



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S DENGAN
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUANG KARDIOLOGI
KAMAR 606 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

DWI FITRIYANI

2011090

**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 606 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

Dwi Fitriyani

2011090

**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 : Dwi Fitriyani

NIM : 2011090

Tanda Tangan : 

Tanggal : 21 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S Dengan
Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi
Kamar 606 RSUD Koja Jakarta Utara**

Pembimbing

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

Penguji I

(Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep.)

Penguji II

(Ns. Dian Fitria, M.Kep.,Sp.Kep.J)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi Kamar 606 RSUD Koja Jakarta”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta
2. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
3. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
4. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Dian Fitria, M.Kep.,Sp.Kep.J selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ny. S dan keluarga sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis.
7. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
8. Kepala ruangan kardiologi dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan kardiologi.
9. Kepada orang tua saya Bapak Supriadi, Ibu Sahini, dan kakak saya yang telah memberikan bantuan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta

tidak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

10. Kepada sahabat saya yang telah memberikan dukungan, motivasi dan tempat untuk penulis berkeluh kesah (kasih, nela, ani, amel, fuji,) sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.
11. Sahabat seperjuangan di STIKes RS Husada yang sudah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini yang telah memberikan dukungan dan motivasi (Tasya Asti Amalia Jasman, Eva Hermana Lia Putri, Tri Halimah, Lewinda Octa, Dewi Alfrida, Dwi antikah).
12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok 1 ruangan kardiologi dalam Faisal, Lewinda, Meisya, dan Nia Arditya yang telah saling membantu selama masa dinas.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 21 Juni 2023

Penulis



(Dwi Fitriyani)

DAFTAR ISI

	Isi
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II : TINJAUAN TEORI.....	8
A. Definisi.....	8
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan.....	13
D. Pengkajian Keperawatan.....	15
E. Diagnosa Keperawatan	20
F. Perencanaan Keperawatan	22
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	31
H. Evaluasi Keperawatan	32
BAB III : TINJAUAN KASUS.....	34
A. Pengkajian	34
B. Diagnosa keperawatan	49
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.....	49
BAB IV : PEMBAHASAN.....	61
A. Pengkajian	61
B. Diagnosa Keperawatan.....	66
C. Perencanaan Keperawatan	67
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	68
E. Evaluasi	70
BAB V : PENUTUP.....	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	75
	Hal
Tabel 3.1 : Analisa Data.....	46

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 3.1 : Riwayat Kesehatan Keluarga	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : *Pathway*

Lampiran 2 : Analisa Obat

Lampiran 3 : Hasil Lab

Lampiran 4 : Foto Thorax

Lampiran 5 : Hasil EKG

Lampiran 6 : Hasil USG

Lampiran 7 : Hasil *Echocardiography*

Lampiran 8 : Lembar konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan, yang ditandai dengan tanda dan gejala kelebihan cairan atau perfusi jaringan yang tidak memadai. Kelebihan cairan dan penurunan perfusi jaringan terjadi ketika jantung tidak dapat menghasilkan oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Gagal jantung adalah penyakit progresif seumur hidup yang diobati dengan perubahan gaya hidup dan pengobatan untuk mencegah episode akut gagal jantung. Gagal jantung terkait erat dengan peningkatan rawat inap, peningkatan biaya kesehatan dan penurunan kualitas hidup (Tarigan, 2020).

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling sering terjadi di seluruh dunia yang mengakibatkan tingginya angka mortalitas, morbiditas dan juga berdampak secara finansial. (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018)

World Health Organization (WHO) mengemukakan penyakit jantung menjadi penyebab utama kematian di tingkat global selama 20 tahun terakhir. Namun, sekarang membunuh lebih banyak orang dari pada sebelumnya. Jumlah kematian akibat penyakit jantung meningkat lebih dari 2 juta sejak tahun 2000, menjadi hampir 9 juta pada tahun 2019.

Kementerian Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa Gagal jantung kongestif merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia setelah stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi gagal jantung kongestif di Indonesia yang didiagnosis dokter adalah sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sementara itu, Hasil data riset kesehatan dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa di DKI Jakarta diketahui penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter pada umur lebih dari 15 tahun menurut Kabupaten atau Kota DKI Jakarta mencapai 1,90 % atau sekitar 15.170. Didapatkan 1,95% laki-laki lebih besar mengalami penyakit gagal jantung sedangkan perempuan hanya 1,85%. (Kemenkes RI, 2018).

Sedangkan berdasarkan informasi dari bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara pasien yang dirawat dengan gagal jantung kongestif berjumlah 904 orang atau 0,30 % dari seluruh pasien yang dirawat di RSUD Koja selama periode januari 2022 sampai dengan januari 2023.

Gagal jantung adalah kombinasi gejala struktural atau fungsional di mana pengisian ventrikel dan pemompaan jantung untuk memompa darah terganggu. Tanda utama gagal jantung adalah mudah lelah dan sesak napas saat beraktivitas, yang dapat membatasi aktivitas fisik, retensi cairan, yang menyebabkan obstruksi paru, dan edema perifer. Beberapa pasien mungkin memiliki gejala retensi cairan, sementara yang lain memiliki aktivitas terbatas dan mudah lelah tanpa gejala obstruksi. Sindrom gagal jantung ini dapat terjadi akibat gangguan pada jantung, miokardium, endokardium, katup

jantung, pembuluh darah besar atau gangguan metabolisme tertentu. Keluhan utama pasien terutama karena gangguan fungsi ejeksi ventrikel kiri (Nugroho & Hadinata, 2019)

Pengurangan faktor risiko dan manajemen agresif kondisi komorbiditas pada pasien dengan gagal jantung berisiko tinggi adalah kunci untuk mencegah morbiditas dan mortalitas terkait penyakit ini. Selain terapi medis yang tepat, pasien memerlukan bimbingan untuk memantau sendiri gejala/tanda gagal jantung dan menerapkan kebiasaan gaya hidup sehat seperti penurunan berat badan, berhenti merokok, olahraga teratur, dan berhenti minum alkohol. Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Hal ini membutuhkan pendekatan pengobatan multifaset, termasuk pendidikan pasien, manajemen farmakologis, dan intervensi bedah untuk mengoptimalkan hasil klinis. Penyedia medis perawatan primer dan ahli jantung harus mengoordinasikan perawatan untuk meminimalkan hasil yang merugikan dari terapi medis dan mencegah perkembangan penyakit ini. Tim interprofesional yang kolaboratif dapat sangat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung dan menurunkan angka kematian (Malik et al., 2022).

Peran perawat dalam hal ini sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan pasien gagal jantung kongestif, meliputi dukungan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Upaya promotif ditujukan untuk mendorong kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, dalam hal ini peran perawat dapat melakukan pendekatan

promotif dengan memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga mengenai gaya hidup sehat, seperti pola makan seimbang, olahraga teratur dan menghindari faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi gagal jantung, seperti meroko dan mengonsumsi alkohol secara berlebihan. Dalam upaya preventif preventif bertujuan untuk mencegah timbulnya komplikasi atau memperburuk kondisi pasien. Dalam hal gagal jantung kongestif, perawat dapat melakukan pendekatan preventif dengan memastikan pasien mematuhi pengobatan yang diresepkan, seperti mengonsumsi obat sesuai jadwal dan dosis yang mengawasi tanda-tanda perburukan kondisi pasien dan memberikan intervensi yang diperlukan, seperti memberikan diuretik jika terjadi retensi cairan. Upaya kuratif terkait dengan intervensi medis, perawat memastikan bahwa pasien dengan gagal jantung kongestif melakukan kunjungan medis secara teratur, minum obat dan mempertahankan berat badan yang stabil. Sedangkan tindakan rehabilitatif meliputi manajemen gaya hidup penekanan pada kepatuhan diet gagal jantung pasien, seperti pola minum, menghindari aktivitas berlebihan yang dapat menimbulkan gejala seperti berlari, menaiki tangga, istirahat yang cukup, dan penggunaan layanan kesehatan yang optimal untuk memantau kesehatan pasien setiap saat. secara teratur rutin (Nirmalasari, 2017).

Dengan paparan diatas menjadi suatu hal yang sangat penting bagi penulis untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan ilmu yang didapat selama perkuliahan dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.

2. Tujuan Khusus

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

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S Dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi 606 RSUD Koja Jakarta" dengan menggunakan proses keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 13 Maret 2023 sampai dengan 15 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan makalah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif, melalui masalah yang ada untuk memberikan jalan keluar dengan pendekatan proses keperawatan. Adapun data pasien diperoleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga serta pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi secara langsung dan pengumpulan data dari rekam medis serta catatan yang berkaitan dengan penyakit pasien. Dalam metode studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan makalah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 5 BAB yaitu BAB I berisi pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah,

tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II berisi tinjauan teori yang menguraikan konsep dasar yang meliputi manifestasi klinis, komplikasi, pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medis, dan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi. BAB III berisi tinjauan kasus meliputi asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dan keperawatan. BAB IV berisi pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor-faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V berisi penutup meliputi kesimpulan dan saran dari keseluruhan makalah

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Gagal jantung adalah kombinasi dari gejala struktural atau fungsional dimana pengisian ventrikel dan pemompaan jantung untuk memompa darah terganggu Nugroho & Hadinata (2019). Gagal jantung adalah sindrom klinis yang kompleks dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Hal ini disebabkan oleh gangguan yang mencegah pengisian ventrikel atau aliran darah ke dalam sirkulasi sistemik. Pasien biasanya datang dengan kelelahan dan sesak napas, penurunan toleransi olahraga dan akumulasi cairan (edema paru dan perifer) (Malik, Brito, Vagar 2021).

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

B. Patofisiologi

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang disebabkan oleh berbagai penyebab yang dapat mempengaruhi salah satu atau kedua ventrikel. Curah

jantung biasanya lebih rendah dari biasanya. Disfungsi sistolik dengan penurunan curah jantung dan penurunan fraksi ejeksi yang nyata ($<45>60\%$) merupakan tanda gagal jantung akut, terutama gagal jantung yang disebabkan oleh infark miokard. Disfungsi diastolik sering disebabkan oleh pembesaran dan kekakuan miokard, dan meskipun curah jantung berkurang, fraksi ejeksi biasanya normal. Gagal jantung akibat disfungsi diastolik biasanya tidak berespon optimal terhadap obat dengan efek inotropik positif. Gagal jantung diastolik adalah kondisi langka dan biasanya disebabkan oleh hipertiroidisme, dan anemia. Bentuk gagal jantung ini biasanya tidak merespon dengan baik obat yang digunakan untuk mengobati gagal jantung, dan pengobatan yang paling tepat adalah menghilangkan penyebab yang mendasarinya.

Kompensasi eksternal atau neurohumoral melibatkan dua mekanisme utama yaitu sistem saraf simpatis dan respon hormonal terhadap renin, angiotensin dan aldosteron. Refleks baroreseptor menyebabkan sensitivitas tekanan darah rendah pada pasien dengan gagal jantung, mengakibatkan penurunan masukan sensorik dari baroreseptor ke pusat vasomotor bahkan dengan tekanan darah normal. Aliran keluar simpatis meningkat dan aliran parasimpatis menurun. Potensiasi sistem saraf simpatis menyebabkan takikardia, peningkatan kontraktilitas jantung, dan peningkatan tonus pembuluh darah. Tonus pembuluh darah selanjutnya ditingkatkan oleh angiotensin II dan endotelin, suatu vasokonstriktor kuat yang disekresikan oleh sel endotel. Vasokonstriksi meningkatkan *afterload*, yang selanjutnya menurunkan fraksi ejeksi dan curah jantung. Hasil dari mekanisme kompensasi

ini adalah siklus tanpa akhir yang mengarah pada perkembangan gagal jantung. (Mayangsari et al., 2019)

Menurut Anies (2021) jantung memiliki empat ruang yang memiliki fungsi masing-masing yaitu serambi kanan dan kiri di atas, serta bilik kanan dan kiri di bawah. Bergantung pada lokasi bilik jantung, gagal jantung dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis: kiri, kanan, dan campuran.

Gagal ventrikel kiri pada pasien dengan gagal jantung ventrikel kiri, dimana ventrikel kiri jantung tidak berfungsi dengan baik. Pada bagian ini, darah harus mengalir secara optimal melalui aorta melalui tubuh dan kemudian diteruskan ke arteri. Oleh karena ventrikel kiri tidak berfungsi optimal, terjadi peningkatan tekanan di atrium kiri dan pembuluh darah di sekitarnya. Kondisi ini menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru (edema paru). Penumpukan cairan di perut dan kaki juga bisa terjadi. Kurangnya aliran darah ini merusak fungsi ginjal dan menyebabkan tubuh menahan lebih banyak air dan garam daripada yang dibutuhkan. Dalam beberapa kasus, penyakit ini bahkan mungkin tidak disebabkan oleh ketidakmampuan ventrikel kiri untuk memompa darah. Terkadang penyebabnya terletak pada ketidakmampuan ventrikel kiri untuk rileks, sehingga darahberbalik lagi ke atrium saat jantung memberikan tekanan balik untuk mengisi ventrikel.

Gagal jantung kanan terjadi bila bilik kanan jantung mengalami kesulitan memompa darah ke paru-paru. Hal ini menyebabkan darah terakumulasi di pembuluh darah balik (vena), menyebabkan edema di perut dan bagian tubuh lainnya, seperti kaki. Gagal jantung kanan sering dimulai dengan gagal jantung kiri ketika tekanan darah di paru-paru tinggi, mempengaruhi kemampuan

jantung kanan untuk memompa darah ke paru-paru. Gagal jantung berikutnya adalah gagal jantung campuran. Gagal jantung campuran adalah gagal jantung kiri dan kanan yang terjadi secara bersamaan.

