dan minum 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah lelah - Pasien mengatakan sesak napas meningkat setelah beraktivitas - Pasien mengatakan badan terasa lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak terbaring lemah dengan posisi semi fowler - Pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - TD : 105/60 mmHg - Nadi : 110 x/i - RR : 27 x/i <p>A : Masalah mudah lelah, sesak napas saat/sesudah beraktivitas, lemah, pucat, tekanan darah menurun, kemudahan beraktivitas belum terasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Energi 	
Kamis/ 03 Maret 2022	Hipervolemia berhubungan	1. Memeriksa tanda dan gejala	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan 	

	<p>dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru</p>	<p>hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Memonitor hasil labor (natrium, hematokrit, protein, albumin) 5. Memosisikan semi Fowler 6. Monitor TTV 7. Memeriksa turgor kulit 8. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan 9. Berkolaborasi pemberian diuretik (Lasix 5 mg/jam (IV)) 	<p>sesak napas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm - Ronkhi - asites - Vena Jugularis membesar - JVP 5 + 3 cmH₂O - Intake : 1790 cc - Output : 1680 cc - TD : 105/60 mmHg - Nadi : 110 x/i - RR : 27 x/i - Suhu : 36,7 °C - Hasil labor : Hematokrit 39 %, Total protein 5 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,4 g/dL (N : 3,8-5), Natrium 122 mmol/L (N:136-145), Klorida 82 mmol/L (N: 97-111) <p>A : Masalah edema, asites, membran mukosa, kadar elektrolit menurun, balance cairan + , distensi vena jugularis, tekanan darah, dan takikardia belum taratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipervolemia - Pemantauan cairan - 	
--	---	--	---	--

<p>Jumat/ 04 Maret 2022</p>	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya tanda-tanda penurunan curah jantung 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memposisikan pasien semi-fowler 4. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 5. Melakukan pemantauan tanda vital 6. Memantau saturasi oksigen 7. Memonitor nilai laboratorium jantung 8. Memberikan diit MC DJ III + 3 pt 9. Kolaborasi pemberian terapi : RL 500 cc/24 jam, Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 5 mg/jam (IV), Nitrogliserin (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spironolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Inbumin 3 x 250 mg (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO), Lansoprazole 1x30 mg (IV) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas berkurang - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang - Pasien masih mengeluh badan terasa lemah dan lelah - Pasien mengatakan masih batuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm - Vena jugularis membesar - JVP 5 + 3 cmH2O - CRT < 3 detik - TD : 100/70 mmHg - Nadi : 106 x/i - RR : 23 x/i - SPO2 : 98% <p>A : Masalah Masalah Takikardia, dispnea, PND, batuk, edema, tekanan darah , EKG aritmia, lelah, distensi vena jugularis, pucat, ortopnea belum teratasi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Jantung - Pemantauan Tanda Vital 	
<p>Jumat/ 04 Maret 2022</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi nafas dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan 	

	berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	<p>bunyi napas tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai AGD 5. Memberikan Oksigen nasal kanul 5 l/i 6. Mengajarkan teknik napas dalam 7. Mengatur posisi semi fowler 	<p>sesak napas berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah - Pernafasan cuping hidung tidak ada - Bunyi napas ronchi - RR : 23 x/i - Saturasi oksigen 98% - pH 7.59 (N : 7.35-7.45) - PCO₂ 24,3 (N : 35-45) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah dispnea, bunyi napas tambahan, gelisah, PCO₂, PO₂ dan pH menurun, takikardia belum teratasi - Napas cuping hidung menurun <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan Respirasi - Terapi Oksigen 	
Jumat/ 04 Maret 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan tirah baring 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 4. Membantu melakukan aktivitas seperti makan dan minum 5. Kolaborasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah lelah - Pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas berkurang - Pasien mengatakan badan terasa lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak terbaring lemah dengan posisi semi fowler - Pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga 	

	saat/setelah aktivitas	pemberian terapi : Inbumin 3 x 1 tab (PO)	<p>dan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 100/70 mmHg - Nadi : 106 x/i - RR : 23 x/i <p>A : Masalah mudah lelah, sesak napas saat/sesudah beraktivitas, lemah, pucat, tekanan darah, kemudahan beraktivitas belum terasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Energi
Jumat/ 04 Maret 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor hasil labor (natrium, hematokrit, protein, albumin) 4. Memosisikan semi fowler 5. Monitor TTV 6. Memeriksa turgor kulit 7. Berkolaborasi pemberian diuretik (Lasix 5 mg/jam (IV)) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas berkurang - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 3 mm - Vena Jugularis membesar - JVP 5 + 3 cmH₂O - Ronkhi - Asites - Intake : 1720 cc - Output : 1640 cc - TD : 100/70 mmHg - Nadi : 106 x/i - RR : 23 x/i - Suhu : 36,6 °C - Hasil labor : Hematokrit 39 %, Total protein 5 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,4 g/dL (N : 3,8-5), Kalsium 7,6 mg/dL (N:8,1-10,4), Natrium 125

