



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E DENGAN GAGAL  
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG KARDIOLOGI  
KAMAR 609 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**RIRIN EVI AGUSTIN SEPTIANI**

**2110088**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2024**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E DENGAN GAGAL  
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG KARDIOLOGI  
KAMAR 609 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**Laporan tugas akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam penyelesaian  
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**RIRIN EVI AGUSTIN SEPTIANI  
2110088**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
Jakarta, 2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan tugas akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Ririn Evi Agustin Septiani

Nim : 2110088

Tanda tangan :



Tanggal : 22 Juni 2024

## LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. E dengan  
Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi  
Kamar 609 RSUD Koja  
Jakarta Utara

**Dewan Penguji**  
**Pembimbing,**



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB)

**Ketua Penguji**



(Ns. Fendy Yesayas. M. Kep)

**Anggota Penguji**



(Ns. Ribka Sabarina Panjaitan, M. Kep)

**Menyetujui**

Prodi Diploma Tiga Keperawatan



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB)

**Ketua**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. E Dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi Kamar 609 RSUD Koja Jakarta Utara“ dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS HUSADA, penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai dengan Menyusun laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih :

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
2. Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB Selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada serta pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing penulis dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ns. Fendy Yesayas. M.Kep selaku Penguji I yang telah memberi saran dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Ribka Sabarina Panjaitan, M. Kep selaku Penguji II yang telah memberi saran dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini.
5. Seluruh Dosen Pengajar Dan Staf Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan

6. Ns. Neni Diannilawati, S.Kep, selaku Kepala Ruangan Kardiologi di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah membimbing dan memberi banyak bantuan selama praktek di ruangan
7. Perawat Ruang Kardiovaskuler Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara Yang memberikan dukungan dan ilmu yang bermanfaat untuk penulis selama melakukan asuhan keperawatan.
8. Tn. E dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktunya dan memberi kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengkajian dan melakukan asuhan keperawatan.
9. Teristimewa Kepada orangtua penulis, Almarhum Bapak Barimin dan Almarhumah Ibu Sumini, yang telah membesarkan penulis dengan penuh kasih sayang serta berjuang banyak untuk kehidupan penulis.
10. Terimakasih kepada Bapak Sudirman dan Ibu Siti Sumadiyah beserta keluarga, yang telah memberi dukungan dan tempat pulang yang nyaman untuk penulis selama penulis menempuh perkuliahan.
11. Terimakasih kepada keluarga besar Mbah Saelah, yang senantiasa memberi dukungan kepada penulis.
12. Terkhusus terimakasih kepada Mas Khusaini, yang selalu berusaha meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran agar tetap selalu ada menemani dan mendukung penulis selama ini.
13. Terimakasih kepada Sharisya Kusuma Rahmanda, yang selalu ada untuk memberi semangat kepada penulis.

14. Terimakasih kepada Ahli Syurgah (Widya Armita, Reza Aldana, Putri Zahra), Fadillah, Enzhu, dan Dina Audrina, yang telah memberi banyak pelajaran dan warna kehidupan bagi penulis selama menempuh perkuliahan.
15. Terimakasih kepada kelompok Kardiologi (Aghniya, Septiani Amelia, Sarah Aprilia, Risma Oktaviani), yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
16. Untuk teman sekelas 3B dan seluruh Angkatan 34, terimakasih selalu sama-sama sampai tugas akhir ini, maaf jika penulis tidak bisa menyebutkan satu per satu, terimakasih atas kerjasamanya selama ini.

Akhir kata, penulis berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi semua.

Jakarta, 2024



Ririn Evi Agustin Septiani

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
ADH	: <i>Anti Diuretic Hormone</i>
CO	: <i>Cardiac Output</i>
TD	: Tekanan Darah
JVD	: <i>Jugular Venous Distention</i>
PND	: <i>Paroxysmal Nocturnal Dyspnea</i>
ACE	: <i>Angiotensi Converting Enzyme</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
AMI	: <i>Infark Miocard</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
DPP	: Dewan Pengurus Pusat
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
BNP	: <i>Brain Natriuretic Peptide</i>
MAP	: <i>Mean Aterrial Pressure</i>
PCWP	: <i>Pulmonary Capillary Wedge Pressure</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CRRT	: <i>Continuous Renal Replacement Therapy</i>
HR	: <i>Heart Rate</i>
RR	: <i>Respiration Rate</i>

IMT : Indeks Massa Tubuh

EF : *Ejection Fraction*

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR SINGKATAN .....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	3
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Pengertian .....	7
B. Patofisiologi .....	8
C. Penatalaksanaan .....	19
D. Pengkajian keperawatan .....	19
E. Diagnosis Keperawatan .....	23
F. Perencanaan Keperawatan .....	24
G. Pelaksanaan Keperawatan .....	36
H. Evaluasi Keperawatan .....	37
BAB III TINJAUAN KASUS.....	39
A. Pengkajian .....	39
B. Diagnosa Keperawatan.....	59
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi .....	59
BAB IV PEMBAHASAN.....	81
A. Pengkajian .....	81
B. Diagnosa Keperawatan.....	84
C. Perencanaan Keperawatan.....	86
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	90
E. Evaluasi Keperawatan .....	90
BAB V PENUTUP.....	93
A. Kesimpulan.....	93
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	97

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar *Pathway*

Lampiran 2: Lembar Analisa Obat

Lampiran 3: Hasil Laboratorium tanggal 23 April 2024

Lampiran 4: Hasil Laboratorium tanggal 3 Mei 2024

Lampiran 5: Hasil laboratorium tanggal 11 Mei 2024

Lampiran 6: Hasil laboratorium 15 Mei 2024

Lampiran 7: Hasil EKG

Lampiran 8: Hasil Foto Thoraks

Lampiran 9: Hasil *Echocardiografi*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk mempertahankan aliran darah yang cukup. Hal ini menimbulkan lebih banyak tekanan dan dapat menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru. Gagal jantung terutama disebabkan oleh masalah pemompaan ventrikel pada otot jantung dan dapat disebabkan oleh penyakit seperti infark miokard (serangan jantung), endokarditis (infeksi jantung), hipertensi (tekanan darah tinggi), dan kegagalan katup jantung (Keogh, 2019).

*World Health Organization* (WHO) mengemukakan Penyakit jantung menjadi penyebab utama kematian di tingkat global selama 20 tahun terakhir. Terjadi peningkatan dalam jumlah global terhadap kejadian kasus gagal jantung menjadi 56,2 juta dengan peningkatan dua kali lipat pada pria dan wanita. Pada tahun 2019 diperkirakan 56,2 juta orang yang hidup dengan gagal jantung, meskipun perkiraan ini mungkin kurang mewakili beban sebenarnya dari gagal jantung. Pada usia >70 tahun 62,2% di dunia dengan dominasi perempuan, dan dominasi laki-laki pada orang dewasa muda 50,3% dari mereka yang hidup dengan gagal jantung (Martin et al., 2024).

Kementrian Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa Gagal jantung kongestif merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia setelah stroke (Kemenkes RI, 2020). Data menurut *Institute for Health Metrics and Evaluation*, kematian di Indonesia akibat penyakit kardiovaskuler mencapai 651.481 penduduk per-tahun (Kemenkes RI, 2023). Angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Sebanyak 15 dari 1000 orang, atau sekitar 2.784.064 orang di Indonesia menderita penyakit jantung (Riset Kesehatan Dasar, 2018). Data Riskesdas 2018 juga mencatat bahwa angka penyakit jantung di Indonesia sebesar 1,5%, dengan angka tertinggi berada di Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, DIY 2%, Gorontalo 2%. Selain provinsi itu, terdapat juga provinsi lainnya dengan prevalensi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi nasional. Provinsi tersebut adalah, Aceh (1,6%), Sumatera Barat (1,6%), DKI Jakarta (1,9%), Jawa Barat (1,6%), Jawa Tengah (1,6%), Kalimantan Timur (1,9%), Sulawesi Utara (1,8%) dan Sulawesi Tengah (1,9%) (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan data yang diperoleh bagian rekam medis RSUD koja per Mei tahun 2024, menunjukkan bahwa jumlah pasien dengan penyakit Gagal jantung kongestif sebanyak 1073 pasien di RSUD koja.

Gagal jantung berkembang saat jantung tidak dapat secara efektif mengisi atau kontraksi cukup kuat agar dapat berfungsi sebagai sebuah pompa untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Sebagai hasilnya, curah jantung turun, menyebabkan penurunan perfusi jaringan. Tubuh pada awalnya menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung dengan mengaktifkan mekanisme kompensasi yang ada untuk memulihkan perfusi jaringan. Mekanisme normal

ini dapat menyebabkan kongesti vaskular meski begitu, istilah yang biasa digunakan adalah gagal jantung kongestif. Ketika mekanisme ini lelah, gagal jantung terjadi, disertai peningkatan kesakitan dan kematian (LeMone et al., 2016).

Berdasarkan uraian diatas maka sebagai perawat mempunyai tugas yang sangat penting dalam menerapkan promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotive dapat dilakukan misalnya dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang konsep penyakit gagal jantung kongestif. Upaya preventif dapat melakukan upaya pencegahan pasien dari keadaan yang lebih buruk dengan cara memberikan edukasi terkait pencegahan penyakit gagal jantung kongestif. Upaya kuratif merupakan peran perawat dalam melakukan kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat-obatan seperti dopamine, deuretik, dan lain sebagainya. Dan peran rehabilitatif yaitu perawat dapat menganjurkan klien untuk melakukan rehabilitasi guna memberikan dan memastikan apakah klien menjalankan pola hidup sehat dengan baik. Untuk menjalankan suatu peran perawat tersebut, maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal jantung kongesti melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menerapkan ilmu yang sudah dipelajari secara langsung, serta memperoleh pengalaman nyata memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif sehingga dapat meningkatkan kualitas pengetahuan baik teori maupun praktik di lapangan.

## 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah diharapkan mahasiswa:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.

### **C. Ruang Lingkup**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi Kamar 609 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara dari tanggal 20 Mei 2024 sampai dengan 22 Mei 2024”, penulis menggunakan tahap-tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

### **D. Metode Penulisan**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan, metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan dan penyajian data, sehingga memberikan informasi yang bermanfaat. Adapun cara yang ditempuh yaitu dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti dalam hal ini mengenai penyakit jantung dan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Metode dokumentasi adalah metode yang berasal dari catatan media dokumentasi dengan mempelajari rekaman media penulisan, metode keputusan adalah metode dengan membaca buku penulisan atau literatur yang terkait penyakit kardiovaskuler.

## **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis menjadi lima BAB yaitu: BAB I merupakan pendahuluan yang membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses manifestasi klinis, dan komplikasi), dan penatalaksanaan. BAB III merupakan tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. BAB IV merupakan pembahasan mengenai kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan faktor penghambat serta pemecahan masalah dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V merupakan penutup yang meliputi kesimpulan dan saran

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Gagal Jantung Kongestif adalah ketidak mampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrient. Kondisi tersebut dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Padila, 2019).

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk mempertahankan aliran darah yang cukup. Hal ini menyebabkan darah menjadi stagnan, sehingga menimbulkan lebih banyak tekanan dan dapat menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru. Gagal jantung terutama disebabkan oleh masalah pemompaan ventrikel pada otot jantung dan dapat disebabkan oleh penyakit seperti infark miokard (serangan jantung), endokarditis (infeksi jantung), hipertensi (tekanan darah tinggi), dan kegagalan katup jantung (Keogh, 2019).

Gagal jantung berkembang saat jantung tidak dapat secara efektif mengisi atau kontraksi cukup kuat agar dapat berfungsi sebagai sebuah pompa untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Sebagai hasilnya, curah jantung turun,

menyebabkan penurunan perfusi jaringan. Tubuh pada awalnya menyesuaikan diri untuk menurunkan curah jantung dengan mengaktifkan mekanisme kompensasi yang ada untuk memulihkan perfusi jaringan. Mekanisme normal ini dapat menyebabkan kongesti vaskular. Meski begitu, istilah yang biasa digunakan adalah gagal jantung kongestif. Ketika mekanisme ini lelah, gagal jantung terjadi, disertai peningkatan kesakitan dan kematian (LeMone et al., 2016).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan Gagal jantung kongestif adalah sindrom klinis kompleks di mana jantung tidak mampu untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrient dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah.

## **B. Patofisiologi**

Gagal jantung merupakan sindroma klinis yang disebabkan oleh berbagai penyebab yang dapat melibatkan satu atau dua ventrikel. *Cardiac output* biasanya di bawah kisaran normal. Disfungsi sistolik, dengan penurunan *cardiac output* dan penurunan fraksi ejeksi signifikan (<45%; normal >60%), merupakan ciri khas gagal jantung akut, khususnya yang disebabkan oleh infark miokardium. Disfungsi *diastolic* seringkali terjadi akibat hipertrofi dan kekakuan (*stiffness*) miokardium, dan meskipun *cardiac output* menurun, fraksi ejeksi biasanya normal (Mayangsari et al., 2019).

Etiologi lain menurut Kasron (2016) dari Gagal Jantung Kongestif yaitu Kelainan otot jantung. Gagal jantung sering terjadi pada penderita

kelainan otot jantung, disebabkan karena menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi inilah yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi atrial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun. Hipertensi sistemik dan pulmonal bisa terjadi karena meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya akan mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif sangat berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun.

Terdapat beberapa faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Gagal jantung bisa terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, secara langsung akan mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katup semilunar). Ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, periokarditis konstruktif, atau stenosis AV), dan peningkatan mendadak afterload. Jantung yang normal dapat berespon terhadap peningkatan

kebutuhan metabolisme dengan menggunakan mekanisme kompensasi yang bervariasi untuk mempertahankan *cardiac output*, yaitu meliputi respon sistem saraf simpatis terhadap baroreseptor atau kemoreseptor, pengencangan dan pelebaran otot jantung untuk menyesuaikan terhadap peningkatan volume, vasokonstriksi arterirenal dan aktivasi system rennin angiotensin, dan respon terhadap serum sodium dan regulasi ADH (*Anti Diuretic Hormone*) dan reabsorpsi terhadap cairan (Padila, 2019).

Menurut LeMone et al.(2016) ketika jantung mulai gagal memompa, mekanisme diaktifkan untuk mengkompensasi kerusakan fungsi dan mempertahankan curah jantung. Mekanisme kompensasi utama adalah mekanisme *Frank-Starling*, respons neuroendokrin dan hipertrofi miokardium. *Frank-Starling* merupakan keadaan dimana makin besar regangan serabut otot jantung maka semakin besar tenaga kontraksi yang menyebabkan peningkatan tenaga kontraktilitas sehingga menyebabkan peningkatan CO (*Cardiac Output*) dalam tubuh. Yang menyebabkan komplikasi peningkatan kebutuhan oksigen miokardium serta terbatasnya oleh peregangan berlebihan. Respons neuroendokrin keadaan dimana penurunan CO (*Cardiac Output*) menstimulasi sistem saraf simpatis dan pelepasan katekolamin menyebabkan peningkatan frekuensi jantung, tekanan darah, dan kontraktilitas, peningkatan resistensi vaskular, dan peningkatan aliran balik vena. Sehingga menyebabkan komplikasi takikardia dengan penurunan waktu pengisian dan penurunan CO peningkatan resistensi vaskular, peningkatan kerja miokardium dan kebutuhan oksigen. Penurunan CO dan penurunan perfusi ginjal menstimulasi pelepasan sistem renin/angiotensin menyebabkan vasokonstriksi dan peningkatan TD.

Sehingga menyebabkan komplikasi peningkatan kerja miokardium, vasokonstriksi ginjal dan penurunan perfusi ginjal. Angiotensi menstimulasi pelepasan aldosteron dan korteks adrenal menyebabkan retensi garam dan air oleh ginjal dan peningkatan volume vaskular. Sehingga menyebabkan komplikasi peningkatan *preload* dan *afterload* serta kongesti paru.

ADH (*Anti Diuretic Hormone*) dilepaskan dari hipofisis posterior dan faktor natriuretik atrium dilepaskan menyebabkan ekskresi air dihambat, peningkatan ekskresi natrium dan diuresis. Sehingga menyebabkan komplikasi retensi cairan dan peningkatan *preload* dan *afterload*. Aliran darah diretribusi ke organ vital (jantung dan otak) menyebabkan penurunan perfusi pada sistem organ lain serta penurunan perfusi kulit dan otot. Sehingga menimbulkan komplikasi gagal ginjal dan metabolisme anaerob dan asidosis laktat. Hipertrofi ventrikel keadaan dimana peningkatan beban kerja jantung menyebabkan otot miokardium mengalami hipertrofi dan ventrikel melebar sehingga menyebabkan peningkatan tenaga kontraktilitas untuk mempertahankan CO. Komplikasi yang ditimbulkan adalah peningkatan kebutuhan oksigen miokardium dan pelebaran selular (LeMone et al., 2016) .