Menurut Mayangsari et al., (2019) performa jantung merupakan fungsi dari keempat faktor berikut: Pertama *Preload*. *Preload* lebih besar dari 20-25 mmHg menyebabkan kongesti paru. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, *preload* meningkat pada gagal jantung karena peningkatan volume darah dan tonus vena; Kedua *afterload*. *Afterload* adalah resistensi atau tekanan yang harus ditahan otot jantung saat memompa darah; Ketiga kontraktilita. Miokardium pasien gagal jantung menunjukkan gangguan kontraktilitas intrinsik. Ketika kontraktilitas pasien menurun, laju pemendekan otot, laju perkembangan tekanan intraventrikular, dan volume sekuncup menurun. Namun, jantung masih dapat merespon inotropik positif; Keempat denyut jantung. Denyut jantung adalah ukuran curah jantung yang paling penting. Selain penurunan fungsi intrinsik dan penurunan volume sekuncup pada gagal jantung, peningkatan denyut jantung melalui aktivasi sistem saraf simpatis melalui reseptor beta-adrenergik merupakan mekanisme kompensasi pertama yang dapat memulihkan curah jantung.

Menurut Padila (2019), jantung yang normal dapat merespon peningkatan kebutuhan metabolisme dengan memanfaatkan berbagai mekanisme kompensasi untuk mempertahankan curah jantung, antara lain: 1). Respon sistem saraf simpatis terhadap baroreseptor atau kemoreseptor; 2). Regangkan dan lebarkan otot jantung untuk mengakomodasi peningkatan volume; 3). Vasokonstriksi arteriolar ginjal dan aktivasi sistem renin-

angiotensin; 4). Respon terhadap natrium serum dan pengaturan ADH dan reabsorpsi cairan.

Kegagalan mekanisme kompensasi dapat dipercepat dengan memompa volume darah yang bersirkulasi melawan peningkatan resistensi vaskular yang disebabkan oleh kontraksi jantung. Denyut jantung mempersingkat waktu yang dibutuhkan ventrikel untuk mengisi arteri koroner. Mengurangi COP dan menyebabkan pasokan oksigen ke miokardium tidak mencukupi. Pembesaran dinding akibat dilatasi menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen dan pembesaran jantung (hipertrofi), terutama pada jantung iskemik, atau kerusakan akibat kegagalan mekanisme pemompaan (Padila,2019).

Tanda dan gejala utama dari semua jenis gagal jantung meliputi takikardia, penurunan toleransi olahraga, dispnea, dan kardiomegali. Edema paru atau edema perifer (hiperemia) tidak selalu ada. Penurunan toleransi olahraga, disertai dengan kelelahan otot yang cepat, merupakan konsekuensi dari penurunan curah jantung. Gejala lainnya disebabkan oleh mekanisme kompensasi tubuh untuk mengatasi penurunan curah jantung ini.

Terdapat beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung yaitu: hepatomegaly, aritmia, efusi pleura, dan kerusakan dan kegagalan ginjal. Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar. Pasien dengan gagal jantung pun mempunyai risiko untuk mengalami aritmia, biasanya disebabkan karena *tachiaritmias ventrikuler*. Aritmia ventrikel dapat menyebabkan sinkop atau kematian jantung mendadak (25% - 50% kematian pada pasien CHF). Komplikasi Efusi Pleura disebabkan dari peningkatan tekanan kapiler. Transudasi cairan terjadi

dari kapiler masuk ke dalam ruang pleura. Efusi pleura biasanya terjadi pada lobus bawah. Gagal jantung dapat mengurangi aliran darah ke ginjal, yang akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal jika tidak di tangani. Kerusakan ginjal dari gagal jantung dapat membutuhkan dialysis untuk pengobatan

C. Penatalaksanaan

Pengobatan gagal jantung juga meliputi pengobatan nonfarmakologis dan farmakologis, yang juga berperan penting dalam penatalaksanaan pasien gagal jantung. Manajemen pengobatan pada pasien dengan gagal jantung menurut Mayangsari et al.,(2019) adalah sebagai berikut:

1. Terapi farmakologis
 - a. Anti-remodeling menghambat mekanisme kompensasi neuronal (*beta blocker*) dan humoral (*ACE inhibitor, angiotensin receptor blockers*). Obat ini biasanya harus diberikan kepada pasien gagal jantung kronis untuk mencegah perkembangannya, dengan mempertimbangkan status klinis dan kemungkinan efek samping. Perlu diperhatikan bahwa dosis yang diberikan pada pasien gagal jantung tidak dimaksudkan untuk menurunkan tekanan darah, melainkan untuk mencegah remodeling. Oleh karena itu, titrasi dosis kecil biasanya dimulai dengan dosis titrasi yang kecil.
 - b. Terapi untuk sindrom kongestif ditujukan untuk mengurangi *preload* dan stres jantung. Obat-obatan ini termasuk diuretik (*diuretik loop* biasanya dipilih) dan antagonis reseptor aldosteron. Sesuai fungsinya, obat ini diberikan bila terdapat tanda-tanda kongesti berupa kongesti perifer atau paru dan dosisnya menyesuaikan status kongestif pasien.

Menurut Padila (2019) terapi diuretik untuk merangsang pengeluaran natrium dan air dari ginjal, penggunaan harus hati-hati dilakukan karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.

- c. Obat inotropik Obat ini dirancang untuk meningkatkan kontraktilitas jantung. Salah satu obat inotropik yang digunakan untuk mengobati gagal jantung kronis, namun bukan sebagai obat lini pertama, adalah digitalis. Obat inotropik juga digunakan untuk mengobati gagal jantung akut atau syok kardiogenik (misalnya dobutamin, dopamin, norepinefrin).
 - d. Vasodilator. Obat ini tidak digunakan sebagai terapi lini pertama, tetapi digunakan untuk mengurangi *preload* guna meningkatkan curah jantung. Contoh: hidralazin, nitrat. Menurut Padila (2019) terapi vasodilator merupakan obat fase aktif, digunakan untuk mengurangi efek tekanan pada keluaran ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan meningkatkan kapasitas vena, menurunkan tekanan pengisian ventrikel kiri.
 - e. Glikosida jantung, yang meningkatkan kekuatan kontraksi miokardium dan memperlambat detak jantung, mengakibatkan peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah, peningkatan diuresis dan penurunan edema (Padila, 2019).
2. Terapi non farmakologis.

Perawat dapat memberikan edukasi kepada pasien mengenai diet yang dianjurkan dan membantu dalam merencanakan menu yang sesuai,

Pengaturan Asupan Cairan: Pasien gagal jantung kongestif sering kali harus membatasi asupan cairan untuk mengendalikan retensi cairan.

Perawat dapat membantu pasien memahami pentingnya pemantauan berat badan dan memberikan pedoman tentang tindakan yang harus diambil jika terjadi kenaikan berat badan yang signifikan. Latihan Fisik Teratur: Latihan fisik yang terarah dan terkendali dapat membantu memperkuat otot jantung dan meningkatkan kapasitas kardiorespirasi pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah pemikiran dari dasar proses keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan informasi atau data tentang pasien untuk mengidentifikasi dan mengenali masalah, kesehatan dan kebutuhan keperawatan pasien, baik fisik maupun mental, sosial dan lingkungan.

Menurut Bakar, (2018) pengkajian yang dilakukan pada pasien jantung kongestif adalah sebagai berikut :

1. Identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin dan umur

Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pasien secara unik dan menyusun catatan medis yang tepat. Identitas pasien juga diperlukan untuk tujuan administratif dan komunikasi antar tim medis.

Selain identitas dasar, pengkajian juga melibatkan informasi tambahan seperti riwayat medis pasien, riwayat keluarga, dan riwayat gejala yang dialami. Informasi ini membantu dalam mengevaluasi faktor risiko, penyebab yang mendasari, serta memahami perjalanan penyakit pasien.

Pengkajian juga mencakup pemeriksaan fisik untuk menentukan tanda-tanda klinis yang terkait dengan gagal jantung kongestif. Ini meliputi pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suara jantung, dan tanda-tanda kelebihan cairan seperti edema pada tungkai atau perut. Selain itu, pasien juga dapat menjalani tes diagnostik seperti tes darah untuk memeriksa fungsi organ, enzim jantung, dan penanda peradangan. Tes penunjang seperti elektrokardiogram (EKG), echocardiogram, atau tes radiologi juga mungkin dilakukan untuk mengevaluasi struktur dan fungsi jantung pasien. Pengkajian pada pasien gagal jantung kongestif merupakan proses yang komprehensif dan multidisiplin yang melibatkan berbagai aspek informasi klinis. Identitas pasien, termasuk nama, jenis kelamin, dan umur, merupakan bagian penting dari pengkajian tersebut untuk mengidentifikasi pasien secara individu dan memfasilitasi pengelolaan perawatan yang tepat.

2. Keluhan utama pasien : biasanya ditemukan sesak nafas, dan mudah lelah terutama saat beraktivitas
3. Riwayat penyakit sekarang : Sesak napas selama kegiatan paling sering, kadangkadang saat istirahat atau saat tidur, pembengkakan pada pergelangan kaki, kelelahan.
4. Riwayat penyakit dahulu : hipertensi, diabetes, merokok, penyakit jantung, riwayat penyakit keluarga, riwayat pengobatan .
5. Pemeriksaan fisik pada pasien dengan gagal jantung yaitu :
 - a. Kepala dan Leher:

Memeriksa tanda-tanda sianosis pada bibir, wajah, dan lidah.
Mengamati pembengkakan atau distensi pada vena jugularis.
Memeriksa adanya pembesaran kelenjar tiroid.

b. Dada :

Memeriksa adanya retraksi dinding dada saat pasien bernapas.
Mendengarkan suara jantung dengan stetoskop untuk mendeteksi adanya bising.

c. Mendengarkan suara jantung dengan stetoskop untuk mendeteksi adanya bising jantung, gallop, atau murmur.

Menilai perkusi dada untuk mencari adanya perubahan pada batas jantung atau peningkatan ukuran jantung.

Memeriksa adanya peningkatan atau asimetri gerakan dada saat pasien bernapas.

d. Paru-paru:

- Mendengarkan suara napas menggunakan stetoskop untuk menggunakan stetoskop untuk mendeteksi adanya suara napas tambahan seperti ronki, krekels, atau rales.
- Menilai frekuensi dan kedalaman pernapasan pasien.
Memeriksa adanya retraksi interkostal atau supraklavikular saat pasien bernapas.

e. Abdomen:

- Memeriksa distensi atau pembesaran abdomen.
- Menilai nyeri tekan atau ketidaknyamanan pada palpasi

- Menilai nyeri tekan atau ketidaknyamanan pada palpasi abdomen.
- Memeriksa hepar (hati) untuk menilai ukurannya dan keberadaan hepatomegali.
- Memeriksa adanya splenomegali (pembesaran limpa) pada palpasi abdomen.

f. Ekstremitas:

- Memeriksa adanya edema pada kaki, pergelangan kaki, atau daerah lainnya.
- Memeriksa turgor kulit untuk menilai kelembaban dan elastisitasnya.
- Memeriksa adanya sianosis pada jari-jari tangan atau kaki.
- Memeriksa adanya varises pada tungkai.

g. Neurologis:

- Memeriksa tingkat kesadaran dan orientasi pasien.
- Menilai fungsi kognitif pasien, termasuk memori, perhatian, dan kemampuan berbicara.
- Memeriksa adanya kelemahan

h. Auskultasi: nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan istirahat. Bunyi jantung S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke atrium yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi atau stenosis katup.

- i. Palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulsus alternans (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.
- j. Pemeriksaan kulit: kulit pucat (karena penurunan perfusi perifer sekunder) dan sianosis (terjadi sebagai refraktori gagal jantung kronis).
- k. Area yang sakit sering berwarna biru/belang karena peningkatan kongestif vena.
- l. Sirkulasi tekanan darah mungkin rendah (gagal pemompaan), irama jantung disritmia, frekuensi jantung takikardi.
- m. Pernafasan takipnea, nafas dangkal, penggunaan otot asesori pernapasan, batuk kering/nyaring, atau non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa pembentukan sputum.
- n. Nyeri atau keamaan : nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas dan sakit pada otot.
- o. Eliminasi: bising usus normal atau meningkat.
- p. Makanan/cairan : kehilangan nafsu makan, muntah, mual, penambahan berat badan yang signifikan, pembengkakan pada ekstremitas bawah.
- q. Aktifitas/istirahat: kelelahan atau kelelahan terus-menerus saat beraktifas maupun saat istirahat.
- r. Integritas ego: ansietas, khawatir, dan takut, stres yang berhubungan dengan penyakit atau keprihatinan finansial (pekerjaan, biaya perawatan medis)

6. Pemeriksaan diagnostik untuk pasien Gagal jantung kongestif terdiri dari (Padila, 2019):

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

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan dasar untuk menyusun rencana tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosa medis sebab dalam mengumpulkan data data saat melakukan pengkajian keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Nafiah, Salsabila, 2021). Diagnosa keperawatan pada pasien gagal jantung menurut Tim Pokja DPP PPNI (2020) yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (mis, bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan

konduksi), perubahan *preload* (mis, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun, hepatomegali, murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun), perubahan *afterload* (mis, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* >3 detik, oliguria, warna kulit pucat atau sianosis, *pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun, *systemic vascular resistance* (SVR) meningkat/menurun), perubahan kontraktilitas (mis, terdengar suara jantung S3 atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun, *cardiac index* (CI) menurun, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) menurun, *stroke volume index* (SVI) menurun).

2. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).
3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena.
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis, merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis, diabetes melitus, hyperlipidemia).
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan kelemahan, kelelahan, perubahan tandatanda vital.

6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, kurang terpapar informasi.
7. Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan).

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2020).