			<p>mmol/L (N:136-145), Kalium 3,1 mmol/L (N: 3,5-5,1)</p> <p>A : Masalah edema, asites, membran mukosa, kadar elektrolit menurun, balance cairan + , distensi vena jugularis, tekanan darah, dan takikardia belum taratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipervolemia - Pemantauan cairan 	
Sabtu/ 05 Maret 2022	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya tanda-tanda penurunan curah jantung 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memposisikan pasien semi-fowler 4. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 5. Melakukan pemantauan tanda vital 6. Memantau saturasi oksigen 7. Memberikan diit MC DJ III + 3 pt 8. Kolaborasi pemberian terapi : RL 500 cc/24 jam, Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 10 mg/jam (IV), Nitrogliserin (NTG) 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spironolactone 1 x 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas berkurang - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang - Pasien masih mengeluh badan terasa lemah dan lelah - Pasien mengatakan batuk berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat berkurang - Akral teraba hangat - Kekuatan nadi perifer meningkat - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 2 mm - Vena jugularis membesar - JVP 5 + 2 cmH₂O - CRT < 3 detik - TD : 105/65 mmHg - Nadi : 96 x/i 	

		<p>25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Inbumin 3 x 250 mg (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO), Levofloxacin 1 x 75 mg (IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - RR : 21 x/i - SPO2 : 98% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah dispnea, PND, batuk, edema, tekanan darah, , lelah, distensi vena jugularis, pucat, ortopnea belum teratasi belum teratasi - Takikardi menurun - Kekuatan nadi perifer meningkat - Akral dingin menurun <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Jantung - Pemantauan Tanda Vital 	
Sabtu/ 05 Maret 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi nafas dan bunyi nafas tambahan 2. Memonitor pola nafas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memberikan Oksigen nasal kanul 3 l/i 5. Mengajarkan teknik nafas dalam 6. Mengatur posisi semi fowler 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat berkurang - Gelisah berkurang - Pernafasan cuping hidung tidak ada - Bunyi nafas ronchi sudah tidak terdengar - RR : 21 x/i - Nadi : 96 x/i - Saturasi oksigen 98% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah dispnea, gelisah, PCO₂, PO₂ dan pH menurun, belum teratasi - Napas cuping hidung menurun - Takikardi membaik - Bunyi nafas tambahan menurun 	

			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan Respirasi - Terapi Oksigen 	
Sabtu/ 05 Maret 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan tirah baring 2. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 4. Membantu melakukan aktivitas seperti makan dan minum 5. Kolaborasi pemberian terapi : Inbumin 3 x 1 tab (PO) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lelah sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas berkurang - Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat berkurang - Pasien tampak terbaring dengan posisi semi fowler - Pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - TD : 105/65 mmHg - Nadi : 96 x/i - RR : 21 x/i - Saturasi oksigen 98 % <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah mudah lelah, sesak napas saat/sesudah beraktivitas, lemah, pucat, tekanan darah menurun, kemudahan beraktivitas belum terasi - Frekuensi nadi meningkat - Saturasi oksigen membaik <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Energi 	
Sabtu/ 05 Maret 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas berkurang 	

	<p>mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru</p>	<p>JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memposisikan semi fowler 4. Monitor TTV 5. Memeriksa turgor kulit 6. Berkolaborasi pemberian diuretik (Lasix 10 mg/jam (IV)) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 2 mm - Vena Jugularis membesar - Membran mukosa tidak kering dan pucat - Turgor kulit baik - JVP 5 + 2 cmH₂O - Ronkhi (-) - Asites - Intake : 1810 cc - Output : 1740 cc - TD : 105/65 mmHg - Nadi : 96 x/i - RR : 21 x/i - Suhu : 36,5 °C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah edema, asites, membran mukosa, kadar elektrolit menurun, balance cairan + , distensi vena jugularis, tekanan darah , dan belum taratasi - Membran mukosa membaik - Frekuensi nadi membaik <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipervolemia - Pemantauan cairan 	
Minggu/ 06 Maret 2022	Penurunan curah jantung berhubungan dengan	1. Mengkaji adanya tanda-tanda penurunan curah jantung	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kadang-kadang masih terasa sesak 	