Kegagalan mekanisme kompensasi dapat dipercepat oleh adanya volume darah sirkulasi yang dipompakan untuk melawan peningkatan resistensi vaskuler oleh pengencangan jantung. Kecepatan jantung memperpendek waktu pengisian ventrikel dari arteri coronaria. Menurunnya CO dan menyebabkan oksigenasi yang tidak adekuat ke miokardium. Peningkatan dinding akibat dilatasi menyebabkan peningkatan tuntutan oksigen dan pembesaran jantung (*hipertrophi*) terutama pada jantung iskemik

atau kerusakan yang menyebabkan kegagalan mekanisme pemompaan (Diyono, 2016).

Menurut Fajriyah et al.(2023) pada gagal jantung kiri, kongesti paru terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat memompa darah secara efektif dari ventrikel ke aorta dan sirkulasi sistemik. Peningkatan volume darah diastolik akhir ventrikel kiri meningkatkan tekanan diastolik akhir ventrikel kiri dan mengurangi aliran darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri selama diastol. Volume dan tekanan darah di atrium kiri meningkat dan aliran ke atrium kiri melalui vena pulmonalis menurun. Volume dan tekanan darah vena pulmonal di paru meningkat, memaksa cairan dari kapiler paru masuk ke jaringan paru dan alveoli, menyebabkan edema paru interstisial dan gangguan pertukaran gas. Gejala klinis kongesti paru antara lain sesak napas, batuk, paru-paru berderak, dan penurunan saturasi oksigen. Auskultasi dapat mendeteksi bunyi jantung tambahan, S3, atau "ventrikular gallop". Hal ini disebabkan oleh pengisian ventrikel yang tidak normal. Pada gagal jantung kanan, ventrikel kanan mengalami kegagalan dan kongesti jaringan perifer dan visceral mendominasi. Hal ini disebabkan ventrikel kanan tidak dapat mengeluarkan darah secara efektif dan tidak dapat menampung seluruh darah yang biasanya mengalir mundur dari sirkulasi vena. Peningkatan tekanan vena menyebabkan distensi vena jugularis (JVD), yang menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatik kapiler di seluruh sistem vena. Gejala klinis sistemik antara lain edema ekstremitas bawah (edema dependen), hepatomegali (pembesaran hati), asites (penumpukan cairan di rongga perut), dan penambahan berat badan akibat retensi cairan.

Menurut LeMone et al.(2016) manifestasi gagal sistolik adalah manifestasi penurunan curah jantung: kelemahan, kelelahan, dan penurunan toleransi terhadap latihan fisik. Manifestasi gagal diastolik terjadi akibat peningkatan tekanan dan bendungan di belakang ventrikel: napas pendek, takipnea, dan ronki respiratorik bila ventrikel kiri terkena; distensi vena leher, pembesaran hati, anoreksia, dan mual bila ventrikel kanan terkena. Banyak pasien mempunyai komponen gagal sistolik dan diastolik. Manifestasi gagal jantung sebelah kiri terjadi akibat kongesti paru (efek ke belakang) dan penurunan curah jantung (efek ke depan). Kelelahan dan intoleransi aktivitas adalah manifestasi awal biasa terjadi. Pusing dan sinkop juga dapat terjadi akibat penurunan curah jantung. Kongesti paru menyebabkan dispnea, napas pendek, dan batuk. Pasien dapat mengalami ortopnea (sulit bernapas saat berbaring telentang), yang membutuhkan pemakaian dua atau tiga bantal atau sandaran bila tidur. Sianosis akibat kerusakan pertukaran gas dapat terlihat. Pada auskultasi paru, ronki inspirasi dan mengi dapat terdengar pada dasar paru. Galop S3 juga dapat muncul, mencerminkan upaya jantung untuk mengisi ventrikel yang sudah distensi.

Pada gagal jantung sebelah kanan, peningkatan tekanan pada vaskular paru atau kerusakan otot ventrikel kanan merusak kemampuan ventrikel kanan untuk memompa darah menuju sirkulasi pulmonaris. Ventrikel dan atrium kanan menjadi distensi dan darah terakumulasi dalam sistem vena sistemik. Peningkatan tekanan vena menyebabkan organ abdomen menjadi kongesti dan edema jaringan perifer terjadi. Jaringan yang tergantung cenderung terkena karena efek gravitasi edema terjadi pada kaki dan tungkai, atau jika pasien tirah

baring, pada sakrum. Kongesti pada pembuluh saluran pencernaan menyebabkan anoreksia dan mual. Nyeri kuadran kanan atas dapat terjadi akibat pembesaran hati. Vena leher distensi dan menjadi semakin terlihat bahkan saat pasien tegak akibat peningkatan tekanan vena. Penurunan curah jantung mengaktifkan mekanisme yang menyebabkan peningkatan retensi garam dan air. Sehingga menyebabkan kenaikan berat badan dan meningkatkan tekanan lebih lanjut dalam kapiler yang menyebabkan edema. Nokturia atau berkemih lebih dari satu kali pada malam hari, terjadi saat cairan edema dari jaringan yang tergantung direabsorpsi saat pasien telentang. *Dispnea nokturna paroksismal* (PND), suatu kondisi menakutkan yakni pasien terbangun pada malam hari karena mengalami napas pendek akut, juga dapat terjadi. Dispnea nokturna paroksimal terjadi saat cairan edema yang telah terakumulasi selama siang hari direabsorpsi ke dalam sirkulasi pada malam hari, menyebabkan kelebihan beban cairan dan kongesti paru. Gagal jantung berat dapat menyebabkan dispnea pada saat istirahat serta pada aktivitas yang menandakan cadangan jantung sedikit atau tidak ada. Galop S3 dan S4 dapat terdengar pada saat auskultasi (LeMone et al., 2016).

Gagal jantung dibedakan dalam beberapa tergantung pada patologi dasarnya. Beberapa klasifikasi mencakup gagal jantung kiri, gagal jantung kanan, gagal jantung curah tinggi, gagal jantung curah rendah, gagal jantung sistolik dan diastolik, serta gagal jantung akut dan kronik. Pada penderita gagal jantung kongestif sebelah kiri, ruang ventrikel atau bilik kiri dari jantung tidak berfungsi dengan baik. Bagian ini seharusnya mengalirkan darah yang optimal ke seluruh tubuh melalui aorta, kemudian diteruskan ke pembuluh darah arteri.

Oleh karena fungsi bilik kiri tidak berjalan secara optimal, maka terjadilah peningkatan tekanan pada serambi kiri dan pembuluh darah di sekitarnya. Kondisi ini menciptakan penumpukan cairan di paru-paru (edema paru). Selanjutnya, penumpukan cairan juga dapat terbentuk di rongga perut dan kaki. Kurangnya aliran darah ini kemudian mengganggu fungsi ginjal sehingga tubuh menimbun air dan garam lebih banyak dari yang dibutuhkan. Pada beberapa kasus, penyakit ini bisa juga bukan dikarenakan kegagalan bilik kiri jantung dalam memompa darah. Ketidakmampuan bilik kiri jantung dalam melakukan relaksasi juga kadang menjadi penyebabnya. Oleh karena tidak mampu melakukan relaksasi, maka terjadilah penumpukan darah saat jantung melakukan tekanan balik untuk mengisi ruang jantung (Keogh, 2019).

Gagal jantung sebelah kanan terjadi ketika bilik kanan jantung kesulitan memompa darah ke paru-paru. Akibatnya, darah kembali ke pembuluh darah balik (vena) hingga menyebabkan penumpukan cairan di perut dan bagian tubuh lain, misalnya kaki. Gagal jantung kanan seringkali diawali dari gagal jantung kiri, ketika terjadi tekanan berlebih pada paru-paru sehingga kemampuan sisi kanan jantung untuk memompa darah ke paru-paru pun jadi ikut terganggu. Kegagalan curah jantung dengan gagal jantung akibat penyakit arteri koroner, hipertensi, kardiomiopati, atau penyakit jantung primer lainnya mengalami kegagalan kinerja dan gejala seperti yang dijelaskan di atas. Pasien dalam keadaan hipermetabolik (seperti hipertiroidisme, infeksi, anemia, kehamilan) memerlukan peningkatan curah jantung untuk mempertahankan aliran darah dan oksigen ke jaringan. Jika peningkatan aliran darah tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen jaringan,

mekanisme kompensasi akan diaktifkan lebih lanjut untuk meningkatkan curah jantung dan, oleh karena itu, kebutuhan oksigen. Sekalipun curah jantung tinggi, jantung tidak dapat memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen (Keogh, 2019).

Disfungsi sistolik terjadi ketika ventrikel tidak berkontraksi cukup untuk memompa cukup darah ke sistem arteri. Fungsi kontraktile terganggu oleh hilangnya sel miokard akibat iskemia atau infark, kardiomiopati, atau peradangan. Gejala disfungsi sistolik adalah gejala penurunan curah jantung yang berarti lemas, mudah lelah, dan berkurangnya toleransi olahraga. Insufisiensi diastolik terjadi ketika jantung tidak mampu berelaksasi sepenuhnya selama diastol dan pengisian normal terganggu. Pengisian diastolik pasif berkurang dan kontraksi atrium menjadi lebih penting selama *preload*. Disfungsi diastolik disebabkan oleh penurunan kepatuhan ventrikel akibat hipertrofi dan perubahan seluler, serta gangguan relaksasi miokard. Fenomena ini disebabkan oleh peningkatan tekanan dan kemacetan di ventrikel posterior. Ketika ventrikel kiri terpengaruh, terjadi sesak napas, takipnea, dan mengi. Jika ventrikel kanan terpengaruh, terjadi pelebaran pembuluh darah di leher, pembesaran hati, kehilangan nafsu makan, dan mual. Banyak pasien mengalami disfungsi sistolik dan diastolik (Keogh, 2019).

Gagal jantung kiri dan kanan terjadi secara bersamaan. Menurut Mayangsari et al. (2019) Performa jantung merupakan fungsi dari keempat faktor berikut:

- a. *Preload*: Ketika pengukuran pada performa ventrikel kiri seperti stroke volume diplot sebagai fungsi dari tekanan pengisian ventrikel

kiri atau panjang serabut otot saat akhir diastolic, hasilnya berupa kurva yang disebut kurva fungsi ventrikel kiri. Kurva ini *ascending* sampai dengan tekanan pengisian <15 mmHg dan merepresentasikan hubungan *Frank-Starling* klasik yang berarti masih dalam kondisi fisiologis, kemudian disusul dengan plateau. *Preload* lebih besar dari 20-25 mmHg menyebabkan kongesti paru. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, *preload* meningkat pada gagal jantung karena peningkatan volume darah dan tonus vena. Oleh karena pada gagal jantung kondisi plateau dicapai pada tekanan yang kecil dari *stroke volume*, maka sedikit saja peningkatan panjang serabut otot atau tekanan pengisian meningkatkan kebutuhan oksigen pada miokardium. Penurunan tekanan pengisian yang tinggi ini merupakan target manajemen restriksi garam dan terapi diuretik pada gagal jantung. Venodilator (seperti nitrogliserin) juga menurunkan *preload* dengan cara redistribusi darah ke vena perifer (Smeltzer & Bare, 2017).

- b. *Afterload*: *Afterload* merupakan resistensi atau tekanan yang harus dilawan oleh otot jantung saat memompa darah dan digambarkan oleh impedansi aorta dan resistensi vaskuler sistemik. Seiring dengan penurunan *cardiac output* pada gagal jantung kronik, refleks meningkat pada resistensi vaskuler yang diperantarai sebagian oleh peningkatan jalur simpatis dan catecholamine sirkulasi serta aktivasi sistem renin angiotensin. Endothelin, suatu vasokonstriktor poten juga terlibat. Untuk memodulasi *afterload*,

maka digunakan obat-obatan yang menurunkan tonus arteriolar pada gagal jantung (Timby & Smith, 2014).

- c. Kontraktilitas: Otot jantung pada pasien dengan gagal jantung menunjukkan penurunan pada kontraktilitas intrinsiknya. Seiring dengan kontraktilitas yang menurun pada pasien, ada reduksi kecepatan pemendekan otot, tingkat perkembangan tekanan intraventrikular, dan *stroke output* yang dicapai. Namun demikian, jantung masih dapat berespons dengan pemberian obat inotropik positif (Bachrudin & Najib, 2016).
- d. Denyut jantung: Denyut jantung merupakan penentu utama *cardiac output*. Seiring dengan penurunan fungsi intrinsik dan *stroke volume* pada gagal jantung, peningkatan denyut jantung melalui aktivasi simpatis melalui reseptor beta adrenergik merupakan mekanisme kompensasi pertama yang dapat memulihkan *cardiac output*. (Mayangsari et al., 2019)

Komplikasi Gagal Jantung Kongestif LeMone et al. (2016) menyatakan bahwa mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi pada sistem tubuh lain. Hepatomegali kongestif dan splenomegali kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan sistem vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen, asites, dan masalah pencernaan. Pada gagal jantung sebelah kanan yang lama, fungsi hati dapat terganggu. Distensi miokardium dapat memicu disritmia, mengganggu curah jantung lebih lanjut. Efusi pleura dan masalah paru lain dapat terjadi.

Komplikasi mayor gagal jantung berat adalah syok kardiogenik dan edema paru akut.

### **C. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Perawat yang mengumpulkan data harus memiliki kemampuan kognitif yang baik, hubungan interpersonal yang baik, dan kemampuan komunikasi yang baik untuk memastikan bahwa data yang diperoleh relevan dan dapat digunakan dalam proses keperawatan. Proses ini biasanya terjadi sejak perawat pertama kali melakukan kontak dengan klien. Jika klien pernah berkunjung ke suatu pelayanan kesehatan, perawat harus meninjau rekam medis klien sebelumnya. Pengumpulan data ini diperoleh melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan langsung (Debora, 2017).

Menurut Doenges & Yulianti (2018) pengkajian yang dilakukan pada pasien jantung kongestif adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin dan umur
2. Keluhan utama pasien: biasanya ditemukan sesak nafas, dan mudah lelah terutama saat beraktivitas
3. Riwayat penyakit sekarang: Sesak napas selama kegiatan paling sering, kadang-kadang saat istirahat atau saat tidur, pembengkakan pada pergelangan kaki, kelelahan.
4. Riwayat penyakit dahulu: hipertensi, diabetes, merokok, penyakit jantung, Riwayat penyakit keluarga, Riwayat pengobatan
5. Pemeriksaan fisik pada pasien dengan gagal jantung yaitu :

- a. Auskultasi: nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan beristirahat)
- b. Bunyi jantung S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke atrium yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi atau stenosis katup
- c. Palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulsus alternans (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada
- d. Pemeriksaan kulit: kulit pucat (karena penurunan perfusi perifer sekunder) dan sianosis (terjadi sebagai refraktori gagal jantung kronis). Area yang sakit sering berwarna biru/belang karena peningkatan kongesti vena
- e. Sirkulasi tekanan darah mungkin rendah (gagal pemompaan), irama jantung disritmia, frekuensi jantung takikardi.
- f. Pernafasan takipnea, nafas dangkal, penggunaan otot asesori pernapasan, batuk kering/nyaring, atau non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa pembentukan sputum
- g. Nyeri atau keamaan: nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas dan sakit pada otot
- h. Eliminasi: bising usus normal atau meningkat
- i. Makanan/cairan: kehilangan nafsu makan, muntah, mual, penambahan berat badan yang signifikan, pembengkakan pada ekstremitas bawah

- j. Aktifitas/istirahat: kelelahan atau keletihan terus-menerus saat beraktifas maupun saat istirahat.
- k. Integritas ego: ansietas, khawatir, dan takut, stres yang berhubungan dengan penyakit atau keprihatinan finansial (pekerjaan, biaya perawatan medis)

Pemeriksaan diagnostik menurut Padila (2019) untuk pasien Gagal jantung kongestif terdiri dari:

1. Foto torax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, oedema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa CHF
2. EKG (Elektrokardiogram) dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI),
3. Pemeriksaan Lab meliputi: Elektrolit serum yang mengungkapkan kadar natrium yang rendah sehingga hasil hemodelusi darah dari adanya kelebihan retensi air, K, Na, Cl, Ureum, gula darah
4. Ekokardiografi: Alat yang menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung

#### **D. Penatalaksanaan**

Dalam Penatalaksanaan gagal jantung juga meliputi penatalaksanaan nonfarmakologis dan farmakologis yang juga memegang peranan penting pada manajemen pasien gagal jantung. Penatalaksanaan menurut (Mayangsari et al., 2019). Penatalaksanaan farmakologi pada pasien gagal jantung terdiri dari:

1. Anti remodeling menghambat mekanisme kompensasi neuro (*beta blocker*) dan humoral (ACE inhibitor, *angiotensin reseptor blocker*). Obat ini biasanya harus diberikan pada pasien gagal jantung kronik untuk mencegah progresivitas dengan mempertimbangkan kondisi klinis dan potensi efek sampingnya. Perlu diperhatikan bahwa dosis yang diberikan pada pasien gagal jantung bukan untuk tujuan menurunkan tekanan darah, tapi untuk mencegah remodelling sehingga biasanya dimulai dengan dosis titrasi yang kecil.
2. Terapi *overload syndrome* bertujuan untuk membantu mengurangi *preload* dan beban jantung. Obat ini meliputi diuretik (biasanya dipilih golongan loop diuretik) dan antagonis reseptor aldosteron. Sesuai fungsinya, obat ini diberikan jika ada tanda *overload* baik berupa kongesti perifer atau paru dan dosisnya menyesuaikan status kongestif pasien.
3. Obat *inotropic* bertujuan untuk meningkatkan kontraktilitas jantung. Obat *inotropic* yang dipakai untuk penanganan gagal jantung kronik, tetapi bukan sebagai lini pertama, adalah digitalis. Obat *inotropic* juga digunakan untuk mengatasi kondisi gagal jantung akut atau kondisi syok kardiogenik (misalnya dobutamin, dopamine, norepinefrin).
4. Obat vasodilator digunakan sebagai lini pertama pengobatan, bermanfaat untuk menurunkan preload sehingga cardiac output dapat meningkat.  
Contoh: hydralazine, nitrat.