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (mis, bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi), perubahan *preload* (mis, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun, hepatomegali, murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun), perubahan *afterload* (mis, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* >3 detik, oliguria, warna kulit pucat atau sianosis, *pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun, *systemic vascular resistance* (SVR) meningkat/menurun), perubahan kontraktilitas (mis, terdengar suara jantung S3 atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun, *cardiac index* (CI)

menurun, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) menurun, *stroke volume index* (SVI) menurun).

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pertukaran curah jantung meningkat

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

Intervensi : Perawatan jantung

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor keluhan nyeri dada
- h. Monitor ekg 12 sadapan
- i. Monitor aritmia
- j. Monitor nilai laboratorium jantung
- k. Monitor fungsi alat pacu jantung

- l. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan setelah beraktivitas
 - m. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
 - n. Berikan diet jantung yang sesuai
 - o. Gunakan stockinh elastis atau pneumatic intermiten
 - p. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
 - q. Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stres
 - r. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
 - s. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
 - t. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
 - u. Anjurkan berhenti merokok
 - v. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
 - w. Kolaborasi pemberian antiaritmia
2. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaphoresis menurun, perasaan depresi menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, focus

membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan

membaik, pola tidur membaik **Intervensi:** Manajemen nyeri

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri,
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri,
- i. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- j. Fasilitasi istirahat tidur
- k. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- l. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- m. jelaskan strategi meredakan nyeri
- n. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- o. Anjurkan menggunakan analgetik secara mandiri
- p. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- q. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
- r. Kolaborasi pemberian analgetik

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

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

Intervensi : Manajemen hipervolemia

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)
- b. Identifikasi penyebab hipervolemia
- c. Monitor status hemodinamik
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor tanda hemokonsentrasi
- f. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
- g. Monitor kecepatan infus secara ketat
- h. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
- i. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- j. Batasi asupan cairan dan garam

- k. Tingikan kepala tempat tidur 30-40°
 - l. Anjurkan melapor jika haluaran urin $<0,5$ ml/kg/jam dalam 6 jam
 - m. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
 - n. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin
 - o. Ajarkan cara membatasi cairan
 - p. Kolaborasi pemberian diuretic
 - q. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretic.
 - r. Kolaborasi pemberian Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT), jika perlu.
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis, merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis, diabetes melitus, hyperlipidemia).

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer membaik

Kriteria hasil: Menunjukkan denyut nadi perifer meningkat dan akral, turgor kulit, tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, tekanan arteri rata-rata menurun.

Intervensi : Perawatan Sirkulasi

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)

- b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
 - c. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas
 - d. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.
 - e. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.
 - f. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
 - g. Lakukan pencegahan infeksi
 - h. Lakukan hidrasi
 - i. Anjurkan berolahraga dengan rutin
 - j. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu
 - k. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - l. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
 - m. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
 - n. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
 - o. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan kelemahan, kelelahan, perubahan tandatanda vital.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria Hasil : frkuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik

Intervensi : Manajemen energi

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c. Monitor pola dan jam tidur
- d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- e. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- f. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif
- g. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
- h. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- i. Anjurkan tirah baring
- j. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap

- k. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
 - l. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, kurang terpapar informasi.

Kriteria Hasil : mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala kecemasan, tanda-tanda vital dalam batas normal, menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas Intervensi :

- a. Kaji tingkat kecemasan
 - b. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat melakukan tindakan.
 - c. Bantu pasien untuk mengungkapkan hal yang membuat cemas
 - d. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam
7. Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan).

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil : mampu mempertahankan integritas kulit dan mampu mendemostrasikan perilaku atau teknik untuk mencegah kerusakan kulit.

Intervensi :

- a. Kaji kulit adanya perubahan sirkulasi dan pigmentasi
- b. Beri masasege lembut di sekitar area yang pucat dan kemerahan
- c. Anjurkan pasien untuk mengubah posisi dengan sering dan latih rentang gerak (ROM) aktif dan pasif
- d. Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit
- e. Berikan perawatan kulit secara berkala.

G. Pelaksanaan Keperawatan

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

Menurut Debora (2017) tindakan keperawatan dalam pelaksanaannya dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan, terdiri dari:

1. Independen

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

2. Dependensi

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

3. Interdependensi

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

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi. Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan, yaitu proses yang digunakan untuk mengatur dan memantau keadaan pasien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan pasien saat ini, perlu atau tindakan dirujuk ke tempat kesehatan lain, apakah perlu menyusun ulang. prioritas diagnosis agar kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Selain digunakan untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan (Debora, 2017).

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

1. Evaluasi formatif atau proses

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

2. Evaluasi sumatif atau berhasil

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan gagal jantung kongestif di ruang Kardiologi 606 Rumah Sakit Umum Koja mulai dari tanggal 13 Maret 2023 sampai dengan 15 Maret 2023. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien, pemeriksaan fisik serta dari catatan rekam medis.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. S berusia 33 tahun, jenis kelamin perempuan, status perkawinan, kawin, Agama Islam, suku bangsa Betawi, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan pasien SMA, bahasa yang digunakan oleh pasien sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, alamat tempat tinggal JL. Kalibaru Barat IV RT 003/07 Kel. Kali Baru, sumber biaya BPJS dan sumber informasi yang didapat berasal dari pasien dan rekam medis.

2. Resume

Pasien datang ke RSUD koja pada tanggal 11 Maret 2023 melalui IGD pukul 11.31 WIB, kemudian pasien dipindahkan ke ruang Kardiologi dengan menggunakan brankar pukul 13.03 WIB, dengan keluhan perut nya besar dan sesak nafas sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga mengeluh nyeri dada, mual muntah 3x/hari, pasien terlihat lemas, terlihat perut membesar/asites. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. GCS awal masuk Eye 4, Motorik 6, Verbal 5. Berat Badan pasien 42 kg, Tinggi badan pasien 150 cm, Tanda-tanda vital tekanan darah 112/81 mmHg, nadi 99 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 35,5 °C. Dokter mendiagnosis pasien CHF.

Masalah keperawatan yang muncul yaitu penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktifitas. Keperawatan mandiri yang sudah dilakukan mengkaji keadaan umum pasien, mengkaji tanda-tanda vital, mengukur lingkar perut, mengatur posisi pasien dengan posisi semifowler, menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam, memantau intake & output pasien, menganjurkan pasien untuk bedrest dan mendekatkan barang-barang yang diperlukan oleh pasien.

Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan; memberikan infus Asering 500cc/24jam, Spironolakton 1x25mg oral, Lasix 6 amp/24 jam, Terapi. Evaluasi secara keseluruhan pasien tampak masih lemah, mual berkurang, aktifitas dan latihan pasien dilakukan diatas tempat tidur saja.

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama saat ini, pasien merasa sesak napas jika berbaring, pasien sulit melakukan aktifitas karena gampang capek, dan perut pasien masih bengkak walaupun tidak sebengkak waktu masuk RS, timbul keluhannya mendadak, lamanya sejak 3 hari yang lalu upaya untuk mengatasinya pasien langsung ke rumah sakit. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas Pasien tampak lemah pasien tampak dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas seperti mandi berpakaian dan melakukan BAK dan BAB.

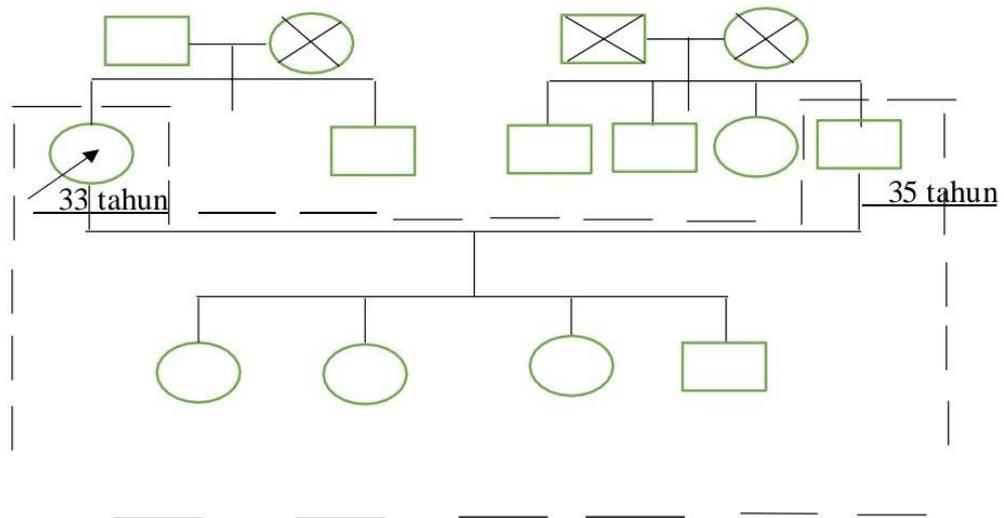
b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien memiliki riwayat TB Paru. Pasien sudah sering dirawat di Rumah Sakit RSUD Kojas pada tahun 2022 dengan keluhan perut membesar. Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan.

c. Riwayat pemakaian obat

Pasien mengatakan pernah minum obat TB Paru. Tetapi berapa bulan kemudian pasien sudah tidak minum obat nya lagi (putus obat) \

d. Riwayat Kesehatan Keluarga



Gambar 3.1 : Riwayat Kesehatan Keluarga

Keterangan:

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ⊗ : Pasien
- ↗ : Hubungan
- : Tinggal bersama

Pasien merupakan anak ke-1 dari 2 bersaudara, ibu pasien meninggal karena penyakit jantung, pasien menikah dan dikaruniai 4 anak, anak pertama perempuan, anak ke dua perempuan, anak ke tiga perempuan dan anak ke empat laki-laki pasien tinggal bersama ke-4 anaknya dan suami nya.

- 2) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor resiko.

Pasien mengatakan ibu pasien memiliki penyakit jantung.

- 3) Riwayat Psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan paling dekat dengan anak-anaknya, pasien mengatakan bila di rumah suami yang menjadi pembuat keputusan, pola komunikasi pasien dua arah, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan apapun. Dampak dari penyakit pasien saat ini membuat keluarga cemas mengingat pasien yang sudah sering keluar masuk rumah sakit. Pasien mengatakan tidak ada masalah yang mempengaruhi keadaannya saat ini, pasien mengatakan dirinya kini tidak bisa beraktifitas seperti biasa karena cepat lelah dan sesak. Pasien mengatakan bila sedang ada masalah maka pasien lebih suka tidur. Hal yang saat ini sedang dipikirkan yaitu kesehatannya. Pasien mengatakan berharap agar penyakitnya dapat membaik dan membuatnya dapat beraktifitas. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan keyakinan mengenai kesehatan, pasien juga mengatakan menjalankan ibadah seperti biasa. Kondisi lingkungan rumah pasien bersih dan lingkungan yang ramai penduduk.

- 4) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit dan dirumah sakit

- 1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat di rumah makan 3x sehari, pasien menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan, tidak memiliki makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang

membuatnya alergi, pasien tidak memiliki pantangan, tidak memiliki obat-obatan sebelum makan dan tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

Di Rumah Sakit : Pasien mengatakan makan 3x sehari menghabiskan 1 porsi makan setiap kali makan, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti NGT.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit: Pasien buang air kecil sehari 5 kali, warna kuning jernih, tidak mengalami keluhan saat berkemih, tidak menggunakan alat bantu berkemih. BAB pasien, sehari 2 kali namun waktunya tidak menentu, warna feses kuning kecoklatan, konsistensi feses lunak, dan tidak menggunakan obat-obatan untuk perangsang BAB.

Di Rumah sakit : Pasien mengatakan pola berkemih saat di rumah sakit sering, warna urine kuning jernih, pasien tidak memiliki keluhan dalam berkemih, pasien tidak menggunakan alat bantu berkemih.

.Pasien buang air besar sehari sekali, waktu BAB tidak tentu kapan waktunya, konsistensinya lunak, warna feses kuning kecoklatan, tidak ada keluhan pada saat BAB selama dirumah sakit, tidak menggunakan obat-obatan pencahar atau perangsang BAB.

3) Pola *personal hygiene*

Sebelum sakit : Mandi 2x sehari pada pagi dan sore hari, sikat gigi setiap mandi 2x sehari pada pagi dan sore hari, pasien mengatakan mencuci rambut 3x seminggu.

Di Rumah Sakit : Mandi 1x sehari pada pagi hari selama masuk rumah sakit, belum pernah sikat gigi dan belum melakukan cuci rambut selama di rumah sakit.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan lama tidur sekitar 2 jam pada siang hari, dan sekitar 8 jam pada malam hari, kebiasaan pasien sebelum tidur pasien menonton TV.

Di Rumah Sakit : Pasien mengatakan lama tidur sekitar 3 jam pada siang hari, dan sekitar 8 jam pada malam hari dan kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

5) Pola aktifitas dan lain-lain

Sebelum sakit : Saat di rumah pasien sudah tidak melakukan aktifitas apapun, tidak berolahraga, pasien mengatakan mudah merasa lelah dan sesak nafas bila rebahan.

Di Rumah Sakit : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas
Pasien tampak lemah pasien tampak dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas seperti mandi berpakaian dan melakukan BAK dan BAB.

6). Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak merokok, tidak pernah meminum minuman keras atau menggunakan obat-obatan terlarang, baik sebelum sakit maupun di RS..