	<p>perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memposisikan pasien semi-fowler 4. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 5. Melakukan pemantauan tanda vital 6. Memantau saturasi oksigen 7. Memberikan diit MC DJ III + 3 pt 8. Kolaborasi pemberian terapi : RL 500 cc/24 jam, Lasix 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spironolactone 1 x 25 mg (PO), Inbumin 3 x 250 mg (PO), Cloridogrel 1 x 75 (PO), Laxadine 1 x 10 cc (PO), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO), Levofloxacin 1 x 75 mg (IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang - Pasien masih mengeluh badan terasa lemah dan lelah berkurang - Pasien mengatakan batuk berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Akral teraba hangat - Kekuatan nadi perifer meningkat - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 2 mm - Vena jugularis membesar - JVP 5 + 2 cmH₂O - CRT < 3 detik - TD : 91/60 mmHg - Nadi : 87 x/i - RR : 18 x/i - SPO₂ : 98% <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah dispnea, PND, batuk, lelah, pucat, ortopnea cukup menurun - Edema, tekanan darah, distensi vena jugularis belum teratasi - Takikardia menurun - Kekuatan nadi perifer meningkat - Akral dingin menurun <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Jantung - Pemantauan Tanda 	
--	--	--	--	--

			Vital	
Minggu/ 06 Maret 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi nafas dan bunyi nafas tambahan 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai AGD 5. Memberikan Oksigen nasal kanul 2 l/i jika pasien sedang sesak saja 6. Mengajarkan teknik napas dalam 7. Mengatur posisi semi fowler 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak hanya sesekali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Pasien sudah tidak tampak gelisah - Pernafasan cuping hidung tidak ada - Bunyi nafas ronchi tidak ada - RR : 18 x/i - Nadi :87 x/i - Saturasi oksigen 98% - pH 7.44 (N : 7.35-7.45) - PCO₂ 33 (N : 35-45) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ menurun belum teratasi - Dispnea cukup menurun - Bunyi nafas tambahn menurun - Napas cuping hidung menurun - Gelisah menurun - pH arteri membaik - takikardia membaik <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan Respirasi - Terapi Oksigen 	
Minggu/ 06 Maret 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan tirah baring 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Memonitor 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lelah sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas berkurang 	

	<p>suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas</p>	<p>intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Membantu melakukan aktivitas seperti makan dan minum 5. Kolaborasi pemberian terapi : Inbumin 3 x 1 tab (PO) 	<p>- Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Pasien tampak sudah bisa duduk - Pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Sudah bisa makan sendiri - TD : 91/60 mmHg - Nadi : 87 x/i - RR : 18 x/i - Saturasi oksigen 98 % <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan lelah cukup menurun - Dispnea saat/setelah aktivitas cukup menurun - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sedang - Frekuensi nadi meningkat - Saturasi oksigen meningkat - Tekanan darah belum teratasi <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Energi 	
<p>Minggu/ 06 Maret 2022</p>	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor hasil labor (natrium, 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas hanya sesekali - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang <p>O :</p>	

	Ht turun dan kongesti paru	<p>hematokrit, protein, albumin)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memposisikan semi fowler 5. Monitor TTV 6. Memeriksa turgor kulit 7. Berkolaborasi pemberian diuretik (Lasix 10 mg/jam (IV)) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 2 mm - Vena Jugularis membesar - Membran mukosa tidak kering dan pucat - Turgor kulit baik - JVP 5 + 2 cmH₂O - Ronkhi (-) - Asites - Intake : 2100 cc - Output : 2500cc - TD : 91/60 mmHg - Nadi : 87 x/i - RR : 18 x/i - Suhu : 36,5 °C - Hasil Labor : hematokrit 40 %, Total protein 5,6 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,8 g/dL (N : 3,8-5), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7), <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah edema, asites, kadar elektrolit menurun, distensi vena jugularis, tekanan darah belum teratasi - Membran mukosa membaik - Frekuensi nadi membaik - Output urine meningkat - Kadar Ht membaik <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hipervolemia - Pemantauan cairan 	
Senin/ 07 Maret 2022	Penurunan curah jantung berhubungan	1. Mengkaji adanya tanda-tanda penurunan curah	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas sudah 	

