



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.S DENGAN
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUANG
KARDIOLOGI KAMAR 608 LANTAI 7
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Filhayati Janatun

2011095

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.S DENGAN
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUANG
KARDIOLOGI KAMAR 608 LANTAI 7
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

Filhayati Janatun

2011095

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Filhayati Janatun

NIM : 2011095

Tanda Tangan : 

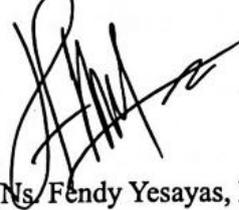
Tanggal : 15 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi Kamar 608 Lantai 7 RSUD Koja Jakarta Utara

Jakarta, 15 Juni 2023

Pembimbing



(Ns/ Fendy Yesayas, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi Kamar 608 Lantai 7 RSUD Koja Jakarta Utara

Bembimbing


(Ns. Fendy Yesayas, M.Kep)

Penguji I



(Enni Juliani, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Ulfa Nur Rohma, M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S. E., M. M

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah subhanallahu wata'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny.S Dengan gagal jantung kongestif di Ruang Kardiologi kamar 608 RSUD Koja Jakarta Utara". Penulisan Karya Tulisan Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada Jakarta.
2. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu dan pikiran untuk mengarahkan dan mengoreksi Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Enni Juliani, M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir.
4. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberi dukungan dan motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir.
5. Ns. Veronica Y Rahmawati, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan arahan untuk para mahasiswa STIKes RS Husada.

6. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep selaku pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan masukan yang membangun dan motivasi kepada penulis.
7. Ny.S yang telah bersedia menerima kedatangan penulis dan kooperatif dalam menjalankan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir.
8. Kepala Ruangan dan CI pembimbing pihak RSUD Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Bapak Syamsul Sahudi yang selalu memberi dukungan serta doa dan Alm.Mama motivasi dan kasih sayang yang masih saya rasakan sampai saat ini.
10. Kakak saya Sulis Tya Utami, yang selalu mendoakan dan memberi dukungan terima kasih atas semuanya dan juga sepupu saya Zahrotun Hasanah yang selalu menemani, mendoakan dan memberi dukungan.
11. Muhammad Rafi yang selalu mendengarkan keluh kesah, memberi motivasi, memberi semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman seperjuangan di kelompok Keperawatan Medikal Bedah (Adinda Salsabila, Erni Widiyasari, Kamilah Hayatun Nufus, Muhammad Joan P.) yang senasib dan sepenanggungan bersama melewati rintangan untuk menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teman terdekat saya selama kuliah, Nia Melinda, Farah Raihana, Eva Hermana L.P, Tri Halimah, yang sudah mendengarkan keluh kesah dan memberi motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Sahabat saya Rizah Rohani dan Dewi Ayuningsih yang sudah mendengarkan keluh kesah dan memberi motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Teman-teman Angkatan 33 yang selama 3 tahun telah berjuang terutama kelas 3 C terima kasih untuk 3 tahun yang berkesan.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan.

Penulis

Filhayati Janatun.

DAFTAR ISI

| | |
|--|------------|
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| LAMPIRAN..... | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Ruang Lingkup..... | 5 |
| C. Metode Penulisan | 6 |
| D. Sistematika Penulisan..... | 6 |
| BAB II TINJAUAN TEORI..... | 7 |
| A. Konsep Gagal Jantung Kongestif | 7 |
| 1. Definisi | 7 |
| B. Patofisiologi | 8 |
| 1. Etiologi | 8 |
| 2. Proses..... | 9 |
| 3. Manifestasi Klinis | 12 |
| 4. Klasifikasi..... | 13 |
| 5. Komplikasi | 14 |
| C. Penatalaksanaan | 15 |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan..... | 19 |
| E. Diagnosa Keperawatan..... | 23 |
| F. Perencanaan Keperawatan | 24 |
| G. Pelaksanaan Keperawatan | 36 |
| H. Evaluasi Keperawatan | 36 |
| BAB III TINJAUAN KASUS | 39 |
| A. Pengkajian | 39 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 56 |
| C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi | 57 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 76 |
| A. Pengkajian Keperawatan | 76 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 79 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| C. Perencanaan Keperawatan | 81 |
| D. Evaluasi Keperawatan | 83 |
| BAB V PENUTUP | 85 |
| A. Kesimpulan | 85 |
| B. Saran..... | 87 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1 : Pathway | 105 |
| Lampiran 2 : Analisa Obat | 107 |
| Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet | 112 |
| Lampiran 4 : Lembar baik..... | 114 |
| Lampiran 5 : Hasil Rontgen dada dan EKG..... | 116 |
| Lampiran 6 : Lembar Konsul | 117 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung merupakan sindrom klinis akibat gangguan struktural atau fungsional jantung yang mengganggu kemampuan ventrikel untuk mengisi atau mengeluarkan darah. Gagal jantung juga di sebut dengan *Congestif Heart Failure* (CHF), gagal jantung di kenal sebagai sindrom klinis yang di tandai dengan tanda dan gejala kelebihan cairan atau perfusi jaringan yang tidak adekuat. Kelebihan cairan atau perfusi jaringan terjadi ketika jantung tidak dapat berfungsi untuk menghasilkan curah jantung yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan oksigen dan nutrisi. Gagal jantung kongestif juga dapat menunjukan penyakit miokard dimana gangguan kontraksi jantung (disfungsi sistolik) atau pengisian jantung dapat menyebabkan kongesti paru atau sistemik. Beberapa kasus gagal jantung bersifat reversible, tergantung penyebabnya. gagal jantung dapat di atasi dengan perubahan gaya hidup dan pengobatan untuk mencegah terjadinya gagal jantung dekompensasi akut (Brunner & Suddart, 2017).

Penyakit gagal jantung juga merupakan suatu penyakit tidak menular yang dimana di anggap tidak dapat ditularkan melalui suatu wadah atau sumber seperti percikan droplet, darah atau keringat yang di sebarkan dari seseorang kepada orang lain, sehingga bukan sebuah ancaman bagi orang lain. Ketika jantung mengalami kegagalan dalam memompakan darah ke seluruh tubuh, artinya jantung tidak berfungsi dengan baik, jika hal tersebut terjadi maka seseorang tidak dapat lagi

hidup. Penyakit jantung terbagi menjadi dua yaitu, penyakit gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. (Rizem Aizid, 2017).

Tanda dan gejala khas yang muncul pada pasien gagal jantung yaitu, sesak pada saat aktivitas maupun istirahat, kelelahan, edema tungkai, takikardia, takipnea, ronchi paru, efusi pleura, tekanan vena jugularis, edema perifer, hepatomegali, kardiomegali (PERKI, 2020).

Menurut data yang di dapatkan (*World Health Organization (WHO)*, 2021) Penyakit kardiovaskular merupakan sekelompok penyakit otot jantung, katup, sistem konduksi dan pembuluh darah, yang bermanifestasi terutama menjadi serangan jantung serta stroke (kurang lebih 80% berawal dari semua kematian membentuk penyakit kardiovaskular) dari prevalensi yang sedikit namun sangat penting ialah gagal jantung, penyakit katup dan aritmia. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab utama kecacatan serta kematian dini pada semua dunia, merenggut nyawa 17,9 juta orang di tahun 2019, di mana 81% terjadi pada negara berkembang serta lebih berasal sepertiganya adalah kematian dini. Patologi yg mendasarinya ialah aterosklerosis, penumpukan timbunan lemak pada dinding bagian pembuluh darah, yg mengurangi peredaran darah ke otot jantung melalui proses obstruktif akut atau selama bertahun-tahun. umumnya lanjut ketika tanda-tanda terjadi. insiden koroner akut (serangan jantung) dan peristiwa serebrovaskular (stroke) tidak tentu terjadi secara tiba-tiba serta tak jarang menyebabkan fatal sebelum perawatan medis bisa diberikan. (*World Health Organization (WHO)*, 2021).

Data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas, 2018) Kemetrian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, menyatakan prevalensi penduduk indonesia yang

mengalami penyakit jantung sebesar 1,5% atau di perkirakan 29.550 orang. Jumlah penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis atau gejala, terbanyak terdapat di provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang atau sekitar (0,3%). Sedangkan yang paling sedikit adalah 954 orang atau (0,15%) yaitu di provinsi Kepulauan Bangka Belitung, untuk provinsi DKI Jakarta, di dapatkan prevalensi penyakit jantung sebanyak (1,9%) orang atau 15.170 juta penduduk. (Risikesdas, 2018)

Berdasarkan data yang di peroleh dari bagian Rekam Medis RSUD Koja, jumlah keseluruhan pasien pada periode Januari 2022-2023 yaitu 29.938 pasien dan jumlah pasien dengan penyakit gagal jantung kongestif yang di rawat di RSUD Koja periode Januari 2022 sampai Maret 2023 sebanyak 904 orang, data ini merupakan data yang terbaru yang di dapatkan dari Rumah Sakit Umum Daerah Koja.

Gagal Jantung dapat menyebabkan komplikasi yang lebih serius. komplikasi yang dapat terjadi yaitu hepatomegali, efusi pleura, sirosis hepatitis, asites bahkan sampai kematian. Perawat sebagai profesional bidang kesehatan memiliki kontribusi dalam perawatan Kesehatan, khususnya meliputi peran dalam upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative (Lilik & Budiono, 2021).

Peran perawat sangat di perlukan dalam menangani masalah pasien dengan Gagal Jantung Kongestif agar tidak mengarah ke komplikasi yang lebih serius. Perawat dalam menjalankan perannya dalam upaya promotive dengan cara memberikan Pendidikan Kesehatan mengenai penyakit gagal jantung kongestif meliputi pengertian, penyebab, gejala dan komplikasi bagaimana cara pencegahan dan penanganan serta Pendidikan Kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan dalam berobat. Dalam upaya preventif dengan mengurangi faktor penyebab dari

pernyakit gagal jantung kongestif agar kondisi tidak semakin buruk, seperti perubahan gaya hidup salah satunya dengan cara menghindari merokok, memelihara berat badan agar tidak obesitas, mengkonsumsi makanan yang sehat dan bergizi, melakukan aktivitas fisik dan menghindari stress berlebihan. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan penanganan kepada penderita gagal jantung kongestif seperti upaya memenuhi kebutuhan cairan, kontrol teratu rke dokter, minum obat sesuai anjuran yang diberikan oleh dokter, serta menjaga berat badan agar tetap stabil. Peran perawat dalam upaya rehabilitated yairu mengendalikan gaya hidup dengan menekankan pada penderita untuk mematuhi diit untuk penyakit jantung, beristirahat yang cukup, menghindari aktivitas yang berat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada secara optimal sebagai sarana untuk memeriksa kesehatan jantung (Lilik & Budiono, 2021).

Berdasarkan urutan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.S dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi Lantai 6 Kamar 608 RSUD Koja Jakarta Utara”

A. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Gagal Jantung Kongestif di ruang kardiologi kamar 608 RSUD Koja.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji dengan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosis gagal jantung kongestif

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosa gagal jantung kongestif
- c. Merencanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gagal jantung kongestif
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gagal jantung kongestif
- e. Mengevaluasi Tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis gagal jantung kongestif
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus
- g. Mampu mengidentifikasi factor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif

B. Ruang Lingkup

Penulisan Karya Ilmiah ini terbatas pada satu kasus, yaitu “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.S dengan gagal jantung kongestif di Ruang Kardiologi Kamar. 608 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang di laksanakan dari tanggal 20 Maret 2023 sampai 22 Maret 2023”. Asuhan Keperawatan yang di lakukan menggunakan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

C. Metode Penulisan

Metode dalam penyusunan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif adapun pendekatan yang dilakukan dalam pengumpulan data adalah observasi, yaitu pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap situasi atau peristiwa di lapangan. Studi dokumentasi, yaitu dengan mengumpulkan data dari rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan penyakit pasien. Wawancara, yaitu dengan melakukan wawancara baik pasien dengan pasien maupun keluarga pasien pada saat mengumpulkan data mengenai Riwayat Kesehatan pasien. Studi kepustakaan, yaitu dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien.

D. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 5 BAB, yaitu BAB I : Pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II : Tinjauan teori, terdiri dari pengertian, patofisiologi, proses, manifestasi klinik, komplikasi) serta asuhan keperawatan. BAB III : Tinjauan kasus, terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, serta evaluasi keperawatan. BAB IV : pembahasan yaitu membandingkan antara teori dan praktik serta menganalisa faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah pada saat pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V : Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Gagal Jantung Kongestif

1. Definisi

Gagal jantung kongestif merupakan suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak dapat memompakan darah ke seluruh tubuh (ditentukan sebagai konsumsi oksigen). Gagal jantung terjadi karena perubahan fungsi sistolik dan diastolic ventrikel kiri. Jantung mengalami kegagalan karena defek structural atau penyakit intrisik, sehingga tidak dapat menangani jumlah darah yang normal atau pada kondisi tidak ada penyakit, tidak dapat melakukan toleransi peningkatan volume darah mendadak (misalnya Latihan fisik) (Black & Hwaks, 2023).

Gagal jantung kongestif merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan gejala dan tanda khas yang umumnya terjadi saat aktivitas tetapi juga dapat terjadi pada saat istirahat (terutama saat berbaring). Hal lain bisa disebabkan akibat kelainan struktur jantung atau fungsi yang mengganggu kemampuan jantung untuk mengisi darah pada tekanan normal atau mengeluarkan darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan organ metabolisme (Ian D & Angela M, 2022).

Gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) merupakan kondisi patologi ketika fungsi jantung yg terganggu membuat jantung tidak bisa mempertahankan curah jantung yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Gagal jantung kongestif ditandai dengan berkurangnya curah jantung penumpukan darah pada sistem vena, atau keduanya. Sebagian besar masalah gagal

jantung terjadi akibat kemunduran progresif fungsi kontraksi miokardium (*disfungsi sistolik*) yg kerap kali disebabkan oleh jejas iskemik, *overload* volume atau tekanan atau ditimbulkan oleh kardiomiopati dilatasi. Otot jantung yg rusak hanya bisa melakukan kontraksi yang lemah atau tidak memadai dan demikian ruang jantung tidak dapat dikosongkan hingga tuntas (Risna, 2022).

Gagal jantung kongestif yaitu keadaan patofisiologis adanya Kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung menjadi gagal memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau peningkatan tekanan pengisian diastolik dari ventrikel kiri atau keduanya, sehingga tekanan kapiler paru meningkat (Asikin & Nuralamsyah, 2016)

B. Patofisiologi Gagal Jantung Kongestif

1. Etiologi

Gagal jantung kongestif dapat di sebabkan karena beberapa kondisi, termasuk penyakit arteri koroner, hipertensi, kardiomiopati, gangguan katup jantung, dan disfungsi ginjal dengan kelebihan beban volume. Pasien dengan diabetes juga beresiko tinggi untuk terkena gagal jantung. Ateroklerosis arteri koroner merupakan penyebab utama gagal jantung dan penyakit arteri koroner ditemukan pada sebagian besar pasien gagal jantung. Iskemia menyebabkan disfungsi miokard karena menghilangkan oksigen ke sel jantung dan menyebabkan kerusakan sel, nekrosis otot jantung, kematian sel miokard dan hilangnya kontraktilitas; tingkat infrak berkorelasi dengan tingkat keparahan gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal meningkatkan *afterload* (resistensi terhadap ejeksi) yang meningkatkan beban kerja jantung dan menyebabkan hipertrofi serat otot miokard yang dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena pada awalnya meningkatkan

kontraktilitas. Namun, hipertensi berkelanjutan akhirnya menyebabkan perubahan yang mengganggu kemampuan jantung untuk mengisi dengan benar selama diastole dan ventrikel hipertrofi dapat membesar dan gagal. Kardiomiopati dilatasi merupakan penyakit miokardium, berbagai jenis kardiomiopati menyebabkan gagal jantung dan distimia. Jenis kardiomiopati yang paling umum menyebabkan nekrosis miosit difus dan fibrosis dan umumnya mengarah ke gagal jantung progresif. Kardiomiopati dilatasi dapat bersifat idiopatik (penyebab tidak diketahui) atau dapat terjadi akibat proses inflamasi, seperti miokarditis atau agen sitotoksik seperti alkohol atau obat antineoplastik tertentu. Kardiomiopati hipertrofik merupakan penyakit dominan autosomal yang menyebabkan hipertrofi ventrikel berat dan pengisian diastolic yang buruk (kegagalan diastolic) (Brunner & Suddart, 2017).

Faktor yang mendasari gagal jantung yaitu termasuk kerusakan sifat kontraktil dari jantung yg mengarah pada curah jantung kurang dari normal. kondisi umum yang mendasari yaitu termasuk aterosklerosis, hipertensi sistemik dan penyakit inflamasi atau degeneratif otot. Sejumlah factor dapat menunjang perkembangan serta keparahan jantung. Peningkatan laju metabolik seperti (demam, koma, tiroroksikosis) hipoksia dan anemia membutuhkan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen (Boughman & Hackley, 2016).

2. Proses

Gagal jantung kongestif dapat terjadi akibat berbagai macam penyakit kardiovaskuler yang dapat menyebabkan beberapa abnormalitas dari jantung sehingga berdampak pada berkurangnya kontraksi (sistol) dan berkurangnya pengisian ventrikel (diastol) atau keduanya. Disfungsi miokard secara signifikan

yang paling sering terjadi sebelum seseorang mengalami tanda dan gejala penyakit gagal jantung kongestif. Gagal jantung sistolik di tandai dengan berkurangnya ejeksi darah oleh ventrikel yang menstimulasi sistem saraf simpatif untuk mengeluarkan epinefrin dan nonepinefrin. Hal ini merupakan respon terhadap kegagalan miokardium, namun secara terus menerus respon menyebabkan kehilangan reseptor *beta-adegrenergic* dan dampak lebih lanjut dapat menyebabkan kerusakan sel-sel otot jantung. Stimulasi simpatik dan berkurangnya perfusi ginjal. Angiotensin, aldosterone dan neurohormone lainnya menyebabkan meningkatnya *Preload* dan *Afterload* yang meningkatkan stress pada ventrikel yang menyebabkan meningkatnya kerja jantung (Suprpto et al., 2022)

Kerja jantung yang meningkat berdampak pada menurunnya kontraktilitas jantung. Penurunan kontraktilitas jantung menyebabkan meningkatnya volume darah di ventrikel pada akhir diastole merenggangkan serabut miokardium, meningkatkan ukuran ventrikel (dilatasi ventrikel). Peningkatan ukuran ventrikel lebih lanjut meningkatkan tekanan dinding ventrikel dan menambah beban kerja jantung. Jantung mengkompensasi beban kerja jantung dengan meningkatkan ketebalan dinding otot jantung (hipertrofi ventrikel). Tetapi, hipertrofi tidak disertai dengan suplai darah kapiler yang memadai sehingga menyebabkan iskemik miokard. Iskemik miokard menyebabkan kematian serabut otot jantung. Hal ini menyebabkan jantung tidak dapat memompakan darah keseluruh tubuh untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan (Suprpto et al., 2022).