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan sebelum sakit tidak terkaji karena pasien lupa sedangkan saat ini berat badan pasien 42 kg, tinggi badan pasien 150 cm, IMT: 18,6, tekanan darah 109/75 mmHg, frekuensi nadi 79 kali permenit, frekuensi pernafasan 20 kali permenit, suhu tubuh pasien 36,1°C, keadaan umum pasien sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien simetris, tidak terdapat ptosis, dapat menggerakkan bola mata ke semua arah tidak ada juling atau strabismus, konjungtiva pasien anemis, kornea tidak keruh, sclera pasien tampak anikterik, pupil mata pasien isokor, fungsi penglihatan baik, tidak terdapat tanda tanda peradangan pada mata pasien, pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata minus ataupun plus, pasien juga mengatakan tidak menggunakan lensa kontak, reaksi mata pasien terhadap cahaya baik.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga normal, karakteristik serumen kuning, cair, dan tidak berbau, cairan dari telinga tidak ada, tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak ada tinitus, pasien dapat mendengar dengan jelas, pasien tidak vertigo tetapi *test rumberg* tidak dapat dilakukan karena pasien lemes, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem wicara

Pasien bicara jelas, tidak ada pelo, *dysatria*, dan kelainan wicara lainnya.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan, pasien sesak saat berbaring tanpa bantal, pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 20 kali permenit, irama nafas teratur. Jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dangkal, pasien tidak terdapat batuk, tidak ada sputum, hasil palpasi dada tidak ada nyeri, tidak ada massa, suara nafas tidak ada wheezing, tidak ada nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu oksigen, hasil palpasi penurunan taktil fremitus mengindikasikan adanya cairan pada pleura, perkusi didapatkan sonor diseluruh lapang paru kanan kiri dada terdengar bunyi redup, auskultasi didapatkan suara rhonki, suara Jantung I-II,

f. Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi perifer nadi 90 kali permenit, tekanan darah 123/90 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, pengisian kapiler kurang dari 2 detik, tidak terdapat edema. Sirkulasi jantung kecepatan denyut apical 102 kali permenit, irama jantung tidak teratur, kelainan bunyi jantung tidak ditemukan, sakit dada tidak ada, irama jantung irreguler

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, tidak terdapat pendarahan, hemoglobin 10,5 mg/dL.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan tidak pusing, tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (Eye 4, Motorik 6, verbal 5). Tidak ada tanda-tanda

peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial), tidak ada sistem persyarafan (kejang, pelo, mulut mencong, disorientasi) tidak ada reflek patologis dan refleksi fisiologis normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut kotor, terlihat bekas – bekas makanan menempel di gigi, tidak menggunakan gigi palsu, lidah tampak kotor, salifa normal, tidak ada muntah, tidak ada nyeri pada ulu hati, bising usus 8 kali permenit, tidak terjadi diare, tidak terjadi konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen teraba keras (asites) lp nya 80cm.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangren

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 13 Maret 2023 pada pukul 14.00 WIB dengan intake 1.400 (infus 200 ml + oral 1.200 ml), output 1.426,2 ml (urine 1,400 ml + iwl 26,2 ml) jadi balance cairan -26,2 ml, terdapat perubahan pada pola berkemih, urine tampak berwarna kuning jernih, pasien tidak mengalami distensi pada kandung kemih.

l. Sistem integumen

Turgor kulit baik, akral teraba dingin, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik tidak terdapat luka maupun lesi, tidak ada kelainan

kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak terjadi kemerahan dan bengkak.

- m. Sistem musculoskeletal
- n. Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam bergerak, pasien juga mengatakan tidak ada sakit pada tulang, sendi ataupun kulit, pasien mengatakan tidak mengalami fraktur, pasien tidak mengalami kelainan bentuk sendi, tidak mengalami kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5555, ekstremitas kiri atas dan bawah 5555

5. Data Tambahan

Pasien mengatakan dirinya sudah mengetahui penyakit jantung, pasien tahu apa itu gagal jantung kongestif, pasien memahami mengenai penyebab penyakit dan cara penanganan serta komplikasi yang mungkin terjadi dan pasien mengatakan sudah mengetahui makanan apa saja yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita penyakit jantung.

6. Data penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin pada tanggal 13 Maret 2023 Hemoglobin 10,5 g/dL (Normal 12-15 gram/dL) ,jumlah leukosit $4,49 \times 10^3/\mu\text{l}$ (Normal 4,10-10,50) , Hematokrit 31,7% (Normal 37,0-47,0), jumlah trombosit $116 \times 10^3/\mu\text{l}$ (Normal 182-369), base excess -6,7 mmol/L (Normal -2,25 - +2,5) O₂ saturasi O₂ 99,9 % (Normal 94,00-100,00) Elektrolit : natrium 140 (135-147), Kalium 3,03 mEq/L (Normal 3,5-5,0), klorida 101 mEq/L (Normal 96-108), Ureum 12,7 mg/dL

(Normal 16,6-48,5), kreatinin 0,58 mg/dL, Albumin 3,50 (Normal 3,50-5,20)

- **Hasil pemeriksaan Echocardiografi tanggal 08 januari 2023**

LA.LV dilatasi, kontraktilitas LV menurun, ejection fraction (EF) 22%, akinetik di anterlor wall, segmen lain hipokinetik, kontraktilitas LV menurun, katup-katup : MR moderate, TR, moderate AR trivial, PR, PH, Disfungsi diastolic grade II, efusi pericard minimal, efusi pleura bilateral, Trombus di LV.

- **Hasil pemeriksaan foto thoraks Tanggal 12 Maret 2023**

Jantung membesar, tak tampak infiltrate di kedua paru, tak tampak melebar, corakan bronchovascular normal, sinus costophrenicus kanan tajam, kiri samar-samar, Tulang-tulang intact, Kesimpulan cardiomegali, Efusi pleura kiri

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapat diit biasa yaitu nasi atau lunak yaitu bubur, pasien mendapat terapi infus Asering 500ml/24jam. Pasien dianjurkan dokter untuk bedrest. Terapi obat oral: Spironolakton 1x25mg (Pukul 19.00 WIB), Simarc 1x2mg (Pukul 19.00 WIB) Terapi obat injeksi: omeprazole 1x1, (pukul 19.00), Lasix 6 amp/24 jam (Pukul 19.00 WIB) pemberian obatnya melalui infus

8. Data Fokus

- **Data subjektif**

Pasien mengatakan perutnya bengkak, tapi sudah agak berkurang dibanding saat masuk RS, pasien mengatakan rasa tidak nyaman jika berbaring, pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas.

- **Data objektif**

Kesadaran pasien *compos mentis*, pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, perut tampak bengkak, pasien tampak sesak dan gelisah saat berbaring, ada ascites, hasil palpasi taktil fremitus menurun, hasil perkusi paru kanan kiri dada terdengar bunyi redup, hasil auskultasi didapatkan suara rhonki, suara Jantung I-II, irama jantung irregular, tekanan darah pasien 109/75mmhg, frekuensi nadi 79 kali permenit, nadi teraba kuat, frekuensi nafas 20 kali permenit, suhu tubuh pasien 36°C, balance cairan -26,2 ml, LP : 80cm, aktifitas dibantu oleh keluarganya, Hemoglobin 10,5 mg/dL, Hematokrit 31,7%, jumlah trombosit 116, Kalium 3,03 mEq/L hasil Echo: kontraktilitas LV menurun, EF 22%, Disfungsi diastolik grade II, efusi pericard minimal, efusi pleura bilateral, trombus di LV, Hasil foto thoraks: Cardiomegali, Efusi pleura kiri, hasil EKG : *sinus rhythm, left ventricular hypertrophy*.

9. Analisa Data

Tabel 3.1 : Analisa Data

	Data Fokus	Masalah	Etiologi
--	------------	---------	----------

1.	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan rasa tidak nyaman saat berbaring, pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas</p> <p>Data objektif:</p> <p>Pasien tampak sesak karena adanya peningkatan tekanan dalam rongga perut dan gelisah saat berbaring, ada nya penumpukan cairan di dalam rongga perut (ascites), hasil palpasi taktil fremitus ada penurunan, perkusi diseluruh lapang paru kanan kiri dada terdengar bunyi redup, auskultasi didapatkan suara rhonki, suara Jantung I-II, irama jantung irreguler (+),</p> <p>Tekanan darah pasien 109/75 mmhg, nadi 79</p>	Penurunan curah jantung	Perubahan kontaktilitas miokard
----	--	-------------------------	---------------------------------

2.	<p>x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36 °C, Pasien tampak lemah, hemoglobin 10,5 mg/dL, hasil ECHO: EF 22%, disfungsi diastolik grade II, efusi pericard minimal, efusi pleura bilateral, trombus di LV, Hasil foto thoraks: Cardiomegali, Efusi pleura kiri, hasil EKG : <i>sinus rhythm, left ventricular hypertrophy.</i></p> <p>Data subjektif: Pasien mengatakan rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring.</p> <p>Data objektif: Perut pasien tampak bengkak, ada asites dengan LP : 80cm, Hematokrit 31,7%, Albumin 3,50, balance cairan -26,2 ml, hasil pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan</p>	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
3.	<p>Perut pasien tampak bengkak, ada asites dengan LP : 80cm, Hematokrit 31,7%, Albumin 3,50, balance cairan -26,2 ml, hasil pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan</p>	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

	<p>Cardiomegali, Efusi pleura kiri</p> <p>Data subjektif: Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas.</p> <p>Data objektif: Pasien tampak lemah, frekuensi nafas meningkat 79x/menit, saat pasien melakukan aktifitas, Hemoglobin 10,5 mg/dL.</p>		
--	--	--	--

B. Diagnosa keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas di tandai dengan

- **Data subjektif :**

Pasien mengatakan rasa tidak nyaman saat berbaring, pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas

- **Data objektif:**

Pasien tampak sesak dan gelisah saat berbaring, ada ascites, hasil palpasi taktil fremitus ada penurunan, perkusi diseluruh lapang paru kanan kiri dada terdengar bunyi redup, auskultasi didapatkan suara rhonki, suara Jantung I-II, irama jantung irreguler (+), Tekanan darah pasien 109/75 mmhg, nadi 79 x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36 °C, Pasien tampak lemah, hemoglobin 10,5 mg/dL, hasil ECHO: EF 22%, disfungsi diastolik grade II, efusi pericard minimal, efusi pleura bilateral, trombus di LV, Hasil foto thoraks: Cardiomegali, Efusi pleura kiri, hasil EKG : *sinus rhythm, left ventricular hypertrophy*.

- **Tujuan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah Peningkatan curah jantung Meningkat.

- **Kriteria hasil :**

tekanan darah dalam batas normal 120/80 mmHg, nadi 60- 100 kali per menit, Pernapasan 16-20 kali permenit, denyut jantung teratur, ejection fraction (EF) Meningkat, ortopnea menurun denyut nadi teraba kuat, sesak pasien berkurang.

- **Intervensi :**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer

- b. penurunan curah jantung (mis. Dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, proxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- c. Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung (mis. Peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oligurua, batuk, kulit pucat)
- d. Monitor tekanan darah
- e. Monitor intake dan output cairan
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- h. Periksa tekanan darah
- i. frekuensi nadi sebelum dan sesudah pemberian obat
- j. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
- k. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)
- l. Berikan dukungan dan spritual
- m. Berikan obat sesuai program : infus asering 500ml/24jam 6tpm, (Pukul 19.00 WIB) Lasix 6 amp/24 jam fungsinya untuk udem karena penyakit jantung, pemberian obatnya melalui infus.

- **Implementasi**

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memposisikan pasien semi fowler pada tempat tidur, pasien mengatakan sesak berkurang dan tampak tenang;

Mengidentifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung, evaluasi : sesak ketika berbaring (+) sesak ketika duduk (-), edem tungkai bawah (-), jvp normal, asites (+), tampak lemah, tampak pucat, kesadaran compos mentis; Pukul 09.00 WIB memonitor TTV pasien, Tekanan darah pasien 109/75 mmHg, nadi 79x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,0°C; Pukul 10.00 WIB Memonitor tekanan darah pasien, tekanan darah pasien 120/90 mmHg; Pukul 10.10 WIB memonitor intake dan output cairan hasil balance cairan -26,2 ml, memberikan dukungan dan motivasi agar cepat sembuh, Pasien menjadi semangat untuk sembuh karena di berikan motivasi dan dukungan; Memonitor saturasi oksigen pasien, saturasi oksigen pasien(spo2) 95%; pukul 13.00 WIB mengganti cairan infus Assering 500ml/24jam 6tpm, Pukul 15:00 WIB memonitor TTV pasien, Tekanan darah pasien 118/92 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,0°C; Memonitor saturasi oksien pasien, spo2 98%; Pukul 19:00 WIB memberikan obat Lasix 6 amp/24 jam pemberian obatnya melalui infus.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memosisikan pasien semi fowler pada tempat tidur, pasien mengatakan sesak berkurang dan tampak tenang; Mengidentifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung, evaluasi : sesak ketika berbaring(+), sesak ketika duduk (-), edem tungkai bawah (-), jvp normal, asites (+), kesadaran compos mentis; Pukul 09.00 WIB

memonitor TTV pasien, Tekanan darah pasien 115/80 mmHg, nadi 81x/mnt, pernapasan 21x/menit, suhu tubuh pasien 36,2°C; Pukul 10.00 WIB Memonitor tekanan darah pasien, tekanan darah pasien 125/90 mmHg; Pukul 10.10 WIB, memonitor intake dan output cairan hasil balance cairan -30,2 ml, memberikan dukungan dan motivasi agar cepat sembuh, Pasien menjadi semangat untuk sembuh, Memonitor saturasi oksigen pasien, saturasi oksigen pasien (spo2) 98%, pukul 13.00 WIB mengganti cairan infus Assering 500ml/24jam 6tpm, Pukul 15:00 WIB memonitor TTV pasien, Tekanan darah pasien 118/92 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,0°C; Memonitor saturasi oksigen pasien, spo2 98%; Pukul Pukul 19:00 WIB memberikan obat Lasix 6 amp/24 jam pemberian obatnya melalui infus.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memosisikan pasien semi fowler pada tempat tidur, pasien mengatakan sesak berkurang, Mengidentifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung, evaluasi : sesak ketika berbaring(+) sesak ketika duduk (-), edem tungkai bawah (-), jvp normal, asites (+), kesadaran compos mentis; Pukul 09.00 WIB memonitor TTV pasien, tekanan darah pasien 130/90 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3°C; Pukul 10.00

WIB Memonitor tekanan darah pasien, tekanan darah pasien 125/90 mmHg; Pukul 10.10 WIB, memonitor intake dan output cairan hasil balance cairan -28,3 ml, memberikan dukungan dan motivasi agar cepat sembuh, Pasien menjadi semangat untuk sembuh; Memonitor saturasi oksigen pasien, saturasi oksigen pasien(spo2) 100%; pukul 13.00 WIB mengganti cairan infus Assering 500ml/24jam 6tpm, Pukul 14.00 memonitor tanda-tanda-tanda penurunan curah jantung, hasil pemeriksaan Ekg tanggal 15 Maret 2023 *interpretation sinus rhythm, ventricular hypertrophy*; Pukul 15:00 WIB memonitor TTV pasien, tekanan darah pasien 120/92 mmHg, nadi 83x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,0°C; Memonitor saturasi oksien pasien, spo2 98%; Pukul Pukul 19:00 WIB memberikan obat Lasix 6 amp/24 jam pemberian obatnya melalui infus.

