



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A DENGAN  
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUANG  
KARDIOLOGI LANTAI 6 KAMAR 609  
RUMAH SAKIT UMUM KOJA  
JAKARTA UTARA**

**ERNI WIDIYASARI**

**2011091**

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



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A DENGAN  
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUANG  
KARDIOLOGI LANTAI 6 KAMAR 609  
RUMAH SAKIT UMUM KOJA  
JAKARTA UTARA**

**Laporan Tugas Akhir**

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

**ERNI WIDIYASARI**

**2011091**

**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 : Erni Widiyasari

NIM : 2011091

Tanda Tangan : 

Tanggal : 15 Juni 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

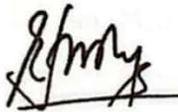
**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Gagal Jantung  
Kongestif Di Ruang Kardiologi Lantai 6 Kamar 609  
Rumah Sakit Umum Koja Jakarta Utara**

**Bimbinging**



Ns. Fendy Yesayas, M.Kep

**Penguji I**



(Enni Juliani, M.Kep)

**Penguji II**



(Ns. Ulfa Nur Rohma, M.Kep)

**Menyetujui**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellyntu S.E.P.M.M)

Ketua

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya sadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada Jakarta.
2. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, dan pikiran untuk mengarahkan dan mengoreksi Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Enni Juliani, M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir.
4. Ns. Ulfa Nur Rohma, M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir.
5. Seluruh dosen pengajar dan staf di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
6. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM, selaku Direktur RSUD Koja Jakarta yang telah memberikan lahan praktik kepada penulis dan dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
7. Ns. Iyar Samsiar, S.Kep selaku Kepala Divisi Keperawatan yang telah memfasilitasi pelaksanaan ujian.
8. Ns. Neni Diannilawati, S.Kep, selaku Kepala Ruangan Kardiologi di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah membimbing banyak bantuan selama praktek di ruangan
9. Tn. A dan keluarga atas bantuan dan kerjasamanya selama pembuatan asuhan keperawatan dalam Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

10. Kedua Orang Tua saya, Bapak Wawan dan Ibu Maria Ulfah yang selalu memberikan doa, semangat terimakasih untuk bimbingan, nasehat, motivasi dan dukungan baik moril dan materi.
11. Teman-teman Angkatan XXXIII yang selama 3 tahun telah berjuang terutama untuk kelas C terima kasih untuk 3 tahun yang berkesan ini.
12. Teman-teman seperjuangan di Tim Keperawatan Medikal Bedah kelompok (Adinda Salsabila, Filhayati Janatun, Kamilah Hayatun, Muhammad Joan) yang senasib sepenanggungan bersama melewati berbagai rintangan untuk bisa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
13. Untuk teman dekat saya (Eva Hermana, Farah Raihana, Tri halimah dan Ardila Primesti) yang sudah mendengarkan keluh kesah, memberi motivasi untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini.
14. Untuk Ardhan Fachri Rahmansyah terima kasih sudah selalu mendukung, menemani, mendengarkan keluh kesah dan memberikan motivasi selama penyusunan Tugas Akhir ini.

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

Jakarta, 15 Juni 2023



Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan .....	6
E. Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Gagal Jantung Kongestif.....	8
B. Patofisiologi Gagal Jantung Kongestif.....	9
C. Penatalaksanaan .....	17
D. Konsep Asuhan Keperawatan .....	20
1. Pengkajian Keperawatan .....	20
2. Diagnosa keperawatan.....	26
3. Perencanaan keperawatan.....	28
4. Pelaksanaan keperawatan .....	43
5. Evaluasi keperawatan .....	44
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>46</b>
A. Pengkajian .....	46
B. Diagnosa Keperawatan.....	70
C. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi .....	70
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>88</b>
A. Pengkajian .....	88
B. Diagnosa Keperawatan.....	92

C. Intervensi Keperawatan.....	95
D. Implementasi Keperawatan.....	96
E. Evaluasi Keperawatan.....	98
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>101</b>
A. Kesimpulan .....	101
B. Saran.....	105
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>107</b>

## DAFTAR SINGKATAN

1. CHF : *Congestive Heart Failure*
2. PJK : *Penyakit Jantung Koroner*
3. ADL : *Activites of Daily Living*
4. RAA : *Renin Angiotensin Aldosterone*
5. PND : *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea*
6. NYHA : *New York Heart Association*
7. TIK : *Tekanan Intra Karnial*
8. GCS : *Glasgow Coma Scale*
9. JVP : *Jugular Venous Pressure*
10. CVP : *Central Venous Pressure*
11. AHA : *American Heart Association*
12. IMT : *Indeks Massa Tubuh*
13. IVFD : *Intravenous Fluid Drops*
14. ACE : *Inhibilator Angiotensin Converting Enzyme*
15. CPG : *Clopidogrel*
16. EKG : *Elektrokardiografi*
17. SPECT : *Single Photon Emission Computed Tomography*
18. PET : *Positron Emission Tomography*
19. LGE : *Late Gadolinium Enhancement*
20. TSH : *Thyroid Stimulating Hormone*
21. AGD : *Analisa Gas Darah*
22. ECG : *Echocardiography*
23. LA : *Left Atrium*
24. LV : *Left Ventrikel*
25. EF : *Ejection Fraction*
26. RV : *Right Ventrikel*
27. MR : *Mitral Regurgitation*
28. TR : *Trikuspid Regurgitation*

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway .....	109
Lampiran 2 : Analisa Obat .....	111
Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) .....	117
Lampiran 4 : Leaflet.....	126
Lampiran 5 : Lembar Balik .....	127
Lampiran 6 : EKG.....	130
Lampiran 7 : ECHO .....	131
Lampiran 8 : Foto Thorax .....	132
Lampiran 9 : Lembar Konsultasi .....	133

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Jantung berperan penting dalam sistem sirkulasi darah yang akan memompa darah berupa oksigen serta nutrisi ke seluruh tubuh, oleh karena itu jika mengalami masalah pada jantung pastinya akan sangat berbahaya mengingat bahwa banyak kasus kematian yang disebabkan masalah pada jantung. Salah satu penyakit jantung yang memiliki angka kematian tertinggi di negara maju maupun negara berkembang adalah penyakit gagal jantung (PERKI, 2022). Gagal jantung kongestif merupakan penyakit sindrom klinis akibat gangguan jantung struktural atau fungsional sehingga jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk memenuhi tuntutan atau kebutuhan metabolisme tubuh. Istilah gagal jantung menunjukkan penyakit miokard dimana gangguan kontraksi jantung (disfungsi sistolik) atau pengisian jantung (disfungsi diastolik) dapat menyebabkan kongesti paru atau sistemik (Hinkle et al., 2021).

Gagal jantung kongestif merupakan kegagalan jantung dalam memompakan cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh hal ini disebabkan adanya gangguan pengisian pada ventrikel atau eaksi darah ke sirkulasi sistemik, dalam kondisi ini gejala yang sering terjadi biasanya pasien akan mengalami kelelahan

dan sesak napas, penurunan toleransi olahraga, serta terjadi retensi cairan dan menyebabkan edema pada paru dan perifer (Malik et al., 2023).

Tanda dan gejala yang sering ditemukan pada penderita gagal jantung kongestif yaitu dyspnea atau sesak napas yang dapat timbul secara mendadak biasanya sesak akan bertambah berat jika dalam posisi terlentang terutama terjadi pada saat malam hari, lalu fatigue (kelelahan) penderita gagal jantung akan merasa lebih lelah jika beraktivitas bahkan saat sedang istirahat, edema paru, asites, adanya pitting edema, adanya peningkatan berat badan dan bahkan dapat terjadi syok kardiogenik (Yulianti & Chanif, 2021)

Menurut *American Heart Association* (AHA) penyakit jantung tetap menjadi penyebab utama kematian di Amerika Serikat, terhitung 928.741 kematian pada tahun 2020. Dimana penyakit jantung coroner (PJK) adalah penyebab utama (41,25) kematian akibat penyakit jantung di Amerika Serikat, diikuti oleh stroke (17,3%), hipertensi (12,9%), gagal jantung (9,2%) dan penyakit pembuluh darah (2,6%) (Tsao, et al., 2023).

Sedangkan *World Health Organization*, 2021 menyatakan bahwa terdapat 17,9 juta kematian akibat penyakit *cardiovascular* pada tahun 2019, mewakili 32% dari semua kematian global. Dari kematian tersebut 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Selain itu di Asia dari tahun 1990 hingga 2019, jumlah penyakit jantung meningkat dari 5,6 juta menjadi 10,8 juta. Tingkat kematian tertinggi di Asia adalah di Georgia (810,7 per 100.000 penduduk) dan terendah di Qatar (39,1 per 100.000 penduduk). Angka kematian penyakit jantung umumnya lebih tinggi di Asia Tengah dan Timur dibandingkan di Asia Selatan dan Tenggara. Prevelensi kematian akibat penyakit jantung jauh lebih

rendah di negara Asia berpenghasilan tinggi, terutama di Jepang (11%) dan Israel (15%), tetapi secara signifikan lebih tinggi di banyak negara Asia yang berpenghasilan rendah dan menengah (Zhao, 2021).

Prevalensi data yang ditemukan Riskesdas 2018 berdasarkan diagnosis dokter didapatkan penyakit jantung mencapai (1.5%) atau sekitar 1.017.290 penduduk Indonesia. Sedangkan berdasarkan tempat tinggal, prevalensi penduduk perkotaan penderita penyakit jantung cenderung lebih tinggi (1,6%) dibandingkan penduduk di perdesaan (1,3%) (Riskesdas, 2018). Sedangkan berdasarkan hasil rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta pasien yang masuk dengan kasus gagal jantung kongestif berjumlah 904 orang selama periode Januari 2022 sampai Januari 2023.

Faktor risiko dari penyakit jantung dapat disebabkan karena pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, selain itu berdasarkan data Riskesdas menunjukkan bahwa 12% penduduk mempunyai kadar kolesterol LDL yang tinggi, prevalensi diabetes melitus mencapai angka 10,9% dan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada penduduk berusia >18 tahun mencapai 34,11%. Sementara itu, merokok pada penduduk berusia  $\geq 10$  tahun mencapai 28,9% (PERKI, 2022). Komplikasi yang dapat terjadi pada gagal jantung kongestif seperti: edema paru, infark miokardium akut, syok kardiogenik, emboli limpa, gangguan motorik, perubahan penglihatan. langkah yang dapat dilakukan Penderita gagal jantung kongestif adalah menunda timbulnya serangan berulang yang dapat terjadi kapan saja (Nurhayati et al., 2020).

Berdasarkan tingkat tingginya penderita gagal jantung dan keparahan dari komplikasi yang akan terjadi pada pasien gagal jantung kongestif maka dari itu

peran perawat sangat berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, selain menjaga kestabilan kesehatan pada pasien jantung peran perawat juga sangat penting dalam hal promotif yaitu memberikan pendidikan kesehatan masalah pada penyakit jantung pada keluarga untuk penanganan serta perawatan pasien pada saat di rumah. Selanjutnya perawat berperan dalam upaya preventif yaitu dengan memberikan penyuluhan tentang kebiasaan pola hidup sehat yang harus di perhatikan pada pasien penyakit jantung. Peran perawat dalam kuratif ialah dengan memberikan pertolongan atau pengobatan sesuai asuhan keperawatan contohnya seperti membantu ADL (*Activites of Daily Living*) jika pasien mengalami intoleransi aktivitas, memberikan teknik distraksi jika pasien mengalami nyeri, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan jika mengalami sesak nafas. Sedangkan peran perawat sebagai rehabilitatif yaitu dengan memberikan penyuluhan kesehatan terhadap pasien yang menderita penyakit jantung supaya tidak terjadi komplikasi.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penting untuk melakukan studi kasus mengenai "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi Lantai 6 Kamar 609 Rumah Sakit Umum Koja Jakarta Utara".

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan kasus Gagal Jantung Kongestif Di ruang kardiologi pada kamar 609 RSUD Koja Jakarta Utara.

### 2. Tujuan Khusus

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

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

- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.

### **C. Ruang Lingkup**

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu "Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Gagal Jantung Kongestif di Ruang Kardiologi Lantai 6 Kamar 609 RSUD Koja Jakarta" dengan menggunakan proses keperawatan selama 3x24 jam dari 20 Maret 2023 sampai dengan 22 Maret 2023.

### **D. Metode Penulisan**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola 1 kasus terkait Gagal Jantung Kongestif. menggunakan teknik pengumpulan data melalui studi kepustakaan dan studi dokumentasi. Studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku-buku keperawatan sebagai literatur acuan yang berhubungan dengan Gagal Jantung Kongestif. sedangkan, Studi dokumentasi yaitu dengan mengumpulkan data dengan mempelajari rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan kondisi pasien, wawancara langsung, dengan pasien dan keluarga pasien serta tenaga kesehatan yang mengetahui tentang kondisi pasien, serta pemeriksaan fisik pada pasien.

## **E. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 5 (lima) BAB. Yaitu BAB I berisi pendahuluan yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II berisi tujuan teori dalam penguraian konsep dasar yang meliputi pengertian, patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinik dan komplikasi), penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB III berisi tinjauan kasus pada asuhan keperawatan pasien dengan Gagal Jantung Kongestif. yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose, keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi pembahasan yang meliputi kesenjangan antara teori dan kasus termasuk factor-faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatann serta evaluasi keperawatan. BAB V berisi penutup yang meliputi kesimpulan dan saran dari keseluruhan makalah.

## **BAB II TINJAUAN TEORI**

### **A. Konsep Gagal Jantung Kongestif**

#### **1. Definisi**

Gagal Jantung Kongestif merupakan ketidakmampuan jantung untuk memberikan perfusi ke jaringan secara adekuat. Penyebab utama adalah kegagalan fungsi sistolik miokardium, yang dapat diakibatkan oleh berbagai penyakit. Kegagalan miokardium bisa mempengaruhi ventrikel kanan dan kiri, baik secara tersendiri maupun bersamaan. Jika tidak ditangani dengan baik, gagal jantung kiri akan menyebabkan gagal jantung kanan karena peningkatan beban pada ventrikel kanan. Pada beberapa kasus, dapat juga terjadi gagal jantung meskipun tidak terdapat abnormalitas fungsi miokardium (Churchhouse & Ormerod, 2017).

Gagal jantung kongestif merupakan kondisi kegagalan jantung untuk memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi secara menyeluruh. Dalam kondisi tersebut akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru sehingga penderita dapat mengeluh nyeri pada area dada, sesak napas, dan mudah lelah jika beraktivitas (Purnamasari et al., 2023).

Selain itu gagal jantung kongestif kronis ataupun akut dapat diakibatkan oleh disfungsi ventrikel kiri atau ventrikel kanan bahkan keduanya sehingga jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah yang mengakibatkan kebutuhan oksigen maupun nutrisi bagi jaringan serta organ tubuh tidak mencukupi (Lukitasari et al.,2021).

Berdasarkan pemaparan diatas maka dapat disimpulkan bahwa gagal jantung dapat diartikan sebagai ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah dalam jumlah yang cukup ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen sehingga terjadi penurunan metabolisme.

## **B. Patofisiologi Gagal Jantung Kongestif**

### **1. Etiologi**

Gagal Jantung Kongestif dapat disebabkan oleh banyak hal. Berbagai gangguan penyakit jantung biasanya diakibatkan karena kegagalan otot jantung yang dapat menyebabkan penurunan kontraktilitas jantung, keadaan hemodinamis kronis yang menetap disebabkan karena tekanan atau *volume overload* yang akan menyebabkan hipertrofi dan dilatasi ruang jantung, dan kegagalan jantung juga dapat terjadi karena beberapa faktor eksternal yang menyebabkan keterbatasan dalam pengisian ventrikel (Lukitasari et al., 2021).

Selain itu Gagal Jantung Kongestif dapat disebabkan dengan berbagai keadaan salah satunya yaitu terjadi penurunan kontraktilitas jantung yang disebabkan karena adanya kelainan pada otot jantung, aterosklerosis

coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena aliran darah ke otot jantung terganggu, penyakit hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload*) hal ini dapat meningkatkan beban kerja jantung dan akan mengakibatkan hipertropi pada serabut otot jantung, terjadinya peradangan dan penyakit mioardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara tidak langsung merusak serabut jantung yang akan mengakibatkan kontraktilitas jantung menurun, penyakit jantung lain juga dapat terjadi akibat penyakit jantung yang sebenarnya yang secara langsung mempengaruhi fungsi jantung pada mekanisme tersebut biasanya akan terjadi gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (*stenosis semilunar*), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (*tamponade, pericardium konstriktif* atau *stenosis Atrioventricular*), meningkatnya *afterload* secara mendadak, regurgitasi mitral dan aorta yang menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan *preload*), dan penyebab gagal jantung juga dapat terjadi karena faktor misalnya yaitu meningkatnya laju metabolisme seperti terjadi demam, tirotoksikosis, hipoksia dan anemia dapat menyebabkan tingkat penurunan suplai darah ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolic dan abnormalitas elektronik juga menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung (Rahmatiana & Clara, 2019).

## **2. Proses**

Proses terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan penurunan curah jantung yang pada akhirnya terjadi penurunan kadar oksigen.

Penurunan kontraktilitas pada jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang akan mengurangi cardiac output dan mengakibatkan peningkatan volume pada ventrikel. Menurunnya curah jantung akan meningkatkan aktivitas *adrenergik simpatis* yang kemudian merangsang katekolamin dari saraf-saraf *adrenergik* jantung dan medulla adrenal dalam proses ini akan membuat denyut jantung dan kekuatan kontraktil akan meningkat untuk menambah *cardiac output*. *Vasokonstriksi* arteri perifer juga akan terjadi untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ. *Vasokonstriksi* akan meningkatkan aliran balik ke sisi kanan jantung yang selanjutnya akan menambah kekuatan kontraksi.