Gagal jantung diastolik berkembang karena beban kerja jantung yang terus meningkat. Respon terhadap beban kerja jantung yang meningkat yaitu dengan meningkatkan jumlah dan ukuran otot jantung. Respon ini menyebabkan resitensi

terhadap pengisian ventrikel yang meningkatkan tekanan pengisian ventrikel meskipun volume darah normal atau berkurang. Berkurangnya darah di ventrikel menyebabkan menurunnya curah jantung. Penurunan curah jantung dan peningkatan tekanan pengisian ventrikel menyebabkan respon neurohormonal seperti terjadi pada gagal jantung diastolic. (Suprpto et al., 2022)

Menurut (Lukitasari et al., 2021) Gagal jantung di golongkan berdasarkan dua jenis, yaitu :

a. Patofisiologi Gagal Jantung Kiri

Gagal jantung kiri dengan kelainan struktural atau fungsional jantung merupakan keadaan klinis kompleks yang di tandai dengan disfungsi pompa ventrikel kiri dan gejala klinis terkait (dispnea, kelelahan, intoleransi aktivitas, termasuk tanda-tanda kelebihan volume, ronkhi paru dan edema perifer). Seluruh proses pembentukan, transfer dan pemanfaatan energi yang dipengaruhi oleh kegagalan metabolisme. mekanisme patofisiologis yang mendasari terjadinya dekompensasi miokard selanjutnya berdampak sistemik. Patofisiologis terjadi akibat progresivitas kegagalan fungsi pompa jantung kiri akibat berbagai pencetus melalui beberapa mekanisme kompensasi. Mekanisme kompensasi terjadi di setiap tingkatan jalur dalam rangka mencegah adanya gejala klinik dengan mengoreksi ketidak seimbangan global antara status katabolik dan anabolic namun, keadaan tersebut dapat menyebabkan kerusakan miokard lebih lanjut dan memburuknya jantung kiri.

b. Patofisiologi Gagal Jantung Kanan

Gagal jantung kanan merupakan komplikasi akhir dari gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan merupakan disfungsi dari setiap komponen yang membentuk

sistem sirkulasi jantung kanan, dari vena sistemik (kapiler pre-pulmonal). Gagal ventrikel kanan yang paling sering merupakan sekunder dari gagal jantung sistolik kiri. Penyebab utama gagal jantung kanan adalah hipertensi arteri pulmonal yang berhubungan dengan peningkatan *afterload* yang tidak dapat di toleransi dalam sirkulasi paru akibat gagal jantung kiri dan berhubungan dengan peningkatan tekanan pengisian ventrikel kiri, regurgitasi mitral yang parah dan gangguan compliance atrium kiri akibat dilatasi ventrikel kiri. Peningkatan tekanan sirkulasi paru yang meningkatkan permeabilitas endotel dan mengakibatkan infiltrasi cairan ke dalam ruang alveolar dan interstisial. Edema paru merupakan salah satu tanda dan gejala dari gagal jantung sistolik kiri akut, meskipun penurunan permeabilitas pada tahap kronis gagal jantung kiri tidak menyebabkan kongesti paru. Kelebihan cairan pada pembuluh darah arteri paru menyebabkan perubahan mekanis, neurohormonal dan molekuler dalam sistem pembuluh darah paru. Perubahan neurohormonal destruktif menyebabkan desensitisasi dasar pembuluh paru terhadap agen vasodilator dan eksresi agen vaskonstriktor.

3. Manifestasi Klinis Gagal Jantung Kongestif

Menurut (Black & Hawks, 2023) Gagal jantung kongestif dapat menyebabkan berbagai macam manifestasi klinis yang dapat teramati pada penderitanya kondisi yang mencetuskan gagal jantung yaitu, anemia, distrimia terutama takikardi, ortopnea, retensi cairan akibat obat dan garam, penyakit paru kronis, endocarditis, miokarditis dan pericarditis, gangguan tiroid dan emboli pulmonal.

Selain itu manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien Gagal Jantung Kongestif menurut (PERKI, 2020), sebagai berikut :

1. Gejala Tipikal seperti sesak napas, ortopnea, *Paroxymal nocturnal dyspnea*, toleransi aktifitas berkurang, cepat lelah dan bengkak di pergelangan tangan dan kaki.
2. Tanda dan gejala spesifik seperti peningkatan JVP, reflek hepatojugular, suara jantung S3 (gallop), apex jantung bergeser ke lateral, dan bising usus.
3. Gejala kurang tipikal seperti batuk di malam hari, berat badan bertambah lebih dari 2kg perminggu, jantung berdebar,binggung, penurunan nafsu makan dan pada stadium lanjut terjadi penurunan berat badan.
4. Tanda kurang tipikal seperti *odema perifer*, krepitasi pulmonal, suara pekak di basal pada perkusi, takikardia, nadi ireguler, napas cepat, hepatomegaly, asites, kaheksia.

4. Klasifikasi Gagal Jantung Kongestif

Menurut (PERKI, 2020) dalam bukunya klasifikasi gagal jantung kongestif dapat dijabarkan menjadi dua kategori, yaitu berdasarkan kelainan struktural jantung dan berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional dari *New York Heart Associate (NYHA)*.

Berdasarkan kelainan jantung yaitu pada stadium A, memiliki resiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung, tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung dan juga tidak tampak tanda atau gejala, lalu pada stadium B, telah terbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi belum terdapat tanda dan gejala, pada stadium C, gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit structural jantung yang mendasari, dan pada stadium D, penyakit gagal jantung struktural lanjut serta gejala

gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi farmakologi yang maksimal.

Klasifikasi gagal jantung kongestif menurut *The New York Heart Association* (NYHA) dalam (PERKI, 2020), gagal jantung terbagi menjadi empat kelas yaitu :

- a. Kelas I : pasien dengan gagal jantung tetapi tidak mengalami keterbatasan dalam aktivitas fisik. Pasien tidak mengalami kelelahan, berdebar-debar, sesak napas dan nyeri pada saat beraktivitas.
- b. Kelas II : pasien dengan penyakit jantung terdapat keterbatasan fisik yang menyebabkan gangguan aktivitas fisik ringan. Pasien merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi merasa Lelah, sesak, berdebar-debar dan nyeri dada bila melakukan aktifitas biasa misalnya saat berjalan atau menaiki tangga.
- c. Kelas III : keterbatasan fisik sangat terasa pada pasien dengan penyakit jantung. Pasien merasa nyaman saat beristirahat tetapi merasakan gejala walaupun hanya dengan aktivitas minimal.
- d. Kelas IV : pasien dengan penyakit jantung berakibat aktivitas fisik sangat terbatas dan gejala yang di rasakan walaupun istirahat, bahkan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

5. Komplikasi Gagal Jantung Kongestif

Beberapa komplikasi yang dapat di timbulkan oleh gagal jantung kongestif menurut (Kismiyati et al., 2022).

- a. Hepatomegali dan splenomegali : pembesaran hati dan limfa terjadi akibat kongesti cairan yang menyebabkan gangguan fungsi dan kematian sel
- b. Efusi Pleura : terjadi akibat berpindahnyacairan dari kapiler paru menuju ruang pleural yang terjadi akibat peningkatan tekanan pada kapiler paru.

- c. Trombus dan Emboli Ventrikel Kiri : thrombus dan ventrikel kiri terjadi akibat kegagalan pengosongan ventrikel yang menyebabkan statis darah.
- d. Shock kardiogenik : terjadi akibat infark miokard yang menyebabkan kerusakan pada ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak dapat memberikan suplai oksigen dan nutrisi yang cukup untuk jaringan

C. Penatalaksanaan

1. Terapi Farmakologis

Beberapa terapi farmakologi pada pasien gagal jantung menurut (Kismiyati et al., 2022) :

- a. ACE Inhibitors : untuk mengurangi *afterload*, mengurangi hipertrofi jantung.
Contoh : kaptopril, linsitropril, ramipril
- b. Angiostensin II Reseptor Inhibitors :
 - a) Block Angiostin II : reseptor bloker untuk mencegah hipertensi. Digunakan jika pasien intoleransi ACE Inhibitors. Contoh : candesartan, ibesartan, Losartan
 - b) Beta-Adegeneric blockers : mengurangi input system saraf simpatis, remodeling jantung, memperbaiki curah jantung untuk mengurangi gejala, mengurangi kematian jantung secara tiba-tiba. Contoh : bisoprolol, metoprolol.
- c) Loop diuretic : mengurangi kelebihan cairan. Contoh : furosemide (membuang kalium), spironolactone (menahan kalium).
- d) Vasodilator : mengurangi afilterload dengan meningkatkan curah jantung dan mengurangi beban kerja jantung. Contoh : isosorbide dinirate, nitroglicerine.

e) Inotropes-cardiac glycoside: meningkatkan kekuatan dan kontraksi otot jantung dengan meningkatkan curah jantung. Contoh : digoxin

2. Terapi Non Farmakologis

Beberapa terapi non farmakologis menurut (Azhari & Delvia, 2022) dan (PERKI, 2020), yaitu:

a. Terapi Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan pasien bagaimana cara melakukan napas dalam atau napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napasnya secara perlahan. Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri dengan mekanisme yaitu pertama dengan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme yang disebabkan prostaglandin, sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik. Mekanisme kedua, teknik relaksasi napas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepas opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin. Mekanisme ketiga, mudah dilakukan karena tidak memerlukan alat relaksasi, lebih melibatkan sistem otot dan respirasi serta tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja. Saat tindakan ini dilakukan selama tiga hari pada pasien, ternyata memberikan pengaruh yang positif yaitu nyeri dada pasien menjadi menurun. Pemberian teknik relaksasi napas dalam akan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga menurunkan tingkat nyeri yang dialami pasien. penerapan teknik relaksasi nafas dalam terbukti mampu menurunkan skala nyeri dada dari 8 menjadi 2 (Azhari & Delvia, 2022).

b. Pengurangan Berat Badan

Pengurangan berat badan pada pasien obesitas dengan gagal jantung di pertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung. Tindakan ini dapat mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup.

c. Pemantauan Berat Badan Mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setiap hari, jika dalam tiga hari terdapat kenaikan berat badan $>2\text{kg}$, pasien harus menaikkan dosis diuretic atas petunjuk dokter.

d. Latihan Fisik

Latihan fisik di rekomendasikan pada pasien dengan gagal jantung, program latihan fisik memberikan efek yang baik di kerjakan dirumah atau dirumah sakit.

e. Ketaatan Berobat

Ketaatan pasien berobat dapat mempengaruhi kualitas hidup, morbiditas dan mortalitas pasien. Pasien yang taat pada terapi farmakologi maupun non farmakologi.

f. Manajemen Perawatan Diri

Manajemen perawatan diri merupakan tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi gagal jantung dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri mempunyai perananan penting dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan memberi dampak yang bermakna untuk perbaikan

gejala gagal jantung , kualitas hidup, kapastitas fungsional morbiditas dan prognosis.

g. Asupan cairan

Retriksi cairan 900cc (ml)-1,2 liter / hari (sesuai dengan berat badan) dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat yang di sertai dengan hipnatremia. Retriksi cairan rutin pada semua pasien dengan gejala ringansampai sedang tidak memberikan keuntungan klinis.

3. Pemeriksaan Penunjang yang bertujuan untuk pengobatan

Beberapa pemeriksaan penunjang yang di perlukan dalam pemeriksaan penyakit jantung menurut (Asman et al., 2023) :

- a. Pemeriksaan Laboraturium :Hb, HMT, Trombosit, Tes fungsi ginjal, elektrolit: Na, K, Mg, Tes hepar: SGOT, SDPT, tes fungsi tiroid pada pasien usia lanjut harus dinilai untuk mendeteksi tirotoksikosis.
- b. Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG), tindakan ini bertujuan untuk mengetahui aktivitas kelistrikan jantung, mendeteksi pembesaran ruang jantung, dan gangguan irama jantung.
- c. Pemeriksaan EKG *Treadmill*, tindakan ini dilakukan dengan cara merekam aktivitas elektrik jantung sehingga jika curiga terdapat gangguan elektrik jantung dapat diberikan terapi yang tepat. EKG *Treadmill* berfungsi untuk mengetahui penyebab nyeri dada, mendiagnosis arteri coroner, mendiagnosis irama jantung (aritmia).
- d. Pemriksaan Echocardiography, Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui pergerakan jantung, struktur jantung, katup jantung dan aliran darah jantung.

- e. Pemeriksaan Foto Rontgen Thorax, tindakan ini dilakukan untuk mengetahui gambaran bagian dalam dada, foto rontgen dapat memperlihatkan pembesaran jantung dan kondisi paru-paru.
- f. Pemeriksaan Katerisasi Jantung merupakan pemeriksaan kondisi jantung menggunakan alat seperti selang panjang yang tipis, elastis dan berdiameter 1,7 mm hingga 2 mm yang disebut kateter. Tindakan ini dilakukan untuk melihat pembuluh darah secara rinci, mengukur tekana rongga jantung, dan evaluasi fungsi jantung.
- g. Pemeriksaan MRI Jantung, tindakan ini dilakukan untuk melihat gambaran jantung dan katupnya secara rinci , untuk mengetahui tingkat keparahan katup jantung.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kardiovaskuler merupakan salah satu komponen proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam menggali masalah pasien. Dilakukan dengan mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan yang komperhensif meliputi anamnesis pada pasien, keluarga dan perawat lainnya. Pemeriksaan kesehatan; meninjau catatan atau rekam medis pasien untuk menentukan pemeriksaan diagnostik yang akan dilakukan.

Pengkajian keperawatan yang sangat penting pada klien dengan Gagal Jantung Kongestif. Pengkajian tersebut menurut (Koerniawan et al., 2023) dan (Doenges et al., 2019) meliputi :

a. Pengkajian Riwayat Klien (Demografi dan pemeliharaan Kesehatan)

Fokus pengkajian ini menilai faktor yang tidak dapat di ubah, termasuk usia, jenis kelamin, dan asal suku pasien dan pengkajian riwayat pasien terutama tentang faktor resiko penyakit Gagal Jantung Kongestif terkait demografi dan kebiasaan pemeliharaan kesehatan, mengenai pola makan dan gaya hidup pasien seperti riwayat merokok, aktivitas fisik; olahraga, dan makanan yang sering di konsumsi yang menjadi penyebab munculnya penyakit gagal jantung.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan Utama : keluhan utama yang di rasakan pada pasien gagal jantung kongestif biasanya meliputi; nyeri dada, sesak napas (*dispnea*), kelelahan, penambahan berat badan, sinkop dan nyeri ekstermitas
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang : keluhan nyeri dada, sesak napas (*dispnea*), keluhan sesak saat berbaring (*ortopnea*), pernapasan cepat, dangkal (Doenges et al., 2019).

Pengkajian nyeri dada pada pasien berdasarkan PQRST, yaitu :

- a) *Provoking incident* (P), karakteristik nyeri yang di rasakan saat beraktivitas dan tidak dapat berkurang dengan istirahat
- b) *Quality of pain* (Q), karakteristik nyeri yang di rasakan dapat seperti di tusuk, diremas, ditekan atau di peras.
- c) *Region of pain* (R), lokasi dari bagian tubuh saat nyeri dirasakan.
- d) *Severity of pain* (S) skala nyeri dapat di tanya menggunakan rentang 1-10.
- e) *Time* (T), nyeri timbul pada saat istirahat atau aktivitas, dapat berlangsung lebih dari 15 menit.

3) Riwayat Kesehatan Masalalu : tanyakan adanya riwayat penyakit kardiovaskuler seperti hipertensi, diabetes mellitus, hiperlipidemia. Kemudian tanyakan pada pasien terkait riwayat obat yang pernah dikonsumsi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga dan Genetik : tanyakan adanya kematian mendadak pada anggota keluarga yang sebelumnya tidak menunjukkan gejala. riwayat keluarga dengan penyakit jantung pada orang tua atau saudara kandung.

c. Pengkajian Riwayat Nutrisi

Riwayat nutrisi termasuk kebiasaan seperti minum alkohol berlebihan, minuman berwarna, konsumsi makanan yang buruk seperti, natrium, gula, tinggi lemak, kolesterol, makanan kaleng atau cepat saji

d. Pengkajian Pola Aktivitas dan Istirahat

Menanyakan istirahat tidur pasien, sebagai petunjuk memburuknya penyakit gagal jantung. Meliputi, apakah pasien sering terbangun karena mengalami sesak tidur (*ortopnea*).

e. Pengkajian Pola Eliminasi

Mengkaji apakah pasien sering mengalami *Nocturia* (terbangun di malam hari untuk buang air kecil, diare, mual-mual, dan sembelit).

f. Pemeriksaan Fisik,

Beberapa tahap pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif menurut (Tio, 2020) :

1) Pernapasan : dispnea dengan aktivitas atau istirahat, dispnea noktrual yang mengganggu tidur atau *Parxymal Nocturia Dispnea* (PND) dan berkurang pada

saat duduk, batuk dengan atau tanpa produksi sputum, penggunaan alat bantu pernapasan (Doenges et al., 2019).

- 2) Kardiovaskuler : Hipertensi atau hipotensi, takikardi atau bradikardi, distensi vena jugular. Auskultasi jantung mengenai adanya bunyi suara S3 atau S4. Adanya tanda tersebut berarti bahwa pompa jantung mulai mengalami kegagalan dan pada setiap denyutan darah yang tersisa di dalam ventrikel semakin banyak.
- 3) Pencernaan : anoreksia, mual muntah, berat badan meningkat asites, konstipasi atau diare, gangguan menelan, gangguan reuabsorpsi usus, penurunan peristaltic usus.
- 4) Perkemihan : penurunan berkemih, warna urine gelap, poliuri, nocturia, retensi urine, pasien juga bisa mengalami oliguria (berkurangnya haluaran urine kurang dari 100 dan 400 ml/24 jam) atau anuria (haluaran urine kurang dari 100ml/24 jam)
- 5) Kulit : meliputi warna dan suhu. Penilaian sirkulasi dengan mengamati dasar kuku, selaput lender dan mukosa konjuktiva, jika ada aliran darah normal atau perfusi yang memadai ke area tertentu di kulit berwarna terang akan tampak merah muda; kemerahan dan hangat. Penurunan perfusi perifer di tandai dengan kulit dingin, pucat dan lembab.
- 6) Musculoskeletal dan Ekstermitas : kelemahan dengan atau tanpa aktivitas, kekuatan otot menurun, aktivitas di bantu, tirah baring, edema ekstermitas, penurunan fungsi anggota gerak.
- 7) Endokrin : penurunan fungsi kelenjar tiroid, gangguan sekresi insulin, hiperglikemia
- 8) Imunologi : infeksi daerah tertentu; leukositosis.