- **Evaluasi**

Tanggal 15 Maret 2023

Subjektif : pasien mengatakan sesak udah banyak berkurang, dan pasien masih merasa lemah

Objektif : keadaan umum sakit ringan, pasien masih terlihat sedikit sesak ketika berbaring, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3°C; akral hangat, hasil

pemeriksaan Ekg tanggal 15 Maret 2023 *interpretation sinus rhythm, ventricular hypertrophy.*

Analisa: Tujuan keperawatan sebagian tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan kardiologi pada poin a,b,c,d,e,f

2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan Pasien mengatakan rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring karena ada nya asites ditandai dengan lp : 80cm

Data subjektif : Pasien mengatakan rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring.

Data objektif : Perut pasien tampak bengkak, ada asites dengan LP : 80cm, Hematokrit 31,7%, Albumin 3,50, balance cairan -26,2 ml, hasil pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan Cardiomegali, Efusi pleura kiri.

Tujuan : setelah dilakukan keperawatan 3x24 jam diharapkan Hipervolemia menurun.

Kriteria hasil : asupan cairan menurun ,keluaran urin meningkat, asites menurun

Intervensi :

- a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia
- b) Identifikasi penyebab hipervolemia
- c) Monitor status hemodinamik
- d) Monitor intake dan output
- e) Ukur lingkar perut

- f) Ajarkan cara membatasi cairan
- g) Berikan terapi sesuai program: Lasix 6 amp/24 jam drip *syringe pump* (Pukul 19.00 WIB).

- **Implementasi**

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 07:30 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, pasien terdapat asites lp 80cm pada perutnya, Pukul 07:50 WIB mengidentifikasi penyebab hipervolemia, Pukul 09:30 WIB memonitor status hemodinamik, Tekanan darah pasien 109/75 mmHg, nadi 79x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,0 °C; pukul 11:00 WIB memonitor intake output pasien. Balance cairan -26,2 ml Pukul 13:00 WIB mengajarkan cara membatasi cairan, pasien memahami cara membatasi cairan, Pukul 19:00 memberikan obat terapi sesuai program 6 amp/24 jam Lasix drip via *syringe pump*, tetesan lancar.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 07:45 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, pasien terdapat asites; Mengukur LP pasien, hasil 76 cm; Pukul 07.50 WIB mengidentifikasi penyebab hipervolemia, akibat gagal jantung; Pukul 09:30 WIB memonitor status hemodinamik, Tekanan darah pasien 115/80 mmHg, nadi 81x/mnt, pernapasan 21x/menit, suhu tubuh pasien 36,2 °C; pukul 11:00 WIB memonitor intake output pasien. Balance cairan -30,2 ml Pukul 13:00 WIB mengajarkan cara

membatasi cairan, pasien memahami cara membatasi cairan, Pukul 19:00 memberikan obat terapi sesuai program 6 ampul/24 jam Lasix 20 drip via syringe pump, tetesan lancar.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08:30 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, asites berkurang; mengukur LP, hasil 70cm, Pukul 09:30 WIB memonitor status hemodinamik, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3 °C; Pukul 13.00 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, asites berkurang, hasil pemeriksaan USG abdomen tgl 15 Maret 2023 kesan: asites minimal

- **Evaluasi**

Tanggal 15 Maret 2023

Data subjek : Pasien mengatakan perutnya sudah banyak berkurang bengkaknya, pasien mengatakan sesak juga sudah berkurang, tapi saat tidur telentang tanpa bantal masih sedikit ada sesak.

Data Objektif : asites pada pasien masih ada, LP 70cm, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3 °C, pasien tampak rileks, hasil pemeriksaan USG abdomen tgl 15 Maret 2023 kesan: asites minimal

Analisa: Tujuan keperawatan sebagian tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan kardiologi pada poin a,b,c,d,e,f-g.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen di tandai dengan

Data subjektif : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas.

Data objektif : Pasien tampak lemah, frekuensi nafas meningkat saat pasien melakukan aktifitas, Hemoglobin 10,5 mg/dL.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil : mudah melakukan aktivitas, keluhan lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik

• **Intervensi** :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- d. Anjurkan tirah baring
- e. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
- f. Monitor tingkat toleransi aktivitas
- g. Periksa kontraindikasi latihan (takikardia >120 x/menit, TDS >180 mmHg, TDD >110 mmHg, hipotensi ortostatik >20 mmHg, angina, dispnea, gambaran EKG iskemia, blok atrioventrikuler derajat 2 dan 3, takikardia ventrikel)
- h. Anjurkan menjalani latihan sesuai toleransi.

• **Implementasi**

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 09:00 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien kelelahan meskipun hanya melakukan aktivitas nya juga seperti ke kamar mandi, Pukul 10:00 WIB menganjurkan pasien tirah baring, pasien mau melakukan nya, Pukul 11:20 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien mampu duduk di tempat tidur.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09:10 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mengatakan lelahnya berkurang, dan sesak pasien berkurang, Pukul 10:00 WIB, Pukul 11:20 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien mampu duduk di tempat tidur dan sudah mau bercekraman ke pasien lain.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09:10 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mengatakan lelahnya berkurang, dan sesak pasien berkurang, Pukul 11:30 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien sudah bisa beraktivitas secara bertahap, pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan, akral hangat, pasien tampak rileks.

- **Evaluasi**

Tanggal 15 Maret 2022

Data subjek : pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara bertahap, pasien mengatakan sudah tidak sesak ,dan pasien sudah tidak

ada keluhan Data Objektif : Pasien tampak beraktivitas, pasien tampak tidak sesak, pasien tampak rileks.

Analisa: Tujuan keperawatan sebagian tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan kardiologi pada poin a,b,c,d,e,f-h.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan tentang perbedaan antara teori pada bab dua dengan kasus nyata serta faktor pendukung dan penghambat pada saat memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi 606 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret – 15 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menentukan diagnosis nantinya. Dalam pengkajian penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut targian, (2020) Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan, yang ditandai dengan tanda dan gejala kelebihan cairan atau perfusi jaringan yang tidak memadai. Kelebihan cairan dan penurunan perfusi jaringan terjadi ketika jantung tidak dapat menghasilkan oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Gagal jantung adalah penyakit progresif seumur hidup yang diobati dengan perubahan gaya hidup dan pengobatan

untuk mencegah episode akut gagal jantung. Gagal jantung terkait erat dengan

peningkatan rawat inap, peningkatan biaya kesehatan dan penurunan kualitas hidup. Sedangkan yang ditemukan pada pasien, pasien memiliki asites dimana pasien memiliki kelebihan cairan di dalam perut yang di mana kelebihan itu menyebabkan tidak dapat menghasilkan oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

Selanjutnya penulis akan membahas tentang manifestasi pasien gagal jantung kongestif, Manifestasi klinis menurut (Wilcox et al., 2020) pada gagal jantung kongestif yaitu Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), sesak napas saat berbaring (orthopnea) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru. Menurut (Anies, 2021)

Pada teori ada tiga tahapan gejala yang bisa dilihat pada seseorang penderita gagal jantung kongestif. Yang pertama adalah gejala tahap awal. Pada tahap ini, pasien mengalami : Pembengkakan kaki, mudah lelah, terutama setelah melakukan aktivitas fisik, kenaikan berat badan yang signifikan, makin sering ingin buang air kecil, terutama saat malam hari. Sedangkan di kasus berbeda yang sama dengan di teori yaitu mudah lelah terutama setelah beraktivitas.

Jika kondisi penderita terus menerus memburuk, akan muncul beberapa tanda dan gejala berikut ini : Denyut jantung tidak teratur, batuk-batuk karena

pembengkakan paru, napas berbunyi mengi, sesak napas karena paru-paru dipenuhi cairan. Sesak juga akan muncul ketika melakukan aktivitas fisik ringan atau ketika sedang berbaring, sulit beraktivitas karena setiap kali melakukan aktivitas fisik ringan, tubuh akan merasa lelah.

Selanjutnya, gagal jantung kongestif bisa dikatakan parah apabila penderita sudah mengalami tanda dan gejala berupa : Menjalarnya rasa nyeri di dada melalui tubuh bagian atas, kondisi ini bisa juga menandakan adanya serangan jantung, kulit menjadi kebiru-biruan karena paru-paru mengalami kekurangan oksigen, tarikan napas yang pendek dan cepat, pingsan. Pada kondisi gagal jantung kongestif berat, tanda dan gejala akan dirasakan bahkan ketika tubuh sedang beristirahat. Pada tahap ini, penderita gagal jantung kongestif akan mengalami kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Keluhan utama yang dirasakan pasien terutama dikarenakan penurunan curah jantung. Sedangkan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien yaitu adanya sesak napas saat berbaring (orthopnea) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru. Terdapat asites pembengkakan pada perut karena penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam di dalam tubuh, kemudian dari manifestasi klinis yang ada di teori dan kasus yang sesuai dengan teori dan kasus yaitu merasa sesak saat berbaring (orthopnea), penumpukan cairan di paru-paru, terdapat asites, mudah lelah meski hanya melakukan aktivitas ringan hal ini disebabkan karena jantung yang tidak dapat memompa cukup darah untuk

memenuhi kebutuhan jaringan tubuh, terdapat kesenjangan teori dengan kasus yaitu pasien pada kasus tidak mengalami kulit berwarna kebiru-biruan, tarik nafas yang pendek dan cepat, dan pingsan.

Pada pemeriksaan penunjang penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus, menurut (Andini & Trihartanto, 2019) pada pasien dengan gagal jantung kongestif pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG, foto thorax, pemeriksaan laboratorium darah dan elektrolit, dan ekokardiografi sedangkan pada pasien yang ada pada kasus pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan EKG, foto thorax dan pemeriksaan laboratorium darah dan elektrolit, pemeriksaan ekokardiografi yaitu alat yang digunakan untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung, pada pemeriksaan ini tidak dilakukan karena pada pemeriksaan foto thorax sudah dapat diketahui bahwa pasien menderita gagal jantung kongestif, pada pasien didapatkan hasil foto thorax menunjukkan efusi pleura, dan menurut (Sari et al., 2016) bahwa Foto torax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang dapat menegaskan diagnosa CHF.

Pada penatalaksanaan medis dan keperawatan penulis tidak menemukan kesenjangan, pada pasien diberikan terapi ,infus Asering, Spironolakton dan Lasix untuk mengatasi edema (Nirmalasari, 2017).

Pada tahap pengkajian faktor pendukung tidak terdapat hambatan karena pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan. Tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga sangat kooperatif saat penulis melakukan pengkajian dan terbina hubungan saling

percaya, serta bantuan perawat penanggung jawab ruangan sehingga penulis dapat memperoleh data-data yang dibutuhkan.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan adanya perbedaan antara teori dengan kasus dimana pada teori menurut Tim Pokja DPP PPNI, (2020) yang ada di kasus dan teori penulis menemukan beberapa kesenjangan, pada teori terdapat 7 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung, yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif, ansietas, resiko kerusakan integritas kulit. Sedangkan pada pasien ditemukan 3 diagnosa yang ditemukan, kemungkinan hanya ada beberapa diagnosa yang berbeda antara teori dan kasus. Diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu diagnosa penurunan curah jantung, hipervolemia, intoleransi aktifitas.

Diagnosa yang penulis susun berdasarkan prioritas masalah, berdasarkan kebutuhan maslow yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada di kasus yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, ansietas, dan resiko kerusakan integritas kulit.

Penulis tidak menegakan diagnosa keperawatan nyeri akut, dan perfusi perifer tidak efektif, ansietas, dan resiko kerusakan integritas kulit. tetapi penulis lebih memilih menegakan diagnosa penurunan curah jantung karena dalam kasus ditemukan tanda dan gejala seperti pasien mengatakan sesak saat rebahan sesak sudah 3 hari yang lalu (ortopnea) pasien sudah sering dirawat di rumah sakit dengan penyakit yang sama Pasien sesak bila rebahan, gelisah, tampak sesak, berkurang bila di posisikan semi fowler, kulit teraba

dingin, hasil palpasi penurunan taktil fremitus mengindikasikan adanya cairan pada pleura, perkusi didapatkan sonor diseluruh lapang paru kanan kiri dada terdengar bunyi redup, auskultasi didapatkan suara rhonki, suara Jantung I-II, irama jantung irreguler (+) Kesadaran pasien compos mentis.

Penulis tidak menegakan diagnosa resiko kerusakan integritas kulit karena pasien tampak masih bisa miring kiri kanan dan pasien mampu untuk sesekali duduk dan tidak terdapat tanda tanda dari resiko kerusakan integritas kulit, penulis tidak mengangkat diagnosa nyeri akut karena pasien tidak mengeluh nyeri, dan penulis tidak mengangkat diagnosa ansietas dan perfusi perifer tidak efektif karena data nya tidak mendukung Dalam penemuan diagnosa.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu adanya literature dan buku sumber cukup memadai dan adanya kemajuan teknologi, dan diagnose yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien dan sumber buku yang lengkap.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang disesuaikan dengan teori kebutuhan maslow yang sesuai dengan kondisi pasien. Perencanaan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi. Pada tahap ini perencanaan yang dibuat untuk pasien sudah sesuai dengan teori.