Menurut Padila (2019) penatalaksanaan pada pasien CHF terdiri dari Terapi non farmakologis dan terapi farmakologis, terapi non farmakologis terdiri dari Istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung Oksigenasi ,

kemudian dukungan diit dengan membatasi natrium untuk mencegah, mengontrol atau menghilangkan oedema. Terapi Farmakologis terdiri dari: Glikosida jantung, meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung, Efek yang dihasilkan peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah dan peningkatan diuresis dan mengurangi oedema. Terapi diuretic, diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hypokalemia dan Terapi vasodilator, obat-obat fasoaktif digunakan untuk mengurangi impadasi tekanan terhadap penyemburan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan.

#### **E. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung kongestif menurut Black & Hawks (2014) berdasarkan SDKI yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, dan perubahan *afterload*
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri dan/atau vena

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan.
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
7. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan perubahan sirkulasi

## **F. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan preload, dan perubahan afterload

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Palpitasi menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dyspnea menurun, oliguria menurun, pucat atau sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dysepnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 dan S4 menurun, murmur jantung menurun, berat badan menurun, hepatomegali menurun, tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan:

## Perawatan jantung

### Observasi

- 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: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- d. Monitor *intake* dan *output* cairan
- e. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- h. Monitor EKG 12 sadapan
- i. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- k. Monitor fungsi alat pacu jantung
- l. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas

- m. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat  
(mis: *beta blocker*, *ACE Inhibitor*, *calcium channel blocker*, digoksin)

#### Terapeutik

- 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, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- c. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi
- d. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- e. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- f. Berikan dukungan emosional dan spiritual.
- g. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

#### Edukasi

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c. Anjurkan berhenti merokok
- d. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- e. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- b. Rujuk ke program rehabilitasi jantung

2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil: Asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, membrane mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen hipervolemia

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
- b. Identifikasi penyebab hipervolemia
- c. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
- f. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat)
- g. Monitor kecepatan infus secara ketat

- h. Monitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

#### Terapeutik

- a. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- b. Batasi asupan cairan dan garam
- c. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat

#### Edukasi

- a. Anjurkan melapor jika haluaran urin  $< 0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam
- b. Anjurkan melapor jika BB bertambah  $> 1$  kg dalam sehari
- c. Ajarkan cara membatasi cairan

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian diuretik
- b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
- c. Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT) jika perlu

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi dan perfusi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat

Kriteria hasil: Tingkat kesadaran menurun, dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaphoresis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, O<sub>2</sub> membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, sianosis membaik, pola nafas membaik, warna kulit membaik

Intervensi keperawatan:

Pemantauan respirasi

Observasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
- b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, Biot, ataksik)
- c. Monitor kemampuan batuk efektif
- d. Monitor adanya produksi sputum
- e. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g. Auskultasi bunyi napas
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor nilai AGD
- j. Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik

- a. Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri dan/atau vena

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer membaik

Kriteria hasil: Denyut nadi perifer meningkat, turgor kulit meningkat, tekanan darah sistolik cukup membaik, tekanan darah diastolik cukup membaik, tekanan arteri rata-rata cukup membaik.

Intervensi:

Perawatan Sirkulasi

Observasi

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)
- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- a. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- d. Lakukan pencegahan infeksi
- e. Lakukan perawatan kaki dan kuku
- f. Lakukan hidrasi

Edukasi

- a. Anjurkan berhenti merokok
- b. Anjurkan berolahraga rutin
- c. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar

- d. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
  - e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
  - f. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
  - g. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
  - h. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
  - i. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
  - j. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: Frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, *dyspnea* saat aktivitas menurun, *dyspnea* setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis

menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen energi

Observasi

- 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

Terapeutik

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- b. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
- d. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- a. Anjurkan tirah baring
- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil: Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik

Intervensi keperawatan:

Reduksi Ansietas

Observasi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- c. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

### Edukasi

- a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- d. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h. Latih teknik relaksasi

### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
7. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan perubahan sirkulasi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik

Kriteria hasil: Elastisitas meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik, pertumbuhan rambut membaik.

Intervensi:

Perawatan integritas kulit

### Observasi

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

### Terapeutik

- a. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
- b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
- f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

### Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

## **G. Pelaksanaan Keperawatan**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, tahap selanjutnya yang dilakukan adalah implementasi yaitu tindakan atau aplikasi yang dilakukan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda disesuaikan dengan kondisi saat itu dan kebutuhan yang dirasakan oleh pasien, implementasi keperawatan memerlukan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut harus dilakukan (Debora, 2017).

Menurut (Doenges & Yulianti, 2018) tindakan keperawatan dalam pelaksanaannya dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan, terdiri dari:

a. Independen

Tindakan keperawatan yang dilakukan mandiri oleh perawat tanpa berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, dilakukan dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia.

b. Dependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau perawat kepala kepada pelaksana berdasarkan pelimpahan tugas atau instruksi.

c. Interdependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kolaborasi dengan tim kesehatan lain, bukan hanya perawat dan dokter saja, tetapi dengan seluruh tenaga kesehatan yang ada.

## H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi. Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan, yaitu proses yang digunakan untuk mengatur dan memantau keadaan pasien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan pasien saat ini, perlu atau tindakan dirujuk ke tempat kesehatan lain, apakah perlu menyusun ulang prioritas diagnosis agar kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Selain digunakan untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan (Doenges & Yulianti, 2018).

Menurut Debora (2017) Ada dua komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu:

a. Evaluasi formatif atau proses

Evaluasi ini menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.

b. Evaluasi sumatif atau berhasil

Evaluasi ini merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif di ruang kardiologi kamar 609 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. Pada tinjauan kasus ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung kongestif selama 3 hari mulai tanggal 20 Mei 2024 hingga 22 Mei 2024. Dalam memberikan asuhan keperawatan ini, pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahap: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Mei 2024, data yang diperoleh penulis yaitu pengamatan secara langsung, pengkajian fisik, wawancara, serta catatan medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pasien.

##### **1. Identitas pasien**

Pasien bernama Tn. E, jenis kelamin laki-laki usia 43 tahun, status perkawinan menikah, beragama islam, suku bangsa Betawi, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan pasien sehari-hari dalam berkomunikasi adalah bahasa Indonesia, pasien bekerja di ekspedisi pengiriman barang di pelabuhan. Alamat pasien berada di Jalan Kali Baru

Barat, biaya perawatan dari BPJS dan sumber informasi didapatkan dari pasien, keluarga pasien, dan rekam medis.

## 2. Resume

Pada hari Selasa, 23 April 2024 pukul 20:00 pasien Tn. E usia dibawa kerumah sakit dengan keluhan batuk, nyeri dada, sesak napas, dan kedua tungkai bawah dan skrotum bengkak sejak 2 minggu. Pasien baru sehari di rumah setelah rawat inap di RSUD Koja dengan CHF lalu dibawa ke rumah sakit lagi. Keadaan umum pasien terlihat sakit sedang, dengan nilai GCS : E4, M6, V5. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan : TD : 90/60 mmHg, HR 38 x/menit, RR 26 x/menit, Suhu: 36 °C. Hasil pemeriksaan EKG ST Depresi Apeks Sinistra Posterior, hasil pemeriksaan laboratorium Hematokrit 37.0% (42.0-52.0%), Eritrosit 4.47 juta /  $\mu$ L (4.70-6.00 juta /  $\mu$ L). Natrium 130 mEq/L (135-147 mEq/L), Kalium 3.26 mEq/L (3.5-5.0), Klorida 95 mEq/L (96-108 mEq/L), Ureum 61.9 mg/dL (16.6-48.5 mg/dL), Analisa gas darah: P O<sub>2</sub> 100.8 mmHg (95.0-100 mmHg), O<sub>2</sub> saturasi 98.4% (94.0-100%), *base excess* 3.9 mmol/L (-2.5-+2.5 mmol/L).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah penurunan curah jantung, dan hipervolemi. Tindakan mandiri yang telah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital, mengatur posisi semi fowler pada pasien, mengkaji tingkat kemampuan pasien, menghitung kebutuhan cairan pasien, menghitung tetesan infus. Tindakan kolaborasi yang diberikan di IGD, yaitu memberikan terapi oksigen dengan nasal kanul 4

L/ menit, memasang IVFD Assering 500 cc /24jam ditangan kiri, Lasix pump 12 ampul/24 jam, Dobutamin drip 5 micro dengan laju 4,2 cc/ jam.

Setelah dipindahkan ke ruang rawat inap tindakan kolaboratif yang diberikan adalah memberikan terapi oksigen dengan nasal kanul 4 L/ menit, terapi injeksi dengan melalui IV Omeprazole 2 x 40 mg, Transamin 3 x 500 mg, Vitamin K 3 x 1 ampul, Katerolak 3 x 30 mg, Levofloxacin drip 1 x 750 mg, Ondansentron 2 x 8mg, Lasix *pump* 24 ampul / 24 jam, Dopamin 3 micro / 24 jam, dan Ceftriaxone 1 x 2 g, memberikan obat oral yaitu Spinorolactone 1 x 50 mg, Digoxin 1 x 0,25 mg, Paracetamol 3 x 500 mg, NAC 3 x 200 mg, Alprazolam 0,25 mg, dan Simarc 1 x 2 mg. Terapi yang diberikan secara inhalasi terdapat combivent + pulmicort 3 x 1 ampul.

Setelah 26 hari pasien di rawat, ada beberapa terapi injeksi melalui IV yang dihentikan yaitu Transamin 3 x 500 mg, Vitamin K 3 x 1 ampul, Katerolak 3 x 30 mg, dan Levofloxacin drip 1 x 750 mg. Evaluasi secara umum setelah diberikan tindakan keperawatan adalah nyeri dada sudah tidak ada, dispnea belum berkurang, pasien tampak sulit berbicara, dan edema pada skrotum sudah tidak ada serta edema pada dua tungkai bawah berkurang.

### **3. Riwayat Keperawatan**

#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

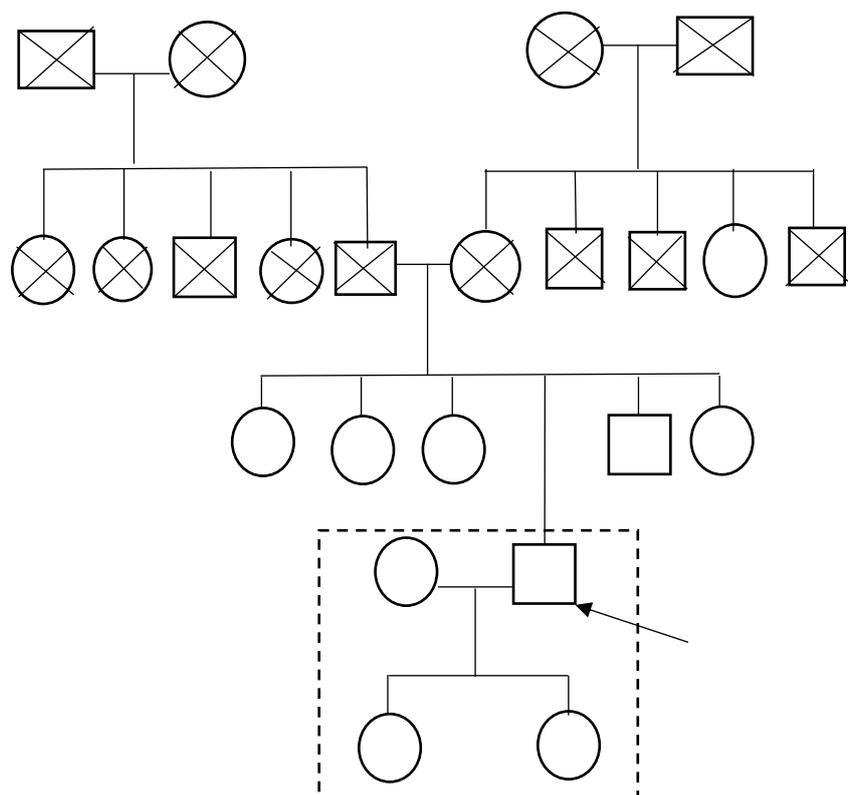
Keluhan utama adalah pasien mengeluh sesak nafas meskipun tanpa melakukan aktivitas. Faktor pencetus penyakit adalah dari penyakit pasien yaitu Gagal jantung kongestif. Timbulnya keluhan yaitu secara bertahap. Lamanya waktu saat sakit yaitu terus

menerus selama kurang lebih 26 hari. Upaya untuk mengatasi sakitnya dengan istirahat dan tidur.

**b. Riwayat kesehatan masa lalu**

Pasien memiliki riwayat sakit jantung sejak 5 tahun yang lalu dan sudah di rawat di rumah sakit sebanyak 3 kali selama satu tahun. Pasien tidak memiliki riwayat alergi pada obat, makanan, binatang, maupun lingkungan. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan. Jika di rumah pasien mengonsumsi obat jantung secara rutin dari dokter yaitu Digoxin, obat pengencer darah, Furosemid, dan Spinorolacton. Pasien mengatakan telah berhenti merokok dan alkohol semenjak 5 tahun yang lalu atau semenjak pasien didiagnosis sakit jantung.

**c. Riwayat kesehatan keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)**



**Keterangan :**

	: Laki – laki
	: Perempuan
	: Pasien
	: Meninggal
	: Garis perkawinan
	: Garis keturunan
	: Tinggal serumah

**d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko**

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang menjadi faktor risiko penyakitnya saat ini.

**e. Riwayat psikososial dan spiritual**

Orang terdekat pasien adalah anak dan istri, pola komunikasi dua arah dan selalu bermusyawarah setiap pengambilan keputusan. Tidak ada kegiatan masyarakat yang diikuti oleh pasien. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga menjadi khawatir dengan kondisi pasien saat ini. Masalah yang saat ini mempengaruhi pasien adalah penyakit membuat pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya dan pasien merasa tidak enak karena telah merepotkan keluarga dan sudah lama tidak bekerja. Pasien

memiliki mekanisme koping yang positif ketika sedang stress atau ada masalah yaitu tidur dan mendengarkan musik india. Hal yang dipikirkan oleh pasien saat ini adalah pasien selalu memikirkan penyakitnya, pasien ingin cepat sembuh dan keluar dari rumah sakit serta bisa bekerja lagi. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin segera sembuh dan kembali ke rumah agar bisa beraktivitas kembali seperti biasa. Perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit adalah pasien lebih sering diam dan merasa berat untuk melakukan aktivitas. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama yang dilakukan yaitu shalat. Kondisi lingkungan rumah tidak ada yang mempengaruhi kesehatan saat ini.

**f. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit dan dirumah sakit**

**1) Pola nutrisi**

**Sebelum sakit:** Pasien makan 3 kali dalam sehari dengan nafsu makan baik, porsi makan yang dihabiskan biasanya 1 porsi, pasien menyukai semua jenis makanan, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan selain itu pasien tidak mempunyai makanan pantangan dan pasien menjalani diet khusus, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makanan dalam memenuhi kebutuhan mandiri.

**Di rumah sakit:** Pasien makan 3 kali sehari dengan nafsu yang tidak baik dengan alasan mual karena makan bubur, porsi makanan yang dihabiskan hanya setengah porsi, pada saat dirumah sakit ada makanan yang harus dihindari yaitu makanan gorengan, dan makanan asin, dan tidak ada makanan yang membuat alergi pada pasien. Pasien tidak mendapatkan diet khusus, tidak ada penggunaan obat sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makanan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi.