- 9) Sensori persepsi : kelemahan, pusing, penurunan daya penglihatan, pandangan kabur dan tidak jelas (Doenges et al., 2019).

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif menurut (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2014) dan juga berdasarkan standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) oleh (PPNI, 2017), yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung
3. Bersihan Jalan napas berhubungan dengan (spasme jalan napas, sekret yang tertahan)
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, deformitas dinding dada dan penurunan energi
5. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler
6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan venostasis (penurunan aliran arteria tau vena)
7. Risiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aliran balik vena terganggu
8. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
9. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan psikologis (mis.stress, keengganan untuk makan)
10. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

11. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian

F. Perencanaan Keperawatan

Tahap selanjutnya dari proses pemberian asuhan keperawatan setelah melakukan pengkajian pada pasien dan penegakan diagnosis keperawatan ialah penyusunan perencanaan atau intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan kegiatan serta kriteria hasil yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan. Berikut merupakan perencanaan keperawatan serta kriteria hasil yang dapat di lakukan perawat pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard)

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kualitas tidur menurun, frekuensi nadi membaik

Perencanaan Keperawatan : Manajemen Nyeri

Observasi

- a. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, nyeri
- b. Mengidentifikasi skala nyeri
- c. Mengidentifikasi nyeri non verbal
- d. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- e. Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- a. Memfasilitasi istirahat tidur
- b. Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mi.TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, Teknik relaksasi napas, terapi pijat, aroma terapi, dan sebagainya)

Edukasi

- a. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri
 - b. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
 - c. Mengjajarkan menggunakan analgesic secara tepat
 - d. Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas (sekret yang tertahan.

Tujuan Keperawatan : setelah di lakukan Tindakan keperawatan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil Batuk efektif meningkat, Produksi sputum menurun, Mengi menurun, Wheezing menurun.

Perencanaan Keperawatan : Manajemen Jalan Napas

Observasi

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor bunyi napas
- c. Monitor sputum

Terapeutik

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas
- b. Posisikan semi fowler
- c. Berikan minum hangat

- d. Lakukan fisioterapi dada
- e. Lakukan penghisapan lender
- f. Berikan oksigen

Edukasi

- a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari
- b. Anjurkan Teknik batuk efektif

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator

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

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : *Ejection Fraction* meningkat, Lelah menurun, Dispnea menurun, Distensi vena jugularis menurun, Oliguria menurun, Pucat/sianosis menurun, *Paroxysmal Nocturia Dyspnea* menurun (PND), Ortopnea menurun, Batuk menurun, Berat badan menurun, Hepatomegaly menurun, Tekanan darah membaik, *Capillary refill time* membaik

Perencanaan Keperawatan : Perawatan Jantung

Obeservasi

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi : dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturia dyspnea (PND), peningkatan CVP)
- b. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi : peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

- c. Memonitor tekanan darah
- d. Memonitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- e. Memonitor saturasi oksigen
- f. Memonitor keluhan nyeri dada (mis. Intesitas nyeri, lokasi, durasi, pervitasi yang mengurangi nyeri)
- g. Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas
- h. Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat
- i. Monitor fungsi alat pacu jantung

Terapeutik

- a. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
- b. Berikan Teknik relaksasi untuk mengurangi stress
- c. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Edukasi

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
- c. Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengukur berat badan harian

Kolaborasi

- a. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, deformitas dinding dada dan penurunan energi

Tujuan dan Kriteria Hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukan pola napas membaik dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot

bantu napas menurun, ekspirasi memanjang menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik

Perencanaan Keperawatan : Pemantauan respirasi

Observasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b. Monitor pola napas
- c. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- d. Monitor kemampuan batuk efektif
- e. Monitor saturasi oksigen

Terapeutik

- a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b. Dokumentasi hasil pantauan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

5. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler

Tujuan Keperawatan : setelah di lakukan tindakan keperawatan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil, bunyi napas tambahan menurun, takikardia menurun, dispnea menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik

Perencanaan Keperawatan : Pemantauan Respirasi

Observasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b. Monitor pola napas (seperti bradypnea, 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 analisa gas darah
- j. Monitor hasil x-ray thoraks

Terapeutik

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

Edukasi

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

6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan venostasis (penurunan aliran arteria tau vena)

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : Denyut nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Pengisian kapiler membaik, akral membaik

Perencanaan Keperawatan : Perawatan Sirkulasi

Observasi

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)

- b. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi.
- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas

Terapeutik

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

Edukasi

- a. Anjurkan berolahraga rutin.

7. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aliran balik vena terganggu

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan intra kranial membaik.

Perencanaan Keperawatan : Menejemen peningkatan intrakranial

Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c. Monitor MAP (mean arterial pressure)

- d. Monitor CVP (central venous pressure)
- e. Monitor PAP, jika perlu
- f. Monitor gelombang ICP
- g. Monitor status pernapasan
- h. Monitor intake dan output cairan
- i. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

Terapeutik

- a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- b. Berikan posisi semi fowler
- c. Hindari manuver valsava
- d. Cegah terjadinya kejang
- e. Hindari penggunaan PEEP
- f. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- g. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- h. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
 - b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
 - c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
8. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan menunjukkan status cairan meningkat dengan kriteria hasil, Kekuatan nadi meningkat, output urin meningkat, membran mukosa lembab meningkat, ortopnea menurun, dispnea

menurun, *Paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) menurun, edema anasarka menurun, edema perifer menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik

Perencanaan Keperawatan : Menejemen hipervolemia

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
- b. Identifikasi penyebab hypervolemia
- 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 diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, 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 diuretic
- b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
- c. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy, jika perlu

9. Defisit Nutrisi berhubungan dengan gangguan psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil porsi makan yang di habiskan meningkat, berat badan menaik, IMT membaik.

Perencanaan Keperawatan : Menejemen Nutrisi

Observasi

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi makanan yang disukai
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f. Monitor asupan makanan
- g. Monitor berat badan
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)

- c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f. Berikan suplemen makanan, jika perlu
- g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- a. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- b. Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

10. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan dispnea sekunder akibat penurunan curah jantung

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Frekuensi nadi meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun

Perencanaan Keperawatan : Manajemen Energi

Observasi

- a. Monitor pola dan jam tidur
- b. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

- c. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Terapeutik

- a. Lakukan Latihan rentang gerak aktif atau pasif
- b. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
- c. Fasilitasi duduk disisi tempat tidue, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- a. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- b. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Kolaborasi

- a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan

11. Ansietas berhubungan dengan sesak napas dan gelisah sekunder akibat indekuat oksigenasi

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun, perilaku gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik

Perencanaan Keperawatan : Reduksi Ansietas

Observasi

- a. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik

- a. Pahami situasi yang membuat ansietas
- b. gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- c. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

- d. Dengarkan dengan penuh perhatian
- e. Diskusikan perencanaan realitas tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c. Anjurkan mengungkapkan perasaan persepsi
- d. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- e. Latihan Teknik relaksasi.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan pelaksanaan atau implementasi tindakan yang telah di tentukan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah di buat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk di dalamnya nomor urut dan waktu di tegakakan suatu pelaksanaan asuhan keperawatan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal (Burhanuddin et al., 2020).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam suatu proses keperawatan dengan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada

pada pasien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain (Rahmi, 2019).

(Budiono & Pertami, 2022) menyatakan evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dari hasil yang di amati, dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat pada tahap perencanaan.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk menentukan seberapa baik tujuan rencana asuhan keperawatan yang telah tercapai . penilaian ini di lakukan dengan membandingkan hasil akhir yang di amati dengan tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan dalam rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang di lakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Kismiyati et al., 2022).

Terdapat dua jenis evaluasi keperawatan menurut (Kismiyati et al., 2022) yaitu :

1. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif bertujuan pada aktivitas proses keperawatan dan konsekuensi dari perilaku keperawatan. Penilaian formatif ini di lakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas perawatan yang telah di berikan. Rumusan penilaian formatif ini terdiri dari empat elemen yang di sebut dengan SOAP yaitu, subjektif (data berupa dari keluhan pasien) lalu Objektif (data dari hasil survei), Analisa data (perbandingan data dan teori) dan termasuk dengan rencana. Komponen catatan kemajuan pasien meliputi : menggunakan SOAP, (data subjektif dan data objektif) evaluasi dan perencanaan selanjutnya untuk mendokumentasikan evaluasi.

2. Evaluasi Komperhensif

Evaluasi komperhensif di lakukan setelah seluruh kegiatan dalam proses keperawatan selesai dilakukan. Tujuan dari penilaian komperhensif ini untuk menilai dan memantau kualitas layanan yang di berikan. Metode yang di lakukan dalam jenis penilaian ini adalah melakukan wawancara akhir layanan, mengumpulkan tanggapan pasien dan keluarga mengenai pelayanan keperawatan dan mengadakan pertemuan akhir layanan. Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi : Tujuan tercapai atau masalah teratasi yaitu, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan. Tujuan tercapai sebagian atau masalah tercapai sebagian yaitu, jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah di tetapkan. Tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi yaitu, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan atau bahkan timbul masalah atau diagnosis keperawatan yang baru.

BAB III TINJAUAN KASUS

Pada bab ini, penulis akan menguraikan komponen dari asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di ruang kardiologi kamar 608 RSUD Koja Jakarta Utara. Asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif ini telah penulis lakukan selama 3 hari, sejak tanggal 20 Maret sampai dengan 22 Maret 2023. Komponen asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien meliputi lima tahap, yaitu pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perumusan rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan serta evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Tahap pengkajian keperawatan ini dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023. Penulis memperoleh data-data ini melalui pengamatan secara langsung, pemeriksaan fisik, wawancara langsung pada pasien dan keluarga pasien, serta data terkait riwayat kondisi dan program pengobatan yang didapatkan pada pasien adalah rekam medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.S berjenis kelamin perempuan, usia 67 tahun, status perkawinan pasien cerai mati, beragama islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan SD, bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia, status pekerjaan pasien saat

ini adalah ibu rumah tangga, alamat tempat tinggal pasien yaitu di Jl. Kali baru barat No.49 Rt 001 Rw 015 kec.clinging Jakarta Utara.

2. Resume

Ny.S datang ke RSUD Koja di antar oleh anaknya ke ruang IGD pada tanggal 18 Maret 2023 pukul 08.45 wib. Pasien datang dengan keluhan utama yaitu mual-mual, sesak nafas yang tidak kunjung mereda sejak semalam pukul 10.00 wib. pasien juga mengatakan nyeri dan dada bagian kiri, sampai ke punggung pundak belakang. Karakteristik nyeri seperti terbakar, panas dan di tusuk-tusuk denda tajam, skala nyeri : 8 (*numeric scale 1-10*), nyeri datangnya hilang timbul. Saat dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 150/90 mmHg, frekuensi nadi : 77x/menit frekuensi napas : 27x/menit S: 36,5 °C, CRT <3 detik tingkat kesadaran compos mentis. Batuk-batuk, bengkak tidak ada, pasien mengeluh mual mual-mual sejak sebelum masuk RS disertai sesak, pasien juga mengeluh nyeri ulu hati, riwayat penyakit terdahulu : Hipertensi, Maag dan Katarak, Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien adalah, pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, nyeri akut, dan ansietas. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan pada pasien yaitu, mengukur tanda-tanda vital, monitor saturasi oksigen, mengkaji tingkat kemampuan pasien sesuai toleransi, mengidentifikasi nyeri, membantu aktivitas pasien, serta menganjurkan makan-makanan sayur-sayuran, menghitung balance cairan, memberikan obat oral dan inhalasi. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan pasien yaitu kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinirate (ISDN) 3x5mg, pemberian obat Ramipril 1x5 mg, pemberian obat aspilet 1x80 mg, kolaborasi pemberian obat paracetamol 3x1 mg.

3. Riwayat Keperawatan

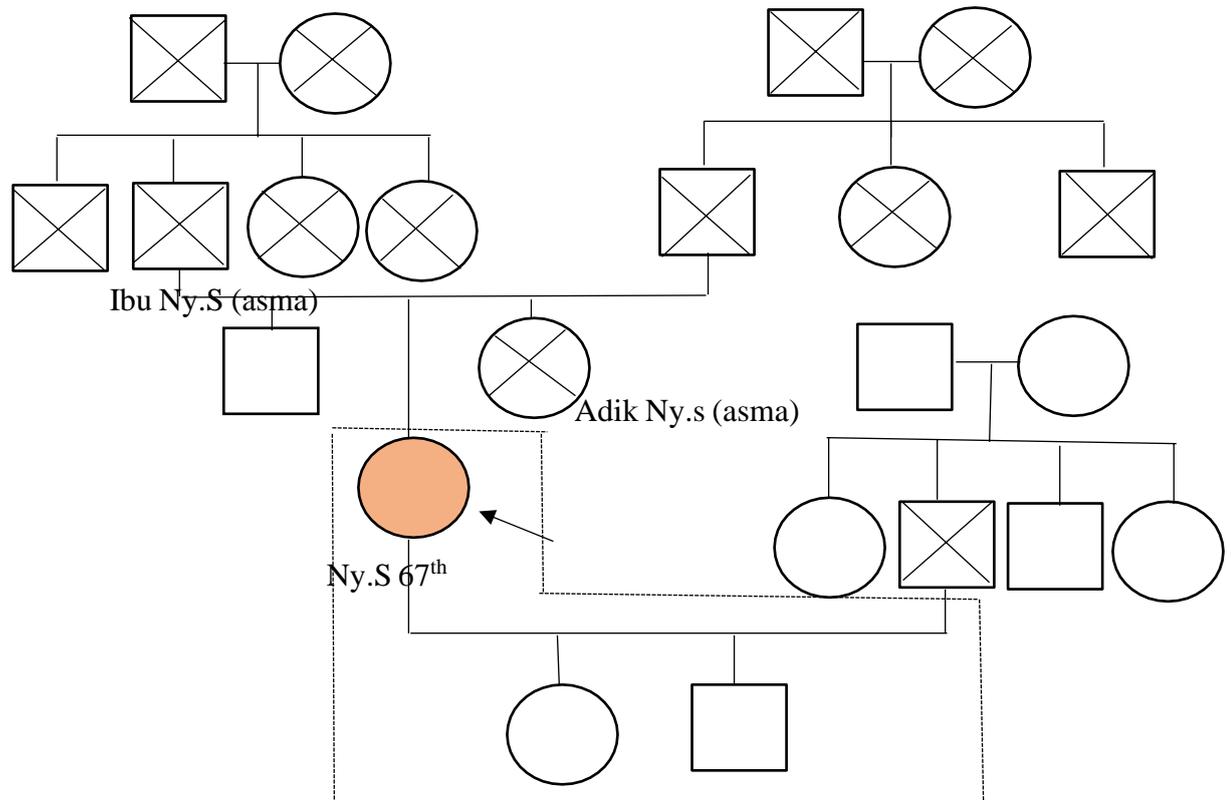
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh sesak napas yang tidak kunjung meredah sejak sebelum masuk rumah sakit, pasien juga mengatakan sesaknya bertambah jika berbaring sehingga pasien tidur dengan posisi setengah duduk untuk meminimalisir rasa sesaknya, pasien juga mengeluh nyeri pada bagian dada kiri hingga menjalar ke bagian punggung, nyeri dada di sertai dengan sesak napas. Pasien juga mengatakan bahwa nyeri dan sesak bertambah pada saat beraktivitas ringan amupun berat, pasien juga mengeluh batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum. Faktor pencetus nyeri dan sesak adalah perubahan *afterload* jantung. Keluhan timbul secara bertahap, Lamanya atau frekuensi nyeri dada timbul yaitu ± 20 menit. Upaya yang dilakukan pasien untuk mengatasi hal tersebut yaitu dengan datang ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit Maag, Hipertensi, sejak 5 tahun yang lalu pada saat berusia 62 tahun, hal ini di buktikan karena pasien mengatakan masih rutin minum obat penurun darah tinggi yaitu Amlodipine. Pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya menderita katarak dan pernah melakukan oprasi pada mata kirinya di RSUD Koja pada saat 5 tahun yang lalu.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Kakek dan nenek pasien sudah meninggal karena factor usia, orang tua pasien sudah meninggal pasien tidak mengetahui mengenai penyakit orang tuanya, pasien hanya mengetahui jika ibunya memiliki riwayat penyakit asma ibunya meninggal pada saat umur 82 tahun, pasien merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara, adik pasien sudah meninggal pada saat umur 48 tahun karena penyakit asma. Saat ini pasien hanya tinggal bersama kedua anak perempuan dan laki-laknya.

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

↗ : Pasien

.....: Tinggal Satu Rumah

d. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki Riwayat penyakit resiko dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit jantung seperti pasien.

e. Riwayat Psikososial dan Spritual

Orang terdekat pasien adalah anaknya, pola komunikasi dua arah atau terbuka dan selalu musyawarah dalam pengambilan keputusan, keputusan biasanya di ambil oleh anaknya. Pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak pasien menjadi khawatir akan masalah kesehatan pasien sehingga anak pasien tidak dapat bekerja karena anak pasien harus fokus menjaga dan merawat pasien di rumah sakit. Masalah yang saat ini mempengaruhi pasien adalah penyakit nya membuat pasien tidak bisa beraktifitas seperti biasa serta pasien hanya berharap dapat segera pulih dan cepat pulang. Mekanisme koping pasien terhadap stress yaitu dengan berdoa dan mencari pertolongan seperti berobat di fasilitas Kesehatan terdekat. Hal yang di pikirkan oleh pasien saat ini adalah pasien ingin segera pulih dan keluar dari rumah sakit. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien ingin kondisinya membaik dan di perbolehkan untuk pulang. Perubah yang di rasakan setelah jatuh sakit adalah pasien merasa lemah dan kesulitan beraktivitas berat seperti dahulu. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan Kesehatan. Aktivitas agama yang di lakukan pasien adalah melakukan solat lima waktu, mengaji, puasa di bulan Ramadhan dan berdoa. Kondisi lingkungan rumah pasien mengatakan rumahnya bersih, aman , jauh dari tempat sampah dan kebun.

f. Pola Kebiasaan Sehari-hari sebelum sakit dan dirumah sakit

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien makan 3x sehari dengan nafsu makan yang baik.