Secara umum menyusun rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, semua rencana tindakan sudah disusun sesuai dengan teori dan program medis yang diberikan. Hanya saja dalam penentuan waktu untuk tujuan keperawatan berdasarkan teori tujuan harus memenuhi kriteria hasil, sedangkan pada landasan teoritis tidak tercantum

adanya kriteria waktu, sehingga penulis menentukan waktu berdasarkan waktu yang diberikan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu 3 hari. Faktor pendukung adalah terdapat referensi yang memadai untuk menentukan perencanaan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Rencana keperawatan yang diberikan oleh pasien berupa mengkaji keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, monitor tekanan darah, memonitor saturasi oksigen, kemudian pasien diberikan obat jam 12:00 wib, Spironolakton 1x25mg jam 19:00 wib, dan memberikan Posisi semi fowler, hal ini berdasarkan penelitian (Yuli Ani, 2020) bahwa penerapan posisi semi fowler selama 3x24 jam sesuai dengan SOP dapat membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien, dan yang tidak dilakukan oleh penulis yaitu tindakan Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun selama 3x24 jam. Pada saat pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan dan semua tindakan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan. Secara umum semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan.

Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung, intervensi Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, proxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung, memonitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Periksa tekanan

darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, Periksa tekanan darah, frekuensi nadi sebelum dan sesudah pemberian obat, Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, Berikan diet jantung yang sesuai, Berikan dukungan dan spritual, Berikan obat sesuai program : infus asering 500ml/24jam 6tpm, (Pukul 19.00 WIB) Lasix 6 amp/24 jam fungsinya untuk udem karena penyakit jantung, pemberian obatnya melalui infus. Dimana intervensi ini bertujuan untuk membantu pemulihan dengan diagnosa penurunan curah jantung, ada yang tidak dapat penulis lakukan karena terbatasnya waktu yang dimiliki penulis dan alatnya tidak tersedia Sebagai solusinya penulis melakukan konsultasikan dengan kakak perawat yang ada di ruangan atau mengkomunikasikan dengan kakak perawat yang ada di ruangan

Diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intervensi untuk melakukan Periksa tanda dan gejala hipervolemia, Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor intake dan output, Ukur lingkar perut, Ajarkan cara membatasi cairan, dimana intervensi ini bertujuan untuk membantu pemulihan dengan diagnosa hipervolemia, Intervensi ini tidak terealisasi sesuai rencana. Hal ini dikarenakan dalam pemantauan balance cairan tidak terlaksana atau kurang pemantauan.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, intervensi untuk melakukan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, menganjurkan pasien tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, dimana intervensi ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien Intervensi ini tidak terealisasi sesuai rencana. Hal ini ini dikarenakan keterbatasan waktu penulis.

Faktor pendukung selama penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif, perawat ruangan banyak membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang masih kurang jelas, sarana yang digunakan dalam melaksanakan

tindakan tersedia dengan lengkap, sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan.

Adapun hambatan yang penulis temukan selama melaksanakan tindakan keperawatan adalah pada saat akan memberikan terapi farmakologis pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, yaitu pemberian obat lasix pada pukul (19.00 WIB). Jadwal pembeannya tidak sama dengan jadwal dinas penulis

D. Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023 dilakukan evaluasi, Pada tahap evaluasi ini, penulis menyesuaikan dengan teori yang didapatkan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan untuk melihat pencapaian tujuan kriteria hasil, dari tiga diagnosa yang diangkat. Evaluasi yang didapat dari tiga diagnosa yang diangkat, Dari ke tiga diagnosa semuanya sebagian teratasi.

Diagnosa penurunan curah jantung masih ada dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak sudah berkurang, dan pasien merasa lemah Pasien masih terlihat sesak ketika berbaring, keadaan umum sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3°C, akral hangat

Diagnosa hipervolemia sebagian teratasi pasien mengatakan perutnya masih membesar, pasien mengatakan sesak berkurang, dan saat tidur menggunakan bantal masih terasa sesak, jika berbaring asites pada pasien berkurang sebelumnya lp 80 cm sekarang sudah lp 70cm, pasien tampak masih sesak, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/mnt, pernapasan 20x/menit, suhu tubuh pasien 36,3 °C, akral hangat, pasien tampak rileks.

Diagnosa intoleransi aktivitas sebagian teratasi pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara bertahap, pasien mengatakan sudah tidak sesak ,dan pasien sudah tidak ada keluhan Pasien tampak beraktivitas, pasien tampak tidak sesak, pasien tampak rileks.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi 606 Rumah Sakit Umum Koja Jakarta, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dengan melakukan beberapa tahapan dari proses keperawatan yaitu, pada tahap pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny.S dengan CHF adalah sebagai berikut ,dalam etiologi penulis tidak menemukan kesenjangan karena pada kasus salah satu penyebabnya adalah penurunan curah jantung.

Tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien semua ada pada teori dan Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, dalam pasien kasus pemeriksaan penunjang yang dilakukan ialah USG, EKG, foto thorax, dan Lab darah,elektrolit, dan ekokardiografi Selanjutnya dari diagnosa yang ditemukan pada pasien yang sesuai teori yaitu diagnosa penurunan curah jantung, kelebihan volume cairan, intoleransi aktifitas.

Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada di kasus yaitu nyeri akut, Perfusi perifer tidak efektif, Ansietas, Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan. Pada saat menyusun intervensi tidak menemukan kesenjangan. Diagnosa yang penulis susun berdasarkan prioritas masalah, berdasarkan kebutuhan maslow yang disesuaikan dengan kondisi pasien.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari. Referensi yang cukup banyak membantu kelancaran dalam menyusun intervensi, hambatan yang dialami penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberika intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik, namun ada beberapa yang mengalami hambatan, namun sudah didapatkan solusinya.

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan tercapai sebagian yaitu, penurunan curah jantung, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas.

B. Saran

Dengan ini penulis ingin menyampaikan beberapa saran baik untuk perawat, pendidikan maupun untuk penulis sendiri, yaitu :

1. Saran untuk perawat ruangan

Kualitas pelayanan perawat di RSUD Koja masih harus ditingkatkan, terkait perawat lebih informatif antara lain perawat dapat menjelaskan rencana perawatan kepada pasien.

2. Saran untuk penulis

Saran untuk penulis agar lebih meningkatkan ilmu khususnya dibidang kesehatan dan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif dengan cara memperbanyak membaca informasi mengenai gagal jantung kongestif dan diharapkan dapat menerapkan konsep teori dan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan gagal jantung kongestif. Peluang untuk mengatasi masalah seperti ini sangat terbatas oleh karena itu diharapkan penulis juga mampu membuka wawasan dan keterampilan dasar untuk memperbarui ilmu tentang proses keperawatan.

3. Saran untuk institute Pendidikan

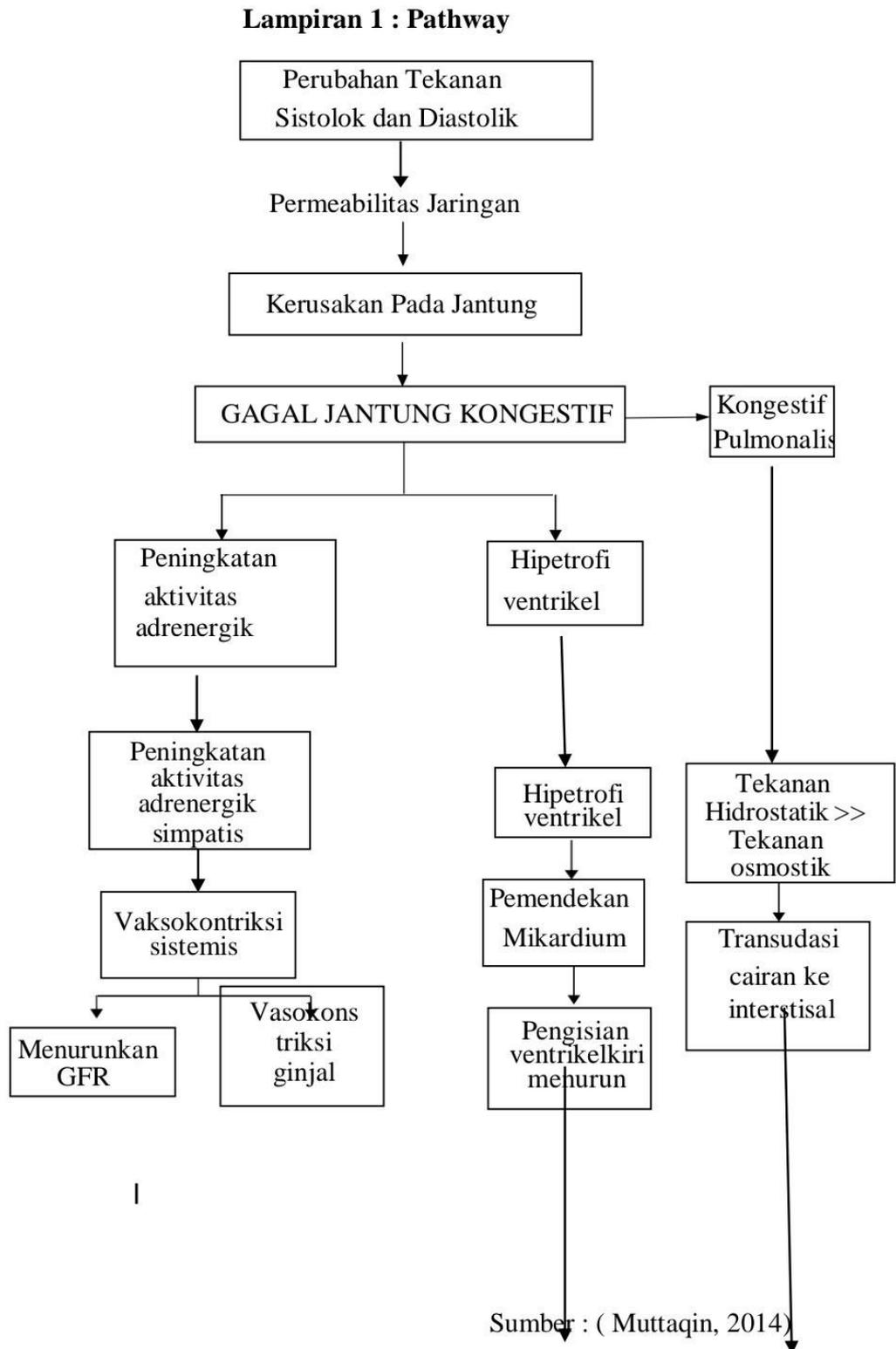
Dengan meningkatkan keefektifan dalam belajar dan keterampilan mahasiswa sehingga tercapainya lulusan perawat yang profesional.