	<p>dengan perubahan afterload dibuktikan dengan sesak napas, edema, lelah, batuk, takikardia, pucat dan tekanan darah menurun</p>	<p>jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memposisikan pasien semi-fowler 4. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 5. Melakukan pemantauan tanda vital 6. Memantau saturasi oksigen 7. Memberikan diit MC DJ III + 3 pt 8. Kolaborasi pemberian terapi : RL 500 cc/24 jam, Plasbumin 20 % 1 Fls ext (IV), Lasix 10 mg/jam (IV), Ampicillin Sulbactone 3 x 3 gr (IV), CPG 1 x 75 mg (PO), Atorvastatin 1 x 20 mg (PO), Spironolactone 1 x 25 mg (PO), Ramipril 1 x 2.5 mg (PO), Inbumin 3 x 250 (PO), levofloxacin 1 x 75 (IV), N Acetylcysteine 2 x 200 gr (PO) 	<p>tidak ada hanya sesekali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari sudah berkurang hanya sesekali - Pasien masih mengeluh badan terasa lemah dan lelah berkurang - Pasien mengatakan batuk berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Akral teraba hangat - Kekuatan nadi perifer meningkat - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 1 mm - Vena jugularis membesar - JVP 5 + 1 cmH₂O - CRT < 2 detik - TD : 104/68 mmHg - Nadi : 92 x/i - RR : 17 x/i - SPO₂ : 98% <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea, PND, ortopnea cukup menurun - Batuk dan lelah cukup menurun - Edema, , distensi vena jugularis belum teratasi - Tekanan darah sedang - Nadi kembali normal - Kekuatan nadi perifer meningkat 	
--	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Akral dingin menurun - Pucat menurun <p>P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan perawat ruangan</p>	
Senin/ 07 Maret 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dibuktikan dengan sesak napas, PCO ₂ menurun, takikardia, pH arteri menurun, ronhki, pucat, dan napas cuping hidung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi nafas dan bunyi napas tambahan 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai AGD 5. Memberikan Oksigen nasal kanul 2 l/i jika pasien sedang sesak saja 6. Mengajarkan teknik napas dalam 7. Mengatur posisi semi fowler 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah tidak ada hanya sesekali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Pasien sudah tidak tampak gelisah - Pernafasan cuping hidung tidak ada - Bunyi napas ronchi tidak ada - RR : 17 x/i - Nadi :92 x/i - Saturasi oksigen 98% - pH 7.44 (N : 7.35-7.45) - PCO₂ 33 (N : 35-45) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ cukup membaik - Dispnea menurun - Bunyi napas tambahan menurun - Napas cuping hidung menurun - Gelisah menurun - pH arteri membaik - takikardi membaik - pola napas membaik <p>P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan perawat ruangan</p>	
Senin/ 07 Maret 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan tirah baring 2. Mengajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lelah sudah mulai berkurang 	

	dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemah, dispnea saat/setelah aktivitas	melakukan aktivitas secara bertahap 3. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 4. Membantu melakukan aktivitas seperti makan dan minum 5. Kolaborasi pemberian terapi : Inbumin 3 x 1 tab (PO)	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas berkurang hanya sesekali - Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang - Pasien mengatakan sudah agak bertenaga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat tidak ada - Pasien tampak sudah bisa duduk - Pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Sudah bisa makan sendiri - TD : 104/68 mmHg - Nadi : 92 x/i - RR : 17 x/i - Saturasi oksigen 98 % <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan lelah cukup menurun - Dispnea saat/setelah aktivitas cukup menurun - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sedang - Frekuensi nadi meningkat - Saturasi oksigen meningkat - Tekanan darah sedang <p>P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan perawat ruangan</p>	
Senin/ 07 Maret 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, JVP/CVP	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas sudah tidak ada hanya sesekali 	

	<p>regulasi dibuktikan dengan Dispnea, PND, edema, ronkhi, kadar Ht turun dan kongesti paru</p>	<p>meningkat, suara nafas tambahan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor hasil labor (natrium, hematokrit, protein, albumin) 4. Memosisikan semi fowler 5. Monitor TTV 6. Memeriksa turgor kulit 7. Berkolaborasi pemberian diuretik (Lasix 10 mg/jam (IV)) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas bahkan saat istirahat, dan juga pada malam hari berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas bawah derajat I kedalaman 1 mm - Vena Jugularis membesar - Membran mukosa tidak kering dan pucat - Turgor kulit baik - JVP 5 + 1 cmH₂O - Ronkhi (-) - Asites - Intake : 1800 cc - Output : 3400cc - TD : 104/68 mmHg - Nadi : 92 x/i - RR : 17 x/i - Suhu : 36,5 °C - Hasil Labor : hematokrit 40 %, Total protein 5,6 g/dl (N:6,6-8,7), Albumin 2,8 g/dL (N : 3,8-5), Globulin 2.8 g/dL (1.3-2.7), <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah edema, asites, kadar elektrolit menurun, distensi vena jugularis, tekanan darah belum teratasi - Membran mukosa membaik - Frekuensi nadi membaik - Output urine meningkat - Kadar Ht membaik 	
--	---	--	--	--

			P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan perawat ruangan	
--	--	--	---	--