Setelah sakit : pasien makan 3x sehari dengan nafsu makan baik. Porsi makan yang di habiskan satu porsi. Pada saat di rumah sakit ada makanan pantangan yang harus di hindari yaitu makanan yang di goreng, makanan asin, asam dan makanan yang pedas. Tidak ada makanan yang membuat alergi pada pasien. Pasien mendapatkan diit khusus yaitu TKTP (Tinggi Kalori dan Tinggi Protein). Tidak ada penggunaan obat sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu untuk makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien buang air kecil (BAK) 4-6 kali dalam sehari, berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan saat buang air kecil serta tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien buang air besar (BAB) 1-2 kali dalam sehari dengan waktu yang tidak menentu. Warna feses kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan dalam BAB serta tidak ada penggunaan laxative.

Di rumah sakit : pasien buang air kecil (BAK) 1-3 kali dengan tidak menggunakan kateter, berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan dalam buang air kecil. Sejak pindah ruang rawat pasien baru BAB 1 kali dan tidak ada keluhan dalam BAB dan tidak ada penggunaan laxative.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi 3x sehari pada pagi, sore, malam menggunakan sabun dan melakukan personal *hygiene* 3 kali dalam sehari. Pasien cuci rambut

2x dalam seminggu menggunakan shampoo. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan kebutuhan personal *hygiene*. Pasien mengatakan bahwa pasien sangat rajin mandi karena tidak suka jika badannya gerah dan lengket.

Di rumah sakit : pasien tidak mandi dan melakukan oral *hygiene*. Pasien belum pernah mencuci rambut sejak masuk rawat inap. Terdapat keluhan dalam pemenuhan kebutuhan personal *hygiene*. Pasien mengatakan masih lemas, lelah sehingga tidak bisa membersihkan tubuhnya atau melakukan oral *hygiene*

4) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit : pasien sering tidur siang dirumah, lama tidur siang biasanya 1-3 jam dalam sehari. Lama tidur malam biasanya 6-8 jam dalam sehari. Kebiasaan pasien sebelum tidur adalah menonton tv. Tidak ada keluhan dalam pola istirahat dan tidur.

Dirumah sakit : pasien sering tidur siang di rumah sakit, lama tidur siang biasanya 2 jam dalam sehari. Lama tidur malam biasanya 4-5 jam dalam sehari. Kebiasaan sebelum tidur adalah berbincang dengan anak pasien atau pasien lainnya. Terdapat keluhan dalam pola istirahat dan tidur yaitu, pasien mengeluh sulit tidur dengan nyenyak saat malam hari akibat nyeri dada yang dirasakan nya lebih sering datang saat malam hari dengan durasi yang lebih lama (± 20 menit), akibatnya pasien menjadi lebih mengantuk pada siang hari, walaupun terkadang pada saat siang hari juga nyeri dadanya kembali muncul.

5) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien berkerja sebagai ibu rumah tangga, pasien bekerja pada siang sampai sore hari, pasien juga sering melakukan olahraga jalan santai pada pagi hari 3x dalam seminggu. Terdapat keluhan dalam pola dan aktivitas pasien

yaitu, pasien mengeluh nyeri dadanya bertambah dan sesak pada saat beraktivitas berat seperti mencuci baju dan memasak.

Dirumah sakit : aktivitas pasien selama dirumah sakit hanya berbaring karena pasien mengeluh nyeri dada pada bagian kiri, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak pernah merokok dan menggunakan obat-obatan seperti NAPZA atau mengkonsumsi minuman alcohol.

Dirumah sakit : pasien mengatakan tidak merokok dan menggunakan obat-obatan seperti NAPZA atau mengkonsumsi minuman alkohol.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit adalah 65kg, saat ini berat badan pasien 65kg dan tinggi pasien 155cm, IMT : 25,3 kg/m² , Tanda-tanda vital seperti tekanan darah 150/90 mmHg, nadi : 78x/menit, suhu tubuh : 36,5°C, frekuensi napas : 27x/menit saturasi oksigen : 95% dengan keadaan umum pasien sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Sisi mata kelopak pasien simetris antara bagian mata kanan dan bagian mata kiri. Pergerakan bola mata pasien normal, konjuntiva mata kanan dan mata kiri anemis, kornea mata kanan dan kiri pasien terdapat perbedaan dimana kornea mata kanan normal dan kornea mata kiri terdapat bercak putih keruh, sklera anikterik, pupil mata pasien isokor. Tidak ditemukan kelainan pada otot-

otot mata pasien. Fungsi penglihatan mata kedua pasien kurang baik, pasien mengatakan penglihatannya buram dan selalu menggunakan kaca mata.

c. Sistem pendengaran

Kedua daun telinga pasien normal dengan karakteristik serumen kuning kecoklatan, semi padat dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah pasien normal dan tidak ada cairan yang abnormal keluar dari telinga pasien saat di periksa. Pasien tidak merasakan perasaan penuh dan tinnitus pada kedua daun telinga pasien. Fungsi pendengaran pada kedua telinga pasien normal serta tidak ada gangguan. Tidak ditemukan gangguan keseimbangan di telinga pasien serta pasien tidak memakai alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Cara bicara pasien normal dan tidak ditemukan gangguan dalam sistem wicara seperti, *aphasia, dysarthria, anarthia, aphonia, dan dysphasia*.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas pasien bersih tidak terdapat sumbatan, keluhan sesak muncul di disertai dengan saat nyeri dada dan di tandai dengan saturasi oksigen <95% serta penggunaan nasal kanul. Frekuensi napas pasien 27x/menit dengan irama teratur. Pasien mengalami batuk namun tidak terdapat sputum. Suara napas pasien ronkhi, pasien menggunakan bantuan oksigen jenis nasa kanul 5L/menit.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi perifer pada pasien adalah 78x/menit dengan irama teratur, denyut nadi lemah, tekanan darah pasien 150/90 mmHg, tidak ditemukan distensi vena jugularis pada pasien, temperature kulit pada pasien hangat, warna kulit

cenderung pucat. Pengisian kapiler <3 detik, tidak ada edema pada kedua tungkai pasien, saat di lakukan pengkajian jantung pasien cenderung normal dengan kecepatan denyut apical 78x./menit, irama teratur. Pasien mengalami sakit pada dada sebelah kiri, timbul rasa sakit dada saat pasien tidak beraktivitas maupun aktivitas, karakteristik nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri yang di rasakan 8 (*numeric scale 1-10*).

g. Sistem hematologic

Pasien terlihat pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem saraf pusat

Pasien tidak mengeluhkan sakit kepala, tingkat kesadaran pasien *compos mentis*, *Glasgow coma scale* (GCS) 15 (eye : 4, motoric : 6, verbal : 5) Tidak ada tanda-tanda TIK pada pasien serta pemeriksaan reflek fisiologi dan patologi pasien normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien pada gigi terdapat karies, pasien menggunakan gigi palsu pada gigi depan, pasien tidak ada stomatis, lidah pasien tampak kotor, salifa pada pasien normal, tidak terdapat keluhan mual. Bising usus pada pasien yaitu 12x/menit, tidak ada keluhan diare. Pasien tidak mengalami konstipasi. Hepar pasien tidak teraba, abdomen pasien cenderung lembek.

j. Sistem endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada exoptalmus, dan diaphoresis. napas pasien tidak berbau keton dan tidak ada luka gangrene.

k. Sistem urogenital

Intake 600ml, output 550ml, tidak ada perubahan pada pola kemih, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integument

Pada sistem ini turgor kulit pasien baik, temperature kulit pasien 36,3°C, warna kulit pasien terlihat pucat, keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, tidak ada lesi, kondisi lokasi pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda phlebitis. Keadaan tekstur rambut baik dan kebersihan rambut pasien terlihat kotor dan terdapat ketombe dikarenakan selama di rawat pasien belum keramas.

m. Sistem musculoskeletal

Pasien tidak mengalami kesulitan dalam bergerak, pasien tidak mengalami sakit pada tulang sendi ataupun kulit. Pasien tidak mengalami kelainan pada struktur tulang belakang dan keadaan tonus otot pasien baik. Kekuatan otot tangan kanan dan kiri pasien 5,5,5,5 serta kaki kanan dan kiri 5,5,5,5.

5. Data Tambahan

Pada saat pengkajian pasien mengatakan pasien dan keluarga telah mengetahui bahwa pasien menderita penyakit jantung. Hal tersebut di tandai dengan pasien dan keluarga mengetahui mengenai penyakit gagal jantung kongestif dari pengertian gagal jantung dan tanda dan gejala yang muncul dengan bahasanya sendiri, dan makanan apa saja yang memicu kekambuhan penyakitnya, namun pasien dan keluarga belum mengetahui apa yang harus dilakukan jika sesak dan nyerinya terjadi.

6. Data Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 18 Maret 2023

Hasil : hemoglobin 9,0 g/dL (12,5-16,0 g/dl), jumlah leukosit $5,35 \times 10^3/\text{UI}$ ($4,00-10,50 \times 10^3/\text{uL}$), Hemakrit 30,4 % (37,0-47,0), Jumlah trombosit $266 \times 10^3/\text{uL}$ ($182-369 \times 10^3/\text{uL}$), Jumlah eritrosit 5,20 juta/uL (4,20-5,40 juta/uL, MCV 59 fL (78-100), MCH 19 pg (27-31), MCHC 32 g/dL (32-36), RDW-CV 16,1% (11,5-12,5).
 Hitung Jenis : basophil 0,7% (0,1-1,2), Eosinophil 2,1% (0,7-5,8) , Neutrofil 64,7% (34,0-71,1), Limfosit 27,1% (34,0-51,7), Monosit 5,4% (19,3-51,7).

Analisa Gas Darah : PH 7,00 (7,350-7,450), PCO₂ 350 mmHg (34,0-45,0), PO₂ 100,2 mmHg (95,0-100,0), HCO₃ 21,7 mEqL (21,0-28,8), Base Excess -2,8 mmol/L (-2,5-+2,5), O₂ saturation 96,5% (94,00-100,00).

Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada tanggal 18 Maret 2023

Hasil : aritmia, right bundle block.

Pemeriksaan Echocardiography (ECG) pada tanggal 20 Agustus 2022

Hasil : dimensi ruang jantung *Left ventrikel hipertrofi* (LVH) konsentris, *Left ventrikel* (LV) fungsi sistolik 72 %, *Right ventrikel* (RV) fungsi sistolik TAPSE 1,9 cm, LV Wall Motion : global normokinetik. Aorta 3 cuspid, AR trivial, Mitral dalam batas normal, triscupid dalam batas normal, pulmonal dalam batas normal sehingga kesimpulan : konsentrik *Left ventrikel hipertrofi* (LVH) (pembesaran ventrikel kiri), kontraktilitas *Left ventrikel* (LV) cukup, kontraktilitas RV baik, *Regurgitasi aorta* (AR) trivial serta disfungsi diastolic gangguan relaksasi.

Pemeriksaan Radiologi pada tanggal 19 Maret 2023

COR membesar dengan CTR 58 % , Pulmo tidak terdapat infiltrate di paru kanan dan kiri, Hilus tidak melebar, terdapat Sinus costophrenicus kanan dan kiri tajam
 Kesimpulan : Kardiomegali.

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan Assering 500cc 6tpm. Pasien mendapatkan terapi Ramipril 1x5 mg oral, aspilet 1x80 mg, Isosrbite dinirate 3x5mg, paracetamol 3x1mg. Pasien mendapatkan terapi oksigen 5L/menit dan terapi diit jenis TKTP.

8. Data fokus

- a. Data Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kirinya, pasien kesulitan tidur karena nyeri dan sesak pada dada nya sehingga pasien tidur dengan posisi semi fowler atau setengah duduk untuk meredakan sesak. Pasien juga mengatakan batuk-batuk namun tidak di sertai dengan adanya sputum. Faktor pencetus nyeri ada gagal jantung kongestif yang di derita pasien, karakteristik nyeri terasa panas seperti tertusuk-tusuk benda tajam. Lokasi nyeri di bagian dada kiri, skala nyeri 8 (*numeric scale 1-10*) pasien mengatakan tidak tahu bagaimana cara meredakan nyeri yang datang nya hilang timbul dan tiba-tiba di saat beraktivitas maupun istirahat. Pasien mengatakan nyeri datang yang disertai sesak, pasien mengatakan nyerinya bertambah jika melakukan aktivtas berat. Pasien mengatakan khawatir dan bingung dengan kondisinya saat ini. Pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit maag dan hipertensi dan masih rutin mengkonsumsi obat Amlodipine dirumah jika penyakit darah tinggi nya kambuh. pasien juga mengatakan penglihatan nya buram, jika dirumah biasanya berjalan dibantu anaknya. Pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara perawatan penyakitnya saat dirumah, pasien mengatakan tidak tahu apa yang harus di lakukan jika sesak dan nyeri nya muncul.

b. Data objektif : Status kesadaran pasien compos mentis, hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien : tekanan darah 150/90 mmHg, denyut nadi 78x/menit, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi napas : 27x/menit. Pola napas pasien tampak sesak, pasien tampak pucat, pasien tampak lelah, pasien tampak menggunakan otot bantu napas saat bernapas, ekspirasi napas pasien memanjang, terdengar suara ronki, diagnosis medis : Gagal Jantung Kongestif, pasien tampak meringis saat nyeri muncul pasien bersikap protektif terhadap area nyeri dengan memegang area nyeri, pasien banyak bertanya mengenai penyebab nyeri dan sesak yang di rasakan dan bagaimana mengatasinya, saat nyeri datang pasien tampak gelisah, pasien tampak sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi, saturasi oksigen 95% pasien terpasang nasal kanul 5L/menit. Aktivitas dibantu keluarga dan perawat, akral teraba hangat dan kulit pasien pucat, Hemoglobin 9,7 g/dL (12,5-16,0).

9. Analisa data

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|----|--|---------------------------------|---|
| 1 | <p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan sesak pada saat aktivitas maupun istirahat</p> <p>pasien mengatakan sesak bertambah pada saat berbaring atau tiduran.</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri dan disertai sesak</p> <p>Data Objektif :</p> <p>pasien tampak gelisah</p> | <p>Pola napas tidak efektif</p> | <p>Hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas)</p> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| | <p>satuasi oksigen ;95%, frekuensi napas : 27x/menit, (takipnea)</p> <p>Pasien tampak tidur dengan posisi setengah duduk</p> <p>tampak menggunakan otot bantu napas,</p> <p>terdengar suara tambahan ronchi ekspirasi napas pasien memanjang,</p> <p>Pasien terpasang nasal kanul 5 liter/menit.</p> | | |
| 2 | <p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan dadanya sesak</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri dan disertai sesak</p> <p>pasien mengatakan nyeri dan sesak bertambah jika berbaring</p> <p>pasien mengatakan nyeri datang hilang timbul saat beraktivitas maupun saat istirahat</p> <p>pasien mengatakan nyerinya bertambah jika melakukan aktivitas</p> <p>pasien mengatakan batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum.</p> | <p>Penurunan curah jantung</p> | <p>Perubahan afterload jantung</p> |

| | | | |
|----|--|------------|------------------------------------|
| | <p>Data Objektif :</p> <p>Status kesadaran pasien compos mentis</p> <p>hasil pengukuran tanda-tanda vital : tekanan darah 150/90 mmHg, denyut nadi 78x/menit, nadi teraba lemah, frekuensi pernapasan 27x/menit dan suhu tubuh 36,5°C, saturasi oksigen 95%, pasien tampak pucat, EF :50%</p> | | |
| 3. | <p>Data Subjektif :</p> <p>P : pasien mengatakan nyeri datang pada saat beraktivitas maupun beristirahat,</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk benda tajam,</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri nya pada bagian dada yang menjalar hingga ke punggung belakang,</p> <p>S : pasien mengatakan skala nyeri : 8</p> <p>T : pasien mengatakan durasi waktu nyeri tidak menetap,</p> | Nyeri Akut | <p>Agen Pencedera</p> <p>Fisik</p> |

| | | | |
|----|--|----------|--|
| | <p>Pasien mengatakan nyeri semakin berat saat malam hari hingga sulit tidur</p> <p>Pasien bertanya bagaimana cara meredakan nyerinya.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien : 150/90 mmHg, denyut nadi 78x/menit, frekuensi pernapasan 27xmenit dan suhu tubuh 36,5°C.</p> <p>pasien tampak meringis, saat nyeri datang pasien bersikap protektif terhadap area nyeri, saat nyeri datang pasien tampak memegang area nyeri</p> <p>pasien tampak gelisah</p> <p>pasien tampak sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi.</p> | | |
| 4. | <p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya</p> <p>pasien bertanya mengenai kondisi penyakit yang di alami, pasien mengatakan sulit tidur saat malam hari karena nyeri disertai sesak.</p> | Ansietas | Sesak napas dan gelisah akibat indekuat oksigenasi |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Data Objektif :</p> <p>tekanan darah : 150/78, frekuensi napas : 27x/menit, pasien tampak sesak, saturasi oksigen 95%, pasien tampak bertanya mengenai penyebab nyeri dan sesak yang dirasakan, pasien sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi, pasien tampak memegang area dada yang terasa nyeri</p> | | |
|--|--|--|--|

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas, nyeri saat bernapas (D.0005)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload (D.0008)
3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
4. Ansietas berhubungan dengan Sesak napas dan gelisah akibat indekuat oksigenasi (D.0080)

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas (nyeri saat bernapas)

Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak pada saat aktivitas maupun istirahat, pasien mengatakan sesak bertambah pada saat tiduran, pasien mengatakan saat bernapas terasa nyeri

Data Objektif : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah 150/90, nadi : 85x/menit, frekuensi pernapasan : 27x/menit, pengukuran saturasi oksigen : 95%, pasien tampak tidur dengan posisi setengah duduk, pengukuran suhu : 36,5°C, ekspirasi memanjang, terdengar suara napas ronkhi, pasien terpasang nasal kanul 5 liter/menit

Tujuan : Pola Napas membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan dapat teratasi.

Kriteria Hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik.