Gagal jantung kiri terjadi karena fungsi kontraksi ventrikel tidak efektif, sehingga curah jantung akan menurun yang menyebabkan aliran darah ke seluruh tubuh adekuat karena terjadi penurunan kontraktilitas otot jantung sehingga akan terjadi *backwards* ke atrium kiri kemudian ke paru – paru sehingga terjadi angesti paru, *dyspnea*, serta intoleransi aktivitas. Bila keadaan ini terus berlanjut akan terjadi edema paru dan gagal jantung kanan.

Pada gagal jantung kanan terjadi karena fungsi ventrikel kanan tidak efektif, sehingga darah tidak mampu dipompakan ke paru – paru secara efektif. Hal ini mengakibatkan aliran darah kembali ke atrium kanan kemudian ke sirkulasi perifer. Aliran balik ke hepar akan mengakibatkan terjadinya hepatomegaly dan splenomegali. Disfungsi sistolik yaitu terjadi kegagalan ventrikel kiri yang tidak mampu memompa cukup darah keluar dari sirkulasi sistemik selama sistol sehingga terjadi penurunan fase ejeksi

dan mengakibatkan peningkatan volume akhir diastolik ventrikel kiri. Akibat darah mengalir ke vena pulmonal dan tekanan dalam vena pulmonal meningkat curah jantung menjadi menurun. Sedangkan pada disfungsi diastolik terjadi karena kemampuan ventrikel kiri mengadakan relaksasi serta transisi darah selama diastole berkurang dan terjadi penurunan volume darah sekuncup (*stroke volume*). Dengan demikian diperlukan volume yang lebih besar dalam ventrikel untuk mempertahankan curah jantung akibatnya, terjadi kongesti pulmoner dan edema perifer yang terjadi karena hipertrofi ventrikel kiri, hipertensi dan kardiomiopati resriktif.

Gagal jantung kongestif dapat terjadi karena sistem *Renin Angiotensin Aldosterone* (RAA). Sistem saraf simpatis, epinerin dan norepinerin meningkatkan tahanan perifer dengan meningkatkan kerja jantung. Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis akan meningkatkan resistensi serta kontraktilitas vaskuler perifer, frekuensi jantung, dan aliran balik vena. Selain itu akan membatasi aliran darah ke ginjal sehingga terjadi ekskresi rennin kemudian mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II yang merupakan vasokonstriktor kuat. Angiotensin merangsang korteks adrenal untuk mengeluarkan lebih banyak aldosterone yang dapat merentensi natrium dan air sehingga terjadi peningkatan volume darah dalam tubuh. Pada awalnya mekanisme ini sangat membantu, namun karena volume cairan tubuh yang meningkat dapat memperberat fungsi kerja jantung dalam mempompa darah (Tio, 2021).

### 3. Manifestasi Klinis Gagal Jantung Kongestif

Manifestasi klinis gagal jantung dapat diperhatikan secara relatif berdasarkan dari latihan fisik yang diberikan. Pada pasien gagal jantung toleransi aktivitas akan menurun dan gejala gagal jantung akan muncul lebih awal dengan aktivitas ringan. Gejala awal yang akan dialami oleh pasien gagal jantung yaitu *dyspnea* (sesak napas), mudah kelelahan dan adanya retensi cairan. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) adalah kondisi mendadak terbangun dari tidur karena *dyspnea* yang dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial. PND merupakan salah satu manifestasi klinis yang spesifik dari gagal jantung kiri, peningkatan tekanan vena jugularis, penimbunan cairan dalam ruang interstisial dapat menyebabkan edema dan jika berlanjut akan menimbulkan edema anasarka, berkurangnya perfusi ke organ tubuh seperti kulit pucat dan kelemahan otot rangka. Makin menurunnya curah jantung dapat disertai insomnia, kegelisahan, dan kebingungan. Bahkan pada gagal jantung kronis yang berat, dapat terjadi kehilangan berat badan yang progresif (Nurkhalis & Adista, 2020).

Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada pasien gagal jantung berdasarkan tipe gagal jantung itu sendiri menurut (LeMone et al., 2016) yaitu terdiri dari:

#### 1) Gagal jantung kiri

Ketika fungsi ventrikel kiri gagal, curah jantung turun. Tekanan dalam ventrikel dan atrium kanan akan meningkat saat jumlah darah yang tersisa dalam ventrikel setelah sistol meningkat. Peningkatan tekanan ini akan mengganggu pengisian, yang akan menyebabkan bendungan dan

peningkatan tekanan dalam sistem vaskular paru. Peningkatan tekanan dalam sistem tekanan rendah yang normal ini meningkatkan perpindahan cairan dari pembuluh darah menuju jaringan interstisial dan alveolus. Manifestasi klinis pada gagal jantung sebelah kiri dapat terjadi akibat kongesti paru (*backward effects*) dan penurunan curah jantung (*forward effects*) (LeMone et al., 2016).

Tanda dan gejala yang ditemukan pada gagal jantung kiri yaitu terjadinya penurunan *cardiac output* biasanya pasien akan mengeluh kelelahan, oliguria, angina, bingung dan gelisah, takikardi dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, akral dingin. Terjadinya kongesti pulmonal tanda dan gejala yang akan dirasakan pada pasien yaitu, batuk bertambah buruk saat malam hari (*Paroxysmal Nocturnal Dyspnea*), *dyspnea*, *cracles*, *takipnea*, *orthopnea* (Lukitasari et al., 2021).

## 2) Gagal jantung kanan

Pada gagal jantung sebelah kanan, peningkatan tekanan pada vascular paru atau kerusakan otot pada ventrikel kanan akan terjadi penurunan kontraktilitas ventrikel kanan untuk memompa darah menuju sirkulasi pulmonaris. Ventrikel dan atrium kanan menjadi distensi dan darah terakumulasi dalam sistem vena sistemik (LeMone et al., 2016).

Manifestasi klinis gagal jantung kanan adalah kongesti sistemik yaitu berupa: distensi vena jugularis, pembesaran pada hepar dan limpa, anoreksia dan nausea, edema menetap, distensi abdomen, bengkak pada tangan dan jari, poliuri, peningkatan berat badan, peningkatan tekanan

daarah (karena kelebihan cairan) atau penurunan tekanan darah (karena kegagalan pompa jantung) (Lukitasari et al., 2021).

#### 4. Klasifikasi

Klarifikasi berdasarkan keparahan gagal jantung kongestif yang berkaitan antara gejala *dyspnea* dan aktivitas fisik menjadi empat kelas menurut *New York Heart Association* (NYHA), kelas satu yaitu tidak ada keterbatasan pada aktivitas fisik, pada kelas ini tidak ditemukan tanda dan gejala seperti *dyspnea*, palpitasi ataupun kelelahan yang berlebihan pada aktivitas biasa. Kelas dua yaitu terdapat sedikit keterbatasan pada aktivitas fisik ringan, pada kelas ini pasien akan merasakan nyaman ketika beristirahat, tetapi pada aktivitas biasa akan menimbulkan kelelahan dan palpitasi. Kelas tiga yaitu keterbatasan nyata dalam melakukan aktivitas fisik, pada kelas ini pasien akan mengalami keterbatasan saat beraktivitas dan akan menimbulkan tanda dan gejala seperti *dyspnea*, palpitasi ataupun kelelahan yang berlebihan akan tetapi tanda dan gejala tersebut akan berkurang atau pasien akan merasa lebih nyaman saat istirahat. Kelas empat yaitu ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik apapun, pada kelas ini pasien akan merasakan tanda dan gejala yang berat saat beraktivitas dan bahkan saat beristirahat (Roger, 2021).

Sedangkan berdasarkan klasifikasi yang ditemukan *American Heart Association* (AHA) pada tingkat A pasien memiliki risiko tinggi untuk mengalami penyakit gagal jantung di masa yang akan datang tetapi belum memiliki kelainan fungsional maupun struktural pada jantung, tingkat B pasien terdapat gangguan struktural pada jantung namun belum merasakan

tanda dan gejala apapun, tingkat C pasien merasakan tanda dan gejala jantung namun masih dapat dikontrol dengan pengobatan farmakologis dan pada tingkat D pasien membutuhkan perawatan lanjut di rumah sakit, mendapatkan perawatan intensif atau melakukan transplantasi jantung (Roger, 2021).

## **5. Komplikasi**

Gagal Jantung Kongestif dapat menyebabkan banyak sekali komplikasi pada berbagai organ. Gagal jantung dapat menyebabkan kerusakan organ pada paru-paru. Hal ini disebabkan akibat adanya peningkatan tekanan hidrostatik pembuluh kapiler paru pada pasien dengan gagal jantung yang pada akhirnya akan menyebabkan kongesti atau edema paru, pneumonia, asma kardiak dan efusi pleura. Pada organ ginjal gagal jantung dapat menyebabkan penurunan aliran darah pada ginjal akibat adanya kongesti pada vena sentral yang akan menyebabkan gagal ginjal akut. Gagal jantung juga dapat merusak organ hepar, kerusakan hepar ini dinamakan hepatitis hipoksik atau hepatitis iskemik, akibat kerusakan hepar terjadi gangguan koagulasi darah dan produksi bilirubin direk yang dapat ditandai dengan peningkatan bilirubin total, selain itu gejala yang kemungkinan muncul yaitu seperti ikterik, nyeri pada perut kanan atas, mual, muntah diare dan anoreksia. Sering kali pasien dengan gagal jantung mengeluh lemas dan lesu. Hal ini berkaitan dengan adanya gangguan sistem musculoskeletal pada pasien gagal jantung, karna dapat menyebabkan penurunan perfusi oksigen ke otot-otot akibat edema paru, turunnya cardiac output serta aktivasi sistem saraf simpatis dan sistem renin angiotensis aldosterone yang

mencetuskan terjadinya vasokonstriksi. Hal ini yang menyebabkan lemas, letih dan lesu pada pasien dengan gagal jantung. Gagal jantung juga dapat menyebabkan takiaritmia dan bradikardia. Kondisi tersebut disebabkan karena abnormalitas struktur atrium dan ventrikel pada pasien gagal jantung, abnormalitas metabolik, perubahan elektrofisiologi jantung, dan obat-obatan gagal jantung seperti digoxin (Laksono, et al., 2021).

## C. Penatalaksanaan

### 1. Terapi

Penatalaksanaan gagal jantung bertujuan untuk menurunkan kerja jantung, meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas miokard, dan menurunkan retensi garam dan air. Penatalaksanaan pasien dengan gagal jantung kongestif terdapat 2 cara yaitu dengan manajemen terapi farmakologis dan terapi non-farmakologis, Menurut (Hinkle et al., 2021) sebagai berikut:

#### a) Terapi farmakologis

Diuretik, seperti furosemide memiliki peranan penting dalam ekskresi cairan dan garam. Obat ini mengurangi gejala secara signifikan namun tidak mengurangi mortalitas pasien gagal jantung dan oleh karena itu diuretik diberikan dengan dosis minimal yang bisa mengontrol gejala kongesti. Diuretik diresepkan untuk menghilangkan kelebihan cairan ekstraseluler dengan meningkatkan diuresis pada pasien dengan tanda dan gejala kelebihan cairan.

*Inhibitor Angiotensin-Converting Enzyme (ACE)* dan *Penyekat Beta Angiotensin II (ARB)*, berfungsi untuk mencegah terjadinya

serangan koroner akut dan kematian akibat gagal jantung. Inhibitor ACE bekerja menghambat produksi angiotensin II, menyebabkan vasodilatasi, penurunan volume darah dan mencegah efeknya pada jantung dan pembuluh darah. Pada gagal jantung ACE mengurangi afterload dan memperbaiki curah jantung dan aliran darah ginjal. Selain itu juga dapat mengurangi kongesti paru dan edema perifer.

Digoksin, dapat meningkatkan kekuatan kontraksi miokard dan memperlambat konduksi melalui nodus atrioventricular, meningkatkan kontraktilitas, dan meningkatkan output ventrikel kiri.

Infus Intravena inotropik (misalnya, dopamin, dobutamine, milrinone) meningkatkan kekuatan kontraksi miokard; dengan demikian, mereka dapat diindikasikan untuk pasien rawat inap dengan edema paru (yaitu, HF dekomposisi akut). Dopamin adalah *vasopressor* yang diberikan untuk meningkatkan kontraktilitas BP dan miokard. Diberikan pada dosis rendah, infus dopamin dapat membantu sebagai terapi tambahan bersama dengan diuretic dalam meningkatkan diuresis, menjaga fungsi ginjal, dan meningkatkan aliran darah ginjal. Dobutamine diberikan kepada pasien dengan disfungsi ventrikel kiri yang signifikan dan hipoperfusi. Sebuah katekolamin, dobutamine merangsang reseptor adrenergik beta-1. Tindakan utamanya adalah meningkatkan kontraktilitas jantung dan perfusi ginjal untuk meningkatkan output urin. Milrinone adalah *inhibitor fosfodiesterase* yang mengarah pada peningkatan kalsium intraseluler dalam sel miokard, meningkatkan kontraktilitasnya. Agen ini juga

mempromosikan vasodilatasi, menghasilkan penurunan preload dan afterload dan mengurangi beban kerja jantung. Milrinone diberikan IV kepada pasien dengan HF berat, termasuk pasien yang sedang menunggu transplantasi jantung. Karena obat menyebabkan vasodilatasi, tekanan darah pasien dipantau sebelum pemberian. Jika pasien hipovolemik, tekanan darah bisa turun dengan cepat. Efek samping utama adalah hipotensi dan peningkatan aritmia ventrikel. Tekanan darah dan EKG dipantau secara ketat selama dan setelah infus milrinone.

b) Terapi non-farmakologis

Terapi non farmakologis pada pasien gagal jantung meliputi tirah baring, tindakan ini dapat mengurangi beban kerja jantung yang meningkat sehingga tekanan darah menurun, pengaturan diet pada pasien akan membuat ketegangan pada otot jantung akan berkurang, selain itu pembatasan konsumsi natrium juga bertujuan untuk mencegah dan mengurangi edema yang terjadi, manajemen stress dapat dilakukan yaitu dengan meluangkan waktu untuk duduk dan latihan nafas dalam setiap harinya serta menenangkan pikiran , pemberian posisi semi fowler pada pasien gagal jantung juga akan berdampak positif pada peningkatan kualitas tidur, dengan mengatur posisi tidur dengan tinggi 45 derajat atau menggunakan 2 bantal saat tidur akan menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru-paru.

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan pemikiran dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan, dengan mengumpulkan informasi atau data tentang pasien untuk dapat mengidentifikasi, mengenal masalah – masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental sosial dan lingkungan, menurut (Fikriana, 2018) terdiri dari :

#### **a. Identitas Klien**

Meliputi nama, tempat tinggal dan tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, No MR, dan diagnose medis.

#### **b. Riwayat kesehatan sekarang**

##### **1) Keluhan utama**

Pada pasien gagal jantung biasanya ditemukan keluhan sesak nafas dan kelemahan saat beraktifitas, mudah lelah, nyeri pada dada, dyspnea pada saat beraktivitas.

##### **2) Keluhan saat dikaji**

Pengkajian dilakukan dengan mengajukan serangkaian pernyataan mengenai kelemahan fisik pasien secara PQRST. Biasanya pasien akan mengeluh sesak nafas dan kelemahan saat beraktifita, kelelahan, dada terasa berat dan berdebar – debar.

#### **c. Riwayat kesehatan dahulu**

Meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita pasien terutama penyakit mendukung munculnya penyakit saat ini. Pada pasien gagal

jantung biasanya sebelumnya pernah menderita nyeri dada, hipertensi, iskemia miokardium, infark miokardium, diabetes mellitus, hiperlipidemia dan memiliki riwayat penggunaan obat – obatan pada masa yang lalu dan masih relevan dengann kondisi saat ini. Obat – obatan ini meliputi obat diuretic, nitrat, penghambat beta, dan reaksi alairgi yang timbul. Sering kali pasien menafsirkan suatu alairgi sebagai efek samping dari obat.

#### **d. Riwayat kesehatan keluarga**

Perawat menanyakan tetang penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal terutama pada usi produktif, dan penyebab kematiannya. Penyakit jantung sistemik pada keturunannya.

#### **e. Pemeriksaan fisik**

Hasil pemeriksaan fisik yang dapat ditemukan pada pasien gagal jantung kongestif sebagai berikut:

##### **1) Inspeksi**

Pada pasien gagal jantung biasanya ditemukan terlihat respirasi meningkat, dyspnea, batuk kering atau berdahak, sputum pekat dan terkadang bercampur darah, JVP meningkat, kulit kering dan bersisik, tampak pucat, edema pada perifer dan asites abdomen.

##### **2) Palpasi**

Letak jantung dapat bergeser atau membesar yang dapat disebabkan karena adanya hipertrofi ventrikel, terjadi hepatomegaly sehingga hati

teraba, dan terjadi edema dengan derajat yang bervariasi. Terjadi penurunan turgor, dan perlambatan pengisian kapiler.

### 3) Auskultasi

Ditemukan suara paru menurun, mengakibatkan cairan jaringan pada paru dan suara jantung pada S1 dan S2 menurun. Kontraksi miokard menurun, terdapat suara tambahan pada S3 dan S4 yang dihasilkan karena aliran darah ke atrium yang distensi, sedangkan murmur terjadi karena adanya inkompetensi atau stenosis katup. Selain itu, terdapat suara napas tambahan seperti crackles atau ronchi basah suara ini dapat terdengar pada dasar posterior paru dan sering dikenali sebagai adanya kegagalan ventrikel kiri.