## 2) Pola eliminasi

**Sebelum sakit:** Pasien BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan saat BAK, serta tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien BAB 2 kali sehari setiap pagi dan malam, warna feses kuning kecoklatan, dan konsistensi lembek. Tidak ada keluhan saat BAB dan tidak ada penggunaan laxatif.

**Di rumah sakit:** Pasien BAK 15 - 17 kali sehari. Pasien BAK dibantu oleh keluarga di tempat tidur dengan ganti popok dewasa sebanyak 3-4 kali /24 jam. *Urine* pasien berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan saat BAK, serta tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien BAB 1 kali sehari, warna feses kuning kecoklatan, dan konsistensi lembek. Tidak ada keluhan saat BAB dan tidak ada penggunaan laxatif.

## 3) Pola *personal hygiene*

**Sebelum sakit:** Pasien mandi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari menggunakan sabun dan melakukan *oral hygiene* 2 kali sehari pada pagi dan malam hari. Pasien cuci rambut 3 kali dalam seminggu dan menggunakan shampoo.

**Di rumah sakit:** Pasien mandi ditempat tidur 1 kali sehari dibantu oleh istri pada pagi hari dan melakukan *oral hygiene* 1 kali sehari pada pagi hari. Pasien belum pernah mencuci rambut selama masuk ruang rawat inap.

#### 4) Pola istirahat dan tidur

**Sebelum sakit:** Pasien tidak tidur pada siang hari karena bekerja. Lama tidur malam biasanya 6-8 jam sehari. Tidak ada kebiasaan yang dilakukan pasien sebelum tidur.

**Di rumah sakit:** Pasien sering tidur siang. Lama tidur siang biasanya hanya 2-3 jam sehari. Lama tidur malam biasanya 6-8 jam sehari namun pasien sering terbangun karena batuknya semakin parah di malam hari. Pasien mengatakan lebih nyaman tidur siang karena jarang batuk saat siang hari. Tidak ada kebiasaan yang dilakukan pasien sebelum tidur.

#### 5) Pola aktivitas dan latihan

**Sebelum sakit:** Pasien mengatakan bekerja di ekspedisi pengiriman barang di pelabuhan bagian mencatat pada siang hari semenjak sakit. Pasien tidak pernah melakukan olahraga karena pasien ada keluhan sesak saat melakukan aktivitas berlebih.

**Di rumah sakit:** Aktivitas pasien selama di rumah sakit hanya mampu berbaring dengan posisi *semi fowler* karena sesak nafas tanpa beraktivitas dan kondisinya masih lemas.

#### 6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

**Sebelum sakit:** Pasien seorang perokok aktif selama kurang lebih 30 tahun dan jumlah rokok yang dikonsumsi bisa 1 bungkus dalam sehari. Namun pasien sudah berhenti selama 5 tahun semenjak didiagnosis penyakit jantung. Pasien mengatakan mengkonsumsi alkohol namun sudah berhenti selama 5 tahun semenjak didiagnosis penyakit jantung.

**Di rumah sakit:** Pasien tidak merokok dan mengkonsumsi alkohol.

### 4. Pengkajian Fisik

#### a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien sebelum sakit 55 kg dan saat ini berat badan pasien 52 kg, tinggi badan 163 cm IMT 19,5 kg/m<sup>2</sup> (normal). Tanda-tanda vital tekanan darah 100/49 mmHg, nadi 51x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu tubuh 36,7°C dengan keadaan umum pasien sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

#### b. Sistem Penglihatan

Sisi mata dan kelopak mata pasien simetris, mata bagian kanan dan mata bagian kiri. Pergerakan kedua bola mata pasien normal. Konjungtiva mata kanan dan kiri pasien anemis, kornea kedua mata pasien normal, sklera anikterik dan pupil mata pasien isokor. Tidak

ditemukan kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi mata pasien baik, tidak ada tanda-tanda radang di mata pasien, pasien tidak memakai kacamata, pasien tidak memakai lensa kotak dan reaksi mata pasien terhadap cahaya baik dengan adanya reflek pupil miosis saat diberikan rangsangan terhadap cahaya.

**c. Sistem Pendengaran**

Kedua daun telinga pasien normal. dengan karakteristik serumen kekuningan, lembek dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah pasien normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien saat diperiksa. Pasien tidak merasakan perasaan penuh dan tinitus pada telinga pasien. Fungsi pendengaran pasien normal tidak ada gangguan, baik di telinga kanan ataupun telinga kiri pasien, tidak ditemukan gangguan keseimbangan di telinga pasien dan pasien tidak memakai alat bantu pendengaran.

**d. Sistem Wicara**

Bicara pasien normal dan tidak ditemukannya *aphasia, dysarthria, anarthia, aphonia, dan dysphasia*.

**e. Sistem Pernafasan**

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan. Pasien tampak sesak nafas menggunakan otot bantu pernafasan, saat posisi berbaring memberat. Frekuensi nafas pasien 24x/ menit dengan irama yang teratur, jenis pernafasan pasien spontan dengan kedalaman dalam. Pasien tampak batuk dan keluar sputum dengan konsisten kental berwarna putih kadang sedikit hijau, tidak terdapat darah. Hasil

pemeriksaan palpasi dada tidak teraba ada benjolan atau massa, dan tidak ada nyeri tenderness, terdapat penurunan taktil fremitus dan ekspansi dada. Hasil perkusi dada pasien redup dan suara nafas pasien ronkhi basah, saat pasien bernafas tidak terdapat nyeri dan pasien menggunakan alat bantu pernafasan yaitu nasal kanul 4 L / menit.

**f. Sistem Kardiovaskuler**

**1) Sirkulasi Perifer**

Frekuensi nadi 40 x/menit dengan irama tidak teratur, nadi teraba lemah denyut nadi cenderung lambat, tekanan darah 100/49 mmHg, terdapat distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat dan warna kulit cenderung pucat. Pengisian kapiler 4 detik, ada edema derajat 2 pada kedua tungkai pasien.

**2) Sirkulasi Jantung**

Kecepatan denyut apikal 51x/menit, irama tidak teratur. Hasil auskultasi terdengar bunyi gallop, tidak ada sakit pada dada.

**g. Sistem Hematologi**

Pasien terlihat pucat dan tidak terdapat pendarahan.

**h. Sistem Syaraf Pusat**

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien compos mentis, glasgow coma scale (GCS) 15 (eye 4, motoric 6, verbal 5). Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, pemeriksaan reflek fisiologi normal dan tidak ditemukan reflek patologi.

**i. Sistem Pencernaan**

Gigi tidak terdapat caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tidak kotor, saliva normal, pasien tidak mengalami muntah. Pasien tidak mengalami nyeri didaerah perut. Bising usus 24x/menit, pasien tidak ada diare, tidak mengalami konstipasi, saat dipalpasi hepar pasien tak teraba, abdomen pasien teraba supel, tidak ada kembung.

**j. Sistem Endokrin**

Pasien tidak mengalami pembesaran pada kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, dan tidak ada luka ganggren.

**k. Sistem Urogenital**

Balance cairan – 1250 per 24 jam dengan nilai intake 750 cc dan output 2000 cc, tidak ada perubahan pola berkemih, warna urine kuning jernih, tidak mengalami distensi kandung kemih, dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

**l. Sistem Integument**

Turgor kulit pasien baik, temperatur kulit hangat, warna kulit terlihat pucat, keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, daerah sekitar pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda phlebitis. Keadaan rambut pasien tampak lengket dikarenakan selama dirawat belum keramas.

**m. Sistem Muskuloskeletal**

Pasien tidak mengalami kesulitan bergerak, tidak ada sakit pada tulang, sendi, maupun kulit, tidak ada kelainan pada struktur tulang

belakang seperti kiposis, keadaan tonus otot baik. Tonus otot tangan kanan 5555 dan kiri 5555, serta kaki kanan 5555 dan kiri 5555.

## 5. Data Tambahan

Menurut pasien bahwa dirinya mengalami sakit gagal jantung. Penyakit tersebut disebabkan karena pasien merupakan seorang perokok aktif dan mengonsumsi alkohol. Sehingga pasien memilih berhenti merokok dan mengonsumsi alkohol.

## 6. Data Penunjang

Hasil Pemeriksaan Analisa gas darah pada tanggal 23 April 2024  
 PH 7.450 (7.350-7.450), P CO<sub>2</sub> 40.1 mmHg (32.0-45.0 mmHg), P O<sub>2</sub> 100.8 mmHg (95.0-100 mmHg), HCO<sub>3</sub> 28.1 mEq/L (21.0-28.8 mEq/L), O<sub>2</sub> saturasi 98.4% (94.0-100%), base excess 3.9 mmol/L (-2.5-+2.5 mmol/L).

Pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 3 Mei 2024

Hemoglobin 12.9 g/dL (13.5-18.0 g/dL), Leukosit  $13.82 \times 10^3/\mu\text{L}$  ( $4.00-10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$ ), Hematokrit 35.4% (42.0-52.0%), Trombosit  $326 \times 10^3/\mu\text{L}$  ( $163-337 \times 10^3/\mu\text{L}$ ).

Pemeriksaan Albumin pada tanggal 11 Mei 2024

Albumin 2.20 g/dL (3.50 – 5.20 g/dL)

Pemeriksaan Elektrolit pada tanggal 15 Mei 2024

Natrium 131 mEq/L (135-147 mEq/L), Kalium 4.60 mEq/L (3.5-5.0), Klorida 88 mEq/L (96-108 mEq/L), Ureum 74.9 mg/dL (16.6-48.5 mg/dL), Creatinine 1.39 mg/dL (0.67-1.17 mg/dL)

Pemeriksaan EKG 23 April 2024

Kesan: ST depresi apeks sinistra posterior

Pemeriksaan echocardiografi pada tanggal 12 Januari 2024

Kesan: Dilatasi LA, RA, RV ; Kontraktilitas LV normal, EF 67%, Normokinetik at rest ; Kontraktilitas RV baik ; Katup-katup : MS severe, TR severe, MR moderate, PR, PH ; Disfungsi diastolic (+) ; IVC distended

Pemeriksaan Rontgen Thorax pada tanggal 20 Mei 2024

Kesan: Cardiomegali dan efusi pleura bilateral

## **7. Penatalaksanaan**

Diet : Lunak

Terapi obat injeksi : 2 x 40 mg Omeprazole IV (pukul 06.00 dan 18.00 WIB), 2 x 8 mg Ondansentrone IV (pukul 06.00 dan 18.00 WIB), 24 ampul / 24 jam Lasix pump IV (pukul 12.00 WIB), 3 micro / 24 jam Dopamin IV (pukul 12.00 WIB) 1 x 2 g

Terapi obat oral : 1 x 50 mg Spinorolactone oral (pukul 06.00 WIB), 1 x 0,25 mg Digoxin oral (pukul 06.00 WIB), 3 x 200 mg NAC oral (pukul 06.00, 12.00 dan 20.00 WIB), 1 x 2 mg Simarc oral (pukul 06.00 WIB)

Terapi obat inhalasi : 3 x 1 ampul Combivent + pulmicort inhalasi (pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB)

Terapi oksigen dengan nasal kanul 4 liter permenit.

## **8. Data fokus**

Data subjektif

Pasien mengatakan: Pasien mengeluh sesak nafas meskipun tidak melakukan aktivitas apa-apa, saat masuk rumah sakit kedua kakinya dan skrotumnya bengkak, pasien sering tidur siang karena kalau malam sering terganggu oleh batuk yang semakin parah dibandingkan di siang hari, pasien tidak nafsu makan karena mual bila makan bubur.

#### Data Objektif

Keadaan umum pasien sedang, pasien tampak sesak nafas dan memberat saat posisi berbaring, menggunakan otot bantu pernafasan, setelah mengubah posisi tidur / aktivitas lain sesak tampak memberat, pasien tampak batuk dan semakin parah saat malam, dan terdapat sputum dengan konsisten kental berwarna putih kadang sedikit hijau, terpasang O<sub>2</sub> dengan nasal kanul 4 L/menit, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, terdapat distensi vena jugularis, ada edema derajat 2 pada kedua tungkai pasien, nadi perifer teraba lemah denyut nadi cenderung lambat, hasil pemeriksaan palpasi dada terdapat penurunan taktil fremitus dan ekspansi dada, pengisian kapiler 4 detik hasil perkusi dada redup, hasil auskultasi terdengar bunyi gallop dan suara nafas ronkhi di kedua sisi paru, TD 100 /49 mmHg, HR 51 x/menit irama yang tidak teratur, frekuensi pernafasan pasien 24x/ menit, makanan pasien hanya habis ½ porsi, IMT = 19,5 kg/m<sup>2</sup> (normal), balance cairan -1250 cc per 24 jam, HB 12.9 g/dL, Albumin 2.20 g/dL EKG 23 April 2024 ST depresi apeks sinistra posterior, echocardiografi pada tanggal 12 Januari 2024 EF 67% dan disfungsi diastolic (+), hasil Rontgen Thorax Cardiomegali dan efusi pleura bilateral.

### 9. Analisis data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengeluh sesak nafas meskipun tidak melakukan aktivitas apa-apa dan batuk terutama malam hari.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Keadaan umum pasien sedang, pasien tampak sesak nafas, menggunakan otot bantu pernafasan, pasien tampak batuk, dan terdapat sputum dengan konsisten kental berwarna putih kadang sedikit hijau, terpasang O2 dengan nasal kanul 4 L/menit, hasil palpasi dada terdapat penurunan</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>	<p>Kelemahan otot pernapasan</p>

	<p>taktil fremitus dan ekspansi dada, hasil perkusi dada terdengar redup, ada ronkhi dikedua paru, frekuensi nafas 24x/menit, hasil thoraks foto efusi pleura bilateral (+)</p>		
2.	<p>Data Subjektif:  Pasien mengeluh sesak nafas meskipun tidak melakukan aktivitas apa-apa dan batuk terutama malam hari.</p> <p>Data Objektif:  Pasien tampak sesak nafas dan memberat saat posisi berbaring, menggunakan otot bantu pernafasan, pasien tampak batuk pasien tampak pucat,</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Perubahan kontraktilitas</p>

<p>terdapat distensi vena jugularis, ada edema derajat 2 pada kedua tungkai pasien, frekuensi nadi 51 x/menit irama tidak teratur, CRT 4 detik hasil auskultasi terdengar bunyi gallop, TD 100 /49 mmHg, frekuensi nafas 24 x/menit, hasil EKG 23 April 2024 ST depresi apeks sinistra posterior, hasil echocardiografi pada tanggal 12 Januari 2024 EF 67%, Disfungsi diastolic (+), hasil Rontgen Thorax Cardiomegali dan efusi pleura bilateral</p>		
--	--	--

3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengeluh sesak napas meskipun tanpa melakukan aktifitas apa-apa.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak sesak nafas dan tampak bertambah berat saat pasien mengubah posisi tidur dengan frekuensi napas meningkat menjadi napas 26x/menit, nadi 64x/menit).</p>	Intoleransi aktifitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan o <sub>2</sub>
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengeluh sesak napas meskipun tanpa melakukan aktivitas, pasien mengatakan saat masuk rumah sakit kedua kakinya dan skrotumnya bengkak.</p>	Hipervolemia	Gangguan aliran balik vena

	<p>Data Objektif:</p> <p>Distensi vena jugularis (+), ada edema derajat 2 pada kedua tungkai, hasil palpasi dada terdapat penurunan taktil fremitus, detik hasil perkusi dada redup, balance cairan – 1.250 cc per 24 jam, hasil Rontgen Thorax Cardiomegali dan efusi pleura bilateral.</p>		
5.	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien tidak nafsu makan karena mual bila makan bubur.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Makanan pasien hanya habis ½ porsi, IMT = 19,5 kg/m<sup>2</sup> (normal), HB 12.9</p>	Risiko defisit nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

	g/dL, Albumin 2.20		
	g/dL		

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena.
5. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

## C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan** ditandai dengan:

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sesak nafas meskipun tidak melakukan aktivitas apa-apa dan batuk terutama malam hari.

**Data objektif:** Keadaan umum pasien sedang, pasien tampak sesak nafas, menggunakan otot bantu pernafasan, pasien tampak batuk, dan terdapat sputum dengan konsisten kental berwarna putih kadang sedikit hijau, terpasang O<sub>2</sub> dengan nasal kanul 4 L/menit, hasil palpasi dada terdapat penurunan taktil fremitus dan ekspansi dada, hasil perkusi dada terdengar redup, ada ronkhi dikedua paru, frekuensi nafas 24x/ menit, hasil thoraks foto efusi pleura bilateral (+)

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas membaik.