Intervensi : Manajemen Jalan Napas

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, pola napas)
- b. Monitor bunyi napas tambahan
- c. Monitor sputum
- d. Posisikan semi fowler atau fowler
- e. Berikan minum hangat
- f. Berikan oksigen

Pelaksanaan :**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 08.00 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas 26x/menit, ekspirasi memanjang. pukul 08.20 WIB memonitor bunyi napas : terdengar suara ronkhi pada bunyi napas pasien, pukul 08.30 WIB memonitor sputum: pasien mengalami batuk-batuk namun tidak disertai sputum, pukul 09.00 WIB memosisikan *semi fowler* atau *fowler* : pasien dalam posisi *semi fowler* pukul 09.20 WIB memberikan minuman hangat : pasien diberikan minum hangat setelah makan siang, pukul 10.00 WIB memberikan oksigen : pasien sudah diberikan oksigen 5L/menit. Pukul 13.00 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas 25x/menit, pukul 14.00 WIB memonitor bunyi napas : bunyi napas pasien masih terdengar ronkhi, pukul 14.55 WIB memonitor sputum : pasien masih batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum, pukul 17.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien di berikan minuman hangat sebelum tidur, pukul, pukul 17.30 memosisikan pasien *semi fowler* : pasien sudah pada posisi *semi fowler*, 18.00 memonitor oksigen : pasien sudah mendapatkan oksigen. pukul 20.00 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas 24x/menit, pukul 21.00 WIB memonitor bunyi napas : bunyi napas pasien masih terdengar ronkhi, pukul 19.00 WIB memonitor sputum : pasien masih batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum, pukul 06.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien di berikan minuman hangat sebelum makan siang dan sesudah, pukul, pukul 20.15 memosisikan pasien *semi fowler* : pasien sudah pada posisi *semi fowler*, 23.00 memonitor oksigen : pasien sudah mendapatkan oksigen.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas 24x/menit, ekspirasi memanjang. pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas : masih terdengar suara ronkhi pada bunyi napas pasien, pukul 09.15 WIB memonitor sputum: pasien masih mengalami batuk-batuk tetapi tidak disertai dengan adanya sputum, pukul 10.00 WIB memposisikan *semi fowler* atau *fowler* : pasien dalam posisi *semi fowler* pukul 11.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien selalu diberikan minum hangat setelah makan siang, pukul 11.30 WIB memberikan oksigen : pasien sudah diberikan oksigen 5L/menit. Pukul 13.30 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas 25x/menit, ekspirasi memanjang. pukul 14.00 WIB memonitor bunyi napas : masih terdengar suara ronkhi pada bunyi napas pasien, pukul 16.15 WIB memonitor sputum: pasien masih mengalami batuk-batuk, pukul 18.00 WIB memposisikan *semi fowler* atau *fowler* : pasien dalam posisi *semi fowler*, pasien tidur dengan posisi setengah duduk. pukul 17.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien suda di berikan minuman hangat, pukul 23.30 WIB memberikan oksigen : pasien sudah diberikan oksigen 5L/menit.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas pasien 24x/menit, ekspirasi sudah tidak memanjang. pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas : masih terdengar suara ronkhi pada bunyi napas pasien, pukul 10.20 WIB memonitor sputum: pasien mengatakan masih mengalami batuk-batuk, pukul 12.20 WIB memposisikan *semi fowler* atau *fowler* : pasien dalam posisi *semi fowler* pukul 13.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien dibeikan minuman hangat sebelum dan setelah makana, 13.30 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas

22x/menit, pukul 14.15 WIB memonitor bunyi napas : bunyi napas pasien masih terdengar ronkhi, pukul 16.00 WIB memonitor sputum : pasien masih batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum, Pukul 21.30 WIB memonitor pola napas : frekuensi napas pasien 22x/menit, ekspirasi sudah tidak memanjang, kedalaman dangkal. pukul 22.15 WIB memonitor bunyi napas : masih terdengar suara ronkhi pada bunyi napas pasien, pukul 23.15 WIB memonitor sputum: pasien mengatakan masih batuk, pukul 21.00 WIB memosisikan *semi fowler* atau *fowler* : pasien dalam posisi *semi fowler* pukul 06.00 WIB memberikan minuman hangat : pasien selalu diberikan minum hangat, pukul 06.30 WIB memantau oksigen : pasien mengatakan sudah bisa tanpa bantuan oksigen.

Evaluasi :

Data Subjektif : pasien mengatakan masih batuk batuk-batuk namun tidak ada sputum, pasien mengatakan sudah bisa tanpa bantuan oksigen.

Data Objektif : frekuensi napas normal 22x/menit, ekspirasi sudah tidak memanjang, kedalaman dangkal, vesikuler, pasien dalam posisi semifolwer untuk menghindari sesak kambuh.

Analisa : tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan : intervensi di hentikan.

2. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan *Afterload* jantung

Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan sesak napas semakin berat jika berbaring, Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri yang menjalar hingga ke punggung belakang, pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang sering muncul, pasien mengatakan nyeri datang hilang timbul saat beraktivitas maupun saat istirahat. Pasien mengatakan nyeri datang yang disertai sesak napas,

pasien mengatakan nyerinya bertambah jika melakukan aktivitas berat, pasien juga mengatakan terkadang batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum.

Data Objektif : Status kesadaran pasien *compos mentis*, hasil pengukuran tanda-tanda vital, tekanan darah : 150/90 mmHg, denyut nadi 78x/menit, frekuensi pernapasan 27x/menit dan suhu tubuh 36,5°C. Pasien tampak sesak, pasien tampak pucat, pasien tampak lelah dan lemah, pasien tampak gelisah, pasien tampak sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi, saturasi oksigen 95% pasien terpasang nasal kanul 5L/menit. aktivitas dibantu keluarga dan perawat, akral teraba hangat dan kulit pasien pucat, Hemoglobin 9,7 g/dL (12,5-16,0).

Pemeriksaan Echocardiography pada tanggal 20 Agustus 2022

Hasil : dimensi ruang jantung *Left ventrikel hipertrofi (LVH)* konsentris, *Left ventrikel (LV)* fungsi sistolik 72 %, *Right ventrikel (RV)* fungsi sistolik TAPSE 1,9 cm, LV Wall Motion : global normokinetik. Aorta 3 cuspid, AR trivial, Mitral dalam batas normal, triscupid dalam batas normal, pulmonal dalam batas normal sehingga kesimpulan : konsentrik *Left ventrikel hipertrofi (LVH)* (pembesaran ventrikel kiri), kontraktilitas *Left ventrikel (LV)* cukup, kontraktilitas RV baik, *Regurgitasi aorta (AR)* trivial serta disfungsi diastolic gangguang relaksasi.

Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada tanggal 18 Maret 2023 Hasil :

Aritmia dengan right bundle block.

Tujuan : curah jantung meningkat setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan dapat teratasi.

Kriteria Hasil : *Dispnea* menurun, pucat/*Sianosis* menurun, batuk menurun, tekanan darah membaik yaitu :120/80 mmHg.

Intervensi :

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND).
- b. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi oliguria, batuk, kulit pucat dan sebagainya)
- c. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor berat badan
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor nyeri dada (misal, lokasi, dan durasi)
- h. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki atau posisi nyaman
- i. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- j. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi
- k. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
- l. Kolaborasi pemberian obat Rampipril 1x5 mg oral
- m. Kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinrate (ISDN) 3x5 mg sublingual
- n. Kolaborasi pemberian obat aspilet 1x80 peroral

Pelaksanaan :**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curahjantung

: pasien mengalami tanda dan gejala primer penurunan curah jantung yaitu

: kelelahan dan sesak. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder

penurunan curah jantung : tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung yang

dialami pasien yaitu pucat dan batuk namun tidak di sertai dengan adanya sputum,

pukul 10.15 WIB monitor berat badan : berat badan pasien 65kg. Pukul 10.00 WIB memposisikan pasien dengan posisi semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau nyaman : pasien sudah di posisikan semifowler dan pasien merasa bahwa posisi tersebut mengurangi sesak yang di rasakan nya. Pukul 12.00 WIB, menganjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi secara bertahap : keluarga pasien mengatakan membantu pasien untuk beraktifitas sesuai toleransi pasien meskipun hanya di atas tempat tidurnya, pukul 10.00 memonitor keluhan nyeri dada : pasien mengatakan saat ini masih merasakan nyeri di bagian dada kirinya, skala nyeri 5 (*numeric scale 1-10*) nyeri menjalar ke pundak sampai punggung belakang, durasi nyeri hilang timbul. . Pukul 12.40 WIB memonitor tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat, Tekanan darah: 145/90 dan nadi : 78x/menit Pukul 13.00 melakukan kolaborasi pemberian obat Rampiril 1x5 mg oral : pasien mengatakan sudah mendapatkan terapi obat Ramipril 1x5mg oral dan tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat oral, pukul 13.00 melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinirate (ISDN) 3x5 mg sublingual : pasien sudah mendapatkan Isosorbide dinirate (ISDN) dan tidak ditemukan tanda efek samping dari obat tersebut, pukul 13.00 melakukan kolaborasi pemberian obat aspilet 1x80mg : pasien sudah mendapatkan obat aspilet dan tidak ditemukan tanda efek samping obat tersebut, pukul 18.00 memonitor saturasi oksigen : saturasi oksigen 96%. Pukul 17.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinirate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan. pukul 20.30 WIB Monitor saturasi oksigen: saturasi oksigen 97%, pukul 21.30 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki atau posisi nyaman : pasien sudah pada posisi *semifowler*, pasien tidur dengan posisi setengah duduk. Pukul 24.00 WIB Monitor

intake dan output cairan : Balance cairan pasien - 98, pukul 08.00 melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dintrate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan pagi dan tidak terdapat tanda efek samping dari pemberian obat.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung : pasien masih tampak sesak. Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala skunder penurunan curah jantung : pasien mengatakan masih batuk-batuk namun tidak di sertai adanya sputum dan terdengar suara tambahan yaitu ronchi. Pukul 09.00 WIB, memonitor saturasi oksigen : saturasi oksigen 96% dengan menggunakan nasal kanul, pukul 08.25 WIB, memonitor keluhan nyeri dada : pasien mengatakan saat ini masih merasakan nyeri di dada sebelah kiri dengan skala nyeri 4 (*numeric scale 1-10*) menurun, nyeri menjalar ke pundak sampai punggung belakang, durasi nyeri hilang timbul. pukul 09.20 WIB memonitor berat badan : berat badan pasien 65kg, Pukul 12.00 WIB memonitor tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat : tekanan darah : 130/70 mmHg dan nadi : 85x/menit, pukul 08.00 monitor saturasi oksigen : saturasi oksigen pasien 97%. 10.00 WIB, memberikan posisi semi fowler pada pasien : pasien mengatakan keluhan sesak berkurang, pukul 14.00 WIB menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi : pasien mengatakan saat ini lemas nya sudah sedikit berkurang, sudah mulai bisa berdiri dan ke kamar mandi, pukul 13.00, melakukan kolaborasi pemberian obat Ramipril 1x5 mg oral, pasien sudah mendapatkan terapi obat Ramipril 1x5 mg oral dan tidak ditemukan adanya efek samping dari terapi pemberian obat, pukul 13.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dintrate (ISDN) 3x5 mg

sublingual : pasien sudah mendapatkan terapi obat Isosorbide dintrate ISDN dan tidak ditemukan tanda efek samping dari obat tersebut, pukul 13.00 melakukan pemberian obat aspilet : pasien sudah diberikan obat aspilet 1x80mg dan tidak di temukan adanya efek samping dari pemberian pukul 17.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dintrate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan, pukul 20.30 WIB Monitor saturasi oksigen: saturasi oksigen 98%, pukul 21.30 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki atau posisi nyaman : pasien sudah pada posisi *semifowler*, pasien tidur dengan posisi setengah duduk. Pukul 24.00 WIB Monitor intake dan output cairan : Balance cairan pasien – 52, pukul 08.00 melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dintrate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan pagi dan tidak terdapat tanda efek samping dari pemberian obat.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB :memonitor saturasi oksigen : saturasi oksigen 98% tanpa bantuan oksigen, pukul 09.00 WIB. memonitor keluhan nyeri dada : pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang, skala nyeri 1 (*numeric scale* 1-10), nyeri sudah tidak disertai sesak, pukul 08.00 WIB memberikan posisi semi fowler atau fowler pada pasien : pasien mengatakan sudah tidak sesak, pukul 12.00 WIB menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi : pasien mengatakan sudah mampu untuk melakukan beberapa aktifitas secara mandiri seperti makan dan minum secara mandiri dan ke toilet mandiri tanpa bantuan dari keluarganya. Pukul 12.40 memeriksa tekanan darah sebelum pemberian obat : 132/89 mmHg, nadi : 80x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, suhu tubuh : 36,5 °C, pukul 13.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dintrate (ISDN) 3x5 mg sublingual

: pasien sudah mendapatkan terapi obat ISDN dan tidak ditemukan tanda efek samping dari obat tersebut, pukul 13.00 WIB melakukan pemberian obat aspilet 1x80 mg : pasien sudah mendapatkan obat aspilet 1x80mg dan tidak ada efek samping setelah pemberian obat. 17.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinrate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan, pukul 20.30 WIB Monitor saturasi oksigen: saturasi oksigen 98%, pukul 21.30 Posisikan pasien *semi fowler* atau *fowler* dengan kaki atau posisi nyaman : pasien sudah pada posisi *semifowler*, pasien tidur dengan posisi setengah duduk. Pukul 24.00 WIB Monitor intake dan output cairan : Balance cairan pasien – 98, pukul 08.00 melakukan kolaborasi pemberian obat Isosorbide dinrate (ISDN) 3x5 mg obat : pasien sudah diberikan obat ISDN setelah makan pagi dan tidak terdapat tanda efek samping dari pemberian obat.

Evaluasi :

Data Subjektif : Pasien mengatakan saat sudah tidak terasa nyeri pada bagian dada, skala nyeri 1 (*numeric scale 1-10*), nyeri menjalar dari pundak atas sampai ke punggung belakang sudah tidak ada, pasien mengatakan bahwa nyeri saat ini tidak disertai dengan sesak napas sehingga pasien tidak menggunakan bantuan oksigen, hal tersebut di tandai dengan saturasi oksigen 98%, pasien juga mengatakan bahwa lemasnya sudah berkurang, sehingga sudah mampu melakukan beberapa aktivitas fisik sesuai toleransi nya seperti makan dan minum secara mandiri dan pergi ke toilet tanpa meminta bantuan dari keluarga.

Data Objektif : hasil pemeriksaan tekanan darah sebelum pemberian obat tekanan darah :132/89 mmHg, nadi : 80x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, suhu tubuh : 36,5 °C , saturasi oksigen : 98% tanpa bantuan oksigen ,Pasien sudah diberikan

posisi semi fowler sehingga sesak pada pasien sudah berkurang, pasien mampu melakukan aktivitas kecil secara mandiri, lelah sudah menurun, *dyspnea* menurun, pucat ,menurun, pasien sudah mendapatkan terapi obat Ramipril 1x5mg oral, isosorbide dinirate 3x5 mg sublingual dan aspilet 1x80mg serta tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat, Isosorbide dinrate (ISDN) 3x5 mg.

Analisa : penurunan curah jantung belum teratasi.

Perencanaan : intervensi di lanjutkan, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, monitor tekanan darah dan nadi sebelum dan sesudah pemberian obat, berikan posisi semifowler atau fowler pada pasien, berikan terapi oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, anjurkan beraktifitas sesuai toleransi, kolaborasi pemberian obat Rampiril 1x5 mg mg, kolaborasi pemberian obat ISDN 3x5 mg, pemberian obat aspilet 1x80mg.

3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data Subjektif : pasien mengatakan merasakan nyeri pada bagian dada sebelah kiri yang menjalar ke pundak sampai punggung belakang. Factor pencetus nyeri ada penurunan *afterload* jantung akibat penyakit gagal jantung kongestif yang di derita pasien. Karakteristik nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk benda tajam, lokasi nyeri di bagian dada sebelah kiri skala nyeri 8 (*numeric scale 1-10*) nyeri datang hilang timbul saat beraktifitas maupun istirahat, pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan aktifitas berat. P : pasien mengatakan nyeri datang pada saat beraktivitas maupun beristirahat, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusukbeda tajam, R : pasien mengatakan nyeri nya pada bagian dada yang menjalar hingga ke punggung belakang, S : pasien mengatakan skala nyeri 8 (*numeric scale 1-10*), T : pasien mengatakan durasi waktu nyeri tidak menetap,

Data Objektif : Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien : 150/90 mmHg, denyut nadi 85x/menit, Skala nyeri : 8 (*numeric scale 1-10*), pasien tampak meringis saat nyeri datang pasien bersikap protektif terhadap area nyeri, saat nyeri datang pasien tampak gelisah, pasien tampak sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi,

Tujuan : Tingkat Nyeri menurun setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat teratasi.

Kriteria Hasil : keluhan nyeri menurun yaitu skala nyeri 1 (*numeric scale 1-10*), meringis menurun, gelisah menurun dan kesulitan tidur menurun.