## **f. Pengkajian data**

### 1) Aktivitas dan istirahat

Keluhan yang didapatkan pasien akan merasakan kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, nyeri dada, dyspnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas mengakibatkan interaksi sosial berkurang. Sebagian dari pasien gagal jantung status mental akan terganggu, pasien akan merasakan ansietas, ketakutan, gelisah, marah dan stress sehubungan dengan penyakitnya, sosial, finansial. Rasa nyaman pasien juga akan terganggu karena merasakan nyeri dada sebelah kiri yang akut/kronik.

### 2) Nyeri/ketidaknyamanan

Nyeri dada, angina akut atau angina kronis, nyeri abdomen bagian kanan atas (gagal jantung kanan), nyeri otot, gelisah, focus berkurang dan menarik diri, menjaga perilaku.

### 3) Respirasi

Pemeriksaan fisik pada sistem pernafasan dapat ditemukan tanda dan gejala Dyspnea saat beraktivitas atau istirahat, dyspnea pada malam hari sehingga mengganggu tidur, tidur dengan posisi duduk atau dengan sejumlah bantal, takipnea, nafas dangkal, penggunaan otot bantu napas, pernapasan cuping hidung, batuk moist pada gagal jantung kiri, batuk dengan atau tanpa produksi sputum, penggunaan alat bantu napas seperti oksigen, bunyi napas mungkin terdengar lemah dengan adanya krekles dan mengi, pucat atau sianosis.

### 4) Sirkulasi

Riwayat hipertensi, kelainan katup, bedah jantung, endokarditis, anemia, syok septik, bengkak pada kaki, asites, takikardi, distrimia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel premature, terdengar bunyi S3 gallop, adanya sistolik atau diastolic, murmur, peningkatan JVP, adanya nyeri dada, sianosis, pucat, ronki, hepatomegali.

### 5) Neurologi

Pasien akan mengeluh pusing, nyeri dada bahkan dapat terjadi letargi,bingung, disorientasi dan pingsan. Pasien akan merasakan hilang nafsu makan, mual dan muntah.

### 6) Pola eliminasi

Pasien gagal jantung sering terjadi penurunan volume urine, warna urine pekat, nokturia, diare dan konstipasi.

### 7) Ektremitas

CRT kembali > 2 detik kemudian adanya edema.

### **g. Pemeriksaan diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik gagal jantung merupakan peranan penting dalam mendiagnosis gagal jantung dan dalam menentukan pengobatan selanjutnya. Berikut pemeriksaan diagnostik menurut (Laksono, et al., 2021) yang dapat dilakukan pada pasien Gagal jantung kongestif.

*Elektrokardiogram* (EKG), akan ditemukan hipertrofi atrial atau ventrikel, penyimpangan aksis, iskemia, distrimia, takikardi, fibrasi atrial. Pada penderita gagal jantung akan didapatkan abnormalitas pada elektrokardiografi 12 lead. Gambaran yang sering ditemukan antara lain yaitu abnormalitas pada gelombang Q, ST – T, hipertrofi ventrikel kiri, bundle branch block dan fibrasi atrium.

X-foto thoraks, meskipun peringkat rekomendasi X-foto thoraks untuk pemeriksaan diagnostik pasien dengan dugaan gagal jantung relative rendah, X-foto thoraks merupakan penunjang dengan biaya relative rendah dan fasilitas yang mudah diperoleh. X-foto thoraks berguna untuk mengeksklusi patologi alternative (misalnya pneumonia, pneumothoraks, kanker paru) atau yang menunjukkan gambaran gagal jantung. Pada X-foto thorakas tegak posterior-anterior, gagal jantung dicurigai dengan adanya enam tanda yaitu, kardiomegali, redistribusi aliran zona atas, edema interstisial paru, edema paru alveolar, dan efusi pleura.

Ekokardiografi memberikan informasi langsung tentang anatomi jantung (volume dan massa ruang jantung, struktur katup) dan fungsi (gerakan dinding ventrikel, fungsi katup, tekanan arteri pulmonalis) dan

memainkan peran yang sangat diperlukan baik dalam diagnosis gagal jantung maupun dalam manajemen spesialistik.

Cardiac MRI (CMR) ditetapkan sebagai standar emas untuk pengukuran volume, massa dan fraksi ejeksi dari kedua ventrikel kiri dan kanan. CMR adalah metode pencitraan yang lebih dipilih untuk menilai fibrosis miokard menggunakan *late gadolinium enhancement* (LGE) bersama dengan pemetaan T1 dan dapat berguna untuk menetapkan etiologi gagal jantung.

*Single-photon emission computed tomography* (SPECT) dan *Positron emission tomography* (PET) pada gagal jantung, terjadi gangguan pada sistem saraf otonom dimana awalnya akan terjadi peningkatan pengaturan sistem saraf otonom untuk melakukan kompensasi dari gangguan fungsi jantung. Pencitraan radionuklir mampu memberikan gambaran di tingkat molekuler sehingga mampu memberikan informasi mengenai karakteristik miokardium. SPECT merupakan salah satu modalitas pencitraan radionuklis. Penggunaannya dalam evaluasi penyakit gagal jantung adalah untuk penilaian viabilitas dan iskemik dari miokardium. PET sebagai modalitas pencitraan radionuklir lainnya yang menggunakan radiotracer untuk memproduksi gambar dari distribusi radionuklir. PET mampu memberikan penilaian mengenai perfusi, fungsi, dan metabolisme miokardium.

*Angiografi coroner* adalah sebuah modalitas pencitraan standard untuk panilaian keparahan penyakit arteri coroner. Dalam kasus gagal jantung, *angiografi coroner* dapat digunakan untuk menentukan etiologi,

terutama pada pasien yang mengalami *angina pectoris* yang tidak membaik dengan obat, dengan riwayat adanya aritmia ventrikular, dan pada pasien dengan hasil pretst probability derajat sedang hingga tinggi yang dibuktikan juga dengan hasil positif pada *non-invasive* stress test.

*Computed Tomography* (CT) kardiak merupakan modalitas pencitraan *non-invasif* yang digunakan untuk memvisualisasi anatomi *arteri coroner*. Selain itu, penggunaan CT kardiak juga berfungsi untuk statifikasi risiko kardiovaskular melalui evaluasi klasifikasi coroner. Pemeriksaan CT Kardiak dapat dilakukan pada pasien dengan hasil *pretes probabilitas* penyakit *arteri coroner* derajat rendah-sedang atau pada pasien dengan hasil tes *stress non-invasif* dengan hasil yang tidak konklusif untuk eksklusi diagnosis penyakit arteri coroner. Namun, CT Kardiak tidak dapat memberikan informasi mengenai fisiologi coroner sehingga tidak dapat memberikan data mengenai kelainan *perfusi miokard*.

Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk evaluasi awal pasien. Pemeriksaan yang dibutuhkan antara lain, darah lengkap, urinalis, elektrolit (termasuk kalsium dan magnesium), BUN, kreatinin, gula darah, profil lipid, fungsi hati, dan TSH. Selain itu Troponin juga dapat diperiksa untuk mendeteksi adanya *sindroma coroner acute* yang mendasari terjadinya gagal jantung.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah. Diagnosa keperawatan kemungkinan yang

ditemukan pada pasien Gagal Jantung Kongestif Menurut (LeMone et al., 2016), (Tio, 2021) berdasarkan (PPNI, 2017) adalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, hipersekresi jalan nafas, sekresi yang tertahan.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, tampak deformitas tulang dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma, cedera pada medulla spinalis, efek agen farmakologis, dan kecemasan.
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi paru, dan perdarahan membrane alveolus-kapiler.
- d. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan preload, perubahan afterload, dan perubahan kontraktilitas.
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena.
- f. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis.
- g. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

- h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, dan gaya hidup menurun.
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan proses yang terdiri atas dua bagian yaitu mengidentifikasi tujuan dan hasil yang diharapkan oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan yang dikaji disertai dengan pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu pasien dalam memperoleh hasil (Doenges et al., 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan. Menurut (PPNI, 2018) intervensi yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif, yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat (PPNI, 2019).

Kriteria Hasil : Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun, wheezing menurun, dispnea menurun, ortopnea

menurun, sulit bicara menurun, sianosis menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif menurut (PPNI, 2018).

Latih Batuk Efektif (I.01006)

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk
- 2) Pantau adanya retensi sputum
- 3) Pantau tanda dan gejala infeksi saluran napas
- 4) Pantau input dan output cairan (misal: jumlah dan karakteristik)

Terapeutik

- 1) Atur posisi semi fowler dan fowler
- 2) Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien
- 3) Buang secret pada tempat dahak

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
- 2) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik
- 3) Anjurkan tarik napas dalam hingga 3 kali
- 4) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang

ke-3

### Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian *mukolitik* atau *ekspektoran*, jika perlu

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, penurunan energy, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma, cedera pada medulla spinalis, efek agen farmakologis, dan kecemasan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan pola napas membaik (PPNI, 2019).

Kriteria Hasil : ventilasi semenit meningkat, kapasitas vital meningkat, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, pernapasan pursed-tip menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, ekskursi dada membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagonosa bersihan jalan napas tidak efektif menurut (PPNI, 2018).

Manajemen Jalan Napas (I.01011)

Observasi

1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)

- 2) Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, wheezing, ronkhi)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chinlift
- 2) Posisikan semi fowler atau fowler
- 3) Berikan minuman hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- 8) Berikan oksigen

#### Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan perubahan membrane alveolus-kapiler

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat (PPNI, 2019).

Kriteria hasil : tingkat kesadaran menurun, dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaphoresis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun,

PCO<sub>2</sub> membaik, O<sub>2</sub> membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, sianosis membaik, pola nafas membaik, warna kulit membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa gangguan pertukaran gas menurut (PPNI, 2018).

Pemantauan Respirasi (I.01014)

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)
- 3) Monitor kemampuan batuk efektif
- 4) Monitor adanya produksi sputum
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 7) Auskultasi bunyi napas
- 8) Monitor saturasi oksigen
- 9) Monitor nilai analisa gas darah
- 10) Monitor hasil x-ray thoraks

Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

- d. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan preload, perubahan afterload, dan perubahan kontraktilitas

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pertukaran curah jantung meningkat (PPNI, 2019).

Kriteri hasil : palpitasi menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea 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 (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa penurunan curah jantung menurut (PPNI, 2018).

Perawatan Jantung (I.02075)

Observasi

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 6) Monitor saturasi oksigen

- 7) Monitor keluhan nyeri dada
- 8) Monitor ekg 12 sadapan
- 9) Monitor aritmia
- 10) Monitor nilai laboratorium jantung
- 11) Monitor fungsi alat pacu jantung
- 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan setelah beraktivitas

#### Terapeutik

- 1) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
- 2) Berikan diet jantung yang sesuai
- 3) Gunakan stockinh elastis atau pneumatic intermiten
- 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- 5) Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stres
- 6) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

#### Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Anjurkan berhenti merokok
- 4) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia
- 2) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat (PPNI, 2019).

Kriteri hasil : Denyut nadi perifer meningkat, penyembuhan luka meningkat, sensasi meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, pengisian perifer membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, indeks ankle-brachial membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa perfusi perifer tidak efektif menurut (PPNI, 2018).

Perawatan Sirkulasi (I.02079)

Observasi

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

Terapeutik

- 1) Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- 3) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- 4) Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- 6) Lakukan hidrasi

#### Edukasi

- 1) Anjurkan berhenti merokok
- 2) Anjurkan berolahraga rutin
- 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
- 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- 6) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
- 8) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
- 9) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
- 10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

f. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat (PPNI, 2019).

Kriteria hasil : asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembaban membrane mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, membrane mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa hipervolemia menurut (PPNI, 2018).

Manajemen Hipervolemia (I.03114)

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dipsnea, edema, jvp/cvp meningkat, suara nafas tambahan)
- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia
- 3) Monitor status hemodinamik
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor tanda hemokonsentrasi
- 6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
- 7) Monitor kecepatan infus secara ketat

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

#### Terapeutik

- 1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 2) Batasi asupan cairan dan garam
- 3) Tingikan kepala tempat tidur

#### Edukasi

- 1) Anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  ml/kg/jam dalam 6 jam
- 2) Anjurkan melapor jika BB bertambah  $>1$  kg dalam sehari
- 3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin
- 4) Ajarkan cara membatasi cairan

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretic
- 2) Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretic
- 3) Kolaborasi pemberian Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT).

- g. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik (PPNI, 2019).

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat,

pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, indeks masa tubuh membaik, nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik, bising usus membaik, membrane mukosa membaik (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa defisit nutrisi menurut (PPNI, 2018).

Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

- 6) Berikan suplemen makanan
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik, jika asupan oral dapat ditoleransi

#### Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

- h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, dan gaya hidup monoton

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat (PPNI, 2019).

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, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea 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 (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa intoleransi aktivitas menurut (PPNI, 2018).

Manajemen Energi (I.01026)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif
- 3) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik (PPNI, 2019).

Kriteria Hasil : pasien mampu mengenal penyakit, proses penyakit, faktor penyebab, efek dari penyakit, tanda dan gejala, mengetahui tindakan untuk meminimalkan progresi penyakit, dan pencegahan terjadinya komplikasi (PPNI, 2019).

Intervensi :

Berikut intervensi diagnosa defisit pengetahuan menurut (PPNI, 2018).

Edukasi Kesehatan (I.12383)

### Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

### Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

#### **4. Pelaksanaan keperawatan**

Pelaksanaan adalah pelaksanaan dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan implementasi juga mencakup pengumpulan data yang sedang berlangsung, pengamatan reaksi pasien selama dan setelah penerapan tindakan, dan evaluasi data baru. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu *Independent Implementation*, *Interdependen/Collaborative Implementations*, dan *Dependent Implementations*. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan posisi semi fowler, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain. *Interdependen* atau *Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. *Dependent Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya (Nikmatur et al., 2016).

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono, 2016). Menurut (Debora, 2017) evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menilai apakah masalah yang timbul teratasi secara tuntas, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Evaluasi adalah suatu proses yang berkelanjutan, khususnya yang digunakan untuk menyesuaikan dan memantau kondisi pasien untuk menentukan kesesuaian tindakan keperawatan, meningkatkan tindakan keperawatan, kebutuhan pasien saat ini, kebutuhan tindakan rujukan ke fasilitas lain dan jika perlu, untuk mengatasi diagnosis sehingga kebutuhan pasien terpenuhi.

Terdapat 2 jenis evaluasi keperawatan yaitu *Evaluasi formatif* (proses) merupakan aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi pasien, dan menggunakan form evaluasi ditulis pada catatan perawatan.

*Evaluasi Sumatif* (hasil) Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (*Subjective*) merupakan informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. O (*Objective*) :merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (*Analisis*) merupakan membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi. P (*Planning*) merupakan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Syafitri, 2019).

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini, penulis akan menguraikan komponen dari asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan Gagal Jantung Kongestif di ruang kardiologi lantai 6 pada kamar 609 RSUD Koja Jakarta. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif ini telah penulis lakukan selama 3x24 jam, sejak 20 Maret sampai dengan 22 Maret 2023. Komponen asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien meliputi lima tahap, yaitu pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perumusan rencana keperawatan, implementasi atau pelaksanaan tindakan, serta evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023, data yang diperoleh penulis berasal dari observasi secara langsung, meliputi pengkajian fisik, wawancara, catatan medis, catatan keperawatan, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan pasien.

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

Pasien bernama Tn. A berusia 51 tahun, berjenis kelamin Laki-laki. Status perkawinan sudah menikah, pasien beragama islam, dengan suku bangsa Jawa Tengah, pasien saat ini bekerja sebagai karyawan swasta, pendidikan terakhir tamat SLTA, Bahasa yang digunakan sehari-hari oleh

pasien adalah Bahasa Indonesia, saat ini pasien tinggal di Jl. Swasembada barat XII no. 38 RT/RW 001/010, Kebon Bawang, sumber biaya pasien dari BPJS PBI, informasi yang didapatkan dari pasien, keluarga, dan rekam medis.

## 2. Resume

Pada tanggal 19 Maret 2023 pukul 11.00 Tn. A datang ke IGD RSUD Koja Jakarta ditemani oleh anaknya. Pasien datang dengan keluhan sesak napas dan batuk tetapi tidak ada dahak, pasien mengeluh mual tetapi tidak muntah, pasien juga mengeluh kedua kakinya bengkak sejak 2 hari yang lalu, pasien memiliki riwayat penyakit jantung sejak 2 tahun yang lalu dan terakhir dirawat 6 bulan lalu dengan keluhan yang sama. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 153/98 mmHg, frekuensi nadi 101x/menit, frekuensi pernapasan 28x/menit, suhu tubuh 36,5°C, tingkat kesadaran pasien composmentis, tampak adanya penggunaan otot bantu pernafasan, suara napas terdengar wheezing, kedua tungkai kaki tampak edem derajat 1 dengan kedalaman 2 mm dan waktu kembali 3 detik, suara jantung S3 dan S4 terdengar murmur. Dari data tersebut maka di dapatkan masalah keperawatan pola napas tidak efektif, dan penurunan curah jantung.

Berdasarkan masalah tersebut sudah dilakukan tindakan keperawatan mandiri diantaranya : memeriksa tanda-tanda vital, mengobservasi adanya pucat, sianosis, kecepatan pernapasan, mengatur posisi pasien menjadi setengah duduk, menghitung kebutuhan cairan, mengatur tetesan infus. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan pada

pasien yaitu, kolaborasi pemberian *Intravenous Fluid Drops* (IVFD) Assering 500cc/24 jam, kolaborasi pemberian obat injeksi intravena: Lasix 1x40mg, omeprazole 1x40mg, ondansentron 1x4mg, kolaborasi pemberian terapi oksigen jenis nasal kanul 4 liter/menit.