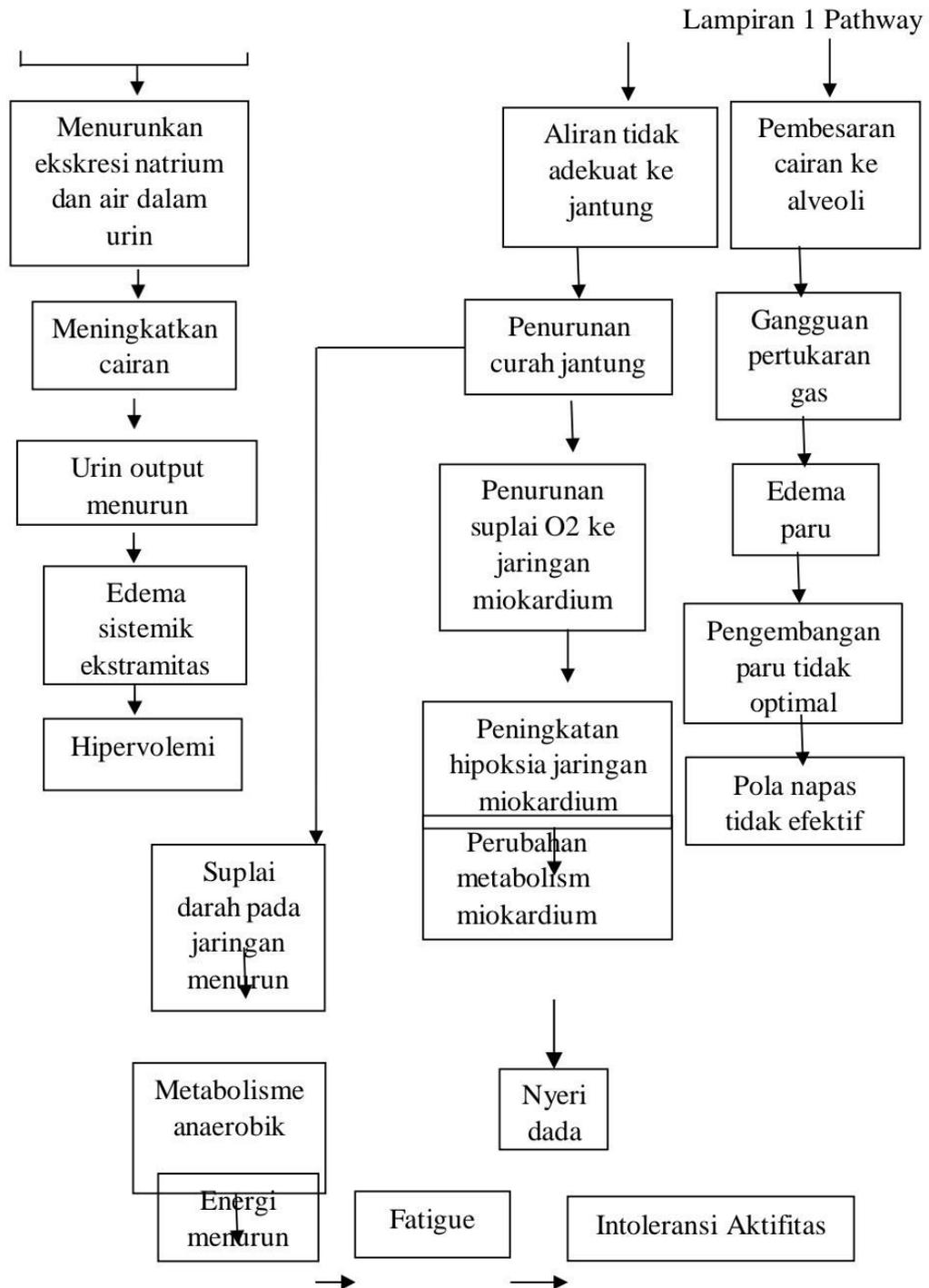
DAFTAR PUSTAKA

- Anies. (2021). *Penyakit jantung & pembuluh darah* (C. Farmadiani (ed.)). Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Andini, maulida sekar, & Trihartanto, m. ali. (2019). Penegakan Diagnosis Dan Pengobatan Optimal Kasus Stemi Anterior Dan Gagal Jantung. *Ums. Publikasi*, 1297–1314.
- Bakar, A. (2018). *Modul Pembelajaran Problem Based Learning (Pbl) Askep Pasien Gagal Jantung Buku Pegangan Tutor*.
- Debora, O. (2017). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mayangsari, E., Lestari, B., & Nurdiana. (2019). *Farmakoterapi kaardiovaskuler*.
- Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., & Chhabra, L. (2022). Congestive heart failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(4), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(03\)00056-X](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(03)00056-X)
- Nafi'ah, Salsabila. Diagnosa keperawatan 2021.
- Nirmalasari, N. (2017). Deep Breathing Exercise and Active Range of Motion Effectively Reduce Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients. *NurseLine Journal*, 2(2), 159. <https://doi.org/10.19184/nlj.v2i2.5940>
- Nugroho, B., & Hadinata, Y. (2019). Tatalaksana Perioperatif Ventilasi Mekanik pada Pasien dengan Gagal Jantung Kiri. *JAI (Jurnal Anestesiologi Indonesia)*, 11(2), 109–115. <https://doi.org/10.14710/jai.v11i2.24450>

- Padila. (2019). *Buku Ajar: KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*.
- PPNI, T. P. S. D. (2020). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Prihatiningsih, D., & Sudyasih, T. (2018). Perawatan Diri Pada Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(2).
<https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13443>
- Tarigan. (2020). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmission pasien dengan penyakit gagal jantung kongestif tahun 2020*. 10–27.
<https://repository.stikeselisabethmedan.ac.id/wpcontent/uploads/2021/11/Tia-ra-Victoria-Tarigan.pdf>
- Wilcox, J. E., Fang, J. C., Margulies, K. B., & Mann, D. L. (2020). Heart Failure With Recovered Left Ventricular Ejection Fraction: JACC Scientific Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(6), 719–734.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.075>
- Yuli Ani, A. M. Y. A. (2020). Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 19–24.
<https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.16>

Lampiran 1 Pathway





Analisa Obat

A. Spironolakton

Spironolakton adalah diuretika hemat kalium yang paling sering digunakan pada anak-anak, obat ini merupakan antagonis aldosteron dan meningkatkan retensi kalium dan ekskresi natrium di tubulus distal. Spironolakton dikombinasikan dengan diuretika lain untuk mengurangi hilangnya kalium melalui urin. Obat ini juga digunakan dalam jangka waktu panjang untuk penatalaksanaan sindrom Bartter dan dosis tinggi dapat mengendalikan asites pada bayi dengan hepatitis neonatal menahun (kronis). Manfaat klinis spironolakton dalam penatalaksanaan udem paru pada awal neonatal prematur dengan penyakit paru kronis belum diketahui dengan pasti.

1. Indikasi : edema dan asitas pada sirosis hati, asites malignan, sindroma nefrotik, gagal jantung kongestif; hiperaldosteronism primer.
2. Peringatan : produk-produk metabolik berpotensi karsinogenik pada hewan pengerat; usia lanjut; gangguan hati; gangguan ginjal (hindari bila sedang sampai berat); pantau elektrolit (hentikan bila terjadi hiperkalemia, hiponatremia; penyakit Addison).
3. Efeksamping: gangguan saluran cerna; impotensi, ginekomastia, menstruasi tidak teratur, letargi, sakit kepala, bingung; ruam kulit; hiperkalemia; hiponatremia; hepatotoksisitas, osteomalasia, dan gangguan darah dilaporkan.
4. Dosis: 100-200 mg sehari, jika perlu tingkatkan sampai 400 mg; Anak. dosis awal 3 mg/kg bb dalam dosis terbagi.

B. Lasix

Furosemid atau dengan nama dagang Laxix adalah obat untuk udem karena penyakit jantung, hati, dan ginjal. Terapi tambahan pada udem pulmonari akut dan udem otak yang diharapkan mendapat onset diuresis yang kuat dan cepat.

1. Indikasi : udem karena penyakit jantung, hati, dan ginjal. Terapi tambahan pada udem pulmonari akut dan udem otak yang diharapkan mendapat onset diuresis yang kuat dan cepat.

2. Kontraindikasi: gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatic, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas
3. Efeksamping: sangat umum: gangguan elektrolit, dehidrasi, hipovolemia, hipotensi, peningkatan kreatinin darah. Umum: hemokonsentrasi, hiponatremia, hipokloremia, hipokalemia, peningkatan kolesterol darah, peningkatan asam urat darah, gout, enselopati hepatic pada pasien dengan penurunan fungsi hati, peningkatan volume urin. Tidak umum: trombositopenia, reaksi alergi pada kulit dan membran mukus, penurunan toleransi glukosa dan hiperglikemia, gangguan pendengaran, mual, pruritus, urtikaria, ruam, dermatitis bulosa, eritema multiformis, pemfigoid, dermatitis eksfoliatif, purpura, fotosensitivitas. Jarang: eosinofilia, leukositopenia, anafilaksis berat dan reaksi anafilaktoid, parestesia, vakulitis, muntah, diare, nefritis tubulointerstisial, demam. Sangat jarang: anemia hemolitik, anemia aplastik, agranulositosis, tinnitus, pankreatitis akut, kolestasis intrahepatik, peningkatan transaminase.
4. Dosis: Oral, Udem. Dewasa, dosis awal 40 mg pada pagi hari, penunjang 20-40 mg sehari, tingkatkan sampai 80 mg sehari pada udem yang resistensi.
 Anak, 1-3 mg/kg BB sehari, maksimal 40 mg sehari. Oliguria. Dosis awal 250 mg sehari. Jika diperlukan dosis lebih besar, tingkatkan bertahap dengan 250 mg, dapat diberikan setiap 4-6 jam sampai maksimal dosis tunggal 2 g (jarang digunakan). Injeksi intravena atau intramuskular: Udem.
 Dewasa >15 tahun, dosis awal 20-40 mg, dosis dapat ditingkatkan sebesar 20 mg tiap interval 2 jam hingga efek tercapai. Dosis individual diberikan 1-2 kali sehari. Pemberian injeksi intravena harus perlahan dengan kecepatan tidak melebihi 4 mg/menit. Pemberian secara intramuskular hanya dilakukan bila pemberian oral dan intravena tidak memungkinkan. Intramuskular tidak untuk kondisi akut seperti udem pulmonari. Udem pulmonari akut. Dosis awal 40 mg secara intravena. Jika tidak mendapatkan respons yang diharapkan selama 1 jam, dosis dapat

ditingkatkan hingga 80 mg secara intravena lambat. Udem otak. Injeksi intravena 20-40 mg 3 kali sehari. Diuresis mendesak. Dosis 20-40 mg diberikan bersama infus cairan elektrolit. Bayi dan anak <15 tahun, pemberian secara parenteral hanya dilakukan bila keadaan mendesak atau mengancam jiwa (1 mg/kg BB hingga maksimum 20 mg/hari).

C. Simarc

simarc merupakan obat dengan kandungan Warfarin 2 mg. Warfarin adalah obat antikoagulan. Obat ini bekerja menghambat koagulasi dengan jalan mencegah reduksi vitamin K secara enzimatis di dalam hati sehingga aktivasi faktor pembekuan darah terganggu atau tidak terjadi. Obat ini digunakan sebagai profilaksi embolisasi pada penyakit jantung rematik dan fibrilasi atrium, setelah pemasangan katup jantung prostetik, profilaksis pengobatan trombosis vena, dan serangan iskemik cerebral yang transien. Dalam penggunaan obat ini harus sesuai petunjuk dokter. Dosis awal: 5-10 mg per hari selama 2 hari. Penyesuaian dosis dilakukan menurut hasil INR (International Normalized Ratio). Dosis pemeliharaan: 2-10 mg per hari.

D. Omeprazole

Omeprazole adalah obat yang termasuk dalam kelompok penghambat pompa proton (proton pump inhibitor/PPI). Obat ini digunakan untuk mengatasi kondisi yang terkait dengan produksi asam lambung yang berlebihan, seperti penyakit refluks gastroesofageal (GERD), tukak lambung, dan sindrom Zollinger-Ellison.

Berikut adalah beberapa poin penting mengenai Omeprazole

1. Mekanisme kerja: Omeprazole bekerja dengan cara mengurangi produksi asam di dalam lambung. Obat ini menghambat enzim yang disebut H⁺/K⁺ ATPase, yang bertanggung jawab atas sekresi asam di dinding lambung.
2. Penggunaan: Omeprazole digunakan terutama untuk mengobati kondisi yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung, termasuk GERD, tukak lambung, tukak duodenum, dan esofagitis erosif. Dalam beberapa kasus, omeprazole juga dapat diresepkan

sebagai bagian dari regimen pengobatan infeksi *Helicobacter pylori*, bakteri yang berhubungan dengan tukak lambung.

3. Cara penggunaan: Omeprazole biasanya diminum secara oral dalam bentuk kapsul atau tablet dengan lapisan lambat pelepasan. Umumnya, obat ini diminum sekali sehari sebelum makan, meskipun instruksi dosis spesifik dapat bervariasi tergantung pada kondisi yang diobati.
4. Efek samping: Efek samping umum Omeprazole dapat meliputi sakit kepala, nyeri perut, diare, mual, dan kembung. Dalam kasus yang jarang terjadi, obat ini dapat menyebabkan efek samping yang lebih serius, seperti reaksi alergi, masalah hati, atau peningkatan risiko patah tulang, terutama dengan penggunaan jangka panjang.
5. Langkah pencegahan: Omeprazole dapat berinteraksi dengan beberapa obat, oleh karena itu penting untuk memberi tahu tenaga medis tentang semua obat yang Anda konsumsi. Biasanya, obat ini tidak disarankan selama kehamilan atau menyusui kecuali dengan resep khusus dari tenaga medis.
6. Durasi pengobatan: Durasi pengobatan dengan Omeprazole dapat bervariasi tergantung pada kondisi yang diobati dan respons individu. Biasanya, obat ini diresepkan untuk penggunaan jangka pendek guna meredakan gejala atau selama beberapa minggu untuk mempromosikan penyembuhan tukak. Penggunaan jangka panjang mungkin diperlukan untuk beberapa kondisi, tetapi harus dilakukan di bawah pengawasan medis.

Lampiran 3 Hasil Lab Darah dan Elektrolit

Hasil Lab Darah dan Elektrolit

Hasil Lab Darah dan Elektrolit

11. Delli No. 4 Tanjung Priok, Jakarta Utara - 14220
Telp. 021 - 43938478, email : rsudkoja@yahoo.com

Hasil Laboratorium

No. M.R : 00297986
Lab : 0895383482269
Pendaftaran : 2303110235
Barcode : 23054383
Nama Pasien : NY. SUMIYATI
Lahir / Usia : 24-07-1989 / 33 Th
Kelamin : Perempuan

Dokter : dr. Novi Yudia
Asal Pasien : GAWAT DARURAT
Tgl. Order : 11-03-23 13:18
Bahan diterima: 11-03-23 13:30
Tgl. Validasi : 11-03-23 13:59
Tgl. Cetak : 11-03-23 13:59
Halaman : 1 / 2