Intervensi :

- a. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, nyeri
- b. Mengidentifikasi skala nyeri
- c. Mengidentifikasi nyeri non verbal
- d. Monitor efek samping penggunaan analgesik
- e. Memfasilitasi istirahat tidur
- f. Menjelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri
- g. Mengajarkan teknik non farmakologi (Teknik relaksasi napas dalam) untuk mengurangi nyeri
- h. Menjelaskan strategi meredakan nyeri

Pelaksanaan :

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 80.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik dan durasi nyeri : pasien mengatakan saat ini merasakan nyeri di bagian dada kiri nya, nyeri menjalar ke pundak sampai punggung belakang, karakteristik nyeri panas seperti tertusuk-tusuk benda tajam, durasi nyeri hilang timbul. Sebelum diberi terapi obat, skala nyeri

pasien 8 (*numeric scale 1-10*), pukul 10.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri : skala nyeri 5 (*numeric scale 1-10*), pukul 13.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri nonverbal : pasien tampak meringis sambil memegang lokasi nyeri nya., Pukul 13.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat paracetamol 3x1 mg oral : pasien sudah di berikan obat paracetamol 3x1 mg peroral serta tidak terdapat efek samping dari obat, pukul, pukul 13.20 menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri : pasien mengatakan sudah mengetahui bahwa nyerinya disebabkan karena penyakit gagal jantung nya, pukul 14.00 memfasilitasi istirahat tidur : pasien sudah difasilitasi untuk istirahat tidur. 21.00 Mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 6 (*numeric scale 1-10*), pukul 21.30 Memfasilitasi istirahat tidur: istirahat tidur sudah di fasilitasi, pukul 22.00 Mengidentifikasi nyeri non verbal : pasien tampak meringis, memegang area nyeri, pukul 23.00 Monitor efek samping penggunaan : pemberian obat paracetamol paracetamol 3x1 mg peroral dan tidak terdapat efek samping.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik dan durasi nyeri : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian dada sebelah kiri, pasien mengatakan saat ini nyeri sering muncul saat malam hari, hal tersebut membuat pasien tidak dapat tidur nyenyak, skala nyeri 5 (*numeric scale 1-10*), pukul 11.00 WIB memberikan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri : pasien di berikan edukasi cara melakukan tehnik relaksasi napas dalam, pasien mengerti dan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri, pasien juga diberikan edukasi apa saja penyebab dan pemicu nyeri yang di alami pasien : pasien sudah mengerti terkait nyeri dada yang di alami, Pukul 13.00 WIB melakukan kolaborasi

pemberian obat paracetamol 3x1 mg oral : pasien sudah di berikan terapi obat paracetamol 3x1 mg oral serta tidak terdapat, efek samping obat, Setelah mendapat terapi obat nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (*numeric scale 1-10*). Pukul 17.00 memfasilitasi istirahat tidur: pasien dapat tertidur setelah makan dan di berikan terapi obat. 21.00 Mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 7 (*numeric scale 1-10*), pukul 21.30 Memfasilitasi istirahat tidur: istirahat tidur sudah di fasilitasi, pukul 22.00 Mengidentifikasi nyeri non verbal : pasien sudah tidak memegang area nyeri, pukul 23.00 Monitor efek samping penggunaan : pemberian obat paracetamol paracetamol 3x1 mg peroraldan tidak terdapat efek samping.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik dan durasi nyeri : pasien mengatakan saat ini nyeri yang di rasakan sudah berangsur berkurang pada pukul 06.00 WIB dengan skala nyeri 1 (*numeric scale 1-10*), pukul 08.30 mengidentifikasi nyeri non verbal : pasien sudah tidak terlihat gelisah, sudah tidak terlihat meringis akibat nyeri. Pukul 09.00 menjelaskan strategi meredakan nyeri : pasien sudah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam pasien dapat melakukan teknik tersebut dengan mandiri, pasien juga mengatakan teknik tersebut efektif menurunkan nyeri dan membuat tenang, Pukul 12.00 WIB melakukan kolaborasi pemberian obat paracetamol 3x1 mg oral : pasien sudah di berikan terapi obat paracetamol 3x1 mg oral serta tidak terdapat, efek samping obat, Pukul 13.00 memfasilitasi istirahat tidur: pasien sudah di fasilitasi istirahat tidur. Pukul 17.00 memfasilitasi istirahat tidur: pasien dapat tertidur setelah makan dan di berikan terapi obat. 21.00 Mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 7 (*numeric scale 1-10*), pukul 21.30 Memfasilitasi istirahat tidur: istirahat tidur sudah di fasilitasi,

pukul 22.00 Mengidentifikasi nyeri non verbal : pasien sudah tidak meringis kesakitan, pukul 23.00 Monitor efek samping penggunaan : pemberian obat paracetamol paracetamol 3x1 mg peroral dan tidak terdapat efek samping.

Evaluasi :

Data Subjektif :

Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (*numeric scale 1-10*), pasien mengatakan Teknik relaksasi efektif meredakan nyeri, pasien tampak tenang.

Data objektif : Terapi non farmakologis sudah diberikan dan berhasil mengurangi rasa nyeri dada, pasien tampak tenang, pasien tidak tampak meringis, pasien tidak tampak memegang area nyeri.

Analisa : Tujuan Keperawatan tercapai

Perencanaan : intervensi dihentikan

4. Ansietas berhubungan dengan sesak napas, gelisah akibat indekuat oksigenasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya, pasien bertanya mengenai kondisi penyakit yang di alami, pasien mengatakan sulit tidur saat malam hari karena nyeri disertai sesak

Data Objektif : : tekanan darah : 150/90, frekuensi napas : 27x/menit, frekuensi nadi : 78x/menit pasien tampak sesak, saturasi oksigen 96%, pasien tampak bertanya mengenai penyebab nyeri dan sesak yang di rasakan, pasien sulit berkonsentrasi saat di ajak berkomunikasi, pasien tampak memegang area dada yang terasa nyeri

Tujuan : Tingkat ansietas menurun setelah di lakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan dapat teratasi

Kriteria Hasil : perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, tekanan darah membaik, yaitu 120/80 mmHg, pola tidur membaik.

Intervensi :

- a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif di gunakan
- c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- d. Monitor respons terhadap terapi relaksasi
- e. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
- f. Gunakan pakaian longgar
- g. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, tarik napas dalam, relaksasi otot progresif)
- h. Anjurkan sering mengulang atau melatih Teknik
- i. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

Pelaksanaan :

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi penurunan tingkat energi dan ketidakmampuan berkonsentrasi : pasien mengatakan jika sesak dan nyeri muncul membuat tidak berkonsentrasi, pukul 08.15 WIB mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif di gunakan : pasien mengatakan tidak pernah melakukan teknik relaksasi apapun. Pukul 09.25 WIB memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan

darah, dan suhu sebelum Latihan : Latihan belum dilakukan, tekanan darah 150/80, frekuensi nadi : 78x/menit, frekuensi napas: 27x/menit, suhu: 36,2°C pukul 10.00 WIB menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman : lingkungan sudah tenang, pencahayaan lingkungan sudah di matikan saat siang hari, suhu ruangan nyaman. Pukul 13.00 WIB menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian longgar, pukul 17.40 WIB menganjurkan mengambil posisi nyaman : pasien sudah pada posisi nyaman yaitu setengah duduk untuk meredakan sesak, Pukul 21.00 WIB Memonitor frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu: frekuensi nadi 86x/menit, tekanan darah 145/90 mmHg, suhu : 36,2 °C, pukul 21.15 menciptakan lingkungan tenang dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman : lingkungan tenang dengan pencahayaan ruangan nyaman sudah di berikan saat pasien ingin tidur, Pukul 21.20 WIB menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian longgar saat ingin tidur.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi penurunan tingkat energi dan ketidakmampuan berkonsentrasi : pasien mengatakan jika nyerinya muncul membuat tidak bisa berkonsentrasi, Pukul 09.00 WIB memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum latihan : tekanan darah 140/72, frekuensi nadi : 85x/menit, suhu : 36,0°C pukul 09.25 WIB menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman : lingkungan sudah tenang, pencahayaan lingkungan sudah di matikan saat siang hari, suhu ruangan nyaman. Pukul 09.00 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatannya ; kontrak waktu telah dilakukan pasien menyetujui bahwa akan

diberikan pendidikan kesehatan mengenai masalah yang sedang di hadapi pada pukul 13.00 WIB, pukul 09.30 menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian longgar, pukul 10.00 WIB : menganjurkan posisi nyaman : pasien sudah pada posisi nyaman, pukul 13.00 WIB menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi : pasien mengerti dengan penjelasan yang di berikan, pukul 13.20 WIB mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi : teknik relaksasi dilakukan, pasien melakukan teknik relaksasi dan dapat melakukannya secara mandiri, pukul 13.40 WIB menganjurkan sering mengulang atau melatih teknik : pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas jika merasa cemas dan nyeri, pukul 13.50 WIB Monitor respons terhadap terapi relaksasi : pasien terlihat tenang setelah melakukan teknik relaksasi. pukul 17.40 WIB menganjurkan mengambil posisi nyaman : pasien sudah pada posisi nyaman yaitu setengah duduk untuk meredakan sesak, Pukul 21.00 WIB Memonitor frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu: frekuensi nadi 86x/menit, tekanan darah 138/85 mmHg, suhu : 36,0 °C, pukul 21.15 menciptakan lingkungan tenang dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman : lingkungan tenang dengan pencahayaan ruangan nyaman sudah di berikan saat pasien ingin tidur, Pukul 21.20 WIB menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian longgar saat ingin tidur.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif di gunakan : pasien mengatakan teknik relaksasi napas dalam membuat tenang dan meredakan nyerinya, Pukul 09.00 WIB memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum Latihan : tekanan darah 130/82, frekuensi nadi : 76x/menit, suhu :36,0°C pukul 09.25 WIB menciptakan lingkungan tenang dan

tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman : lingkungan sudah tenang, pencahayaan lingkungan sudah di matikan saat siang hari, suhu ruangan nyaman. Pukul 10.00 mengevaluasi teknik relaksasi yang sudah di ajarkan : pasien bisa melakukan teknik relaksasi secara mandiri, pasien melakukan Teknik dengan benar dan pada saat nyeri, sesak dan merasa cemas. 12.00 WIB : menganjurkan menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian yang longgar. pukul 17.40 WIB menganjurkan mengambil posisi nyaman : pasien sudah pada posisi nyaman yaitu setengah duduk untuk meredakan sesak, Pukul 21.00 WIB Memonitor frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu: frekuensi nadi 76x/menit, tekanan darah 130/80 mmHg, suhu : 36,2 °C, pukul 21.15 menciptakan lingkungan tenang dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman : lingkungan tenang dengan pencahayaan ruangan nyaman sudah di berikan saat pasien ingin tidur, Pukul 22.00 WIB menggunakan pakaian longgar : pasien sudah menggunakan pakaian longgar saat ingin tidur.

Evaluasi :

Data Subjektif : pasien mengatakan teknik relaksasi napas dalam membuat tenang dan meredakan nyeri, sesak serta menghilangkan cemas nya.

Data Objektif : tekanan darah menurun 130/80, frekuensi nadi :76x/menit, suhu :36,0°C, lingkungan sudah tenang, pencahayaan lingkungan sudah di matikan saat siang hari, suhu ruanyan nyaman, pasien sudah menggunakan pakaian longgar, pasien tampak dapat melakukan Teknik relaksasi secara mandiri, pasien

Analisa : tujuan keperawatan tercapai.

Perencanaan : tindakan keperawatan dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan kasus gagal jantung kongestif di ruang kardiologi kamar 608 lantai 6 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang telah dilaksanakan pada tanggal 20 Maret 2023 - 22 Maret 2023. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai faktor pendukung serta faktor penghambat yang di temukan penulis pada saat memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian yaitu data primer dan data skunder. Data primer meliputi data pengkajian fisik, observasi pasien dan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga, sedangkan data skunder diperoleh dari catatan rekam medis dan tim kesehatan medis lainnya.

Pada pengkajian secara umum penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada teori menurut (Brunner & Suddart, 2017) Gagal jantung dapat di sebabkan karena beberapa kondisi penyakit, yaitu termasuk penyakit arteri koroner, hipertensi, kardiomiopati, gangguan katup jantung, dan disfungsi ginjal dengan kelebihan beban volume. Hal ini sesuai dengan kasus dimana Ny.S mengalami gagal jantung kongestif disebabkan karena memiliki riwayat yaitu hipertensi sejak 5 tahun yang lalu.

Pada teori (Black & Hwaks, 2023) juga menjelaskan kondisi yang mencetuskan gagal jantung yaitu, anemia, distrimia terutama takikardi, ortopnea, hal ini sesuai dengan kasus dimana pasien mengalami kondisi ortopnea atau sesak pada saat berbaring.

Pada menifestasi terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang mana teori (PERKI, 2020) menjelaskan bahwa tanda dan gejala klinis yang di temukan pada pasien gagal jantung kongestif adalah cepat merasa lelah saat beristirahat maupun beraktivitas, mengalami batuk yang bertambah parah di malam hari, nyeri dada, mengalami *Paroxymal Nocturia Dsypnea* (PND), sesak napas saat beraktivitas maupun istirahat, bengkak atau edema dipergelangan tangan dan kaki, dan berat badan bertambah. Untuk beberapa tanda dan gejala yang di sebutkan sesuai dengan kondisi yang di alami pada Ny.S dimana pasien mengeluhkan sesak napas pada saat beristirahat yaitu berbaring maupun beraktivitas, pasien mengeluh cepat lelah saat aktivitas, batuk, dan nyeri pada dada, namun untuk tanda dan gejala bengkak atau edema dipergelangan tangan dan kaki, dan berat badan bertambah ini tidak di temukan pada Ny.s seperti yang di jelaskan pada teori tersebut.

Pada pemeriksaan penunjang terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori (Asman et al., 2023), disebutkan terdapat pemeriksaan penunjang seperti EKG, echocardiography, foto rontgen thoraks yang dapat memperlihatkan pembesaran jantung dan kondisi paru-paru, pemeriksaan laboratorium. pemeriksaan katerisasi jantung dan pemeriksaan MRI jantung. Pada saat di lakukan pengkajian ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek, pada data rekam medis pasien hanya ditemukan data pemeriksaan EKG, pemeriksaan rontgen thoraks, dan pemeriksaan laboratorium, pada teori di lakukan pemeriksaan pemeriksaan

katerisasi jantung dan pemeriksaan MRI jantung dan pada rekam medis pasien tidak ditemukan data pemeriksaan tersebut dikarenakan terhalangnya biaya pasien dan tidak dapat di cover oleh BPJS sehingga hal ini sudah menjadi kebijakan dari rumah sakit.

Menurut teori (Koerniawan et al., 2023) pada pemeriksaan fisik pada bagian ekstermitas akan terdapat edema atau bengkak pada ekstermitas. Namun pada saat di lakukan pengkajian pada pasien tidak terdapat adanya edema atau bengkak pada ekstermitas kaki maupun tangan nya.

Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada bagian penatalaksanaan yang di lakukan pada pasien, hal ini di buktikan pada saat melakukan pengkajian pasien mengatakan setelah terdiagnosis gagal jantung kongestif pasien rutin mengkonsumsi seluruh obat yang di berikan seperti, isosorbide dinirate (ISDN) 3x5mg, aspilet 1x80 mg dan ramipril 1x25mg, obat-obatan ini sesuai dengan teori (Kismiyati et al., 2022).

Selama melakukan pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan di karenakan data-data yang di perlukan oleh pasien lengkap sehingga penulis tidak menemuka kesulitan dalam peneggakan masalah keperawatan. Faktor penghambat yang di temui penulis adalah pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri pada dada nya, sehingga rasa nyeri yang di rasakan pasien membuat penulis membutuhkan waktu lebih untuk mengkaji data yang lebih lanjut sehingga menyebabkan tertundanya pengkajian data awal.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan kesenjangan teori dan kasus. pada teori (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2014) dalam buku keperawatan medical bedahnya menjelaskan, beberapa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada penyakit Gagal Jantung Kongestif yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung, Bersihan Jalan napas berhubungan dengan (spasme jalan napas, sekret yang tertahan), Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, deformitas dinding dada dan penurunan energi, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan venostasis (penurunan aliran arteria atau vena), Hipervelomia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan psikologis (mis.stress, keengganan untuk makan), Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian

Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosa teori dan diagnosa yang muncul pada kasus, dimana ada beberapa diagnosa yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus. Pada saat di lakukan pengkajian dan analisa data hanya di temukan empat diagnosa yang muncul yaitu diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan ansietas berhubungan dengan sesak napas, gelisah akibat indekuat oksigenasi.

Sedangkan beberapa diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori namun tidak muncul pada kasus yaitu :

Diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan venostasis (penurunan aliran arteria atau vena). diagnosa ini tidak penulis angkat karena pada saat pengkajian di dapatkan data *capillary refill time* (CRT) kurang dari 3 detik, nadi perifer pasien teraba, turgor kulit baik, akral teraba hangat.

Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler, diagnosis ini tidak penulis angkat karena di bukti kan pada hasil Analisa gas darah pasien pada hasil nilai PH 7.00 (7,350-7,450), PCO₂ 350 mmHg (34,0-45,0), PO₂ 100,2 mmHg (95,0-100,0) dimana hasil tersebut masih dalam kadar atau batas normal, dan frekuensi nadi pasien tidak mengalami takikardia.

Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas tidak penulis angkat karena pada saat melakukan pengkajian pasien mengeluarkan batuk-batuk namun tidak disertai dengan adanya sputum.

Diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, tidak penulis tegakkan karena pada saat melakukan pengkajian di buktikan, pasien tidak mengalami edema atau bengkak pada ekstermitas kaki atau tangan.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tidak penulis tegakkan karena di buktikan pada saat melakukan pengkajian pasien masih dapat melakukan aktivitas kecil seperti ke kamar mandi, frekuensi nadi pasien juga tidak mengalami peningkatan lebih dari normal.

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan psikologis tidak di tegakkan penulis hal ini di buktikan pada saat melakukan pengkajian pasien mampu

makan 3 kali sehari satu porsi, nafsu makan pasien baik dan tidak mengalami penurunan berat badan.

Diagnosa Resiko Jatuh tidak penulis teggakan karena pada saat dilakukan pengkajian di buktikan pasien masih mampu melakukan aktivitas kecil seperti kamar mandi dengan bantuan perawat dan keluarga.

Faktor pendukung dalam penegakan diagnosa keperawatan adalah di bantu dengan adanya buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang membantu penulis menentukan diagnosa apa yang baik ditegakkan baik dengan kondisi pasien maupun teori. adanya buku ini sekaligus menjadi pertimbangan penulis dalam Menyusun asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

Faktor penghambat dimana data yang ditemui penulis adalah adanya data pengkajian yang tidak mendukung diagnosa teori sehingga membuat penulis kesulitan dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan seluruh rangkaian tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada pada pasien. perencanaan yang penulis susun berdasarkan prioritas masalah pada kondisi aktual pasien saat itu dan berdasarkan pada kebutuhan menurut Maslow. Penulis menemukan kesenjangan antara perencanaan di teori dengan perencanaan pada kasus.

Dalam perencanaan keperawatan pada diagnosa pola napas tidak efektif, tidak terdapat kesenjangan mulai dari observasi sampai dengan kolaborasi yang ada pada perencanaan keperawatan pada teori.

Dalam perencanaan keperawatan perawat jantung pada diagnosa penurunan curah jantung ini terdapat kesenjangan antar teori dan kasus. Pada teori terdapat tindakan monitor fungsi alat pacu jantung, penulis tidak dapat memonitor tindakan tersebut karena melihat kondisi pasien yang tidak menggunakan alat pacu jantung.