### **3. Riwayat keperawatan**

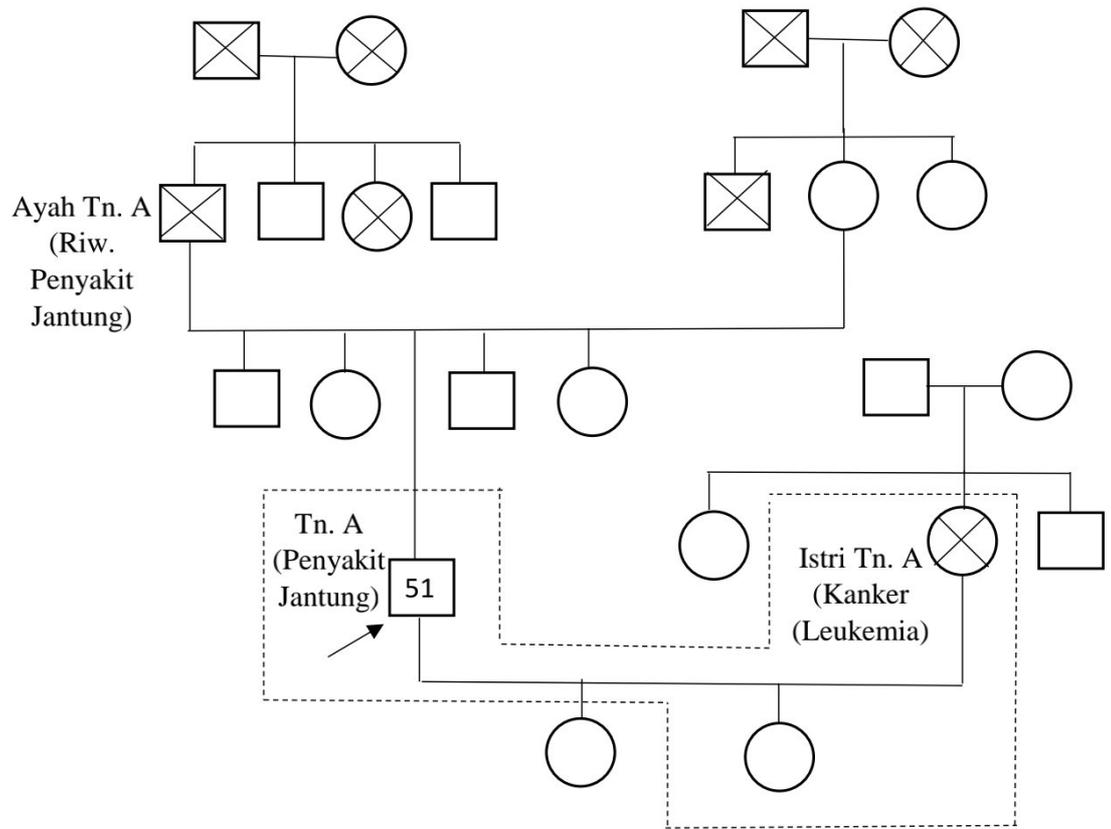
#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Pasien mengeluh nyeri dada dan napasnya sesak. Pasien juga mengeluh batuk tapi tidak berdahak, dan kedua kakinya masih bengkak, pasien mengeluh sesak bertambah berat jika berpindah posisi, pasien juga mengeluh pusing dan mual tetapi tidak sampai muntah.

#### **b. Riwayat kesehatan masa lalu**

Pasien mengatakan sebelum menderita penyakit jantung pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 4 tahun lalu tetapi tidak pernah minum obat karena tidak merasakan sakit, dan pasien mengetahui bahwa ia menderita penyakit jantung sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD Koja dengan keluhan yang sama 6 bulan lalu yang lalu di RSUD Koja Jakarta. Pasien tidak memiliki alergi pada obat-obatan, makanan, lingkungan. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya

### c. Riwayat kesehatan keluarga



#### Keterangan :

-  : Sedah Meninggal
-  : Laki – laki
-  : Perempuan
-  : Berhubungan
-  : Tinggal Satu Rumah
-  : Pasien

Kakek dan nenek pasien sudah meninggal karena faktor usia, ibu pasien masih ada dan ayah pasien sudah meninggal sejak usia 53 tahun karena penyakit jantung. Pasien merupakan anak ke tiga dari empat bersaudara, saat ini pasien hanya tinggal bersama anak perempuan keduanya, karena istri pasien sudah meninggal sejak 6 tahun

yang lalu karena sakit kanker leukemia sedangkan anak pertamanya sudah menikah dan tinggal bersama suaminya.

**d. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga yang mejadi faktor resiko**

Pasien mengatakan bahwa ayahnya sudah meninggal sejak usia 53 tahun dan memiliki riwayat penyakit jantung.

**e. Riwayat psikososial dan spiritual**

Orang terdekat pasien adalah anaknya. Saat dirumah yang menjadi pengambil keputusan adalah pasien sendiri sebagai kepala keluarga, pola komunikasi di keluarga pasien dua arah, pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan masyarakat. Dampak penyakit pasien saat ini adalah keluarga menjadi khawatir akan penyakit pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah penyakitnya dikarenakan pasien merupakan tulang punggung keluarga, selama dirawat dirumah sakit pasien jadi tidak bisa bekerja dan mencari nafkah. Mekanisme koping pasien terhadap stress yaitu minum obat dan beristirahat. Hal yang dipikirkan oleh pasien saat ini adalah pasien ingin segera sembuh dan bisa pulang kerumahnya. Harapan saat ini pasien sangat berharap bisa lekas sembuh dan bisa bekerja kembali. Perubahan yang dirasakan setelah pasien jatuh sakit adalah pasien merasa lelah jika beraktivitas terlalu lama dalam sehari-hari, dan sering terbangun saat tidur karena merasa sesak. Tidak ada nilai – nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Aktivitas agama yang dilakukan pasien adalah sholat lima waktu dan mengaji. Kondisi lingkungan rumah adalah pasien

mengatakan di sekitar lingkungan rumah bersih meskipun padat penduduk.

**f. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan sesudah sakit di rumah sakit**

**1) Pola nutrisi**

**Sebelum sakit :** pasien makan 3x/hari, yaitu pada waktu pagi, siang dan malam hari, nafsu makan pasien baik. Pasien menghabiskan satu porsi makanan setiap kali makan. Pasien mengatakan menyukai semua makanan, pasien juga mengatakan tidak ada makanan pantangan, pasien juga sedang tidak menjalani diit khusus selama di rumah, pasien juga tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan, selain itu pasien juga tidak menggunakan alat bantu makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya.

**Di rumah sakit :** pasien makan 3x/hari, dengan nafsu makan pasien kurang baik karena merasa mual. Porsi makanan yang dihabiskan 1/2 porsi. Saat di rumah sakit ada pantangan makanan yang harus dihindari pasien yaitu makanan asin, makanan bersantan dan makan gorengan. Pasien diberikan diit khusus yaitu diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein). Di rumah sakit pasien diberikan obat omeprazole 1x40mg dan ondancentron 1x4mg melalui intravena pada pukul 14.00 sebelum makan sore, selain itu juga pasien tidak terpasang alat bantu makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya.

## 2) Pola eliminasi

**Sebelum sakit :** pasien BAK sekitar 6x/hari, warna urine kuning, dan tidak terdapat keluhan saat buang air kecil dan juga tidak menggunakan alat bantu untuk berkemih. Pasien buang air besar (BAB) 1x/hari biasanya pada waktu pagi hari. Warna feses kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, pasien juga mengatakan pada saat buang air besar tidak terdapat keluhan dan tidak menggunakan obat-obatan pencahar seperti laxatif.

**Di rumah sakit :** warna urine pasien kuning pekat dan tidak ada keluhan, pasien terpasang kateter urine untuk pemantauan output pasien. Pola BAB (Buang Air Besar) 1x/hari pada saat pagi, berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, pasien mengatakan tidak ada keluhan ketika BAB, dan pasien tidak menggunakan obat-obata pencahar.

## 3) Pola *personal hygiene*

**Sebelum sakit :** pasien mandi 2x/hari meggunakan sabun setiap pagi dan sore sekaligus menyikat gigi setiap kali mandi, pasien mengatakan mencuci rambut 2x/minggu menggunakan shampoo. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

**Di rumah sakit :** pasien tidak mandi dan hanya membersihkan badannya menggunakan tisu basah saja dibantu oleh anaknya. Terdapat keluhan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*, pasien mengatakan cepat lelah dn sesak napas jika terlalu banyak beraktivitas dan berpindah posisi, maka dari itu pasien tidak

mencuci rambut sejak masuk rawat inap, lalu pasien hanya berkumur menggunakan obat kumur antiseptik untuk membersihkan mulutnya.

#### 4) **Pola istirahat dan tidur**

**Sebelum sakit :** pasien tidur siang saat dirumah selama 2 – 3 jam dalam sehari. Terdapat keluhan saat tidur pasien mengatakan terkadang merasa sesak napas saat tidur dan membuatnya terbangun dan lama tidur saat malam hari hanya 5 – 6 jam dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan sebelum tidur.

**Di rumah sakit :** Pasien mengatakan tidur siang hanya 3 - 4 jam. Pasien mengatakan tidur dengan posisi setengah duduk dan tidur malam hanya 4 – 5 jam dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan sebelum tidur.

#### 5) **Pola aktivitas dan latihan**

**Sebelum sakit :** pasien bekerja dari pagi sampai sore hari, pasien mengatakan kadang berolahraga dengan berjalan-jalan kecil di seputaran lingkungan rumah sehabis subuh, pasien mengatakan mudah lelah jika beraktivitas terlalu lama.

**Di rumah sakit :** pasien mengatakan tidak bisa banyak beraktivitas karena napasnya masih sesak tetapi pasien masih bisa untuk makan dan minum sendiri.

#### **6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan**

**Sebelum sakit :** pasien merokok aktif sejak SMP sampai sekarang, dalam sehari pasien merokok sebanyak 7-8 batang rokok, pasien mengatakan tidak pernah minum alkohol ataupun NAPZA.

**Di rumah sakit :** pasien tidak merokok dan juga tidak mengkonsumsi minuman keras ataupun NAPZA

### **4. Pengkajian fisik**

#### **a. Pemeriksaan fisik umum**

Berat badan pasien sebelum sakit 102 kg, berat badan saat ini 102 kg dengan tinggi badan 171 cm, indeks massa tubuh (IMT) adalah 34,8 kg/m<sup>2</sup>. Tanda – tanda vital seperti tekanan darah di dapatkan 150/89 mmHg, Frekuensi nadi 87x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu tubuh pasien 36,6°C dengan keadaan umum pasien sakit sedang, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

#### **b. Pemeriksaan penglihatan**

Posisi mata dan kelopak mata pasien simetris antara mata bagian kanan dan mata bagian kiri. Pergerakan mata pasien normal, konjungtiva mata kanan dan mata kiri pasien merah muda, kornea kedua mata pasien normal, sklera anikterik dan pupil mata anisokor, tidak terdapat kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan baik, pasien tidak memakai lensa kontak, tidak terdapat tanda-tanda radang, dan reaksi terhadap cahaya baik dengan adanya reflek pupil miosis saat diberikan rangsangan cahaya.

**c. Sistem pendengaran**

Kedua daun telinga pasien terlihat normal, karakteristik serumen kuning kecokelatan dan berbau khas, tidak terdapat cairan abnormal yang keluar dari telinga pasien saat diperiksa, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran baik, pasien tidak mengalami gangguan keseimbangan, pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

**d. Sistem wicara**

Pasien berbicara dengan normal dan tidak ditemukan gangguan dalam sistem wicara seperti, *aphasia*, *dysartia*, *anarthia*, *aphonia* dan *dysphasia* ataupun kelainan wicara lainnya.

**e. Sistem pernapasan**

Jalan napas pasien bersih tidak ada sumbatan, pasien terlihat sesak dan menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas pasien 26x/menit, irama napas tidak teratur, dan tampak fase ekspirasi memanjang. Jenis pernapasan pasien tergolong spontan dengan kedalaman yang dangkal, pasien mengatakan batuk tidak ada sputum, saat dilakukan tindakan palpasi tidak teraba adanya benjolan atau massa abnormal serta tidak terdapat nyeri tekan. Perkusi dada pasien sonor dan suara napas pasien wheezing, pasien mengatakan nyeri saat bernapas, saat ini pasien menggunakan alat bantu napas nasal kanul 4 liter/menit.

**f. Sistem kardiovaskular**

Frekuensi nadi 87x/menit, tekanan darah pasien 150/89 mmHg dan tidak ditemukan distensi vena jugularis pada pasien, temperatur kulit pada pasien hangat dan warna kulit tidak pucat, pengisian kapiler kurang dari 2 detik, terdapat edema di tungkai bawah dengan derajat 1 dan dengan kedalaman 2 mm waktu kembali 3 detik. Saat dilakukan pengkajian sirkulasi jantung pasien normal dengan kecepatan denyut nadi apical 87x/menit dengan irama jantung tidak teratur, adanya bunyi kalainan bunyi jantung S3 terdengar murmur. Pasien mengalami sakit dada dan sesak napas, timbul rasa sakit dada dan sesak napas saat pasien beristirahat dan saat beraktivitas, karakteristik nyeri seperti tertimpa benda berat dengan skala nyeri 4 (*scala scale* 1 – 10).

**g. Sistem hematologi**

Pasien terlihat pucat, namun tidak terdapat perdarahan.

**h. Sistem syaraf pusat**

Pasien mengatakan tidak ada vertigo, tingkat kesadaran pasien *composmentis* dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 yaitu (*Eye*: 4, *Motoric*: 6, *Verbal*: 5). Tidak ada tanda-tanda peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), tidak ada kejang, tidak ada pelo, tidak ada mulut mencong, ataupun disorientasi. Saat pemeriksaan reflek fisiologis dan reflek patologis normal.

**i. Sistem pencernaan**

Keadaan mulut normal, gigi pasien terdapat karies di bagian geraham bawah bagian kiri, pasien tidak menggunakan gigi palsu,

pasien tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak kotor, saliva pada pasien normal, terdapat keluhan mual, terdapat nyeri skala 2 (*numeric scale* 1 – 10) pada ulu hati. tidak ada muntah. Bising usus 10x/menit, tidak ada keluhan diare, tidak terjadi konstipasi. Saat dilakukan palpasi hepar pasien tidak teraba.

**j. Sistem endokrin**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada pasien, napas tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka gangren.

**k. Sistem urogenital**

Tidak terdapat perubahan dalam pola berkemih, urine berwarna kuning jernih, pasien tidak ada distensi pada kandung kemih, pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pinggang, serta tidak ada keluhan nyeri pada saat berkemih. Pada tanggal 20 Maret 2023 balance cairan pasien adalah :

*Input:* Oral 600 cc, Infus 500 cc, AM (5x102 = 510)

*Output:* urine 500cc, IWL (15x102 = 1530)

Balance cairan: 1610 - 2030 = - 420

**l. Sistem integument**

Turgor kulit pasien baik, temperature kulit pasien 36,6 C, warna kulit pada pasien terlihat pucat, keadaan kulit pasien baik tidak terdapat lesi, tidak terdapat kelainan kulit, kondisi kulit pada area pemasangan infus baik dan tidak terdapat tanda gejala infeksi. Keadaan rambut, tekstur baik dan kebersihan rambut pasien tampak sedikit berminyak dan terdapat ketombe di keranakan selama dirawat inap belum keramas.

### **m. Sistem musculoskeletal**

Pasien mengatakan sempat kesulitan dalam beraktifitas karena edema pada tungkai kakinya yang membuat sulit berjalan, pasien tidak terdapat nyeri pada sendi, tulang, ataupun kulit, tidak terdapat fraktur, pasien tidak terdapat kelainan pada struktur tulang belakang, keadaan tonus otot pasien baik, kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri 5, serta pada ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

### **5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)**

Pasien mengatakan sudah tahu bahwa dirinya mempunyai riwayat hipertensi tapi tidak pernah minum obat dan pasien menderita penyakit jantung sudah sejak 2 tahun lalu, pasien hanya mengetahui bahwa sakit jantung itu gejalanya mudah lelah saat beraktivitas, pasien juga mengatakan hanya mengetahui penyebab penyakit jantungnya karena memiliki keturunan dari ayahnya, pasien hanya mengetahui makanan yang harus dihindari yaitu makanan asin dan pasien mengatakan terkadang tidak menjaga pola makannya dikarenakan jarang masak sehingga sering beli lauk pauk di luar, pasien juga masih sering merokok 7-8 batang dalam sehari, pasien mengatakan malas mencari informasi tentang penyakit jantungnya dan jarang kontrol penyakitnya ke fasilitas kesehatan kalau tidak merasakan sakit dikarenakan sibuk bekerja, pasien tidak mengetahui komplikasi dari penyakit jantung jika tidak menjaga pola hidup yang sehat, dan pasien selalu menanyakan mengapa penyakit jantungnya sering kambuh.