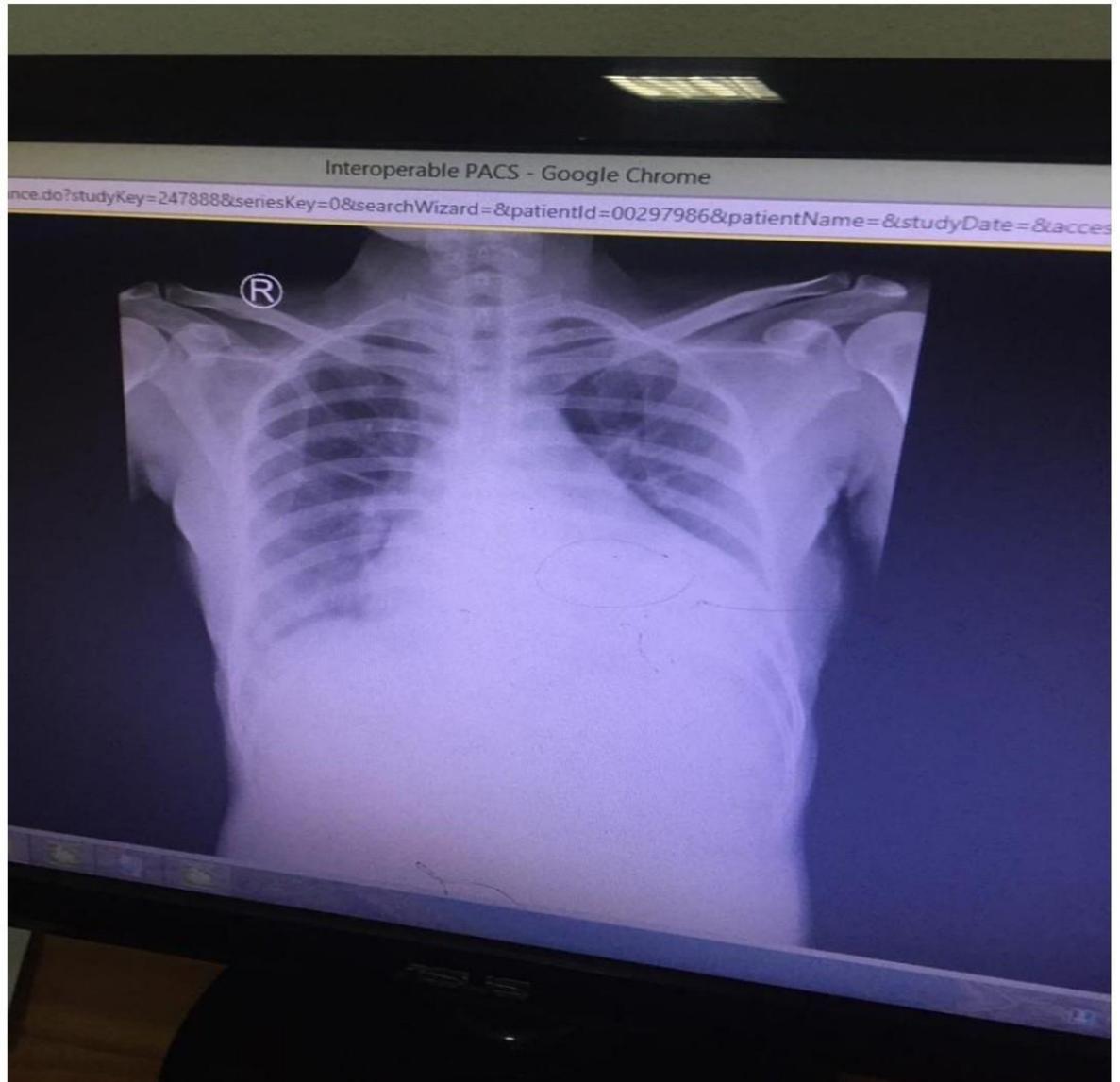
Periksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Rutin			
Hemoglobin	* 10.5	g/dL	12.5 - 16.0
Jumlah Leukosit	4.49	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.50
Hematokrit	* 31.7	%	37.0 - 47.0
Jumlah Trombosit	* 116	$10^3/\mu\text{L}$	182 - 369
KEMIA KLINIK			
Gas Darah + Elektrolit			
Analisa Gas Darah			
pH	7.439		7.350 - 7.450
p CO2	* 25.9	mm Hg	32.0 - 45.0
p O2	* 194.3	mm Hg	95.0 - 100.0
HCO3	* 17.7	mEq/L	21.0 - 28.8
Base Excess	* -6.7	mmol/L	- 2.5 - + 2.5
O2 Saturation	99.9	%	94.00 - 100.00
Elektrolit			
Natrium (Na)	140	mEq/L	135 - 147
Kalium (K)	* 3.03	mEq/L	3.5 - 5.0
Klorida (Cl)	101	mEq/L	96 - 108
Dreum	* 12.7	mg/dL	16.6 - 48.5
Kreatinin	0.98	mg/dL	0.51 - 0.95
eGFR (CKD-EPI)	122.5	mL/min/1.73 m ²	
Dewasa			
* ≥ 90 : kondisi normal			
Glukosa Sewaktu			
	143	mg/dL	70 - 200
Neonatus 1 hari : 40 - 60			
Neonatus > 1 hari : 50 - 80			
Anak-anak : 60 - 100			
Dewasa :			
70 - 99 : bukan Diabetes Mellitus			
100 - 199 : belum pasti Diabetes Mellitus			
≥ 200 : Diabetes Mellitus			
SEROLOGI			



Lampiran 5 : Elektrokardiogram

PA Thorax

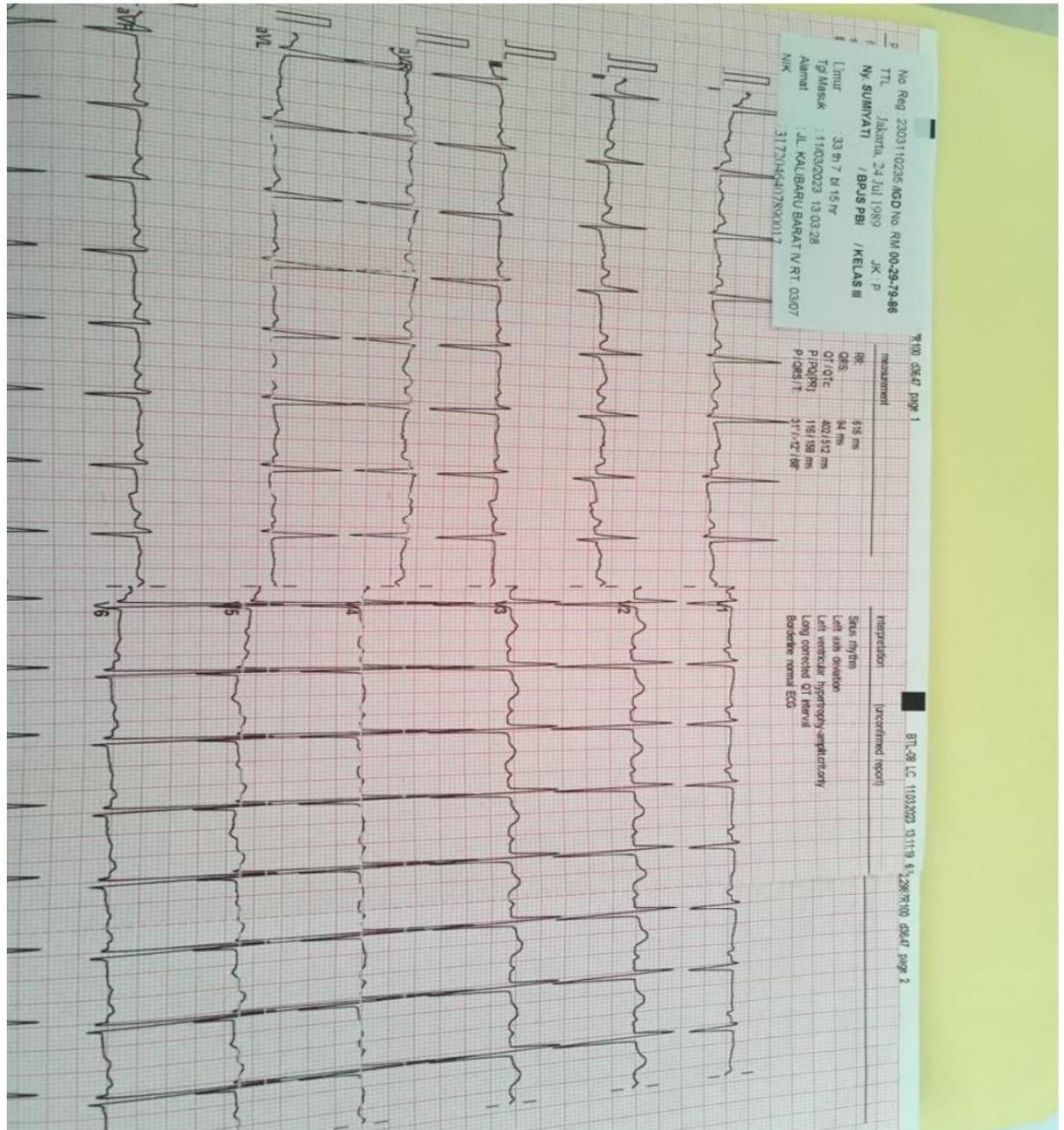
PA Thorax



Lampiran 5 : Elektrokardiogram

Elektrokardiogram

Hasil Elektrokardiogram



USG

Hasil usg





PEMERINTAHAN DKI JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
BAGIAN ILMU PENYAKIT DALAM
UNIT USG – ENDOSKOPI



HASIL PEMERIKSAAN ULTRASONOGRAFI

Tanggal : 15 Maret 2023
Nama : Ny Sumiyati
Usia : 33 tahun
Pengirim : Lt 6
Ket klinis : Asites

Hasil:

Hepar : besar, bentuk normal, permukaan rata, tepi tajam, ekostruktur normal, vena hepatica dan vena porta normal, saluran empedu intra dan ekstrahepatik normal, tidak terlihat SOL, .
Kandung empedu: Besar, bentuk normal, **dinding tidak menebal**, tidak terlihat batu/SOL
Pankreas: Besar, bentuk normal, duktus pankreatikus normal, tidak terlihat SOL
Lien: Besar, bentuk normal, ekostruktur normal tidak terlihat SOL
Ginjal kiri: Besar, bentuk normal, korteks dan medulla baik, ekostruktur normal, system pelviokalis tidak melebar, tidak terlihat batu/SOL,
Ginjal kanan: Besar, bentuk normal, korteks dan medulla baik, ekostruktur normal, system pelviokalis tidak melebar, tidak terlihat batu/SOL.
Buli: Besar, bentuk normal, **dinding tidak menebal**, tidak terlihat batu/SOL . **terlihat asites minimal**

Kesan
Asites **minimal**

Bagian Ilmu Penyakit Dalam
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
Dokter Pelaksana USG

Dr. Suzanna Ndraha SpPD KGEH
NIP. 140 223 594

diikuti Pr
ngkasan
ngi/real
ITUS PRL
dan tr
u
eriksaan
eriksaan
nonik
osa Uhan
biditas
Terapi d
erjakan
Anjuran
P)
Atu pulu
tidak la
& selanj
N

Echo

Hasil Echo


**RUMAH SEHAT
UNTUK JAKARTA**

RSUD Koja
 JL. Deli No. 4 Tanjung Priuk Jakarta Utara
 Tlp. 43938476, Fax. 4372273

LAPORAN ECHOCARDIOGRAPHY

NAMA : SUMIYATI (2) ALAMAT : S FARU UMUR : 33 THN	TANGGAL : 08/01/2023 NO.MR : 89297888 PEMERIKSA : DR.SISSY M.A, SP.JP/S
--	--

PENGUKURAN		Normal	Normal
Aorta	Root Dimension	20 - 37 mm	Ventrikel Kiri EDD
Atrium Kiri	Dimension	15 - 40 mm	ESD
Ventrikel Kanan	Dimension	< 30 mm	IVS Diastole
Fungsi Jantung	EF	53 - 77 %	IVS Systole
	EFSS	< 10 mm	PW Diastole
	MVA	> 3 cm ²	PW Systole
			35 - 52 mm
			28 - 38 mm
			7 - 11 mm
			7 - 11 mm

PENEMUAN :

1. Dimensi ruang jantung : LA, LV dilatasi
2. LVH (-)
3. LV fungsi sistolik 22% (Teicht)
4. RV fungsi baik, TAPSE 1.7 cm
5. Analisa segmental : aknetik di anterior wall, segmen lain hipokinetik
6. katup - katup jantung :
 - k. aorta : 3 cuspid, AR trivial
 - k. mitral : MR moderate
 - k. tricuspid : TR moderate
 - k. pulmonal : PR, PH
7. E/A >1
8. Lain-lain : -Efusi Pericard minimal, Efusi Pleura bilateral, Thrombus di LV 3 cm²

KESIMPULAN :
 LA, LV dilatasi
 Kontraktilitas LV menurun, EF 22 %, aknetik di anterior wall, segmen lain hipokinetik
 Kontraktilitas RV menurun
 Katup-katup : MR moderate, TR moderate, AR trivial, PR, PH
 Disfungsi diastolic grade II
 Efusi Pericard minimal, Efusi Pleura bilateral, Thrombus di LV

Cardiologist

1 LEMBAR UNTUK PASIEN, 1 LEMBAR UNTUK DISIMPAN DI STATUS

Lampiran 8 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB
 Nama Mahasiswa : Dwi Fitriyani
 Judul :

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	4 Maret 2023	Pengarahan untuk di rsud kota	
2.	6 03 2023	Pengkajian di ruang kardiologi kamar 606 lantai 6 Psud Pasien dengan gagal Jantung kongestif	
3.	29 03 2023	bab 3 Perbaikan sesuai koreksian (Penulisan kalimat bab. keamar)	
4.	31-03-2023	bab 1 & bab 2 = perbaikan sesuai koreksian (Penulis kalimat, penulisan titik, garis Prevensi, sesuaikan diagnosis dan soki penggunaan tanda baca)	
5.	03-04-2023	bab II ke 2 Perbaikan sesuai korek- (Penulisan sintasi judul)	
6.	05-04-2023	bab 1 ke 2 = Perbaikan sesuai koreksian (Tarak antar sub bab konsisten mengu- nakan huruf di awal kalimat)	
7.	21-05-2023	Bab I : Penambahan data dari ps kota (tambahkan table ke dua Pasien jangan hanya gsk pasien)	
8.	22-05-2023	bab 2 ke 2 perbaikan sesuai koreksian.	
9.	10-06-2023	bab 1 penambahan jumlah dari bab ke sub bab	
10.	10-06-2023	bab 2 ke 2 = Perbaikan. Sesuai koreksian	
11.	15-06-2023	Acc bab 1 & bab 2 akhir	
12.	14-06-2023	bab 3 ke-2 Perbaikan. sesuai koreksian.	
13.	17-06-2023	Acc bab 3	
14.	17-06-2023	bab IV & bab V = Perbaikan sesuai koreksian.	
15.		Acc bab IV - bab V	