**Kriteria hasil:** Pasien tambah bisa batuk dan mengeluarkan sputum, pasien tidak mengeluh sesak, tidak terdengar bunyi napas tambahan pada pasien, pasien tidak tampak pucat, frekuensi napas membaik (16-20 x /menit), suara napas membaik (vasikuler).

Intervensi: Pemantauan respirasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b. Monitor pola napas
- c. Monitor kemampuan batuk efektif (pengeluaran sputum)
- d. Monitor adanya produksi sputum (konsistensi dan warna sputum)
- e. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g. Auskultasi bunyi napas
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor nilai AGD
- j. Monitor hasil x-ray toraks
- k. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- l. Dokumentasikan hasil pemantauan edukasi
- m. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- n. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- o. Berikan obat sesuai program: 3 x 1 Combivent + Pulmicort ampul inhalasi (pukul 06.00, 12.00 dan 20.00 WIB) 3 x 200 mg NAC oral (pukul 06.00, 12.00, dan 20.00 WIB).

## **Penatalaksanaan**

### **Tanggal 20 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg; Pada pukul 09.50 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 24 x /menit, irama teratur, kedalaman dalam, terdapat penggunaan otot bantu napas; pukul 10.05 WIB memonitor pola napas didapatkan jenis pernapasan spontan, memonitor kemampuan batuk efektif, saat batuk pasien tampak tidak mampu mengeluarkan dahak dan pasien mengatakan beberapa hari ini pasien tidak mampu mengeluarkan dahak meskipun batuk atau setelah diberi obat uap, memonitor adanya produksi sputum didapatkan tidak ada sputum namun pasien mengatakan saat keluar sputum warnanya putih terkadang hijau dengan konsistensi kental; Pada pukul 11.15 WIB melakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru didapatkan hasil dinding dada tampak simetris, melakukan auskultasi bunyi napas didapatkan hasil terdapat suara napas tambahan yaitu ronkhi basah, memonitor saturasi oksigen didapatkan hasil saturasi oksigen 99%; Pada pukul 12.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg; Pada pukul 20.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar,

memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang.

#### **Tanggal 21 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang; Pada pukul 08.17 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas frekuensi napas 22 x /menit, irama teratur, kedalaman dalam, terdapat penggunaan otot bantu napas, memonitor pola napas didapatkan jenis pernapasan spontan: Pukul 08.30 WIB memonitor kemampuan batuk efektif didapatkan saat batuk pasien tampak tidak mampu mengeluarkan dahak; Pada pukul 10.00 Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien dan mendokumentasikan hasil pemantauan didapatkan frekuensi napas pasien 22 x /menit, terdapat penggunaan otot bantu napas, pasien masih tampak kesulitan berbicara, dan pasien masih terpasang oksigen dengan nassal kanul 4 liter permenit; Pukul 10.13 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan menginformasikan hasil pemantauan didapatkan pasien dan keluarga tampak mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat; Pada pukul 12.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang didapatkan hasil pasien tidak

mampu mengeluarkan dahak/sputum dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang.

#### **Tanggal 22 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort didapatkan sputum keluar konsistensi kental berwarna putih, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang didapatkan hasil pasien tidak mampu mengeluarkan dahak/sputum dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang; Pada pukul 08.17 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas didapatkan frekuensi napas 20 x /menit, irama teratur, kedalaman dalam, penggunaan otot bantu napas berkurang; Pukul 08.22 WIB memonitor pola napas didapatkan jenis pernapasan spontan; Pukul 10.17 WIB memonitor kemampuan batuk efektif didapatkan saat batuk pasien tampak mampu mengeluarkan dahak, memonitor adanya produksi sputum berwarna putih sedikit hijau dengan konsistensi kental tidak terdapat darah, pasien masih terpasang oksigen dengan nasal kanul 4 liter permenit namun pasien sudah mampu berlatih bernafas tanpa bantuan oksigen; Pada pukul 12.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul Pulmicort hasil pasien mampu mengeluarkan dahak/sputum berwarna putih sedikit hijau konsistensi kental, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang; Pukul 20.00 WIB memberikan inhalasi 1 ampul Combivent + 1 ampul

Pulmicort didapatkan sputum tidak keluar, memberikan obat oral 1 tablet NAC 200 mg dan pasien mengatakan keluhan sesak berkurang.

### **Evaluasi**

**Tanggal 22 Mei 2024, pukul 15.00:**

**Subjektif:** Pasien mengatakan sesak berkurang

**Objektif:** Frekuensi napas 20 x/menit, irama teratur, kedalaman dalam, penggunaan otot bantu napas berkurang, pasien mampu batuk mengeluarkan dahak/sputum berwarna putih sedikit hijau konsistensi kental tidak terdapat darah, pasien masih terpasang oksigen dengan nasal kanul 4 liter permenit namun pasien sudah mampu berlatih melepas oksigen.

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian

**Perencanaan:** Intervensi keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, f, g, dan n.

## **2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan:**

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sesak nafas meskipun tidak melakukan aktivitas apa-apa dan batuk terutama malam hari.

**Data objektif:** Pasien tampak sesak nafas dan memberat saat posisi berbaring, menggunakan otot bantu pernafasan, pasien tampak batuk pasien tampak pucat, terdapat distensi vena jugularis, ada edema derajat 2 pada kedua tungkai pasien, frekuensi nadi 51 x/menit irama tidak teratur, CRT 4 detik hasil auskultasi terdengar bunyi gallop, TD 100 /49 mmHg, frekuensi nafas 24 x/menit, hasil EKG 23 April 2024

ST depresi apeks sinistra posterior, hasil echocardiografi pada tanggal 12 Januari 2024 EF 67%, Disfungsi diastolic (+), hasil Rontgen Thorax Cardiomegali dan efusi pleura bilateral

**Tujuan:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat.

**Kriteria hasil:** Frekuensi nadi pasien 60-100 x per menit, tidak ada edema pada pasien, pasien tidak tampak pucat, pasien tidak mengeluh sesak, tekanan darah pasien membaik (120/80 mmHg), CRT membaik (<3 detik).

**Intervensi: Perawatan jantung**

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yg sama
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor ekg 12 sadapan
- h. Monitor aritmia
- i. Posisikan semi fowler atau fowler
- j. Berikan diet jantung yang sesuai (diet lunak)
- k. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- l. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- m. Berikan dukungan emosional dan spiritual

- n. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%
- o. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- p. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- q. Anjurkan pasien dan keluarga berat badan harian
- r. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
- s. Berikan obat sesuai program: Dopamine 3 micro / 24 jam IV (pukul 12.00 WIB), 1 x 0,25 mg Digoxin oral (pada pukul 06.00 WIB), 1 x 2 mg Simarc oral (pukul 06.00 WIB)

### **Penatalaksanaan**

#### **Tanggal 20 Mei 2024**

Pada pukul 05.30 WB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 06.00 WIB memberikan obat oral 1 tablet Digoxin 0,25 mg, 1 tablet Simarc 2 mg, obat ditelan dan tidak dimuntahkan lagi; Pada pukul 09.50 WIB memonitor tekanan darah, tekanan darah 100/49 mmHg dan frekuensi nadi 51 x /menit; Pukul 11.15 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 99% pasien terpasang oksigen dengan nassal kanul 4 liter permenit; Pada pukul 10.15 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, pasien mengeluh sesak saat beraktivitas maupun tanpa beraktivitas, terdapat edema di dua tungkai bawah pasien, terdapat distensi vena jugularis di sebelah kiri, terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi basah, pasien tampak sering batuk namun tidak ada pengeluaran sputum, dan pasien tampak

pucat; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 52 kg. Pada pukul 11.30 WIB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi IV 3 micro Dopamine; Pada pukul 13.00 memberikan posisikan semi fowler didapatkan hasil pasien tampak lebih nyaman, memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat didapatkan hasil pasien dan keluarga tampak memiliki minat untuk mulai melakukan modifikasi gaya hidup sehat. Pukul 14.30 WIB memonitor intake dan output cairan dan mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, keluarga bersedia untuk mencatat dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15-17 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 4-5 kali per 24 jam (haluaran urin 2000 cc per 24 jam); Pukul 18.00 WIB memberikan 1 porsi diet lunak.

#### **Tanggal 21 Mei 2024**

Pada pukul 05.30 WB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 06.00 WIB memberikan obat oral 1 tablet Digoxin 0,25 mg, 1 tablet Simarc 2 mg; Pada pukul 08.10 WIB memonitor tekanan darah didapatkan tekanan darah 97/58 mmHg dan frekuensi nadi 55 x/menit, memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 99% pasien terpasang oksigen dengan nasal kanul 4 liter permenit; Pada pukul 10.40 WIB menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi dan secara bertahap, pasien mampu pindah dari tempat tidur ke kursi dan pasien duduk di kursi sementara. Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat

badan, berat badan 52 kg; Pada pukul 11.30 WIB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi IV 3 micro Dopamine; Pada pukul 13.30 WIB memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam, memberikan dukungan emosional dan spiritual pasien dan keluarga pasien mengatakan nyaman bercerita dengan perawat; Pukul 14.30 WIB mengecek hasil monitor intake dan output cairan harian dari keluarga, dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15-20 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 5 kali per 24 jam (haluaran urin 2500 cc per 24 jam); Pada pukul 18.00 WB memberikan 1 porsi diet lunak.

#### **Tanggal 22 Mei 2024**

Pada pukul 05.30 WB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 06.00 WIB memberikan obat oral 1 tablet Digoxin 0,25 mg, 1 tablet Simarc 2 mg, obat ditelan; Pada pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, tekanan darah 98/67 mmHg dan frekuensi nadi 58 x /menit, memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 99% pasien terpasang oksigen dengan nassal kanul 4 liter permenit; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan, berat badan 51 kg; Pada pukul 11.30 WIB memberikan 1 porsi diet lunak; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi IV 3 micro Dopamine; Pukul 14.30 WIB mengecek hasil monitor intake dan output cairan harian dari keluarga, dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 4 kali per 24 jam (haluaran urin 2000 cc per 24 jam);

Pada pukul 15.00 WIB memonitor tekanan darah, tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit, memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 100% pasien terpasang oksigen dengan nasal kanul 4 liter permenit, Pukul 18.00 WIB memberikan 1 porsi diet lunak.

### **Evaluasi**

**Tanggal 22 Mei 2024, pukul 15.30:**

**Subjektif:** Pasien mengatakan sesak berkurang dan pasien mengatakan mampu beraktivitas secara bertahap.

**Objektif:** tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit, saturasi oksigen didapatkan saturasi oksigen 100%, pucat berkurang, CRT 3 detik, edema berkurang pada 2 tungkai bawah (derajat 1).

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian

**Perencanaan:** Intervensi keperawatan dilanjutkan sesuai point c, d, e, f, i, j, l, p, u.

### **3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:**

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sesak napas meskipun tanpa melakukan aktifitas apa-apa.

**Data objektif:** Pasien tampak sesak nafas dan tampak bertambah berat saat pasien mengubah posisi tidur dengan frekuensi napas meningkat menjadi napas 26x/menit, nadi 64x/menit).

**Tujuan:** setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

**Kriteria hasil:** Frekuensi nadi meningkat (60-100 x / menit), tekanan darah membaik (120/80 mmHg), frekuensi nafas membaik (16-20 x per menit).

**Intervensi: Manajemen energi**

- 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
- e. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- f. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- g. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- h. Anjurkan tirah baring
- i. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- j. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- k. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan

**Penatalaksanaan**

**Tanggal 20 Mei 2024**

Pada pukul 10.00 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan memonitor lokasi dan ketidaknyamanan

selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan sesak nafas baik saat beraktivitas maupun tanpa aktivitas; Pukul 10.19 WIB menganjurkan tirah baring atau duduk di sisi tempat tidur dan pasien memilih untuk tirah baring; Pukul 10.45 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional, pasien terkadang memikirkan istri dan anaknya saat pasien sakit seperti ini karena pasien tidak bisa bekerja; Pada pukul 13.00 WIB memonitor pola dan jam tidur didapatkan pasien mengatakan sering tidur siang saat di rumah sakit. Lama tidur siang biasanya hanya 2-3 jam sehari. Lama tidur malam biasanya 6-8 jam sehari namun pasien sering terbangun karena batuknya semakin parah di malam hari. Pasien mengatakan lebih nyaman tidur siang karena jarang batuk saat siang hari; Pada pukul 14.00 WIB memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, pasien lebih senang mendengarkan musik india untuk berdistraksi; Pukul 14.15 WIB menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

#### **Tanggal 21 Mei 2024**

Pada pukul 10.15 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan sesak nafas berkurang baik saat beraktivitas maupun tanpa aktivitas; Pukul 10.27 WIB menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan pasien memilih untuk berpindah dari tempat tidur dan di kursi, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 60x/menit; Pada pukul 13.00 WIB

mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan didapatkan hasil pasien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat.

#### **Tanggal 22 Mei 2024**

Pada pukul 10.15 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas didapatkan pasien mengatakan sesak berkurang tekanan darah 98/67 mmHg, frekuensi nadi 58 x /menit, frekuensi nafas 22x/menit; Pada pukul 13.00 WIB memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan lama tidur siang biasanya hanya 2-3 jam sehari dan lama tidur malam biasanya 6-8 jam sehari dan sudah tidak mudah terbangun karena baruk sudah berkurang; Pada pukul 14.00 WIB menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan pasien memilih untuk mencoba jalan ke depan kamar pasien tampak mampu duduk di depan kamar tanpa terpasang oksigen.

#### **Evaluasi**

##### **Tanggal 22 Mei 2024, pukul 15.00:**

**Subjektif:** Pasien mengatakan sesak nafas berkurang baik setelah beraktivitas maupun tanpa aktivitas.

**Objektif:** Pasien tampak mampu melakukan aktivitas untuk berjalan di depan kamar, pasien tampak mampu duduk di depan kamar tanpa terpasang oksigen, tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit.

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian.

**Perencanaan:** Intervensi keperawatan dilanjutkan sesuai point d dan j.

**4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena**  
ditandai dengan:

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sesak napas meskipun tanpa melakukan aktivitas, pasien mengatakan saat masuk rumah sakit kedua kakinya dan skrotumnya bengkak.

**Data objektif:** Distensi vena jugularis (+), ada edema derajat 2 pada kedua tungkai, hasil palpasi dada terdapat penurunan taktil fremitus, detak hasil perkusi dada redup, balance cairan – 1.250 cc per 24 jam, hasil Rontgen Thorax Cardiomegali dan efusi pleura bilateral.

**Tujuan:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

**Kriteria hasil:** Tidak ada edema pada pasien, tekanan darah membaik (120/80 mmHg), denyut nadi radial teraba kuat frekuensi 60-100 x / menit.

**Intervensi: Manajemen Hipervolemi**

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
- b. Identifikasi penyebab hipervolemia
- c. Monitor status hemodinamik
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine)

- f. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis, kadar protein dan albumin meningkat)
- g. Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
- h. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- i. Batasi asupan cairan dan garam
- j. Tinggikan kepala tempat tidur 30 - 40 derajat
- k. Anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam
- l. Anjurkan melapor jika BB bertambah  $> 1$  kg dalam sehari
- m. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
- n. Ajarkan cara membatasi cairan
- o. Berikan obat sesuai program: 24 ampul Lasix pump 24 ampul / 24 jam IV (pukul 12.00), 1 x 50 mg Spinorolactone oral (pukul 06.00 WIB).

### **Penatalaksanaan**

#### **Tanggal 20 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat oral 1 tablet Spinorolactone 50 mg, edema dua tungkai bawah derajat dua; Pada pukul 10.15 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia didapatkan pasien mengeluh sesak saat beraktivitas maupun tanpa beraktivitas, terdapat edema di dua tungkai bawah pasien, terdapat distensi vena jugularis di sebelah kiri, terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi basah; Pukul 10.49

WIB mengidentifikasi penyebab hipervolemia yaitu pasien memiliki diagnosa medis CHF (*Congestive Heart Failure*); Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 52 kg; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi 24 ampul Lasix /24 jam dengan laju 1 ml/ jam; Pukul 14.30 WIB memonitor intake dan output cairan dan mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian didapatkan hasil dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15-17 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 4-5 kali per 24 jam (haluaran urin 2000 cc per 24 jam).