## 6. Data penunjang

### Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Maret 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	<b>*13,4</b>	g/dL	13,5 – 18,0
Leukosit	7,41	$10^3/\mu\text{L}$	4,00 - 10,50
Hematokrit	<b>*38,5</b>	%	42,0 - 52,0
Jumlah trombosit	192	$10^3/\mu\text{L}$	163 - 337
Jumlah eritrosit	<b>*4,63</b>	juta/ $\mu\text{L}$	4,70 - 6,00
MCV	83	fL	78 - 100
MCH	29	pg	27 - 31
MCHC	35	g/dL	32 - 36
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0,4	%	0,2 - 1,2
Eosinofil	1,5	%	0,8 - 7,0
Neutrofil	52,7	%	34,0 - 67,9
Limfosit	37,4	%	21,8 - 53,1
Monofit	8,0	%	5,3 - 12,2
<b>Analisa Gas Darah</b>			
pH	7,402	%	7,350 - 7,450
pCO <sub>2</sub>	<b>*25,0</b>	mmHg	32,0 - 45,0

pO <sub>2</sub>	<b>*110,6</b>	mmHg	95,0 - 100,0
HCO <sub>3</sub>	<b>*15,7</b>	mEq/L	21,0 - 28,8
Base Excess	<b>*-9,3</b>	3 mmol/L	-2,5 - +2,5
O <sub>2</sub> saturation	98,4	%	94,00 – 100,00
<b>Elektrolit</b>			
Natrium	142	mEq/L	135 – 147
Kalium	4,35	mEq/L	3,5 – 5,0
Klorida	105	mEq/L	96 – 108

**Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada tanggal 19 Maret 2023**

Hasil : Sinus Takikardi, QRS patologis, ST depresi

**Pemeriksaan echocardiography (ECG) pada tanggal 22 Desember 2022**

Hasil : Dilatasi *Left Atrium* (LA) dan *Left Ventrikel* (LV), Kontraktilitas LV menurun, *Ejection Fraction* (EF) 24%, Kontraktilitas *Right Ventrikel* (RV) baik, *Moderate Mitral Regurgitation* (MR), *Moderate Trikuspid Regurgitasi* (TR), disfungsi diastolik grade II.

**Pemeriksaan Instalasi Radiologi pada tanggal 19 Maret 2023 Rontgen**

**Thoraks**

Hasil : *Cardiomegali*

**Penatalaksanaan**

**Terapi obat oral** : Clopidogrel 1 x 75mg pada pukul 12.00 WIB, condestran 1 x 4mg pada pukul 12.00 WIB, digoxin 1x1mg pada pukul 12.00 WIB.

**Terapi obat injeksi :** Lasix 2x40mg pada pukul 14.00 dan 18.00 WIB, omeprazole 1x40 mg pada pukul 14.00 WIB, ondancetron 1x4mg pada pukul 14.00 WIB. Pasien terpasang infus asering 500cc/24jam. Pasien terpasang nasal kanul 4 liter/menit, dan terpasang kateter urine no.16, pasien juga mendapatkan diit TKTP 3x/hari.

## **7. Data fokus**

### **a. Data subjektif**

Pasien mengatakan nyeri dada dan sesak napas. Pasien mengatakan mual tapi tidak sampai muntah, batuk tapi tidak berdahak dan kedua kakinya masih bengkak sejak 2 hari yang lalu, pasien juga mengeluh sering terbangun karena merasa sesak pada malam hari, pasien mengatakan cepat lelah jika beraktivitas terlalu lama dan saat berpindah posisi, pasien mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi tapi tidak pernah minum obat dan pasien mengatakan sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit jantung sejak 2 tahun yang lalu, pasien juga mengatakan hanya mengetahui penyebab penyakit jantungnya karena memiliki keturunan dari ayahnya, pasien mengatakan terkadang tidak menjaga pola makannya dikarenakan jarang masak sehingga sering beli lauk pauk di luar, pasien mengatakan hanya mengetahui makanan yang harus dihindari itu makanan yang asin-asin, pasien mengatakan perokok aktif sehari bisa menghabiskan 7-8 batang rokok, pasien mengatakan malas mencari informasi tentang penyakit jantung dan jarang kontrol penyakitnya ke fasilitas kesehatan kalau tidak merasakan sakit dikarenakan sibuk bekerja, pasien mengatakan tidak mengetahui

komplikasi penyakit jantung jika tidak menjaga pola hidup yang baik, pasien mengatakan mengapa penyakit jantungnya sering kambuh.

#### **b. Data objektif**

Kesadaran pasien composmentis. Hasil pengukuran tanda – tanda vital pasien didapatkan hasil: tekanan darah 150/89 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit, frekuensi napas 26x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C, SpO2 98%, berat badan 102kg dengan IMT : 34,8 Kg/m<sup>2</sup>. Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, tampak fase ekspirasi memanjang dan terdengar bunyi napas wheezing dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit. pasien terlihat lemas dan sesak napas, pola napas abnormal (*takipnea*), *capillary refil time* (CRT) < 2 detik, warna kulit pasien tidak pucat, tampak edema perifer di kedua tungkai bawah, pitting edema didapatkan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm dan dengan waktu kembali selama 3 detik, bunyi jantung pasien murmur antara bunyi S3 dan S4. Hasil pemeriksaan EKG didapatkan: Sinus Takikardi, QRS Patologis, ST depresi, pada pemeriksaan echo didapatkan hasil : Dilatasi LA dan LV, Kontraktilitas LV menurun, EF 24%, Akinetik anterior wall, hipokinetik segment lain, Kontraktilitas RV baik, Moderate MR, Moderate TR, disfungsi diastolik grade II. Pada pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan hasil : *Cardiomegali*. Pasien tampak bingung saat ditanya penyebab tentang penyakitnya dan hanya menjawab karena mempunyai keturunan penyakit jantung dari ayahnya, pasien hanya mengetahui bahwa sakit jantung itu gejalanya mudah lelah saat beraktivitas.

## 8. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengeluh sesak napas</li> <li>b. Pasien mengeluh batuk tetapi tidak beradahak.</li> <li>c. Pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari karna merasakan sesak</li> <li>d. Pasien mengatakan sesak bertambah berat jika beraktivitas</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan</li> <li>b. Pasien tampak fase ekspirasi memanjang</li> <li>c. Terdengar suara napas wheezing</li> <li>d. pasien tampak lemah</li> <li>e. Hasil tanda- tanda vital :</li> </ul>	<p>Pola napas tidak efektif (D.0005)</p>	<p>Hambatan upaya napas</p>

	<p>TD : 150/89 mmHg</p> <p>N : 87x/menit</p> <p>Rr : 26x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>SpO2 : 98%</p> <p>f. Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit</p>		
2.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengeluh mual tetapi tidak sampai muntah</p> <p>b. Pasien mengeluh nyeri dada dan merasakan sesak saat beraktivitas biasa seperti berpindah posisi</p> <p>c. Pasien mengeluh sering terbangun malam hari karna merasakan sesak</p> <p>d. Pasien mengatakan batuk tetapi tidak berdahak</p> <p>e. Pasien mengatakan kedua kakinya masih bengkak.</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Perubahan Kontraktilitas</p>

	<p>Data objektif :</p> <p>a. Kesadaran pasien compos mentis</p> <p>b. Bunyi suara jantung antara S3 dan S4 terdengar murmur</p> <p>c. Tampak adanya edema perifer di kedua kaki pasien, pitting edema didapatkan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm dan dengan waktu kembali selama 3 detik</p> <p>d. Hasil tanda - tanda vital :</p> <p>TD : 150/89 mmHg</p> <p>N : 87x/menit</p> <p>Rr : 26x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>SpO2 : 98%</p> <p>Pengisian <i>capillary refil</i> <i>time</i> (CRT) &lt; 2 detik</p> <p>e. Pemeriksaan Elektrokardiografi</p>		
--	---	--	--

	<p>(EKG) pada tanggal 19 Maret 2023</p> <p>Hasil : Sinus Takikardi, QRS patologis, ST depresi</p> <p>f. Pemeriksaan Echocardiography (ECG) pada tanggal 22 Desember 2022</p> <p>Hasil: dilatasi LA dan LV, kontraktilitas LV menurun, EF 24%, , kontraktilitas RV baik, moderate MR, moderate TR, disfungsi diastolic gr II.</p> <p>g. Pemeriksaan Instalasi Radiologi pada tanggal 19 Maret 2023 Rontgen Thoraks</p> <p>Hasil : <i>Cardiomegali</i></p>		
3.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengeluh sesak napas jika beraktifitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai</p>

	<p>Data objektif :</p> <p>a. Pasien tampak lelah</p> <p>b. Pasien tampak sesak napas saat beraktivitas seperti pada saat berpindah posisi</p> <p>c. Frekuensi napas: 26x/menit</p> <p>d. Frekuensi jantung meningkat saat berpindah posisi sebelumnya 87x/menit setelah pindah posisi menjadi 101x/menit</p> <p>e. Pasien menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit.</p>		<p>dan kebutuhan oksigen</p>
4.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat hipertensi 4 tahun lalu tapi tidak pernah minum obat</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>	<p>Kurang minat dalam belajar</p>

	<p>b. Pasien juga mengatakan hanya mengetahui penyebab penyakit jantungnya karena memiliki keturunan dari ayahnya</p> <p>c. Pasien mengatakan terkadang tidak menjaga pola makannya dikarenakan jarang masak sehingga sering beli lauk pauk di luar</p> <p>d. Pasien mengatakan hanya mengetahui makanan yang harus dihindar itu makanan yang asin-asin</p> <p>e. Pasien mengatakan perokok aktif dan dalam sehari bisa menghabiskan 7-8 batang rokok</p> <p>f. Pasien mengatakan malas mencari informasi</p>		
--	---	--	--

	<p>tentang penyakit jantung dan jarang kontrol</p> <p>penyakitnya ke fasilitas kesehatan kalau tidak merasakan sakit, dikarenakan sibuk bekerja</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien tampak bingung saat ditanya penyebab tentang penyakitnya dan hanya menjawab karena mempunyai keturunan penyakit jantung dari ayahnya.</p> <p>b. Pasien hanya mengetahui bahwa sakit jantung itu gejalanya mudah lelah saat beraktivitas</p> <p>c. Pasien selalu bertanya tentang penyakitnya dan mengapa sering kambuh</p>		
--	--	--	--

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar.

## C. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi

1. **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan:**

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sesak napas, pasien mengeluh batuk tetapi tidak beradahak, pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari karna merasakan sesak, pasien mengatakan sesak bertambah berat jika beraktivitas.

**Data objektif:** Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, dan tampak fase ekspirasi memanjang dan terdengar suara napas wheezing, pasien tampak lemah, tanda- tanda vital : Tekanan darah: 150/89 mmHg  
N: 87x/menit, Rr: 26x/menit, S: 36,6°C, SpO<sub>2</sub>: 98%, Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit.

**Tujuan:** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik

**Kriteria hasil:** penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik yaitu dalam batas normal 16 – 20x/menit.

**Intervensi :****Manajemen Pola Napas**

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor sputum
- c. Monitor bunyi napas tambahan
- d. Posisikan semi Fowler atau Fowler
- e. Berikan minum hangat
- f. Berikan oksigen nasal kanul 4 liter/menit

**Pelaksanaan****Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB Memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 26x/menit, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan; Pukul 10.45 WIB Memonitor adanya sputum, Pasien tampak batuk kering dan tidak ada sputum; Pukul 11.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan; saat dilakukan pemeriksaan auskultasi suara napas terdengar wheezing; Pukul 13.00 WIB memposisikan semi fowler atau fowler: pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan pasien merasa lebih nyaman dan sesak sedikit berkurang; Pukul 13.15 WIB memberikan terapi oksigen: pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit; Pukul 14.00 WIB Memberikan minum hangat, pasien telah diberikan minum hangat; Pukul 16.00 WIB Memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 25x/menit, pasien tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan; Pukul 18.00 WIB Memonitor adanya sputum, pasien tampak sering batuk tetapi tidak berdahak; Pukul

21.30 WIB Memberikan posisi semi fowler, pasien telah diberikan posisi semi fowler dan mengatakan lebih nyaman serta sesak sedikit berkurang.

### **Tanggal 21 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB Memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 24x/menit, pasien masih batuk dan tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan saat bernapas, pasien tampak menghembuskan napas panjang;

Pukul 10.45 WIB memonitor adanya sputum, pasien tampak batuk kering dan tidak ada sputum; Pukul 11.50 memonitor bunyi napas tambahan, saat dilakukan pemeriksaan auskultasi suara napas pasien masih terdengar wheezing; Pukul 11.00 memosisikan semi fowler, pasien merasa lebih nyaman dan sesak sedikit berkurang; Pukul 12.00 memberikan terapi oksigen: pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit; Pukul 14.00

WIB Memberikan minum hangat, pasien telah diberikan minum hangat;

Pukul 16.00 WIB Memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 25x/menit, pasien tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan;

Pukul 18.00 WIB Memonitor adanya sputum, pasien tampak sering batuk tetapi tidak berdahak; Pukul 22.00 WIB Memonitor pola napas, pasien mengatakan terbangun dari tidurnya karena merasakan sesak, frekuensi napas pasien 28x/menit, tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien tampak menghembuskan napas panjang.

### **Tanggal 22 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 21x/menit, pasien mengatakan sesak sudah berkurang, batuk sudah berkurang, pasien terlihat sudah tidak menggunakan otot bantu

pernapasan; Pukul 10.45 WIB Memonitor sputum, pasien mengatakan batuk kering tetapi tidak ada dahak; Pukul 11.00 WIB Memonitor bunyi napas tambahan: saat dilakukan pemeriksaan auskultasi suara napas wheezing; Pukul 12.00 WIB memosisikan semi fowler atau fowler: pasien merasa lebih nyaman dan tidak merasakan sesak; Pukul 14.00 WIB Memberikan minum hangat, pasien telah diberikan minum hangat; Pukul 16.00 WIB Memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 20x/menit, pasien tampak sudah tidak menggunakan otot bantu pernapasan; Pukul 18.00 WIB Memonitor adanya sputum, pasien tampak sering batuk tetapi tidak berdahak; Pukul 20.00 WIB Memonitor pola napas, pasien mengatakan sesak sudah berkurang, frekuensi napas pasien 18x/menit, tampak pasien sudah tidak menggunakan otot bantu pernapasan; Pukul 22.10 WIB Memonitor bunyi napas tambahan, Suara napas wheezing sudah tidak terdengar; Pukul 22.30 WIB Memberikan posisi semi fowler, pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan mengatakan lebih nyaman serta sesak berkurang.

### **Evaluasi**

**Tanggal 22 Maret 2023**

**Data Subjektif:** pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak dan batuk sudah berkurang

**Data Objektif:** saat dilakukan inspeksi pasien tampak sudah tidak sesak, pasien tampak sudah tidak menggunakan otot bantu napas, dan saat dilakukan auskultasi suara napas pasien vesikuler, tanda – tanda vital yang didapatkan; tekanan darah 135/80 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit,

frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,7°C, pasien juga sudah tidak menggunakan oksigen.

**Analisa:** Pola napas tidak efektif teratasi

**Perencanaan:** Tindakan keperawatan dihentikan.

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

**Data subjektif:** Pasien mengeluh mual tetapi tidak sampai muntah, pasien mengeluh nyeri dada dan merasakan sesak saat beraktivitas biasa seperti berpindah posisi dan mengeluh sering terbangun malam hari karna merasakan sesak, pasien mengatakan batuk tetapi tidak berdahak, pasien mengatakan kedua kakinya masih bengkak.

**Data objektif:** Kesadaran pasien *compos mentis*, bunyi suara jantung antara S3 dan S4 terdengar murmur, tampak adanya edema perifer di kedua kaki pasien, *pitting edema* didapatkan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm dan dengan waktu kembali selama 3 detik, hasil tanda - tanda vital : Tekanan darah : 150/89 mmHg, N : 87x/menit, Rr : 26x/menit, S : 36,6°C, SpO2 : 98%, pengisian *capillary refil time* (CRT) < 2 detik, hasil pemeriksaan *Elektrokardiografi* (EKG) ditemukan: Sinus Takikardi, QRS patologis, ST depresi, pemeriksaan *Echocardiography* (ECG) dengan hasil: dilatasi LA dan LV, kontraktilitas LV menurun, EF 24%, , kontraktilitas RV baik, moderate MR, moderate TR, disfungsi diastolic gr II, pemeriksaan Instalasi didapatkan adanya Kardiomegali

**Tujuan:** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat

**Kriteria hasil:** *Ejection Fracktion* (EF) meningkat (53 – 77%), takikardia menurun, edema menurun, lelah menurun, *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) menurun, batuk menurun, suara jantung S3 dan S4 menurun, tekanan darah membaik yaitu : 120/80 mmHg.

**Intervensi :**

**Perawatan jantung**

- a. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor keluhan nyeri dada
- f. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- g. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah pembeian obat
- h. Posisikan pasien semi fowler atau fowler
- i. Berikan diet jantung yang sesuai
- j. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi
- k. Anjurkan berhenti merokok
- l. Kolaborasi pemberian obat : pada pukul 12.00 WIB diberikan obat oral, Clopidogrel 1x75mg (oral), Condesatran 1x4mg (oral), Digoxin 1x1 mg (oral), dan pada pukul 14.00 dan 18.00 diberikan Lasix 2x40mg (intravena).