Dalam diagnosa nyeri akut dan ansietas terdapat kesenjangan pada perencanaan keperawatan diagnosa nyeri dan ansietas sama-sama terdapat tindakan latihan teknik relaksasi napas dalam, maka penulis melakukan dalam satu waktu bersamaan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam penyusunan perencanaan

karena tersedianya literatur yang cukup sehingga memudahkan penulis untuk menyusun perencanaan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan pelaksanaan atau implementasi tindakan yang telah di tentukan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah di buat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan. Pelaksanaan keperawatan ini dilakukan selama 3x24 jam.

Pada pelaksanaan diagnosa pola napas tidak efektif penulis tidak menemukan kendala yang berarti, semua tindakan dapat di lakukan karena pasien dan keluarga dapat kooperatif.

Pada pelaksanaan diagnosa penurunan curah jantung, penulis mendapatkan kendala yaitu pasien sulit untuk memonitor berat badan nya secara mandiri, di karena kan tidak tersedianya alat penimbang berat badan dirumah sakit. Solusinya yaitu penulis menyediakan penimbang berat badan pribadi untuk memonitor berat badan pasien.

Pada pelaksanaan diagnosa nyeri akut, penulis tidak mendapatkan kendala karena sikap pasien dan keluarga sangat kooperatif..

Pada pelaksanaan diagnosa ansietas penulis tidak menemukan kendala dalam pelaksanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan berjalan sesuai dengan rencana.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir yang di lakukan penulis dalam seluruh rangkaian proses keperawatan. Dari empat diagnosa yang muncul pada kasus tiga diagnosa tercapai dan satu diagnosa belum tercapai. Diagnosa yang sudah tercapai tersebut yaitu, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan ansietas berhubungan dengan sesak napas dan gelisah akibat indekuat oksigenasi. Lalu, satu diagnosa yang belum dapat tercapai yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*.

Diagnosa pola napas tidak efektif tercapai di tandai dengan frekuensi napas dalam batas membaik 22x/menit, ekspirasi sudah tidak memanjang, kedalaman dangkal, vesikuler, dispnea menurun, pasien dalam posisi semifowler untuk menghindari sesak kambuh.

Diagnosa Penurunan curah jantung belum tercapai tercapai hal ini di tandai dengan tekanan darah yang masih tinggi dan pasien masih mengalami batuk-batuk.

Diagnosa Nyeri akut tercapai hal ini di tandai dengan pasien sudah tidak merasakan nyeri yang terlalu berat, pasien mengatakan nyeri menurun pada skala nyeri 1 (*numeric scale 1-10*) hal ini sesuai dengan kriteria yang di harapkan yaitu nyeri

menurun dengan skala 1-2 (*numeric scale 1-10*), kesulitan tidur sudah tidak ada, nyeri saat berbaring sudah menurun, meringis nyeri sudah tidak ada, gelisah sudah tidak ada

Diagnosa Ansietas tercapai di tandai dengan tekanan darah menurun 132/89, frekuensi nadi: 80x/menit, suhu :36,0°C, pasien sudah tampak tenang, gelisah menurun, pasien tampak dapat melakukan Teknik relaksasi secara mandiri.

Faktor yang mendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan di sertau dengan pendokumentasian keperawatan yang jelas dan memudahkan penulis untuk melihat perkembangan dari waktu ke waktu.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulisan melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.S dengan gagal jantung kongestif di ruang kardiologi kamar 608 Rumah Sakit Derah Koja Jakarta Utara.

A. Kesimpulan

Pada tahapan pengkajian yang di dapatkan oleh penulis secara keseluruhan sudah sesuai dengan teori. berdasarkan pengkajian gagal jantung kongestif yang dilakukan pada pasien, Gagal jantung dapat di sebabkan karena beberapa kondisi penyakit, yaitu termasuk penyakit arteri koroner, hipertensi, kardiomiopati, gangguan katup jantung, dan disfungsi ginjal dengan kelebihan beban volume. Hal ini sesuai dengan kasus dimana pasien mempunyai penyakit gagal jantung kongestif disebabkan karena memiliki riwayat penyakit penyerta yaitu hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. faktor yang menyebabkan penyakit juga dapat di lihat dari faktor riwayat nutrisi atau gaya hidup yang tidak sehat dan faktor riwayat penyakit pasien. Diketahui pasien sangat senang mengkonsumsi makanan tinggi natrium dan lemak pasien juga memiliki riwayat penyakit penyerta yaitu hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Penulis menemukan kesenjangan yaitu pada pemeriksaan penunjang pada rekam medis pasien tidak di temukan hasil pemeriksaan katerisasi jantung dan pemeriksaan MRI jantung sedangkan pada teori di lakukan pemeriksaan katerisasi

jantung dan pemeriksaan MRI jantung. Manifestasi klinis yang terdapat pada penderita gagal jantung kongestif yaitu dengan Gejala Tipikal seperti sesak napas, ortopnea, *Paroxymal nocturnal dyspnea*, toleransi aktifitas berkurang, cepat lelah saat aktivitas maupun istirahat, penulis tidak menemukan kesenjangan pada manifestasi klinis karena kondisi yang di jelaskan pada teori sudah sesuai dengan yang di alami pasien dimana pasien mengalami seperti sesak napas, ortopnea dan cepat lelah saat aktivitas maupun istirahat. Pada pemeriksaan fisik penulis menemukan kesenjangan pada bagian ekstermitas akan terdapat edema atau bengkak pada ekstermitas. Namun pada saat di lakukan pengkajian pada pasien tidak terdapat adanya edema atau bengkak pada ekstermitas kaki maupun tangannya.

Menurut teori terdapat sebelas diagnosa yang muncul pada pasien Gagal Jantung Kongestif bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan venostatis (penurunan aliran arteria atau vena, risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aliran balik vena terganggu, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan psikologis. Namun pada kasus hanya di temukan empat diagnosa keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan ansietas sesak napas akibat indekuat oksigenasi..

Dalam pelaksanaan penulis tidak menemukan hambatan. Hampir seluruh intervensi yang penulis susun dapat di laksanakan dengan baik. Faktor pendukung dalam pelaksanaan adalah pasien dan keluarga pasien sangat koperatif dalam mendukung melaksanakan rencana keperawatan.

Pada evaluasi empat diagnosa yang di angkat penulis tidak seluruhnya sudah teratasi, terdapat satu diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

B. Saran

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif, maka penulis memberikan saran, antara lain :

1. Mahasiswa

Meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan cara banyak belajar dan membaca melalui sumber-sumber terkini agar tidak tertinggal informasi.

2. Perawat ruangan

Bagi perawat ruangan agar dapat menyediakan serta menyiapkan alat tanda-tanda vital yang cukup dan lengkap seperti tensi dan termometer. Sehingga pada saat di lakukan pemeriksaan pada pasien, tidak terdapat kendala batrey low dan lamanya waktu

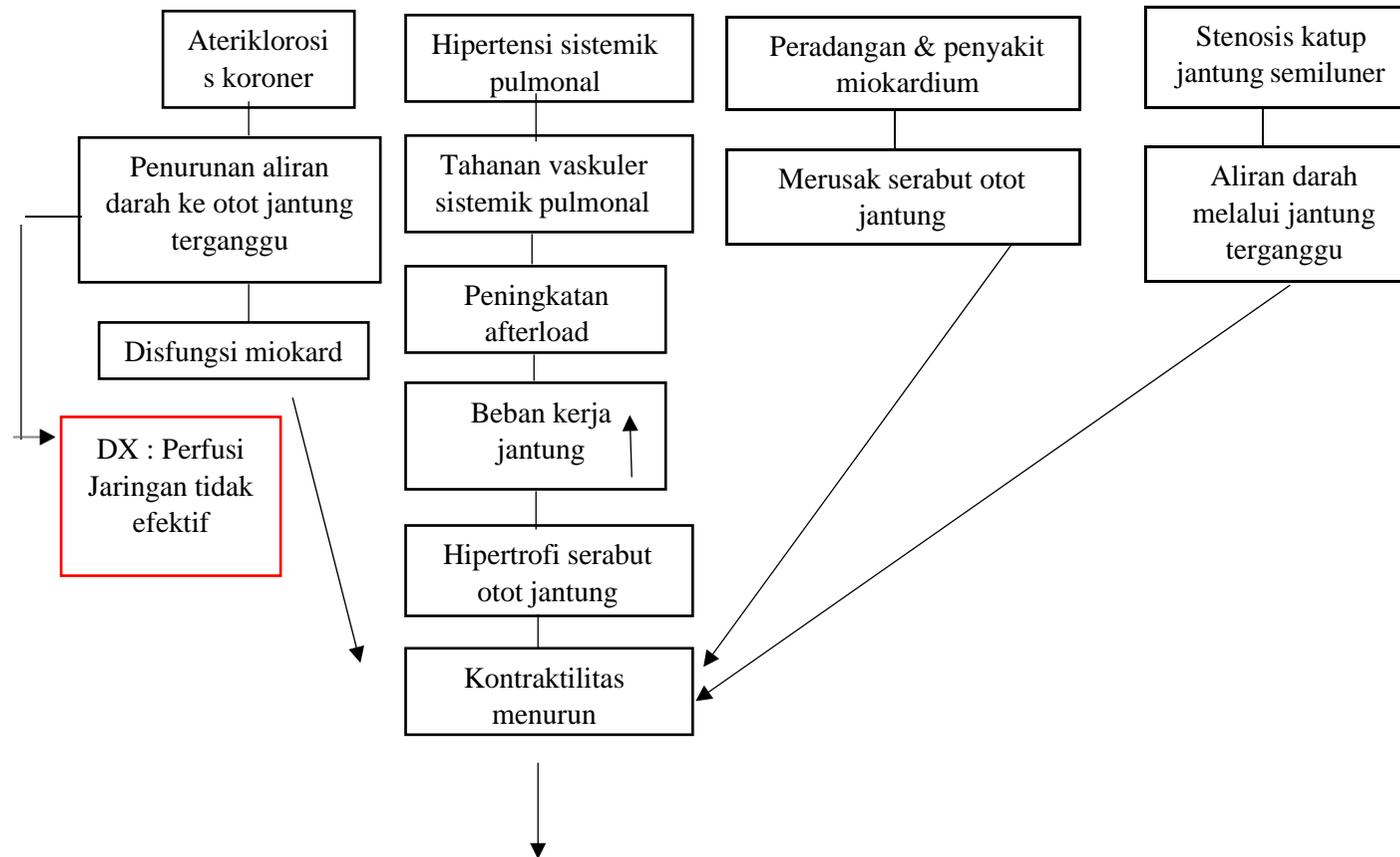
DAFTAR PUSTAKA

- Andra Saferi, W., & Yessie Mariza, P. (2014). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Asikin, M., & Nuralamsyah, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskuler*. Penerbit Erlangga.
- Asman, A., Armiyanti, Y., Kasager, H., Anjani, T. A., Basuni, L., Ariyanti, M., & Widiastuti, P. H. (2023). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan PASIEN Dengan Gangguan Kardiovaskuler* (Martini Made (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Azhari, M. H., & Delvia, S. (2022). Studi literatur penerapan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri dada akut pada pasien dengan congestive heart failure (chf). *Jurnal Kesehatan Akper Kesdam II Sriwijaya Palembang*, 11(2), 1–8.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (9th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Boughman, D. C., & Hackley, J. C. (2016). *Keperawatan Medikal-Bedah* (Eshter Monica (ed.)). EGC.
- Brunner & Suddart. (2017). *TEXT BOOK OF Medical - Surgical Of Nursing*. 6112.
- Budiono & Pertami. (2022). *Konsep Dasar Keperawatan* (Parman Suryani (ed.)). Bumi Medika.
- Burhanuddin, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan* (M. Nafiz Haekal (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION. *Usa*, 569–581.
- Ian D, J., & Angela M, K. (2022). *Cardiac Care A Practical Guide for Nurses*. Wiley.
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Deepublish.
- Kismiyati, Nur, R., Sugiharno, T. R., Benne, S., Faizah, A., Ningsih, S. S., Sholehudin, & Viyan, S. A. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah* (S. M. R. Sulung Neila (ed.); 1st ed.). Get Press.

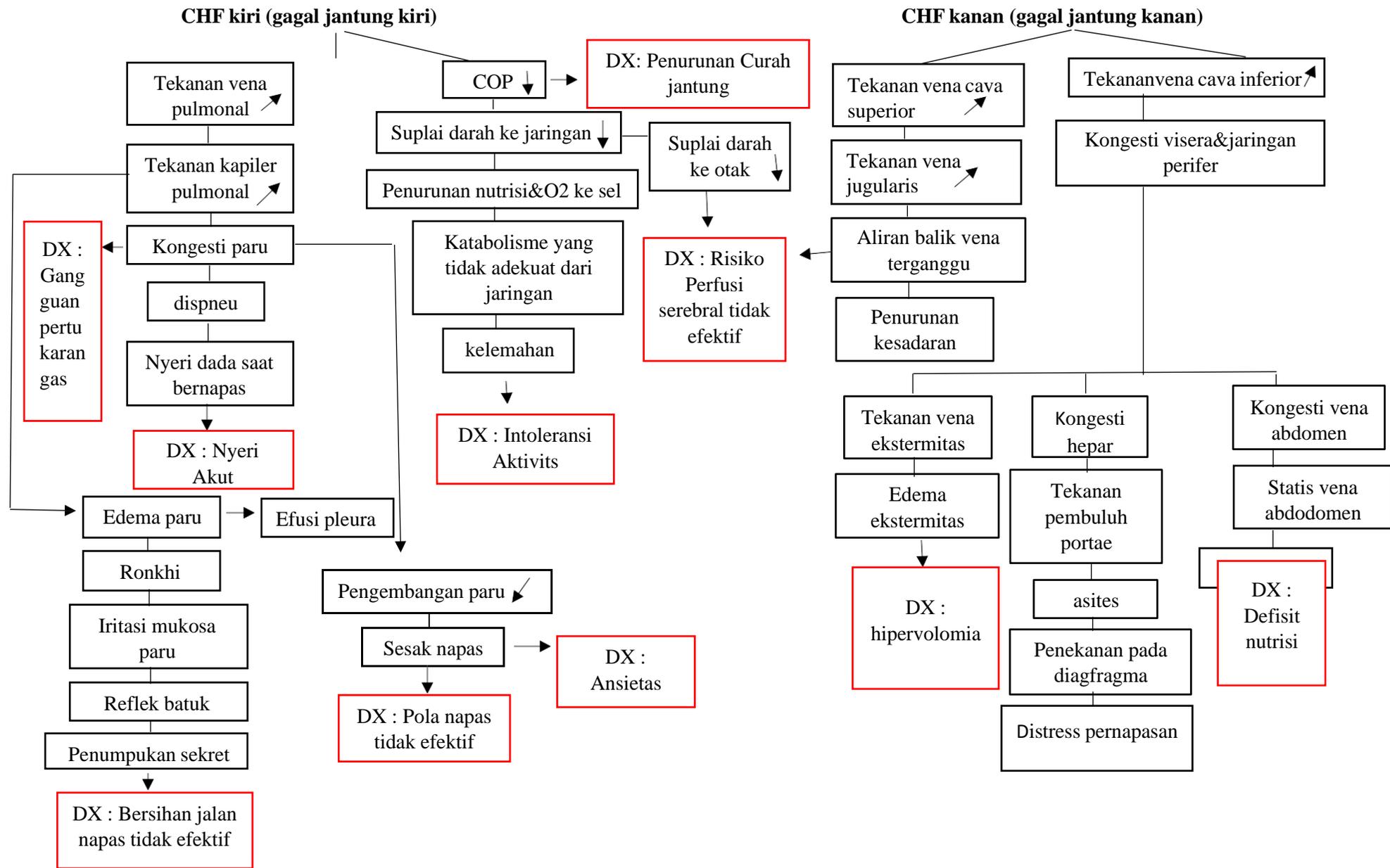
- Koerniawan, D., Anjani, A. T., Maelina, A., Asmaria, M., Setiani, D., & Ni Putu Yusniawati. (2023). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskuler* (M. Martini (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Lilik, N. I. S., & Budiono, I. (2021). Risiko Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK): Studi Kohort Retrospektif Berbasis Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3), 388–395. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Lukitasari, M., Inggita, K., Nugroho, D. A., Rohman, M. S., & Kristianingrum, N. D. (2021). *Gagal Jantung* (1st ed.). Universitas Brawijaya Press. https://www.google.co.id/books/edition/Gagal_Jantung/naymEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Mahananto, F., & Djunaidy, A. (2017). Simple Symbolic Dynamic of Heart Rate Variability Identify Patient with Congestive Heart Failure. *Procedia Computer Science*, 124, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.12.147>
- Nugroho, F. A. (2018). Perancangan Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Jantung. *Jurnal Informatika Universitas Pamulang*, 3, 6–10.
- Nur, A. (2022). *Edukasi Persiapan Operasi dan Teknik Relaksasi Napas Dalam untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pasien*. Penerbit Mitra Cendekia Media.
- PERKI, K. K. G. J. dan K. (2020). Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. *Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia*, 848–853.
- Potter & Perry. (2015). *Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik* (4th ed.). Penerbit : EGC.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (I). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rahmi, U. (2019). *Dokumentasi Keperawatan* (B. Fatmawati Sari (ed.)). Bumi Medika.
- Riskesdas. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Risna, A. (2022). *Terminologi Medis*. Qiara Media.

- Rizem Aizid. (2017). Melawan Stroke dan Penyakit jantung. In *Serambi Semesta Distribusi*.
https://www.google.co.id/books/edition/Melawan_Stroke_dan_Penyakit_Jantung/x6VfEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=BUKU+penyakit++KARDIOVASKULER&printsec=frontcover
- Suprpto, Anggraini, U. Y., Banne, T. S., & Hinin Washilah. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah* (S. N. Sahara Maida Rantika (ed.); 1st ed.). Get Press.
https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Medikal_Bedah/wvySEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Tio. (2020). *Perawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif* (R. Hadi Habibul (ed.)). Pustaka Taman Ilmu.
- World Health Organization (WHO). (2021). WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. In *WHO medical device technical series*.
- Pusat Informasi Obat Nasional (Pionas). Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Republik Indonesia 2014, *Informatarium Obat Nasional Indonesia (IONI)*, BPOM RI, diakses 08 Juni 2023.
<https://pionas.pom.go.id/cari/konten/Ramipril>
<https://pionas.pom.go.id/cari/konten/aspilet>
<https://pionas.pom.go.id/cari/konten/Isosorbide%20dinitrate>

Lampiran 1 : Pathway



Sumber : (PPNI, 2017)



ANALISA OBAT

1. Ramipril

Nama paten : *anexia, cardace, decapril, hyperil, prohytens, ramipril, ramixal, redutens, tenapril, triatic, vivace*

Cara kerja : ramipril bekerja dengan cara menghambat ACE (angiotensin pengubah enzim) yang bertanggung jawab pada penyempitan pembuluh darah. Sehingga jika di berikan penghambat ACE, maka akan ada efek pelebaran pembuluh darah

Dosis :

- 1) Untuk menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi), dosisnya 2.5-5 mg perhari hingga 20 mg perhari jika diperlukan.
- 2) Untuk pengobatan gagal jantung dosis awalnya di berikan 1,25 mg sekali sehari dengan dosis maksimal 10mg perhari.
- 3) Untuk pengobatan setelah infark miokardiak, 3-10 jam setelah infark, dosis permulaan 2.5 mg 2 kali sehari dapat di tingkatkan hingga 5 mg.
- 4) Sebagai pencegahan risiko kardiovaskular, awalnya di berikan 2,5 mg perhari dapat di tingkatkan hingga 5mg perhari setelah 1 minggu.