#### **Tanggal 21 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat oral 1 tablet Spinorolactone 50mg, edema dua tungkai bawah derajat satu; Pada pukul 10.20 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia didapatkan pasien mengatakan sesak berkurang saat beraktivitas maupun tanpa beraktivitas, tampak edema di dua tungkai bawah pasien berkurang, sudah tidak tampak distensi vena jugularis di sebelah kiri, terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi basah; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 52 kg; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi 24 ampul Lasix /24 jam dengan laju 1 ml/ jam; Pukul 13.00 WIB membatasi asupan cairan dan garam serta mengajarkan cara membatasi cairan pada keluarga pasien, meninggikan kepala tempat tidur 30 - 40 derajat didapatkan hasil pasien tampak nyaman, menganjurkan melapor jika haluaran urin <0,5

mL/kg/jam dalam 6 jam dan BB bertambah > 1 kg dalam sehari pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan paham; Pukul 14.30 WIB mengecek hasil monitor intake dan output cairan harian dari keluarga didapatkan hasil dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15-20 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 5 kali per 24 jam (haluaran urin 2500 cc per 24 jam).

#### **Tanggal 22 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat oral 1 tablet Spinorolactone 50mg, edema dua tungkai bawah derajat satu; Pada pukul 10.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia didapatkan pasien mengatakan sesak dan tampak edema di dua tungkai bawah pasien berkurang (derajat 1); Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 51 kg; Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi Lasix 40 mg; Pukul 14.30 WIB mengecek hasil monitor intake dan output cairan harian dari keluarga didapatkan hasil dalam 24 jam pasien hanya minum 750 cc dan pasien BAK sebanyak 15 kali dalam 24 jam dengan ganti pampers sebanyak 4 kali per 24 jam (haluaran urin 2000 cc per 24 jam); Pada pukul 15.00 WIB memonitor tekanan darah didapatkan tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit, memonitor saturasi oksigen didapatkan saturasi oksigen 100% pasien terpasang oksigen dengan nassal kanul 4 liter permenit. Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat injeksi IV Lasix 40 mg .

**Evaluasi****Tanggal 22 Mei 2024, pukul 15.30:****Subjektif:** Pasien mengatakan sesak berkurang**Objektif:** Edema pada tungkai bawah tampak berkurang (derajat 1), tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi radial 53 x /menit teraba kuat, intake 750 cc output 2000 cc balance -1250 cc.**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian**Perencanaan:** Intervensi keperawatan dilanjutkan sesuai point b, c, d, h, i, dan Berikan obat sesuai program: 40 mg Lasix IV (pukul 12.00), 1 x 50 mg Spinorolactone oral (pukul 06.00 WIB).**5. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan :****Data subjektif:** Pasien tidak nafsu makan karena mual bila makan bubur.**Data objektif:** Makanan pasien hanya habis ½ porsi, IMT = 19,5 kg/m<sup>2</sup> (normal), HB 12.9 g/dL, Albumin 2.20 g/dL.**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik teratasi.**Kriteria hasil:** porsi mkaan yang dihabiskan meningkat (1 porsi) dan pasien tidak mengeluh mual.**Intervensi: Manajemen nutrisi**

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi makanan disukai

- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f. Monitor asupan makanan
- g. Monitor berat badan
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- i. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- j. Anjurkan posisi duduk
- k. Ajarkan diet yang diprogramkan (diet lunak)
- l. Berikan obat sesuai program: 2 x 40 mg Omeprazole IV (pukul 06.00, 18.00 WIB) dan 2 x 8 mg Ondansentron IV (pukul 06.00, 18.00 WIB)

### **Penatalaksanaan**

#### **Tanggal 20 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg; Pukul 10.55 WIB mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien mengatakan tidak ada alergi atau intoleransi terhadap makanan; Pukul 10.57 mengidentifikasi makanan disukai didapatkan pasien mengatakan lebih suka makanan berkuah apapun yang di masak istrinya di rumah; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 52 kg; Pada pukul 11.05 WIB mengidentifikasi status nutrisi pasien didapatkan hasil BB turun 3 kg dari 55 kg menjadi 52 kg, IMT =  $19,5 \text{ kg/m}^2$  (normal); Pukul 11.20 WIB mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi didapatkan tinggi badan 163 cm, berat badan 52 kg, usia pasien 43 tahun makan kebutuhan

kalori pasien sebanyak 1.874,239 kkal; Pada pukul 11.30 WIB memonitor asupan makanan didapatkan hasil pasien hanya makan  $\frac{1}{2}$  porsi karena pasien merasa mual makan bubur; Pada pukul 13.00 mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet lunak, pasien mengerti kenapa harus tetap makan bubur meskipun pasien merasa mual; Pada pukul 18.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg.

#### **Tanggal 21 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 52 kg; Pada pukul 11.30 WIB memonitor asupan makanan didapatkan hasil pasien hanya makan  $\frac{1}{2}$  karena masih diberi bubur; Pada pukul 18.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg, mual berkurang.

#### **Tanggal 22 Mei 2024**

Pada pukul 06.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg; Pada pukul 11.00 WIB memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan 51 kg, IMT = 19,1 kg/m<sup>2</sup>. Pada pukul 11.30 WIB memonitor asupan makanan didapatkan hasil pasien hmakan habis  $\frac{3}{4}$  porsi; Pada pukul 06.00 memberikan obat injeksi IV Omeprazole 40 mg dan Ondansentron 8 mg, pasien mengatakan mual berkurang, nafsu makan lumayan bertambah.

#### **Evaluasi**

**Tanggal 22 Mei 2024, pukul 15.00 :**

**Subjektif:** Pasien mengatakan mual berkurang, nafsu makan lumayan bertambah.

**Objektif:** Porsi makan yang dihabiskan  $\frac{3}{4}$  porsi, berat badan 51 kg, IMT = 19,1 kg/m<sup>2</sup> (normal).

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian.

**Perencanaan:** Intervensi keperawatan dipertahankan sesuai point f dan g.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus, faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan gagal jantung kongestif, diruang kardiologi kamar 609 RSUD Koja, yang dilakukan mulai dari tanggal 20 sampai dengan 22 Mei 2024. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Perawat yang mengumpulkan data harus memiliki kemampuan kognitif yang baik, hubungan interpersonal yang baik, dan kemampuan komunikasi yang baik untuk memastikan bahwa data yang diperoleh relevan dan dapat digunakan dalam proses keperawatan. Proses ini biasanya terjadi sejak perawat pertama kali melakukan kontak dengan klien. Jika klien pernah berkunjung ke suatu pelayanan kesehatan, perawat harus meninjau rekam medis klien sebelumnya. Pengumpulan data ini diperoleh melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan langsung (Debora, 2017).

Menurut Kasron (2016) Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan karena menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi inilah yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot salah satunya

yaitu aterosklerosis. Aterosklerosis disebabkan oleh penumpukan lipid dan zat-zat lainnya di dinding pembuluh darah. Lipid yang menumpuk akan mengeras dan membentuk plak. Plak-plak inilah yang menghambat peredaran darah ke jantung dimana akan terjadi penyumbatan secara perlahan. Aterosklerosis merupakan salah satu dampak dari gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi rokok dan alkohol. Zat kimia beracun, misalnya nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses arterosklerosis. Hal ini sudah sesuai dengan kasus dimana berdasarkan pengkajian pasien memiliki riwayat seorang perokok aktif dan mengkonsumsi alkohol selama lebih dari 20 tahun.

Komplikasi Gagal Jantung Kongestif LeMone et al. (2016) menyatakan bahwa mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi pada sistem tubuh lain. Hepatomegali kongestif dan splenomegali kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan sistem vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen dan asites. Di sini penulis menemukan kesenjangan dimana peningkatan tekanan abdomen dan asites tidak ditemukan. Pasien mendapatkan terapi Lasix 24 ampul / 24 jam selama 26 hari pasien dirawat sehingga saat penulis melakukan pemeriksaan *shifthing dulness* tidak ditemukan asites dan peningkatan tekanan abdomen.

Menurut Mayangsari et al. (2019) penatalaksanaan farmakologi pada pasien gagal jantung salah satunya yaitu Anti remodeling menghambat mekanisme kompensasi neuro (*beta blocker*) dan humoral (ACE inhibitor, *angiotensin reseptor blocker*). Obat ini biasanya harus diberikan pada pasien

gagal jantung kronik untuk mencegah progresivitas dengan mempertimbangkan kondisi klinis dan potensi efek sampingnya. Salah satu efek samping dari obat ini adalah tekanan darah menurun, sedgkan pada kasus pasien memiliki tekanan darah yang cenderung rendah sehingga pasien tidak mendapatkan terapi farmakologis tersebut.

Pemeriksaan penunjang menurut Padila (2019) untuk pasien Gagal jantung kongestif salah satunya pemeriksaan *echocardiografi*. Menurut Mayangsari et al. (2019) nilai normal EF (*Ejection Fraction*) pada *echocardiografi* > 60%. Di sini penulis menemukan kesenjangan dimana hasil pemeriksaan *echocardiografi* pasien pada tanggal 12 Januari 2024 EF 67%. Secara teori hasil tersebut masih normal karena EF > 60% tapi nyatanya pada kasus sudah ditemukan tanda dan gejala ke arah kegagalan jantung. Hal ini disebabkan kesehatan pasien kurang dikelola dengan baik sehingga perkembangan kondisi jantung makin menurun. Hal ini dibuktikan dengan hasil pengkajian pasien memiliki riwayat sakit jantung sejak 5 tahun yang lalu dan sudah dirawat di rumah sakit sebanyak 3x dalam satu tahun serta pada saat pengkajian belum ada evaluasi ulang dari pemeriksaan *echocardiografi*.

Dalam menyusun pengkajian pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan serta adanya kerjasama yang baik dengan perawat ruangan sehingga penulis dapat mengumpulkan data yang diperlukan, sedangkan faktor penghambatnya adalah penulis sulit membaca hasil interpretasi pemeriksaan penunjang. Sebagai solusinya penulis minta bantuan ke perawat ruangan atau CI untuk membacakan data yang dibutuhkan serta menginterpretasikan hasil pemerikaaan penunjang

sesuai dengan pengalamannya di ruangan dan sering melakukan validasi data kembali ke pasien mengenai keluhan terkait dengan hasil temuan tersebut sehingga data tetap bisa dikumpulkan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan akan membahas mengenai kesenjangan antara diagnosa keperawatan teori dengan diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis, faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah yang dilakukan penulis dalam mengangkat diagnosa keperawatan. Pada diagnosa penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan pasien, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dan Black & Hawks (2014) terdapat tujuh diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gagal jantung kongestif yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan preload, dan perubahan afterload; Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena; Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi; Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri dan/atau vena; Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan; Ansietas berhubungan dengan krisis situasional; Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan perubahan sirkulasi.

Pada kasus ada lima diagnosa yang diangkat oleh penulis sesuai data yang ditemukan pada pasien serta sudah memenuhi 80% dari data mayor untuk mengangkat diagnosis keperawatan tersebut yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan, penurunan curah jantung

berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena serta dan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

Ada empat diagnosa keperawatan yang ada dalam teori namun tidak diangkat oleh penulis karena dengan mengacu pada buku Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) datanya tidak memenuhi kriteria 80% dari data mayor. Gangguan pertukaran gas tidak ada pada kasus karena tidak ada masalah di membran alveolus namun terdapat efusi pleura pada rongga thoraks pasien. Perfusi perifer tidak efektif tidak ada di kasus karena tidak ada data yang menunjang dibuktikan dengan akral teraba hangat, turgor kulit baik, warna kulit kemerahan, meskipun frekuensi nadi menurun yaitu 51x/menit dan CRT 4 detik tapi data tersebut belum ada 80% dari seluruh data untuk menegakkan diagnosis tersebut.

Ansietas tidak ada di kasus karena tidak ada data yang menunjang dibuktikan dengan pasien hanya merasa khawatir dan bingung karena tidak bisa bekerja namun pasien tidak tampak tegang dan gelisah. Data tersebut belum ada 80% dari seluruh data untuk menegakkan diagnosa keperawatan ansietas. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan tidak ada pada kasus karena tidak ditemukan data yang menunjang adanya risiko gangguan integritas kulit/jaringan sehingga penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut.

Penulis mengangkat diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan meskipun tidak ada di teori. Alasan penulis mengangkat diagnosis tersebut karena penulis menemukan data sebagai berikut:

Pasien tampak sesak, pasien tampak batuk, dan terdapat sputum dengan konsisten kental berwarna putih kadang sedikit hijau, terpasang O<sub>2</sub> dengan nasal kanul 4 L/menit, hasil palpasi dada terdapat penurunan taktil fremitus dan ekspansi dada, hasil perkusi dada terdengar redup, ada ronkhi dikedua paru, frekuensi nafas 24x/ menit, hasil thoraks foto efusi pleura bilateral (+). Selain itu ada risiko defisit nutrisi ditandai dengan keengganan untuk makan meskipun tidak ada pada teori. Alasan penulis mengangkat diagnosis tersebut karena penulis menemukan data sebagai berikut: Pasien tidak nafsu makan karena mual bila makan bubur. pasien makan hanya habis ½ porsi, Albumin 2.20 g/dL HB 12.9 g/dL namun IMT pasien masih normal yaitu 19,5 kg/m<sup>2</sup>, serta penurunan berat badan pasien belum mencapai 10% dari berat badan sebelumnya.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu data yang cukup lengkap untuk menegakkan diagnosis keperawatan, tersedianya buku referensi dari perpustakaan yang cukup banyak serta penulis tidak menemukan hambatan.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap proses keperawatan dan dilakukan setelah menegakan diagnosis keperawatan. perencanaan keperawatan adalah rangkaian kegiatan dalam penentuan Langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, merumuskan tujuan dan rencana Tindakan. Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Perencanaan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi. Yang disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3 x 24 jam. Pada tahap perencanaan terdapat kesenjangan karena terdapat beberapa

intervensi ada yang sama, namun penulis tetap menuliskan intervensi tersebut dalam pelaksanaannya.

Dalam menyusun intervensi keperawatan dengan mengacu pada buku Tim Pokja Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) penulis melakukan pemilihan intervensi disesuaikan dengan diagnosa yang diangkat dan kondisi pasien pada kasus. Jika diagnosa pada teori tidak diangkat maka seluruh perencanaan yang ada pada teori juga tidak diencanakan. Berikut penulis akan uraikan kesenjangan tersebut saat penulis menyusun intervensi keperawatan.

Kesenjangan pertama yaitu penulis menambahkan intervensi di kasus yang di teori tidak ada. Kesenjangan kedua yaitu penulis hilangkan beberapa intervensi di salah satu diagnosis, karena intervensi tersebut sudah ada di diagnosis yang lain. Kesenjangan ketiga yaitu terkait intervensi keperawatan yang ada di teori penulis hilangkan di kasus.

Pada diagnosis pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan penulis menambahkan perencanaan tindakan kolaborasi pemberian obat inhalasi 3 x 1 ampul Combivent + Pulmicort pada pukul 04.00, 12.00, 20.00 WIB sedangkan tindakan tersebut tidak ada dalam intervensi pemantauan respirasi. Alasan penulis menambah tindakan tersebut adalah gangguan pertukaran gas yang dialami oleh pasien merupakan akibat dari efusi pleura sebagai komplikasi dari gagal jantung kongestif. Combivent sendiri merupakan salah satu bronkodilator untuk melebarkan dan merelaksasikan saluran pernapasan sehingga diharapkan setelah memberikaan terapi tersebut maka pertukaran gas dapat meningkat. Selain itu terdapat kesenjangan antara kriteria hasil pada kasus dengan kriteria hasil pada luaran

pertukaran gas yaitu terdapat tambahan kriteria hasil yang mengacu pada kondisi pasien seperti batuk efektif meningkat, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, dan suara napas membaik.

Kesenjangan berikutnya adalah terkait intervensi keperawatan yang ada di teori penulis hilangkan di kasus karena tidak sesuai dengan kondisi pasien atau intervensi tersebut sudah ada di diagnosis lainnya. Pada diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas penulis menghilangkan beberapa perencanaan keperawatan yang ada di dalam teori yaitu monitor keluhan nyeri dada karena pasien sudah tidak ada keluhan nyeri. Monitor fungsi alat pacu jantung tidak direncanakan karena pasien tidak terpasang alat pacu jantung. Selanjutnya intervensi gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten dihilangkan karena tidak ada indikasi dan program penggunaan alat tersebut. Intervensi anjuran berhenti merokok juga dihilangkan karena pasien sudah berhenti merokok sejak 5 tahun lalu. Intervensi rujuk ke program rehabilitasi jantung tidak direncanakan karena pasien belum ada program tersebut. Sementara intervensi yang lainnya sudah sesuai dengan teori.

Pada diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen penulis menyusun intervensi manajemen energi. Namun ada intervensi yang tidak dimunculkan di perencanaan yaitu lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif karena pasien masih tampak sesak dan belum memungkinkan untuk dilakukan latihan.