## **Pelaksanaan**

### **Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, pasien mengatakan cepat lelah jika sedang beraktivitas, pasien mengatakan merasakan sesak pada malam hari saat sedang tidur hingga terbangun dari tidurnya; Pukul 10.10 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung, pasien mengatakan batuk tetapi tidak berdahak, tampak edema peifer pada kedua tungkai kaki dengan derajat 1 kedalaman 2 mm dan dengan waktu kembali 3 detik; Pukul 10.25 WIB Memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan saat ini masih merasa nyeri dada tepatnya di dada sebelah kiri dan tidak menjalar, biasanya nyeri dada dirasakan hilang timbul disertai dengan sesak napas; Pukul 11.30 WIB Memposisikan pasien semi fowler atau fowler: pasien mengatakan keluhan sesaknya sedikit berkurang; Pukul 11.35 WIB Memonitor tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat tekanan darah 150/89 mmHg dan nadi 101x/ menit: Pukul 11.45 WIB Memberikan diet jantung TKTP, pasien sudah diberikan diet jantung dan telah menghabiskan makanannya 1/4 porsi; Pukul 12.00 WIB Melakukan kolaborasi pemberian obat: *Clopidogrel* (CPG) 75mg per oral, *condesartan* 4mg per oral, *digoxin* 1mg per oral pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat; Pukul 12.15 WIB Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah pemberian obat, tekanan darah 133/80 mmHg dan nadi 96x/menit; Pukul 14.00 WIB

Melakukan kolaborasi pemberian obat: Lasix 40mg (intravena), omeprazole 40mg (intravena), dan ondancetron 4mg (intravena), sudah diberikan pada pasien dan tidak ada indikasi alergi; Pukul 14.15 WIB Memonitor tekanan darah dan nadi sesudah pemberian obat: tekanan darah 145/85 mmHg dan frekuensi nadi 67x/menit; Pukul 15.00 WIB Memberikan diet jantung TKTP, pasien sudah diberikan diet jantung dan telah menghabiskan makanannya 1 porsi; Pukul 17.00 WIB Menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi: pasien sudah dianjurkan untuk melakukan aktivitas sesuai toleransi secara bertahap dan pasien melakukan aktivitas pindah posisi dari posisi tidur ke duduk samping tempat tidur dibantu oleh anaknya; Pukul 17.10 WIB Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah aktivitas tekanan darah 140/90 mmHg dan nadi 100x/menit; Pukul 18.00 WIB Melakukan pemberian obat Lasix 40mg (intravena), sudah diberikan pada pasien dan tidak ada indikasi alergi; Pukul 19.00 WIB Memonitor Balance cairan: 1.610 - 2.030 = - 420cc; Pukul 22.00 Memposisikan pasien semi fowler, pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan mengatakan lebih nyaman.

### **Tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 10.00 WIB, Memonitor tekanan darah: Tekanan darah: 147/90 mmHg; Pukul 10.10 WIB, Memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan saat ini masih merasakan nyeri di dada tetapi tidak menjalar, nyeri hilang timbul, skala nyeri 2 (*numeric scale* 1-10); Pukul 10.30 WIB Menganjurkan pasien untuk berhenti merokok: pasien mengatakan akan berusaha untuk berhenti merokok dengan memulai mengurangi rokok

dalam sehari; Pukul 11.15 WIB Memposisikan pasien semi fowler atau fowler: pasien mengatakan keluhan sesaknya sedikit berkurang dan merasa lebih nyaman; Pukul 11.20 WIB Memberikan diet jantung yang sesuai: pasien sudah diberikan diet jantung dan telah menghabiskan makanannya 1 porsi; Pukul 12.00 WIB Melakukan pemberian obat: *Clopidogrel* (CPG) 75mg per oral, *condesartan* 4mg per oral, *digoxin* 1mg per oral pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat; Pukul 12.15 WIB Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah pemberian obat, tekanan darah 135/80 mmHg dan nadi 88x/menit; Pukul 13.00 WIB Menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi: pasien sudah dianjurkan untuk melakukan aktivitas sesuai toleransi secara bertahap; Pukul 14.00 WIB Melakukan kolaborasi pemberian obat: Lasix 40mg (intravena), omeprazole 40mg (intravena), dan ondancetron 4mg (intravena), sudah diberikan dan tidak ditemukan efek samping dan alergi; Pukul 14.34 WIB Memberikan diet jantung yang sesuai: pasien sudah diberikan diet jantung dan telah menghabiskan makanannya 1/2 porsi; Pukul 18.00 WIB Melakukan pemberian obat Lasix 40mg (intravena), sudah diberikan pada pasien dan tidak ada indikasi alergi; Pukul 19.00 WIB Memonitor Balance cairan: 1.560 - 2.030 = - 470cc; Pukul 19.20 Memposisikan pasien semi fowler, pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan mengatakan lebih merasa nyaman; Pukul 21.50 Memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan masih terbangun karena merasakan nyeri dada dan sesak; Pukul 22.00 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, pasien

tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan, pasien mengatakan masih cepat lelah jika sedang beraktivitas, pasien mengatakan masih merasakan sesak pada malam hari saat sedang tidur hingga terbangun dari tidurnya.

### **Tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 10.00 WIB, Memonitor tekanan darah tekanan darah: 154/86 mmHg N: 94x/menit; Pukul 10.14 WIB, Memonitor keluhan nyeri dada, Pasien mengatakan saat ini masih merasakan nyeri di dada tetapi tidak menjalar, nyeri hilang timbul, skala nyeri 2 (numeric scale 1-10); Pukul 11.20 WIB Memosisikan pasien semi fowler atau fowler: pasien mengatakan keluhan sesaknya sedikit berkurang; Pukul 11.40 WIB Memberikan diet jantung yang sesuai: pasien sudah diberikan diit jantung dan telah menghabiskan makanannya 1 porsi; Pukul 12.00 WIB Melakukan kolaborasi pemberian obat: *Clopidogrel* (CPG) 75mg per oral, *condesartan* 4mg per oral, *digoxin* 1mg per oral: pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat; Pukul 12.15 WIB Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah pemberian obat, tekanan darah 145/87 mmHg dan nadi 86x/menit; Pukul 13.00 WIB Menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi: pasien sudah dianjurkan untuk melakukan aktivitas sesuai toleransi secara bertahap; Pukul 14.00 WIB Melakukan kolaborasi pemberian obat: Lasix 40mg (intavena), omeprazole 40mg (intravena), dan ondancentron 4mg (intravena), sudah diberikan dan tidak ditemukan efek samping dan alergi; Pukul 14.34 WIB Memberikan diet jantung yang sesuai: pasien sudah diberikan diit jantung

dan telah menghabiskan makanannya 1/2 porsi; Pukul 18.00 WIB Melakukan pemberian obat Lasix 40mg (intravena), sudah diberikan pada pasien dan tidak ada indikasi alergi; Pukul 19.00 WIB Memonitor Balance cairan: 1.310 – 1.930 = - 620; Pukul 20.00 Memposisikan pasien semi fowler, pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan mengatakan lebih nyaman; Pukul 22.00 WIB Memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan masih merasakan sesak pada malam hari saat sedang tidur hingga terbangun dari tidurnya tetapi tidak separah sebelumnya, pasien mengatakan lelah sudah berkurang saat pasien melakukan aktivitas.

### **Evaluasi**

#### **Tanggal 22 Maret 2023**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dada dan sesak napas di malam hari dan membuatnya terbangun tetapi tidak separah sebelumnya, pasien mengatakan masih batuk tetapi sudah tidak terlalu sering dan tidak berdahak.

**Data objektif:** Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital: Tekanan darah: 158/86 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, suhu tubuh: 36,8 C, frekuensi pernapasan: 18x/menit, saturasi oksigen: 99%, CRT <2 detik, Sesudah pemberian obat: Tekanan darah 145/87 mmHg dan nadi 86x/menit; Pasien sudah diberikan posisi semi fowler sehingga sesak sudah berkurang; PND masih ada, pasien tampak sudah tidak menggunakan otot bantu pernapas, edema perifer pada kedua tungkai sudah tidak ada, pucat tidak ada, Pasien sudah mendapatkan terapi *Clopidogrel* (CPG) 75mg per oral,

*ondancetron* 4mg per oral , *digoxin* 1 per oral , *Lasix* 40mg per iv serta tidak ditemukan efek samping dari pemberian obat.

**Analisa:** Penurunan curah jantung belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan

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

**Data subjektif :** Pasien mengeluh cepat lelah jika beraktivitas biasa, dan sesak saat beristirahat

**Data objektif :** Pasien tampak lelah, Pasien mengeluh cepat lelah dan sesak bertambah berat jika beraktivitas biasa seperti pada saat berpindah posisi, pasien tampak sesak frekuensi napas: 26x/menit, frekuensi jantung meningkat saat berpindah posisi sebelumnya 87x/menit setelah pindah posisi menjadi 101x/menit, pasien menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit.

**Tujuan :** toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria hasil :** frekuensi nadi membaik (60-100x/mnt), tekanan darah membaik, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat beraktivitas menurun, dyspnea setelah beraktivitas menurun, frekuensi napas membaik (16-20x/mnt), penggunaan bantuan pernapasan oksigen dengan nasal kanul menurun ( 1-2 liter/menit).

**Intervensi :****Manajemen Energi**

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c. Monitor pola dan jam tidur
- d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- e. Anjurkan tirah baring
- f. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- g. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- h. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

**Pelaksanaan****Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB, Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mengatakan merasakan nyeri pada dada sebelah kiri dan mengeluh sesak napas saat melakukan aktivitas biasa seperti saat berpindah posisi; Pukul 10.30 WIB Memonitor kelelahan fisik dan emosional, pasien mengatakan sesak bertambah berat jika melakukan aktivitas; Pukul 11.00 Memonitor pola dan jam tidur, pasien tidur siang selama 2 – 3 jam dan tidur malam selama 4 – 5 jam, pasien mengatakan sering terbangun karena merasakan sesak saat tidur; Pukul 12.00 WIB, Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan adanya merasa sesak dan itu mengganggu aktivitasnya; Pukul 14.00 WIB Menganjurkan melakukan aktivitas fisik

secara bertahap, pasien dan keluarga sudah mengerti dan bersedia membantu aktivitas bertahap seperti berpindah posisi dari tidur ke posisi duduk di samping tempat tidur; Pukul 19.00 WIB Mengajarkan tirah baring, pasien sudah dianjurkan mengurangi aktivitas yang bertujuan untuk mengurangi beban kerja jantung; Pukul 22.00 WIB Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan oleh perawat dan pasien dan keluarga mengatakan akan menghubungi perawat jika kelelahan tidak berkurang

### **Tanggal 21 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB, Memonitor tirah baring, pasien memahami dan akan berbaring/istirahat jika merasa sesak; Pukul 11.00 WIB, Memberikan dorongan pada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap: Pasien mampu melakukan aktivitas secara bertahap seperti berpindah posisi dibantu oleh perawat; Pukul 11.20 WIB, Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan: sudah diajarkan dan pasien sudah mengerti jika merasa lelah pasien akan menarik napas dalam dan beristirahat; Pukul 11.40 WIB Memonitor pola dan jam tidur, pasien tidur siang selama 4 jam dan tidur malam selama 5 jam, pasien mengatakan masih sering terbangun karena merasakan sesak saat tidur; Pukul 12.00 WIB, Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan adanya merasa sesak dan itu mengganggu aktivitasnya; ; Pukul 14.00 WIB Memonitor pasien dalam melakukan aktivitas fisik secara bertahap, pasien dan keluarga sudah mengerti dan bersedia membantu aktivitas bertahap pasien seperti berpindah posisi dari tidur ke posisi duduk di

samping tempat tidur; Pukul 22.00 WIB Memonitor tirah baring, pasien sudah mengurangi aktivitasnya yang bertujuan untuk mengurangi beban kerja jantung.

### **Tanggal 22 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB, Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan sesak sudah berkurang; Pukul 10.15 Mengkaji respon pasien terhadap aktivitas: Pasien mengatakan sudah bisa berpindah posisi secara mandiri tanpa dibantu; Pukul 11.20 WIB, Memonitor strategi koping untuk mengurangi kelelahan: pasien akan menarik napas dalam dan beristirahat; Pukul 11.40 WIB Memonitor pola dan jam tidur, pasien tidur siang selama 3 jam dan tidur malam selama 8 jam, pasien mengatakan semalam tidurnya nyenyak; Pukul 20.00 WIB Memonitor pasien dalam melakukan aktivitas fisik secara bertahap, pasien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri; Pukul 12.00 WIB Memonitor tirah baring, pasien sudah mengurangi aktivitasnya yang bertujuan untuk mengurangi beban kerja jantung

### **Evaluasi**

#### **Tanggal 22 Maret 2023**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan semalam tidurnya nyenyak, pasien juga mengatakan sesaknya sudah berkurang sehingga bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

**Data objektif:** Keadaan umum pasien baik, pasien sudah tidak menggunakan bantuan oksigen, pasien sudah bisa beraktivitas secara

mandiri, frekuensi pernapasan 18x/menit, tekanan darah 135/80 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit.

**Analisa:** Intoleransi Aktivitas teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dihentikan

**4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat belajar ditandai dengan:**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat hipertensi 4 tahun lalu tapi tidak pernah minum obat, pasien juga mengatakan hanya mengetahui penyebab penyakit jantungnya karena memiliki keturunan dari ayahnya, pasien mengatakan terkadang tidak menjaga pola makannya dikarenakan jarang masak sehingga sering beli lauk pauk di luar, pasien mengatakan hanya mengetahui makanan yang harus dihindari itu makanan yang asin-asin, pasien mengatakan perokok aktif dan dalam sehari bisa menghabiskan 7-8 batang rokok dan pasien mengatakan malas mencari informasi tentang penyakit jantung dan jarang kontrol penyakitnya ke fasilitas kesehatan kalau tidak merasakan sakit, dikarenakan sibuk bekerja.

**Data Objektif :** Pasien tampak bingung saat ditanya penyebab tentang penyakitnya dan hanya menjawab karena mempunyai keturunan penyakit jantung dari ayahnya, pasien hanya mengetahui bahwa sakit jantung itu gejalanya mudah lelah saat beraktivitas dan pasien juga selalu bertanya tentang penyakitnya dan mengapa sering kambuh

**Tujuan :** tingkat pengetahuan membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria hasil :** verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

**Intervensi :**

**Edukasi Kesehatan**

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d. Berikan kesempatan untuk bertanya
- e. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- f. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- g. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

**Pelaksanaan**

**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB, Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien dan keluarga mengatakan sudah siap untuk menerima informasi terkait pola hidup sehat; Pukul 10.30 WIB, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan: pasien dan keluarga menyetujui perawat terkait jadwal pemberian pendidikan kesehatan besok pada tanggal 21 Maret 2023 di jam 11.00.

**Tanggal 21 Maret 2023**

Pukul 10.00 WIB, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan: Perawat sudah menyiapkan terkait materi yang ingin disampaikan pada pasien; Pukul 11.00 WIB, Menjelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan: Pasien dapat menjelaskan kembali faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kesehatannya; Pukul 11.10 Mengajarkan pasien perilaku hidup bersih dan sehat: Pasien dapat menyebutkan kembali bagaimana cara perilaku hidup bersih dan sehat; Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat: Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk berhenti merokok dengan cara perlahan mengurangi merokok dalam sehari.

**Evaluasi****Tanggal 21 Maret 2023**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan sudah memahami pola hidup sehat yang baik, dan makanan apa saja yang baik untuk dikonsumsi pada penderita penyakit jantung, dan apa saja makanan pantangannya, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk berhenti merokok dengan cara perlahan mengurangi merokok dalam sehari.

**Data objektif:** Pasien dapat menjawab pertanyaan perawat meskipun sedikit lupa dan dibantu oleh perawat, pasien dapat menyebutkan kembali apa saja pola hidup hidup sehat, pasien dapat menyebutkan kembali makanan apa saja yang baik untuk dikonsumsi dan apa saja pantangannya.

**Analisa:** Defisit Pengetahuan Teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dihentika

## **BAB IV PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus, faktor-faktor pendukung, dan penghambat serta alternatif antara teori dan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gagal Jantung Kongestif di ruang kardiologi lantai 6 pada kamar 609 RSUD Koja Jakarta Utara yang telah dilaksanakan dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi yang diberikan oleh penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan, pada saat pengkajian, penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Ada beberapa etiologi atau penyebab dari Gagal Jantung Kongestif yaitu : kelainan otot jantung, aterosklerosis koroner, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium degenerative (Rahmatiana & Clara, 2019).

Sementara pada kasus pasien memiliki riwayat hipertensi, hipertensi merupakan penyebab terjadinya gagal jantung kongestif yang menyebabkan

tekanan darah tinggi membuat jantung kerja lebih keras, akibat jantung harus melawan tekanan darah tinggi tersebut. Terjadinya hipertensi yang menyebabkan gagal jantung diperberat karena pasien memiliki penyakit jantung keturunan dari riwayat keluarganya yaitu ayahnya dan pola hidup pasien yang tidak sehat.

Manifestasi klinis gagal jantung dapat diperhatikan secara relatif berdasarkan dari latihan fisik yang diberikan. Pada pasien gagal jantung toleransi aktivitas akan menurun dan gejala gagal jantung akan muncul lebih awal dengan aktivitas ringan. Gejala awal yang akan dialami oleh pasien gagal jantung yaitu *dyspnea* (sesak napas), mudah kelelahan dan adanya retensi cairan. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) adalah kondisi mendadak terbangun dari tidur karena *dyspnea* yang dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial. PND merupakan salah satu manifestasi klinis yang spesifik dari gagal jantung kiri, peningkatan tekanan vena jugularis, penimbunan cairan dalam ruang interstisial dapat menyebabkan edema dan jika berlanjut akan menimbulkan edema anasarka, berkurangnya perfusi ke organ tubuh seperti kulit pucat dan kelemahan otot rangka. Makin menurunnya curah jantung dapat disertai insomnia, kegelisahan, dan kebingungan. Bahkan pada gagal jantung kronis yang berat, dapat terjadi kehilangan berat badan yang progresif (Nurkhalis & Adista, 2020).