Indikasi : pengobatan hipertensi

Kontraindikasi : pada individu yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap ramipril atau obat-obatan yang termasuk ACE inhibitor.

Efek samping : pusing, lemah, lelah,

2. Isosorbide dinirate (ISDN)

Nama paten : *cedocard, cedocard retard, farsobid, gasorbid, isoket retard, isoket spray, isonat, isorbid, isovell, vascardin.*

Cara kerja : isosorbide dinirate merupakan senyawa nitrat yang bekerja melebarkan pembuluh darah, sehingga memperlancar aliran darah dan mempermudah jantung untuk memompakan darah

Dosis : isosorbide dinirate tersedia dalam bentuk oral, sublingual (pada bawa lidah), injeksi dan intracoronary (injeksi langsung ke koroner jantung). Setiap sediaan tersebut memiliki anjuran dosis yang berbeda, sebagai berikut :

Isosorbide dinirate dalam sediaan oral :

1) untuk mengobati gagal jantung dosisnya 30-160 mg/hari dalam dosis terbagi. Maksimal 240 mg/hari.

Isosorbide dinirate dalam sediaan sublinguan (dibawah lidah) :

5) untuk mengobati gagal jantung dosisnya 5-10 mg

6) untuk mengatasi serangan nyeri dada akut dosisnya 2.5-10 mg.

Isosorbide dinirate dalam sediaan injeksi :

1) untuk mengobati gagal jantung : serangan nyeri dada yang tidak stabil, dosisnya 2-12 mg/jam, sampai 20 mg/jam jika dibutuhkan.

Isosorbide dalam sediaan intracoronary :

1) untuk percutaneous transluminal coronary angioplasty (tindakan minimal invasive dengan melakukan pelebaran dari pembuluh darah koroner yang menyempit dengan balon dan di lanjutkan dengan pemasangan stent (gorong terbuka) : 1 mg dalam bentuk injeksi bolus sebelum balon terbuka,

berikan dosis tambahan sesuai kebutuhan dengan maksimal dosis 5 mg selama 30 menit.

Indikasi : pencegahan penyakit gagal jantung dan angina pektoris.

Kontraindikasi : infark miokard akut, hipotensi, trauma serebral, anemia.

Efek samping : pening, sakit kepala, tenggorokan serak, detak jantung yang tidak beraturan.

3. Aspilet

Nama paten : *aspirin atau asetosal*

Cara kerja : menghalangi sel keping darah yang saling menempel satu sama lain.

Dosis : dosis penggunaannya harus dengan resep dokter karena berbeda dengan tiap individu.

dosis secara umum sesuai indikasi, sebagai berikut :

- 1) Untuk pencegahan awal dosis 150-300mg
- 2) Untuk penggunaan jangka panjang dosis 75-150mg perhari. Untuk penggunaan jangka pendek, dosis 150-300 mg perhari.
- 3) Untuk pengobatan akut dosis 4gram-8gram perhari dengan dosis terbagi.
- 4) Untuk dosis awal 300-900 mg, pemberian obat dapat di ulang 4-6 jam bila diperlukan dengan dosis maksimal 4gr perhari.

Indikasi : pengobatan dan pencegahan infark miokardium dan angina pektoris

Kontra indikasi : gangguan pendarahan, asma, ulkus peptikum aktif,

Efek samping : ulkus peptikum, disfungsi ginjal dan hati, peningkatan waktu pendarahan, hipoprotrombonemia, reaksi hipersensitif, pusing, titinus.

4. Paracetamol

Nama paten : *Afibramol, Afidol, Afimol, Alpara, Alphagesic, Alphamol, Anacetine Plus, Anakonidin OBH, Anaton, Antiza, Exaprofen, Betamol, Bimagen, Bodrex extra, Bodrex Flu, Buscopan Plus, Cafmosol, Calapol, Calorex, Citocetin, Defan, Dextrofen, Dextrosin, Dotramol.*

Cara kerja : menghalangi produksi prostaglandin bahan kimia yang terlibat dalam transmisi pesan rasa sakit ke otak.

Dosis :

- 1) Dewasa : 1-2 kaplet perhari, penggunaan maksimum 8 kaplet perhari
- 2) Anak : usia 7-12 tahun 0,5-1 kaplet perhari, 3-4 kaplet perhari.

Penggunaan maksimum 4 kaplet perhari.

Indikasi : untuk pereda nyeri

Kontra indikasi : penderita hipersensitif atau intoleran dengan paracetamol

Efek samping : efek samping yang umum terjadi, demam, mual, nyeri lambung, kehilangan nafsu makan, urine berwarna gelap, feses berwarna coklat atau kemerahan, serta mata atau kulit berwarna kuning. Efek samping yang jarang terjadi, feses berwarna hitam, urine berdarah atau keruh, demam dengan atau tanpa dingin serta nyeri tajam pada pinggang atau tubuh bagian samping, noda atau bercak merah pada kulit, ruam dan gatal, luka, bisul dan bercak putih pada bibir atau mulut, rasa lelah dan lemas yang tak wajar, jumlah urine yang berkurang tiba-tiba

Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

| | |
|-------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Terapi Non Farmakologi |
| Sub Pokok Bahasan | : Teknik Relaksasi Nafas Dalam |
| Sasaran | : Pasien Ny.S |
| Hari/Tanggal | : Selasa/ 21 Maret 2023 |
| Tempat | : kamar 608, Ruang Kardiovaskuler RSUD KOJA |
| Waktu | : 15 menit |
| Penyuluh | : Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada |

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapat penyuluhan 1 x 15 menit diharapkan Keluarga Ny.S dapat menjelaskan teknik relaksasai nafas dalam, serta Pasien Ny.S dapat mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam, dengan demikian Kelurga Ny.S dapat melakukannya apabila terasa nyeri Kembali

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, kelompok lansia diharapkan dapat :

1. Menyebutkan pengertian teknik relaksasi nafas dalam **dengan benar**
2. Menyebutkan tujuan relaksasi nafas dalam **dengan benar**
3. Mendeonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar **dengan benar**

III. Materi Penyuluhan

1. Terlampir

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

V. Media Penyuluhan

- a. *Leaflet*

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

| No. | Kegiatan | Uraian Kegiatan | |
|-----|----------------------------------|--|---|
| | | Penyuluh | Audience |
| 1. | Pembukaan (5 Menit) | <ol style="list-style-type: none">a. Mengucapkan salamb. Menyampaikan tujuan penyuluhanc. Melakukan apresiasi | <ol style="list-style-type: none">a. Menjawab salamb. Menyetujui tujuan penyuluhanc. Mengikuti apresiasi |
| 2. | Penyampaian Materi (20 Menit) | <ol style="list-style-type: none">a. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi nafas dalamb. Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalamc. Menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalamd. Menjelaskan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam | <ol style="list-style-type: none">a. Menyimak dan menjelaskan materi yang diberikanb. Mempraktekanc. Bertanyad. Menyimak jawaban pertanyaan pasien |

| | | | |
|----|-------------------------------|--|--|
| | | <p>e. Memberi kesempatan audience untuk bertanya mengenai hal yang belum dipahaminya</p> <p>f. Memberikan pertanyaan kepada klien mengenai materi yang telah disampaikan</p> <p>g. Menjawab pertanyaan klien</p> | |
| 3. | <p>Penutup (5 Menit)</p> | <p>a. Melakukan evaluasi</p> <p>b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi</p> <p>c. Mengucapkan salam</p> | <p>a. Menjawab pertanyaan</p> <p>b. Menyimak kesimpulan</p> <p>c. Menjawab salam</p> |

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural → sebelum

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi yang akan diberikan
- c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan pendidikan kesehatan
- d. Mahasiswa, pasien dan keluarga berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses → saat
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Keluarga Ny.S dan Pasien Ny.S aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Keluarga Ny.S dan Pasien Ny.S mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil → materi
 - a. Keluarga Ny.S dan Pasien Ny.S dapat menyebutkan pengertian teknik relaksasi nafas dalam , tujuan teknik relaksasi nafas dalam **dengan benar** → kognitif
 - b. Keluarga Ny.S dan Pasien Ny.S menunjukkan antusias/ keinginan untuk mengetahui dan mengimplementasikan ketika terjadi nyeri dikemudian hari teknik relaksasi nafas dalam **dengan baik** → afektif
 - c. Keluarga Ny.S dan Pasien Ny.S dapat mempraktikkan kembali bagaimana teknik relaksasi nafas dalam yang baik dan benar **dengan tepat** → psikomotor
4. Pertanyaan evaluasi
 1. Apakah teknik relaksasi nafas dalam dengan tepat?
 2. Apakah manfaat teknik relaksasi nafas dalam?
 3. Bagaimana cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam?

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Terapi relaksasi merupakan tehnik yang di dasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Tehnik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis (Nur, 2022)

B. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri dengan mekanisme yaitu pertama dengan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme yang disebabkan prostaglandin, sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik (Azhari & Delvia, 2022).

C. Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

1. Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Pasien tidak mengalami stress
4. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri
5. Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri
6. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau penglihatan perhatian

D. Penatalaksanaan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Langkah – Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam menurut (Potter & Perry, 2015) :

1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk di tempat tidur dengan nyaman mungkin
2. Letakan tangan pasien di atas abdomen (tepat di bawah iga) dan tangan lainnya ditengah – tengah dada untuk merasakan Gerakan dada dan abdomen pada saat bernapas
3. Keluarkan napas secara perlahan
4. Tarik napas dalam melalui hidung secara perlahan – lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat minimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik napas
5. Keluarkan napas selama 3 detik
6. Hembuskan dan keluarkan napas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik
7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari Tarik napas, tahan dan hembuskan).

Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet

DAFTAR PUSTAKA

Nur Akbar, et al. (2022). EDUKASI PERSIAPAN OPERASI DAN TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN. Jakarta: Penerbit Mitra Cendekia Media.

Potter & Perry. (2015). Fundametal Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik (4th ed.). Penerbit: EGC.

Kementrian Kesehatan RI. 2021. Profil Kesehatan Indonesia 2021. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 20 April 2023 dari : https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1054/teknik-relaksasi-nafas-dalam

- Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari Tarik napas, tahan dan hembuskan).

LANGKAH - LANGKAH TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Langkah – Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam menurut (Potter & Perry, 2015) :

Atur posisi pasien dengan posisi duduk di tempat tidur dengan nyaman mungkin
Letakan tangan pasien di atas abdomen (tepat di bawah iga) dan tangan lainnya ditengah – tengah dada untuk merasakan Gerakan dada dan abdomen pada saat bernapas

- Keluarkan napas secara perlahan
- Tarik napas dalam melalui hidung secara perlahan – lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat minimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik napas
- Keluarkan napas selama 3 detik
- Hembuskan dan keluarkan napas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik





DAFTAR PUSTAKA

Nur Akbar, et al. (2022). EDUKASI PERSIAPAN OPERASI DAN TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN. Jakarta: Penerbit Mitra Cendekia Media.

Potter & Perry. (2015). Fundametal Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik (4th ed.). Penerbit: EGC.

Kementrian Kesehatan RI. 2021. Profil Kesehatan Indonesia 2021. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 20 April 2023 dari : https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1054/teknik-relaksasi-nafas-dalam

- Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari Tarik napas, tahan dan hembuskan).

LANGKAH - LANGKAH TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Langkah – Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam menurut (Potter & Perry, 2015) :

Atur posisi pasien dengan posisi duduk di tempat tidur dengan nyaman mungkin
Letakan tangan pasien di atas abdomen (tepat di bawah iga) dan tangan lainnya ditengah – tengah dada untuk merasakan Gerakan dada dan abdomen pada saat bernapas

- Keluarkan napas secara perlahan
- Tarik napas dalam melalui hidung secara perlahan – lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat minimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik napas
- Keluarkan napas selama 3 detik
- Hembuskan dan keluarkan napas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik







STIKes RS Husada

Teknik Relaksasi Napas Dalam



Filhayati Janatun
2011095
Tingkat 3C

Apa Itu Teknik Relaksasi Napas Dalam ?



Terapi relaksasi merupakan tehnik yang di dasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Tehnik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. (Nur, 2022)





Tujuan nya untuk apa??

Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri dengan mekanisme yaitu pertama dengan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme yang disebabkan prostaglandin, sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik (Azhari & Delvia, 2022).

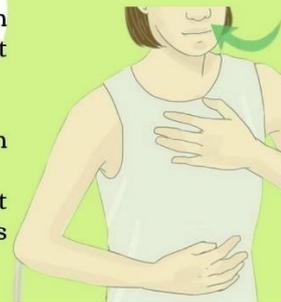
Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam :

1. Mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Mengurangi stress
4. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri
5. Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri
6. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau penglihatan perhatian

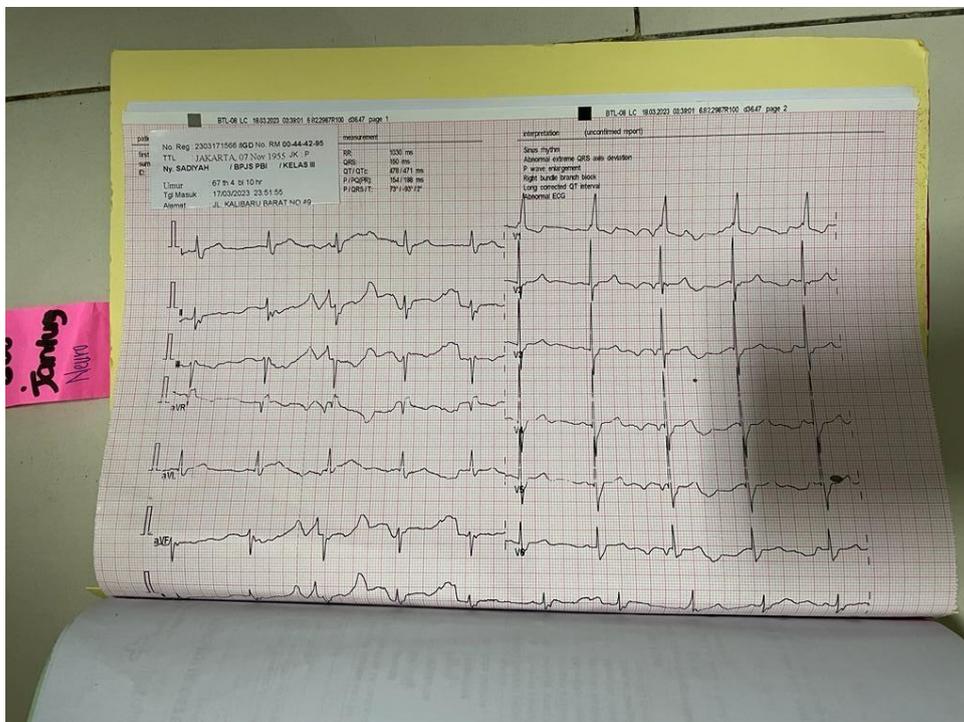


Langkah - Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam menurut (Potter & Perry, 2015) :

1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk di tempat tidur dengan nyaman mungkin
2. Letakan tangan pasien di atas abdomen (tepat di bawah iga) dan tangan lainnya ditengah-tengah dada untuk merasakan Gerakan dada dan abdomen pada saat bernapas
3. Keluarkan napas secara perlahan
4. Tarik napas dalam melalui hidung secara perlahan - lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat minimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik napas
5. Keluarkan napas selama 3 detik
6. Hembuskan dan keluarkan napas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik
7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari Tarik napas, tahan dan hembuskan).

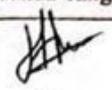
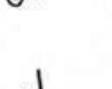
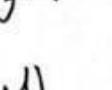
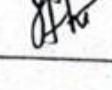


Lampiran 5 : Hasil Foto Rongen & EKG



LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing : Ns. Fendy Yesayas, M.Kep
Nama Mahasiswa : Filhayati Janatun
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi kamar 608 Lantai 7 RSUD Koja Jakarta Utara.

| No | Tanggal | Konsultasi (saran/perbaikan | Tanda Tangan |
|-----|---------------|---|---|
| 1. | 10 Maret 2023 | Bimbingan sebelum pengambilan judul karya tulis ilmiah |  |
| 2. | 23 Maret 2023 | Bimbingan setelah pengambilan kasus karya tulis ilmiah |  |
| 3. | 28 Maret 2023 | Konsultasu BAB I dan BAB III |  |
| 4. | 05 April 2023 | Revisi BAB I menambahkan penjelasan mengenai data prevalensi dan Revisi BAB III |  |
| 5. | 09 April 2023 | Revisi BAB I dan sistematika penulisan dan sitasi dan Revisi BAB III |  |
| 6. | 16 Mei 2023 | Bimbingan dan mengajukan dan Revisi BAB I,II dan III melalui zoom dan gdrive |  |
| 7. | 21 Mei 2023 | ACC BAB I |  |
| 8. | 24 Mei 2023 | ACC BAB II |  |
| 9. | 31 Mei 2023 | Konsultasi BAB I-V |  |
| 10. | 02 Juni 2023 | ACC BAB II dan BAB IV |  |
| 11. | 03 Juni 2023 | Konsultasi BAB V |  |
| 12. | 05 Juni 2023 | Revisi BAB V Kesimpulan dan saran |  |
| 13. | 07 Juni 2023 | Konsultasi BAB I-V dan ACC BAB I-V |  |
| 14. | 08 Juni 2023 | Konsultasi Lampiran pathway dan analisa |  |