Pada diagnosa keperawatan yang berikutnya yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena penulis mengambil intervensi untuk manajemen hipervolemi. Namun ada intervensi yang penulis tidak

munculkan dalam perencanaan keperawatan yaitu monitor kecepatan infus secara ketat karena pasien tidak terpasang infus. kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik karena pasien tidak mengalami hipokalemia (kalium pasien masih pada batas normal yaitu 4.60 mEq/L (3.5-5.0 mEq/L), timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama karena sudah ada di intervensi diagnosa penurunan curah jantung, kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* karena tidak ada program tersebut untuk pasien..

Pada diagnosa keperawatan yang terakhir yaitu risiko defisit nutrisi ditandai dengan keengganan untuk makan penulis mengambil intervensi manajemen nutrisi. Namun terdapat kesenjangan yaitu penulis tidak mencantumkan Intervensi identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik karena tidak ada indikasi bahwa pasien memerlukan penggunaan selang nasogastric, monitor berat badan karena intervensi ini sudah ada di diagnosis penurunan curah jantung, lakukan *oral hygiene* sebelum makan karena pasien sudah melakukan *oral hygiene* setiap pagi dibantu oleh keluarga, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai karena pasien lebih suka dengan makanan yang sudah tidak hangat, beri makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi karena BAB pasien sudah normal yaitu satu kali perhari di pagi hari. berikan suplemen makanan karena tidak ada program tersebut untuk pasien, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi karena pasien tidak terpasang selang nasogastrik, anjurkan posisi duduk tidak direncanakan karena pasien sudah dalam posisi duduk saat makan.

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan karena sudah ada disajikan secara lengkap di buku Standar

Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam menyusun perencanaan, hanya saja dalam menentukan waktu penulis mengalami kesulitan karena dalam literatur tidak ada kriteria atau target waktu yang harus dicapai, sehingga dalam menentukan waktu penulis sesuaikan dengan waktu pelaksanaan keperawatan, yaitu selama 3 x 24 jam.

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Pada saat melaksanakan asuhan keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana dan semua tindakan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan. Namun ada beberapa tindakan yang tidak bisa dilakukan. Pada diagnosa penurunan curah jantung monitor EKG 12 sadapan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi terbaru tidak dilaksanakan karena tidak ada indikasi untuk dilakukan EKG dan tidak ada advis dari dokter untuk melakukan pemeriksaan tersebut..

Penulis tidak menemukan faktor penghambat saat melakukan tindakan karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan. Penulis melakukan Tindakan keperawatan mulai pukul 07.30 WIB sampai pukul 14.00 WIB dan selebihnya diteruskan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab, Faktor pendukung, perawat melakukan dokumentasi dengan baik setiap melakukan tindakan keperawatan khususnya terkait dengan pemberian terapi dan tindakan lainnya sehingga penulis dapat mengetahui perkembangan pasien dalam 3 x 24 jam.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat melakukan evaluasi dengan mengacu pada tujuan

keperawatan. Pada tahap ini penulis membandingkan temuan data baik data subjektif maupun data objektif dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah tujuan sudah tercapai seluruhnya, atau hanya sebagian saja atau bahkan belum tercapai sama sekali.

Dari lima diagnosis yang muncul pada kasus, semuanya tujuan tercapai sebagian.. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak berkurang, frekuensi napas 20 x /menit, irama teratur, kedalaman dalam, penggunaan otot bantu napas berkurang, pasien mampu batuk mengeluarkan dahak/sputum berwarna putih sedikit hijau konsistensi kental tidak terdapat darah, pasien masih terpasang oksigen dengan nassal kanul 4 liter permenit namun pasien sudah mampu berlatih melepas oksigen.

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan sesak pasien berkurang, pasien mampu melakukan aktifitas secara bertahap, tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit, saturasi oksigen didapatkan saturasi oksigen 100%, pucat berkurang, CRT 3 detik, edema berkurang pada 2 tungkai bawah (derajat 1). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak nafas berkurang baik setelah beraktivitas maupun tanpa aktivitas, pasien tampak mampu melakukan aktivitas untuk berjalan di depan kamar, pasien tampak mampu duduk di depan kamar tanpa terpasang oksigen, tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi 55 x /menit.

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak berkurang, edema pada tungkai bawah tampak berkurang (derajat 1), tekanan darah 92/68 mmHg dan frekuensi nadi radial 53 x /menit teraba kuat, intake 750 cc output 2000 cc balance -1250 cc. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) vena tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan mual berkurang, nafsu makan lumayan bertambah, porsi makan yang dihabiskan  $\frac{3}{4}$  porsi, berat badan 51 kg, IMT = 19,1 kg/m<sup>2</sup> (normal).

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil sudah terlaksana dan tersusun dengan jelas. Pasien dan keluarga yang kooperatif pada saat penulis melakukan tindakan keperawatan dari awal hingga akhir, sehingga penulis bisa mendapatkan hasil dan perkembangan evaluasi pasien dan penulis tidak menemukan faktor penghambat serta kesulitan dalam menentukan hasil keperawatan dalam evaluasi pasien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan Gagal jantung kongestif diruang kardiologi kamar 608 RSUD Koja, yang dilakukan mulai dari tanggal 20 sampai dengan 22 Mei 2024. Secara umum penulis mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **A. Kesimpulan**

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan karena menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi inilah yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot salah satunya yaitu aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan salah satu dampak dari gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi rokok dan alkohol. Hal ini sudah sesuai dengan kasus dimana berdasarkan pengkajian pasien memiliki riwayat seorang perokok aktif dan mengkonsumsi alkohol selama lebih dari 20 tahun.

Pada pengkajian penulis menemukan beberapa kesenjangan yaitu pada manifestasi klinis tidak ditemukan asites dan peningkatan tekanan abdomen. Pada pemeriksaan penunjang tidak dilakukan evaluasi pemeriksaan *echocardiografi*. Pada penatalaksanaan pasien tidak diberikan *Anti remodeling* menghambat mekanisme kompensasi neuro (*beta blocker*) dan humoral (ACE inhibitor, *angiotensin reseptor blocker*). Sebagai faktor pendukungnya pasien

dan keluarga pasien sangat kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan dan faktor penghambatnya adalah penulis sulit membaca hasil interpretasi pemeriksaan penunjang. Sebagai solusinya penulis minta bantuan ke perawat ruangan atau CI.

Pada kasus ditemukan ada lima diagnosis keperawatan. Tiga diagnosis sudah sesuai dengan teori yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena dan satu diagnosis ada di kasus namun tidak ada di teori yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan dan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Faktor pendukungnya yaitu data yang dibutuhkan lengkap untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan faktor penghambatnya tidak ada.

Pada tahap perencanaan penulis melakukan modifikasi intervensi disesuaikan dengan kondisi pasien. Ada beberapa intervensi yang dihilangkan karena sudah ada di diagnosis yang lain atau tidak sesuai dengan kondisi pasien dan ada intervensi yang ditambahkan seperti pemberian inhalasi combivent seperti pada diagnosis gangguan pertukaran gas. Faktor pendukungnya dan karena sudah ada disajikan secara lengkap di buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat.

Pada tahap implementasi penulis mampu melaksanakan hampir semua intervensi yang disusun di kasus, namun ada beberapa yang tidak bisa dilakukan

yaitu monitor EKG 12 sadapan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi terbaru. Sebagai faktor pendukungnya pasien dan keluarga sangat kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan penulis tidak menemukan faktor penghambat.

Dari lima diagnosis yang muncul semuanya tujuan tercapai sebagian, hal ini karena adanya faktor pendukung yaitu Pasien dan keluarga yang kooperatif saat melakukan tindakan dan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil sudah terlaksana dan tersusun dengan jelas serta tidak ditemukan faktor penghambat.

## **B. Saran**

Dengan ini penulis ingin menyampaikan beberapa saran baik untuk institusi pelayanan kesehatan, pasien maupun untuk penulis sendiri , yaitu :

### 1. Bagi institusi

Hendaknya kerjasama yang sudah terjalin selama ini dapat dipertahankan

### 2. Bagi pelayanan kesehatan

Hendaknya pemeriksaan pada pasien terutama pada pasien jangka panjang hendaknya rutin dilakukan untuk menjadi bahan evaluasi perkembangan pasien dalam memberi asuhan.

### 3. Bagi penulis

Untuk penulis perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis dan menganalisa lebih dalam lagi jika menemukan adanya kesulitan pada saat membaca data rekam medis. Saat akan melakukan tindakan asuhan keperawatan hendaknya penulis lebih membekali diri dengan rajin

mengulang ilmu dan pengalaman yang dimiliki sehingga lebih percaya diri untuk mengaplikasikan tindakan keperawatan kepada pasien.

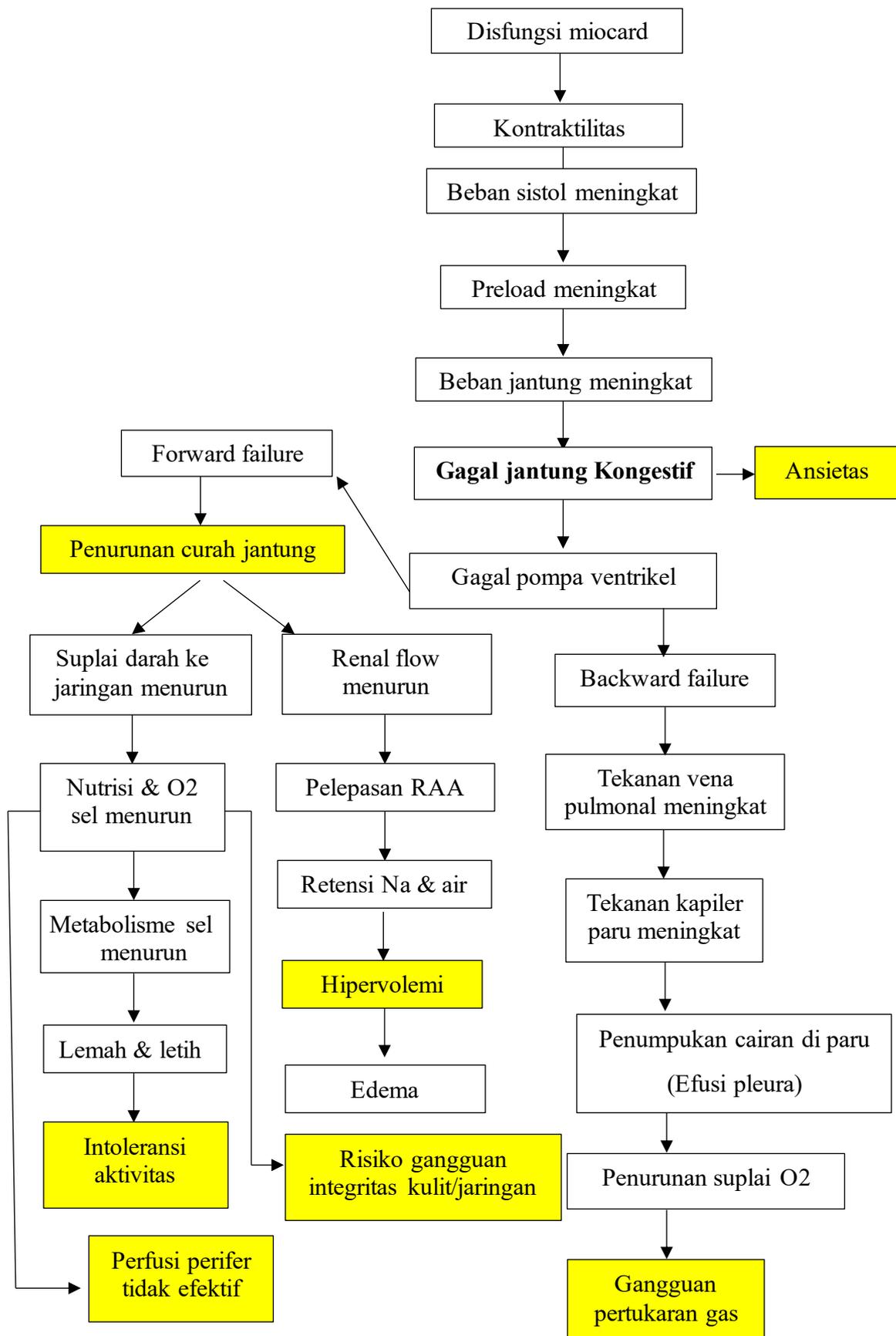
## DAFTAR PUSTAKA

- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I* (Vol. 1). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan edisi 8* (8th ed.). Salemba Medika.
- Debora, O. (2017). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media.
- Doenges, M. E., & Yulianti, D. (2018). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa Volume 2 (Ed. 9). In *Jakarta: EGC*.
- Fajriyah, N., Rosliany, N., Kristanto, B., Diyono, Kristiani, R. B., Ryandini, F. R., Rohmah, U. N., & Jona, R. M. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular Berdasarkan 3S* (C. M. Orizani (ed.)). Eureka Media Aksara.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Trans Info Media.
- Kemendes RI. (2019). *Laporan Provinsi Jawa Barat*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Kemendes RI. (2020). *Penyakit Jantung Penyebab Kematian Terbanyak ke-2 di Indonesia*. Retrieved from Rilis Berita Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. [www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html](http://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html)
- Kemendes RI. (2023). *Cegah Penyakit Jantung dengan Menerapkan Perilaku CERDIK dan PATUH*.
- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Gangguan Kardiovaskular* (A. Linda (ed.); Edisi 5). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Martin, S. S., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Barone Gibbs, B., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Johansen, M. C., Kalani, R., ... Palaniappan, L. P. (2024). 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data from the American Heart Association. In *Circulation*

(Vol. 149, Issue 8). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>

- Mayangsari, E., Lestari, B., & Nurdiana. (2019). *Farmakoterapi Kardiovaskuler* (H. D. Karuniawati (ed.)). Universitas Brawijaya Press. <https://books.google.co.id/books?id=oOXRDwAAQBAJ&lpg=PP1&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Padila. (2019). *Buku ajar: keperawatan medikal bedah: dilengkapi asuhan keperawatan pada sistem cardio, perkemihan, integumen, persyarafan, gastrointestinal, muskuloskeletal, reproduksi, dan respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riset Kesehatan Dasar. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*. [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakorp\\_op\\_20%0A%0A18/Hasil\\_Riskesdas\\_2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorp_op_20%0A%0A18/Hasil_Riskesdas_2018.pdf)
- Smeltzer, & Bare. (2017). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (M. Farrell (ed.)). Wolter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkuns.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standarm Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus PPNI.
- Timby, B. K., & Smith, N. E. . (2014). *Introductory Medical-Surgical Nursing*. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 10). Lippincott Williams & Wilkins. Copyright.

Lampiran 1: Pathway



**Lampiran 2: Analisa Obat**

**ANALISA OBAT**

No.	Nama Obat	Dosis	Sediaan	Rute	Jam Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping
1.	Omeperazole	2 x 40 mg	vial	IV	06.00; 18.00	Untuk mengatasi asam lambung yang berlebihan dan keluhan yang menyertainya.	Hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain	Sakit kepala, perut kembung, mual / muntah, diare, sembelit
2.	Ondansentrone	2 X 8 mg	ampul	IV	06.00; 18.00	Untuk mencegah mual dan muntah.	Hipersensitivitas (misalnya anafilaksis) terhadap produk ini atau komponennya	Sakit kepala, pusing, sembelit, tubuh terasa lemah, ngantuk

3.	Lasix	24 amp / 24 jam	ampul	IV	12.00	Untuk mengatasi edema, oliguria, gagal ginjal, gagal jantung, sirosis.	Hipersensitivitas terhadap furosemide atau komponen penyusun obat ini, anuria	Sering buang air kecil, sembelit, sakit perut, diare, penglihatan buram, tinnitus. Sakit kepala, kulit terasa kering.
4.	Dopamin	3 micro /24 jam		IV	12.00	Untuk koreksi ketidakseimbangan hemodinamik yang terjadi pada sindrom syok akibat infark	<i>Pheochromocytoma</i> yaitu tumor kelenjar adrenal yang mensekresikan katekolamin. Dopamin juga sebaiknya tidak diberikan pada pasien	Nyeri, kemerahan, atau iritasi di area suntikan.

						miokard, trauma, septikemia endotoksik, operasi jantung terbuka, gagal ginjal, dan dekompensasi jantung kronis seperti pada gagal kongestif.	yang hipersensitivitas terhadap dopamin serta pasien <a href="#">fibrilasi ventrikel</a> dan takiaritmia yang belum terkoreksi.	
5.	Spinorolactone	1 x 50 mg	tablet	Oral	06.00	Untuk pengobatan gagal jantung NYHA kelas III-IV dan pengurangan fraksi ejeksi (EF) untuk	Anuria, gangguan ginjal, dan hiperkalemia.	Ruam kulit, gatal-gatal, pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan.

						meningkatkan kelangsungan hidup, mengelola edema, dan mengurangi kebutuhan rawat inap untuk gagal jantung		
6.	Digoxin	1 x 0,25 mg	tablet	Oral	06.00	Untuk penyakit gagal jantung dan atrial fibrilasi	Fibrilasi ventrikel dan riwayat hipersensitivitas terhadap digoxin atau digitalis lainnya.	Mual/muntah, hilang nafsu makan, sakit kepala, tubuh terasa lemah, diare, cemas

7.	NAC (N-Acetylcysteine)	3 x 200 mg	tablet	Oral	06.00; 12.00; 20.00	Untuk mengencerkan dahak	Hipersensitive pada acetylcysteine	Mual, muntah, demam, dan ruam pada kulit
8.	Simarc	1 x 2 mg	tablet	Oral	06.00	Untuk mencegah dan mengobati penggumpalan darah pada kondisi DVT	Kondisi potensial perdarahan, pembedahan segera, anestesi lumbalis, pre eklasia, ancaman abortus dan hamil	Perdarahan, ileus parolitik, perdarahan uterus berlebihan, nekrosis pada kulit dan jaringan lain.
9.	Combivent	3 x 1 ampul	ampul	Inhalasi	06.00; 12.00; 20.00	Untuk mengendalikan reversible bronkospasme	Hipersensitif terhadap salbutamol atau agonis adrenoreseptor bet-2 lainnya. Kardiomiopati	Sakit kepala, iritasi tenggorokan, batuk, mulut

						yang disebabkan oleh penyakit jantung maupun asma akut.	obstruktif hipertrofi atau takiaritmia	kering, mual, muntah, diare
10.	Pulmicort	3 x 1		Inhalasi	06.00; 12.00; 20.00	Pengobatan asma bronkhial	Hipersensitivitas	Iritasi ringan pada tenggorokan, suara serak, iritasi lidah dan mulut, batuk, mulut kering, ruam gatal, dermatitis.