Sedangkan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien yaitu pasien merasakan sesak pada saat istirahat dan sesak akan bertambah berat jika beraktivitas ringan, pasien juga mengalami *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND), pasien juga mengeluh mudah lelah, dan batuk tapi tidak ada sputum,

terdapat edema di tungkai kaki, sementara manifestasi klinis yang berbeda antara teori dengan kasus adalah tidak ditemukan distensi pada vena jugularis, hepatomegali, tidak ada sianosis CRT < 2 detik, pasien juga tidak mengalami penurunan berat badan.

Pada pemeriksaan penunjang penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, pada pasien dengan gagal jantung kongestif secara teori pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG, foto thorax, ECHO (*Echocardiography*), Cardiac MR, *Single-photon emission computed tomography* (SPECT) dan *Positron emission tomography* (PET), Angiografi coroner, CT Kardiak, pemeriksaan laboratorium, darah lengkap, analisa gas darah, urinalis, elektrolit (termasuk kalsium dan magnesium), nitrogen urea darah (BUN), kreatinin, gula darah, profil lipid, fungsi hati, (*Thyroid Stimulating Hormone*) TSH dan Troponin.

Sedangkan pada pasien pemeriksaan penunjang yang dilakukan hanya pemeriksaan EKG, foto thorax, ECHO (*Echocardiography*), pemeriksaan laboratorium darah dan elektrolit, analisa gas darah (AGD) hitung jenis dan analisa gas darah, pemeriksaan lain tidak dilakukan karena hasil pemeriksaan ini sudah cukup menunjang untuk penegakan diagnosa sehingga pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya.

Pemeriksaan penunjang yang ada di teori namun tidak dilakukan pada pasien adalah Cardiac MR, *Single-photon emission computed tomography* (SPECT) dan *Positron emission tomography* (PET), *Angiografi coroner*, CT Kardiak, urinalisa, nitrogen urea darah (BUN), kreatinin, gula darah, profil lipid, fungsi hati, TSH dan Troponin. Pemeriksaan ini tidak dilakukan karena

dengan gejala yang ada dan pemeriksaan EKG dan foto thorax sudah dapat menentukan pasien dengan gagal jantung kongestif disamping itu pasien merupakan pasien BPJS maka pasien harus mengikuti ketentuan.

Pada penatalaksanaan medis dan keperawatan penulis menemukan beberapa kesenjangan, pada teori penatalaksanaan pasien gagal jantung kongestif diberikan terapi farmakologi diuretik untuk menurunkan tekanan darah dengan cara melepaskan air dan garam natrium, menghilangkan kelebihan cairan ekstraseluler dengan meningkatkan diuresis pada pasien dengan tanda dan gejala kelebihan cairan, Inhibitor ACE dan ARB berfungsi untuk mencegah terjadinya serangan coroner akut dan mengurangi kematian akibat gagal jantung. Inhibitor ACE bekerja menghambat produksi angiotensin II, menyebabkan vasodilatasi, penurunan volume darah dan mencegah efeknya pada jantung dan pembuluh darah. Pada gagal jantung ACE mengurangi afterload dan memperbaiki curah jantung dan aliran darah ginjal. Selain itu juga dapat mengurangi kongesti paru dan edema perifer, Digoxin dapat meningkatkan kekuatan kontraksi miokard dan memperlambat konduksi melalui nodus atrioventricular, meningkatkan kontraktilitas, dan meningkatkan output ventrikel kiri, Infus intravena inotropik (misalnya, dopamin, dobutamine, milrinone) untuk meningkatkan kekuatan kontraksi miokard; dengan demikian, mereka dapat diindikasikan untuk pasien rawat inap dengan edema paru (yaitu, HF dekomensasi akut) (Hinkle et al., 2021).

Sementara pada kasus pasien diberikan terapi Condestran, Digoxin, Lasix untuk menjaga tekanan darah pasien agar tetap dalam batas normal dan mengurangi retensi cairan yang terjadi pada pasien, Clopidogrel untuk

mencegah penggumpalan darah. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu pasien diberikan terapi obat Omeprazole untuk mengendalikan produksi asam lambung dan mengatasi gejala sakit maag, Ondancentron digunakan untuk mengatasi mual dan muntah, kedua obat ini dapat digunakan secara bersamaan karena tidak ada interaksi obat yang dapat mempengaruhi kerja obat.

Pada tahap pengkajian faktor pendukung 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**

Diagnosa keperawatan yang ada di kasus dan teori penulis menemukan beberapa kesenjangan, pada teori terdapat 9 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan, sedangkan pada pasien hanya ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan. Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus yaitu bersihan jalan napas

tidak efektif, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, dan defisit nutrisi.

Penulis tidak menegakkan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas tetapi penulis lebih memilih menegakkan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif, karena dalam diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif terdapat tanda mayor batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing atau ronkhi, sementara pada pasien tidak ditemukan tanda mayor. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan gangguan bertukaran gas terdapat tanda mayor *dyspnea*, PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> meningkat/menurun, takikardi, pH arteri meningkat/menurun, dan bunyi napas tambahan, sementara pada pasien hanya terdapat 3 tanda mayor yaitu *dyspnea*, PCO<sub>2</sub> dan PO<sub>2</sub> meningkat/menurun. Tetapi penulis hanya mengambil diagnosa pola napas tidak efektif, karena keluhan utama pasien adalah pasien merasakan sesak dengan frekuensi napas meningkat 26x/menit dan pasien sering batuk tetapi tidak ada sputum, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pasien tampak menghembuskan napas panjang serta terdengar suara napas wheezing.

Penulis tidak menegakkan diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif dan hipervolemia tetapi penulis lebih memilih menegakkan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung. Karena pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif tidak ditemukan tanda mayor seperti pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit tidak pucat dan turgor kulit menurun seangkan dari hasil observasi pada pasien didapatkan hasil pengisian kapiler pasien normal yaitu < 2 detik,

nadi perifer teraba kuat, akral teraba hangat, warna kulit pasien tampak tidak pucat, dan turgor kulit baik. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan hypervolemia terdapat tanda mayor edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, *Jugular Venus Pressure* (JVP) atau *Central Venous Pressure* (CVP) meningkat dan refleks hepatojugular positif, sementara tanda mayor yang ditemukan pada kasus yaitu hanya terdapat edema perifer dengan pitting edema didapatkan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm dan dengan waktu kembali selama 3 detik, maka dari itu penulis hanya menegakkan penurunan curah jantung dikarenakan dari data penunjang pada pemeriksaan ECHO ditemukan hasil kontraktilitas menurun dengan hasil EF 24%, dan dari hasil EKG juga tampak Sinus Takikardi, QRS patologis, dan ST depresi yang memperkuat penulis dalam pengambilan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

Penulis memilih diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dikarenakan pasien mengeluh lemas dan mengeluh sesak napas pada saat beristirahat dan saat beraktivitas sesak akan bertambah berat, dan penulis menegakkan diagnosa defisit pengetahuan dikarenakan pasien sering menanyakan terkait penyakitnya dan pasien kurang mengetahui bagaimana cara pola hidup sehat dan makanan apa saja yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita penyakit jantung.

Selain itu mengapa penulis tidak menengakkan diagnosa keperawatan defisit nutrisi dikarenakan pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi tidak ditemukan tanda mayor pada kasus dan pasien tidak mengalami penurunan berat badan selama proses penyakitnya.

Diagnosa keperawatan yang penulis susun sudah sesuai dengan prioritas masalah, dan sudah sesuai berdasarkan teori kebutuhan Maslow yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam penemuan diagnosa keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan karena adanya literatur dan buku sumber yang cukup memadai, hanya saja ada beberapa ebook yang ada di perpustakaan tidak bisa didownload penulis karena ukurannya cukup besar, jadi penulis harus meminta terlebih dahulu ke pengurus perpustakaan.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan disusun disesuaikan dengan prioritas masalah yang dialami oleh pasien serta dikaitkan dengan teori kebutuhan menurut Maslow. Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi, pada tahap ini perencanaan disusun sudah sesuai dengan teori dan buku berpedoman pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Pada tahap perencanaan penulis tidak menemukan kesenjangan antara tujuan dan kriteria hasil menurut teori pada kasus pasien Intervensi yang dibuat penulis terdapat beberapa perubahan dari intervensi teori karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pada diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif intervensi monitor sputum, pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan

endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik tidak direncanakan karena pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan pasien hanya mengeluh sesak napas dan batuk tetapi tidak ada sputum.

Pada diagnosa penurunan curah jantung intervensi monitor EKG dua belas sedapan dan monitor aritmia tidak direncanakan penulis karena sudah dilakukan oleh perawat penanggung jawab, monitor nilai laboratorium jantung dan monitor alat pacu jantung tidak dilakukan karena pasien tidak dipasang alat pacu jantung. Sementara itu pada diagnosa intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan penulis merencanakan sesuai teori.

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 harus memenuhi kriteria hasil, sedangkan pada landasan teoritis tidak tercantum adanya kriteria waktu, sehingga penulis menentukan waktu berdasarkan yang diberikan dalam memberi asuhan keperawatan yaitu 3 hari. Faktor pendukung adalah terdapat referensi yang memadai untuk menentukan perencanaan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah pelaksanaan dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan implementasi juga mencakup

pengumpulan data yang sedang berlangsung, pengamatan reaksi pasien selama dan setelah penerapan tindakan, dan evaluasi data baru (Nikmatur, Walid, & Sandra, 2016). Secara umum semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan. Penulis melakukan tindakan keperawatan mulai dari jam 07.30 WIB hingga jam 14.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab. Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun, semua tindakan keperawatan telah dilakukan dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan.

Pada pelaksanaan keperawatan pola napas tidak efektif penulis melaksanakan intervensi keperawatan sudah sesuai perencanaan yang telah disusun. Tindakan yang dilakukan terdiri dari monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler/fowler, dan memberikan terapi oksigen.

Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung penulis telah melaksanakan sesuai perencanaan monitor tekanan darah, dan monitor balance cairan. Pada pelaksanaan dari diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan penulis melakukan semua tindakan yang sudah direncanakan.

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.

Sedangkan faktor penghambat yang penulis rasakan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu dalam menghitung balance cairan pasien disebabkan tidak semua perawat ruangan mendokumentasikan berapa banyak cairan infus yang sudah masuk dan banyaknya air yang pasien minum, sehingga penulis menanyakan banyaknya cairan infus yang masuk kepada perawat dan penulis juga melakukan observasi langsung untuk mengetahui jumlah urine yang keluar serta banyaknya air yang diminum kepada pasien atau keluarga.

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

Menurut (Debora, 2017) evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menilai apakah masalah yang timbul teratasi secara tuntas, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Evaluasi adalah suatu proses yang berkelanjutan, khususnya yang digunakan untuk menyesuaikan dan memantau kondisi pasien untuk menentukan kesesuaian tindakan keperawatan, meningkatkan tindakan keperawatan, kebutuhan pasien saat ini, kebutuhan tindakan rujukan ke fasilitas lain dan jika perlu, untuk mengatasi diagnosis sehingga kebutuhan pasien terpenuhi.

Evaluasi keperawatan yang ada pada kasus penulis melakukan dua macam evaluasi yaitu evaluasi proses dan hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat

tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan mengacu pada tujuan yang disusun dari empat diagnosa keperawatan yang diangkat. Dari empat diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus, hanya tiga diagnosa keperawatan yang telah teratasi yaitu; diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dyspnea menurun, penggunaan bantu otot pernapasan menurun, frekuensi napas membaik dan kedalaman napas membaik. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan ketika frekuensi nadi menurun, kemudahan dalam melakukan kegiatan sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat beraktivitas menurun, dyspnea setelah beraktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik. Diagnosa keperawatan terakhir yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya minat belajar dibuktikan dengan perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan dengan suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

Sedangkan satu diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas karena tujuan belum tercapai PND masih ada, kelelahan setelah beraktivitas masih ada, serta tidak ada data terbaru terkait pemeriksaan penunjang EKG dan ECHO pasien dan telah didelegasikan kepada perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tercukupinya data yang didapatkan dari rekam medis dan tim medis lainnya serta kooperatifnya pasien dan keluarga dalam evaluasi keperawatan sehingga

penulis dapat mengumpulkan data evaluasi keperawatan. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya pembaharuan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium pasien dan lain-lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut.

## **BAB V PENUTUP**

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Tn. A dengan Gagal Jantung Kongestif di ruang kardiologi lantai 6 pada kamar 609 RSUD Koja Jakarta Utara yang telah dilaksanakan dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

### **A. Kesimpulan**

Pada tahap pengkajian antara kasus dan tinjauan teori secara keseluruhan sebagian besar sudah sesuai, namun penulis menemukan beberapa kesenjangan pada tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien dalam kasus dengan teori yaitu pasien merasakan sesak pada saat istirahat dan sesak akan bertambah berat jika beraktivitas ringan, pasien juga mengalami *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND), pasien juga mengeluh mudah lelah, dan batuk tapi tidak ada sputum, terdapat edema di tungkai kaki, sementara manifestasi klinis yang berbeda antara teori dengan kasus adalah tidak ditemukan distensi pada vena jugularis, hepatomegali, tidak ada sianosis CRT < 2 detik, pasien juga tidak mengalami penurunan berat badan.

Pada pemeriksaan penunjang penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, pada pasien pemeriksaan penunjang yang dilakukan hanya pemeriksaan EKG, foto thorax, ECHO (*Echocardiography*), pemeriksaan laboratorium darah dan elektrolit, analisa gas darah (AGD) hitung jenis dan analisa gas darah, pemeriksaan lain tidak dilakukan karena hasil pemeriksaan ini sudah cukup menunjang untuk penegakan diagnosa sehingga pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya. Pemeriksaan penunjang yang ada di teori namun tidak dilakukan pada pasien adalah *Cardiac MR*, *Single-photon emission computed tomography* (SPECT) dan *Positron emission tomography* (PET), *Angiografi coroner*, CT Kardiak, urinalisa, nitrogen urea darah (BUN), kreatinin, gula darah, profil lipid, fungsi hati, TSH dan Troponin. Pemeriksaan ini tidak dilakukan karena dengan gejala yang ada dan pemeriksaan EKG dan foto thorax sudah dapat menentukan pasien dengan gagal jantung kongestif disamping itu pasien merupakan pasien BPJS maka pasien harus mengikuti ketentuan.

Pada penatalaksanaan medis dan keperawatan penulis menemukan beberapa kesenjangan, pada kasus pasien diberikan terapi Condestran, Digoxin, Lasix untuk menjaga tekanan darah pasien agar tetap dalam batas normal dan mengurangi retensi cairan yang terjadi pada pasien, Clopidogrel untuk mencegah penggumpalan darah. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu pasien diberikan terapi obat Omeprazole untuk mengendalikan produksi asam lambung dan mengatasi gejala sakit maag, Ondancetron digunakan untuk mengatasi mual dan muntah, kedua obat ini dapat digunakan secara bersamaan karena tidak ada interaksi obat yang dapat mempengaruhi kerja obat.

Diagnosa keperawatan yang ada di kasus dan teori penulis menemukan beberapa kesenjangan, pada teori terdapat 9 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan, sedangkan pada pasien hanya ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan. Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, dan defisit nutrisi.

Pada tahap perencanaan penulis tidak menemukan kesenjangan antara tujuan dan kriteria hasil menurut teori pada kasus pasien Intervensi yang dibuat penulis terdapat beberapa perubahan dari intervensi teori karena disesuaikan dengan kondisi pasien, pada diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif intervensi monitor sputum, pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik tidak direncanakan karena pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan pasien hanya mengeluh sesak napas dan batuk tetapi tidak ada sputum dan pada diagnosa penurunan curah jantung intervensi monitor EKG dua belas sedapan dan monitor aritmia tidak direncanakan penulis karena sudah

dilakukan oleh perawat penanggung jawab, monitor nilai laboratorium jantung dan monitor alat pacu jantung tidak dilakukan karena pasien tidak dipasang alat pacu jantung. Sementara itu pada diagnosa intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan penulis merencanakan sesuai teori.

Pada tahap implementasi keperawatan tidak ditemukan kesenjangan sebagian besar rencana tindakan yang disusun sudah dilaksanakan dengan baik pada pelaksanaan keperawatan pola napas tidak efektif penulis melaksanakan intervensi keperawatan sudah sesuai perencanaan yang telah disusun. Tindakan yang dilakukan terdiri dari monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler/fowler, dan memberikan terapi oksigen dan pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung penulis telah melaksanakan sesuai perencanaan monitor tekanan darah, dan monitor balance cairan. Pada pelaksanaan dari diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan penulis melakukan semua tindakan yang sudah direncanakan.

Pada tahap evaluasi dari empat diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus, hanya tiga diagnosa keperawatan yang telah teratasi yaitu; diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dyspnea menurun, penggunaan bantu otot pernapasan menurun, frekuensi napas membaik dan kedalaman napas membaik. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan ketika frekuensi nadi menurun, kemudahan dalam melakukan kegiatan sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat beraktivitas menurun, dyspnea setelah beraktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik. Diagnosa

keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya minat belajar dibuktikan dengan perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan dengan suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

Sedangkan satu diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas yang tujuan belum tercapai didelegasikan kepada perawat ruangan.

## **B. Saran**

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

### **1. Perawat Ruangan**

Bagi perawat ruangan agar memperhatikan kelayakan alat cek suhu, tensi menyesuaikan dengan kebutuhan pasien sehingga ketika diperlukan tidak sampai kehabisan battery ataupun error dan agar selalu melengkapi status pasien seperti balance cairan agar ketika pasien mengalami kekurangan/kelebihan cairan pasien dapat diketahui.