## Lampiran 3: Hasil laboratorium tanggal 23 April 2024

RUMAH SEHAT UNTUK JAKARTA RSUD KOJA INSTALASI LABORATORIUM KLINIK			
Jalan Deli No.4, Koja, Koja, Jakarta Utara - 14220 Telp. 021 - 43938478 ( Ext. 144 - Lab. Central)   E-mail : labrsudkoja@gmail.com			
Nama Medis : 00314880 Nama Pasien : TN. ENDANG Tanggal Lahir : 01-03-1981 / 43 Th Jenis Kelamin : Laki-laki Alamat Pasien : JL KALIBARU BARAT dr. Rahmat Hidayat GAWAT DARURAT		No. Barcode Lab : 24090035 No. Laboratorium : L240418237 No. Pendaftaran : 2404231437 Tanggal Order : 23-04-24 12:27 Bahan diterima : 23-04-24 12:30 Tanggal Validasi : 23-04-24 13:26 Tanggal Cetak : 23-04-24 13:26	
Hasil Laboratorium			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
Hemoglobin	13.6	g/dL	13.5 - 18.0
Hematokrit	10.42	10 <sup>3</sup> /μL	4.00 - 10.50
Leukosit	* 37.0	%	42.0 - 52.0
Limfosit	324	10 <sup>3</sup> /μL	163 - 337
Neutrofil	* 4.47	juta/μL	4.70 - 6.00
Monosit	83	fL	78 - 100
Basofil	30	pg	27 - 31
Platelet	* 37	g/dL	32 - 36
WBC	* 14.3	%	11.5 - 14.0
<b>DIFFERENSIAL</b>			
Neutrofil	* 0.5	%	0.8 - 7.0
Limfosit	0.3	%	0.2 - 1.2
Monosit	* 86.8	%	34.0 - 67.9
Basofil	* 4.4	%	21.8 - 53.1
Platelet	8.0	%	5.3 - 12.2
Neutrofil Absolut	0.05	10 <sup>3</sup> /μL	
Limfosit Absolut	0.03	10 <sup>3</sup> /μL	
Monosit Absolut	9.05	10 <sup>3</sup> /μL	
Basofil Absolut	0.46	10 <sup>3</sup> /μL	
Platelet Absolut	0.83	10 <sup>3</sup> /μL	
WBC	19.73		
<b>CHEMIA KLINIK</b>			
<b>Darah + Elektrolit</b>			
<b>Analisa Gas Darah</b>			
pH	7.450		7.350 - 7.450
CO2	40.1	mm Hg	32.0 - 45.0
PO2	* 100.8	mm Hg	95.0 - 100.0
CO3	28.1	mEq/L	21.0 - 28.8
Base Excess	* 3.9	mmol/L	- 2.5 - + 2.5
O2 Saturation	98.4	%	94.00 - 100.00

### Lampiran 4: Hasil laboratorium tanggal 3 Mei 2024

192.168.2.11 C:\Laboratorium\search.php?module=pemeriksaan\_pada\_analisa?form=003148595&TglLawan=01/03/1981

18-05-2024 10:00 15-05-2024 10:10 15-05-2024 11:20 11-05-2024 13:36 03-05-2024 10:11 02-05-2024 09:49 23-04-2024 12:27 16-04-2024 11:37 19-03-2024 09:59 11-01-2024 16:23 10-01-2024 21:28

No M.R : 0031-680  
 No Laboratorium : L240502038  
 No Pendaftaran : 2404231437  
 No Barcode : 24098869  
 Nama Pasien : ENDANG  
 Tgl Lahir / Usia : 01-03-1981 / 43 Th 2 Bl 2 Hr

Dokter : dr. Priscilla Myriarda,Sp.PP  
 Asal Pasien : Lantai 6 B Patin Jantung  
 Tgl Order : 03-05-2024 10:11  
 Tgl Validasi : 03-05-2024 12:35  
 Tgl Cetak : 03-05-2024 12:35  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki

**HASIL LABORATORIUM**

No	Jenis Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	HEMATOLOGI	Darah Rutin	* 12.9	13.5 - 18.0	g/dL
		Hemoglobin	* 35.4	42.0 - 52.0	%
		Hematokrit	82	78 - 100	fL
		MCV	30	27 - 31	pg
		MCH	36	32 - 36	g/dL
		MCHC	326	183 - 337	10 <sup>15</sup> /µL
		Trombosit	* 13.82	4.00 - 10.50	10 <sup>9</sup> /µL
2	KIMIA KLINIK	<b>Elektrolit</b>			
		Natrium (Na)	* 122	135 - 147	mEq/L
		Kalium (K)	4.20	3.5 - 5.0	mEq/L
		Klorida (Cl)	* 82	96 - 108	mEq/L
		Ureum	42.8	16.6 - 48.5	mg/dL
		Kreatinin	0.94	0.67 - 1.17	mg/dL
eGFR (CKD-EPI)	103.2		mL/min/1.73 m <sup>2</sup>		

Catatan:

**Lampiran 5: Hasil laboratorium tanggal 11 Mei 2024**

The screenshot displays a web-based interface for a laboratory. At the top, the browser address bar shows the URL: `192.168.2.11/E_Laboratorium/search.php?module=pencarian_pasien&NoRM=00314880&TglLahir=01/03/1981`. The page title is "Detail Laboratorium".

Below the title, there is a navigation bar for the year "Tahun 2024" with several date filters. The selected date is "15-05-2024 10:10".

The main content area is divided into two columns of patient information:

- Left Column:**
  - No MR : 00314880
  - No Laboratorium : L240509002
  - No Pendaftaran : 2404231437
  - No Barcode : 24105782
  - Nama Pasien : ENDANG
  - Tgl Lahir / Usia : 01-03-1981 / 43 Th 2 Bl 10 Hr
- Right Column:**
  - Dokter : dr. Lully Nur El Wally, SpJP
  - Asal Pasien : Lantai 6 B Patin Jantung
  - Tgl Order : 11-05-2024 13:36
  - Tgl Validasi : 11-05-2024 13:56
  - Tgl Cetak : 11-05-2024 13:56
  - Jenis Kelamin : Laki-Laki

Below the patient information, there is a section titled "HASIL LABORATORIUM". It contains a table with the following data:

No	Jenis Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	KIMIA KLINIK	Albumin	+2.20	3.50 - 5.20	g/dL

At the bottom of the result section, there is a field labeled "Catatan:" which is currently empty.

## Lampiran 6: Hasil laboratorium 15 Mei 2024

Electronic Laboratorium Raja Husada - Google Chrome

192.168.2.11/E\_Laboratorium/search.php?module=pencairan\_pasien&NoRM=00314880&TglLahir=01/03/1981

**15-05-2024**

18-05-2024 10:00 15-05-2024 10:10 15-05-2024 11:20 11-05-2024 13:36 03-05-2024 10:11 02-05-2024 09:49 23-04-2024 12:27 16-04-2024 11:37 19-03-2024 09:59 11-01-2024 16:23 10-01-2024 21:28

No MR : 00314880  
 No Laboratorium : L240512527  
 No Pendaftaran : 2404231437  
 No Barcode : 24109329  
 Nama Pasien : ENDANG  
 Tgl Lahir / Usia : 01-03-1981 / 43 Th 2 Bl 14 Hr

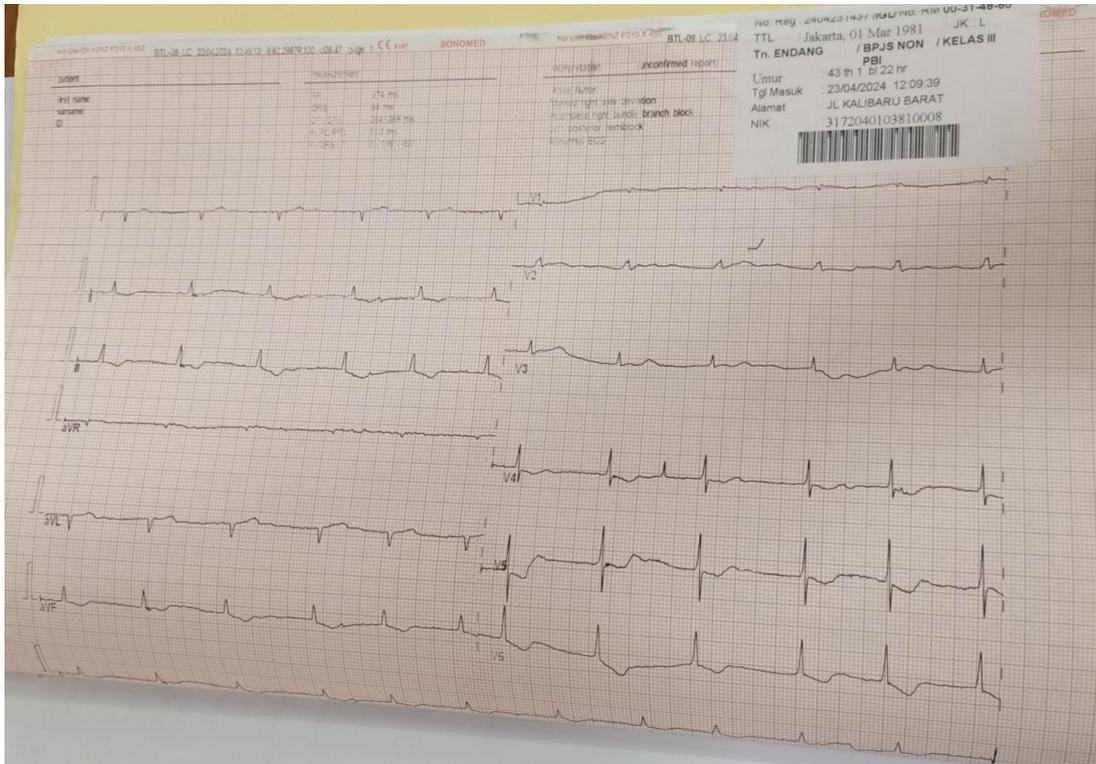
Dokter : dr. Priscilla Myriada,SpJP  
 Asal Pasien : Lantai 6 B Patin Jantung  
 Tgl Order : 15-05-2024 11:20  
 Tgl Validasi : 15-05-2024 13:00  
 Tgl Cetak : 15-05-2024 13:00  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki

**HASIL LABORATORIUM**

No	Jenis Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	HEMOSTASIS	PT - INR	10.3	9.9 - 11.8	detik
		PT	0.98		
		INR			
2	KIMIA KLINIK	<b>Elektrolit</b>			mEq/L
		Natrium (Na)	+ 131	135 - 147	
		Kalium (K)	+ 4.50	3.5 - 5.0	mEq/L
		Klorida (Cl)	+ 88	96 - 108	mEq/L
		Ureum	+ 74.9	16.6 - 48.5	mg/dL
		Kreatinin	+ 1.39	0.67 - 1.17	mg/dL
		eGFR (CKD-EPI)	+ 64.5		mL/min/1.73 m <sup>2</sup>

Catatan:  
 \* Dewasa \* >= 90 : kondisi normal

### Lampiran 7: Hasil EKG



## Lampiran 8: Foto Thoraks



## Lampiran 9: Hasil ECHO

Rumah Sehat untuk Jakarta  RSUD Koja

JL. Deli No. 4 Tanjung Priuk Jakarta Utara  
Tlp. 43938478, Fax. 4372273

2404231437 / 00314880 / L  
Tn. ENDANG  
3172040103810008  
BPJS PBI / KELAS III  
Jakarta, 01 Mei 1981  
Patin 609  
23/04/2024 20:08:47

### LAPORAN ECHOCARDIOGRAPHY

NAMA	: ENDANG	TANGGAL	: 12/01/2024
ALAMAT	: 6 JANTUNG	NO. MR	: 00314880
UMUR	: 42 TAHUN	PEMERIKSA	: DR. INDRY PUTRI F, SPJP /S

PENGUKURAN		Normal	Normal
Aorta	Root Dimension	20 - 37 mm	Ventrikel Kiri EDD
Atrium Kiri	Dimension	15 - 40 mm	ESD
Ventrikel Kanan	Dimension	< 30 mm	IVS Diastole
Fungsi Jantung	EF	53 - 77 %	IVS Systole
	EPSS	< 10 mm	PW Diastole
	MVA	> 3 cm <sup>2</sup>	PW Systole

**PENEMUAN**

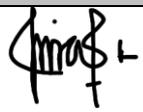
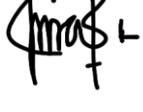
1. Dimensi ruang jantung: Dilatasi LA, RA, RV
2. LV fungsi sistolik, EF 67%
3. RV fungsi sistolik, TAPSE 2.5 cm
4. LV Wall motion: global normokinetik
5. katup - katup jantung :
  - k. aorta : 3 leaflets, dalam batas normal
  - k. mitral : MR moderate, MS severe, MVA VTI:0.2 cm<sup>2</sup>, MVA Planimetry:0.8 cm, Mean PG 14 mmHg, LVOT diameter: 1.3 cm WS: 10, RHD dooming AML
  - k. tricuspid : TR severe
  - k. pulmonal : PR, PH
6. Fungsi diastolic LV: E/A tidak dapat diukur
7. Lain-lain : -Thrombus (-), IAS tipis, INTAK, IVC distanded

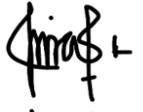
**KESIMPULAN :**  
 Dilatasi LA, RA, RV  
 Kontraktilitas LV normal, EF 67%, Normokinetik at rest  
 Kontraktilitas RV baik  
 Katup-katup :MS severe, TR severe, MR moderate, PR, PH  
 Disfungsi diastolic (+)  
 IVC distanded

Cardiologist

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB  
 Nama Mahasiswa : Ririn Evi Agustin Septiani  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.E Dengan Gagal jantung kongestif Di Ruang Kardiologi Kamar 609 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	22 Mei 2024	Bimbingan setelah pengambilan kasus karya tulis ilmiah dan UTEK	
2.	29 Mei 2024	Konsultasi BAB III	
3.	4 Juni 2024	Revisi BAB III, data diperbaiki, rumusan diagnosa diperbaiki, sistematika sesuai panduan.	
4.	05 Juni 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	
5.	11 Juni 2024	Revisi BAB I dan BAB II, perbaiki sitasi dan daftar Pustaka, sistematika dengan narasi.	
6.	12 Juni 2024	Konsultasi BAB IV dan BAB V	
7.	15 Juni 2024	Mengajukan revisi BAB III melalui WhatsApp	
8.	19 Juni 2024	Revisi 2 BAB III, perbaiki beberapa kesalahan penulisan, perbaiki pada intervensi.	

9.	20 Juni 2024	Mengajukan Revisi BAB I dan BAB II serta Revisi ke 2 BAB III melalui whatsApp	 
10.	21 Juni 2024	ACC BAB I, BAB II, dan BAB III	
11.	22 Juni 2024	ACC BAB IV dan BAB V	
12.	22 Juni 2024	ACC sidang	
13.	27 Juni 2024	Konsul BAB III paska sidang	
14.	3 Juli 2024	ACC Pengesahan	