### **2. Institusi atau Akademik**

Untuk literatur dan buku sumber sudah cukup memadai, hanya saja ada beberapa ebook yang ada di perpustakaan tidak bisa didownload penulis karena ukurannya cukup besar, jadi penulis harus meminta terlebih dahulu ke pengurus perpustakaan, oleh karenanya semoga institusi dapat mengambil solusi agar ebook dapat didownload tanpa harus meminta terlebih dahulu ke pengurus perpustakaan.

### 3. Penulis

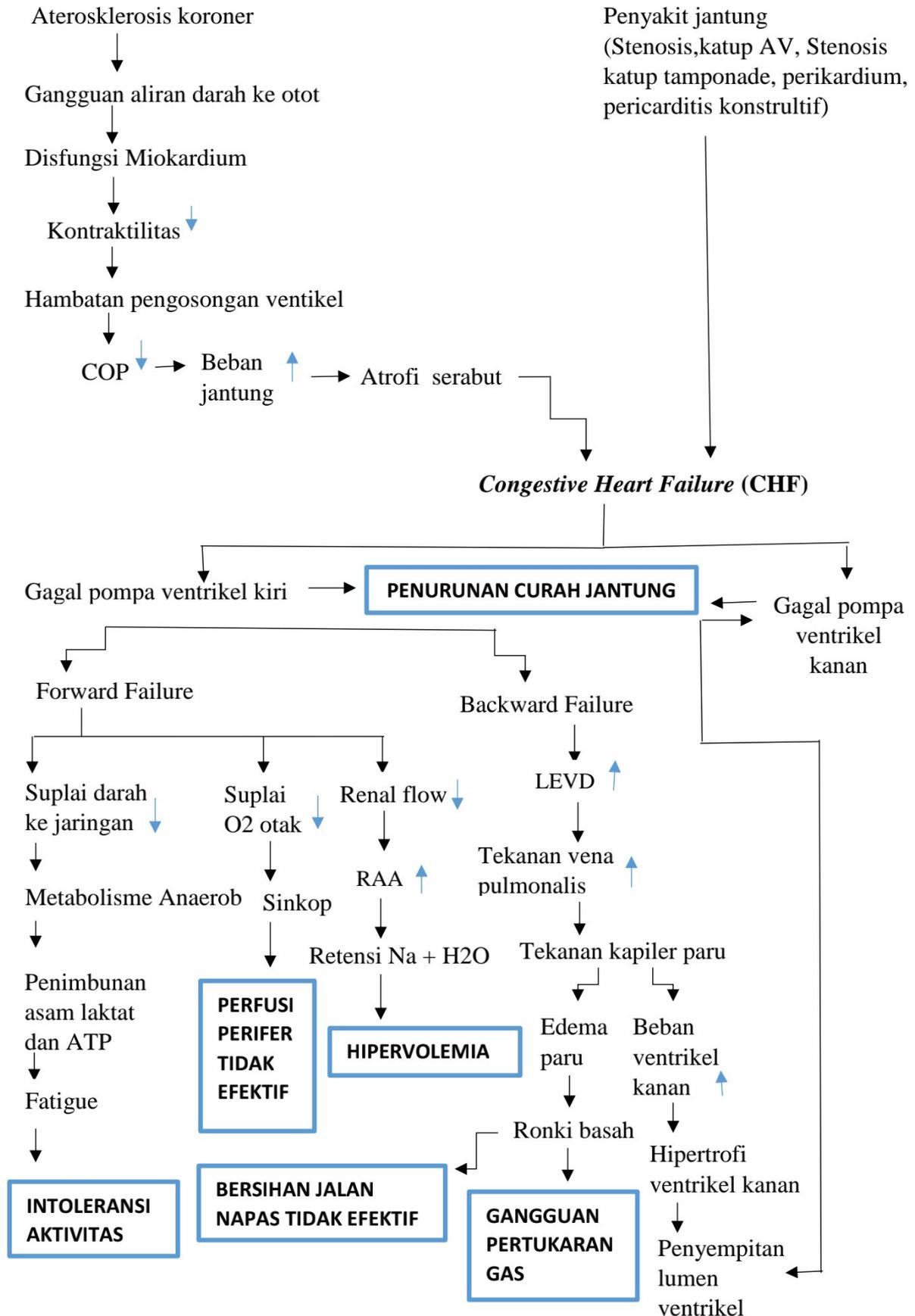
Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Jantung Kongestif. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literature dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang Gagal Jantung Kongestif dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membandingkan setiap literature yang ada dan mencocokkan dengan keadaa

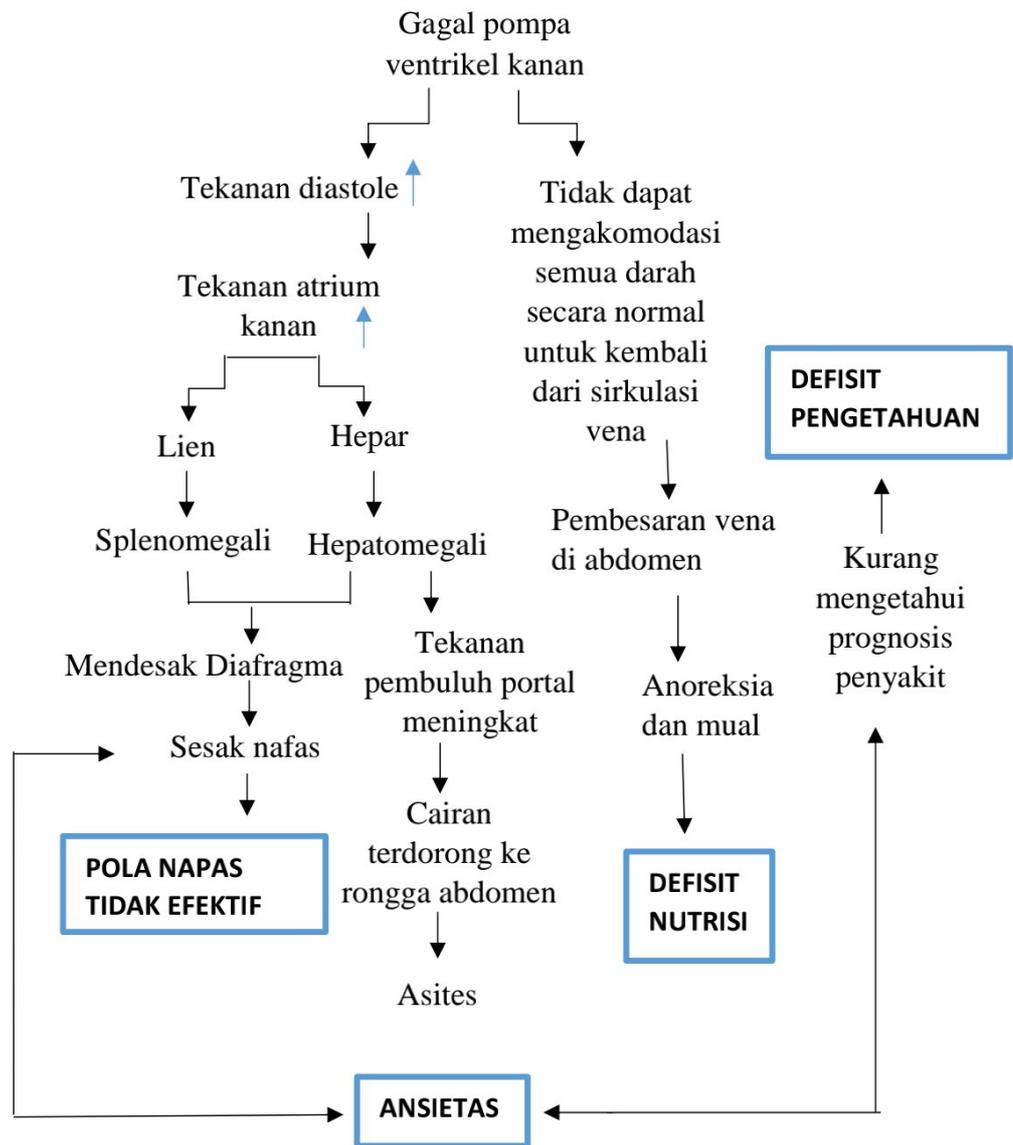
## DAFTAR PUSTAKA

- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Churchhouse, A., & Ormerod, J. (2017). Crash Course Cardiology. In *Crash Course Kardiologi dan Kelainan Vaskular* (H. Kalim, Trans., 1 ed.). Singapore: Elsevier.
- Debora, O. (2017). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika.
- Doenges, M., Moorhouse, M. F., & Murr, A. (2018). *Rencana asuhan keperawatan pedoman asuhan klien anak-dewasa*. In Widyawati, & Sufriani (Eds.). Jakarta: EGC.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: deepublish.
- Hinkle, J., Cheever, K., & Overbaugh, K. (2021). *Brunner & Suddarath's Textbook of Medical-Surgical Nursing 15th edition*. Wolters Kluwer.
- Laksono, S., Prawara, A., Florencia, B., Yobel, D., Kusharsamita, H., Putra, I., & Halomoan, R. (2021). *Seri Kardiologi Praktis Gagal Jantung*. Bintang Pustaka Madani.
- LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Kardiovaskular, Ed. 5*. (A. Linda, Ed., & N. Subekti, Trans.) Jakarta: Buku Kedokteran ECG.
- Lukitasari, M., Kusumastuty, I., & Nugroho, D. (2021). *Gagal Jantung: Perawatan Mandiri dan Multidisiplin*. Universitas Brawijaya Press.
- Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., & Chhabra, L. (2023). *Congestive Heart Failure*. StatPearls.
- Nikmatur, R., Walid, S., & Sandra, M. (2016). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Nurhayati, Andari, F. N., & Fredrika, L. (2020). *Penatalaksanaan Gagal Jantung*. (K. Rosyidi, Ed.) Jakarta: KHD Production.

- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). *Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung*. Kedokteran Nanggroe Medika, 3(3), 36-46.
- PERKI. (2022). *PANDUAN PREVENSI PENYAKIT KARDIOVASKULAR ATEROSKLEROSIS* (1 Ed.). (I. A. Arso, Ed.) Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Purnamasari, D., Musta'in, M., & Maksum. (2023). *Gambaran Pengelolaan Hipervolemia pada Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit*. Keperawatan Berbudaya Sehat, 9-15.
- Rahmatiana, F., & Clara, H. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Congestive Heart Failure*. Buletin Kesehatan, 7-25.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
- Roger, V. (2021). *Epidemiology of Heart Failure*. Circulation Research.
- Syafitri, E. Y. (2019). *Macam-macam Evaluasi dalam Proses Asuhan Keperawatan*. doi:<http://dx.doi.org/10.31227/osf.io/sj4uh>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnosis*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: definisi dan tindakan keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tio. (2021). *Perawatan Pasien dengan CHF (Congestive Heart Failure)*. (R. Hadi, Ed.) Jakarta: Pustaka Taman Ilmu.
- Tsao, C., Aaron, C., Almarzooq, Z., Anderson, C., Arora, P., & Avery, C. (2023). *Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association*. American Heart Association, 93-621. doi: 10.1161/CIR.0000000000001123
- Yulianti, & Chanif. (2021). *Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure*. Ners Muda, 2. doi:<https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6275>
- Zhao, D. (2021). *Epidemiological Features of Cardiovascular Disease in Asia*. Science direct, 1(1), 1-13

**PATHWAY**





(Sumber : (Hinkle et al., 2021) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)).

## ANALISA OBAT

### 1. Clopidogrel

Clopidogrel merupakan obat antiplatelet yang memiliki efek anti agregasi dan menghambat pembentukan trombus. Ia bekerja dengan mencegah trombosit saling menempel dan membentuk gumpalan yang paling umum menyebabkan serangan jantung atau stroke.

#### a. Indikasi

Untuk menurunkan risiko kejadian sumbatan pembuluh darah pada pasien dengan riwayat serangan jantung, nyeri dada (angina), stroke, penyakit arteri perifer, serta gangguan irama jantung seperti atrial fibrilasi.

#### b. Kontraindikasi

Ibu hamil atau sedang dalam program, Menyusui, Maag, Mengalami pendarahan patologis: pendarahan otak, Hipersensitif terhadap Clopidogrel.

#### c. Efek samping

Kelelahan yang berlebihan, Sakit kepala, Pusing, Mual, Muntah, Sakit perut, Perdarahan saluran cerna ditandai dengan BAB berwarna hitam, Munculnya bintik merah (petechiae) atau lebam, Diare, Mimisan.

#### d. Dosis

Clopidogrel diminum 1 kali sehari sebanyak 1 tablet atau 75 mg. Tidak ada penyesuaian dosis yang diperlukan untuk pasien lanjut usia atau pasien dengan penyakit ginjal.

## 2. Candesartan

Candesartan adalah obat yang termasuk ke dalam obat golongan angiotensin receptor blockers (ARB). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan melemas dan melebar. Dalam kondisi seperti ini jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun.

### a. Indikasi

Hipertensi, kombinasi dengan HCT: Pengobatan hipertensi yang tidak dapat terkontrol dengan kandesartan sileksetil atau HCT sebagai monoterapi.

### b. Kontraindikasi

Riwayat angioedema, kerusakan hati atau ketoasidosis berat, penggunaan bersamaan dengan aliskiren pada pasien DM, kehamilan.

### c. Efek Samping

Vertigo, sakit kepala, sakit punggung, infeksi saluran pernapasan atas, faringitis, rhinitis, hipotensi, hiperkalemia, dan peningkatan kreatinin serum.

### d. Dosis

Hipertensi, dosis awal 8 mg (gangguan fungsi hati 2 mg, gangguan fungsi ginjal atau volume depleksi intravaskular 4 mg) sekali sehari, tingkatkan jika perlu pada interval 4 minggu hingga maksimal 32 mg sekali sehari, dosis penunjang lazim 8 mg sekali sehari.

## 3. Furosemide

Furosemida, yang dijual salah satunya dengan merek Lasix, adalah obat yang digunakan untuk mengobati penumpukan cairan karena gagal jantung, jaringan

parut hati, atau penyakit ginjal. Furosemide juga dapat digunakan untuk pengobatan tekanan darah tinggi.

a. 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.

b. Kontraindikasi

Gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatik, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas.

c. Efek Samping

Gangguan elektrolit, dehidrasi, hipovolemia, hipotensi, peningkatan kreatinin darah.

d. Dosis

Dewasa : 20–50 mg suntikan IM/IV atau tablet 40 mg per hari. Dosis maksimal 1.500 mg suntikan IM/IV per hari atau tablet 80 mg per hari. Anak : 0,5–1,5 mg/kgBB suntikan IM/IV per hari. Dosis maksimal 20 mg suntikan IM/IV per hari.

4. Digoxin

Digoxin adalah obat yang digunakan untuk mengatasi gagal jantung. Obat ini termasuk dalam kelas obat glikosida jantung yang bekerja dengan cara membantu membuat jantung berdetak lebih kuat dan dengan ritme yang lebih teratur.

a. Indikasi

penyakit gagal jantung dan atrial fibrilasi

b. Kontraindikasi

Toksitas digitalis, gangguan irama jantung, seperti takikardi ventrikel, fibrilasi ventrikel, dan kardiomiopati obstruktif gangguan sistem konduksi jantung yang bisa menyebabkannya berdebar kencang atau aritmia pada jaras aksesori, misalnya sindrom Wolff-Parkinson-White.

c. Efek samping

Merasa bingung, pusing, Mual atau muntah, dan kehilangan nafsu makan, diare, perubahan penglihatan.

d. Dosis

Dewasa: 0,75-1,5 mg dalam dosis tunggal atau dosis terbagi tiap 6 jam. Untuk gagal jantung ringan dosis diberikan sebesar 0,25-0,75 mg/hari selama 1 minggu. Bayi yang lahir prematur dengan berat badan kurang dari 1,5 kg: 25 mcg/kgBB selama 24 jam. Bayi yang lahir prematur dengan berat badan 1,5-2,5 kg: 30 mcg/kgBB selama 24 jam. Bayi lahir normal-anak usia kurang dari 2 tahun: 45 mcg/kgBB selama 24 jam. Anak usia 2-5 tahun: 35 mcg/kgBB selama 24 jam. Anak usia 5-10 tahun: 25 mcg/kgBB selama 24 jam. Anak usia di atas 10 tahun: sama dengan dosis dewasa

5. Omeprazole

Omeprazole adalah obat yang seringkali digunakan untuk mengurangi produksi asam lambung berlebih, serta mencegah kerusakan lebih lanjut pada saluran cerna akibat penyakit GERD.

a. Indikasi

Tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H. pylori* pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

b. Efek samping

Paraesthesia, vertigo, alopesia, ginekomastia, impotensi, stomatitis, ensefalopati pada penyakit hati yang parah, hiponatremia, bingung (sementara), agitasi dan halusinasi pada sakit yang berat, gangguan penglihatan dilaporkan pada pemberian injeksi dosis tinggi.

c. Dosis

Tukak lambung dan tukak duodenum (termasuk yang komplikasi terapi AINS), 20 mg satu kali sehari selama 4 minggu pada tukak duodenum atau 8 minggu pada tukak lambung, pada kasus yang berat atau kambuh tingkatkan menjadi 40 mg sehari, pemeliharaan untuk tukak duodenum yang kambuh, 20 mg sehari, pencegahan kambuh tukak duodenum, 10 mg sehari dan tingkatkan sampai 20 mg sehari bila gejala muncul kembali.

6. Ondancetron

Ondansetron HCl adalah obat yang sering digunakan untuk mencegah rasa mual dan muntah akibat efek samping pengobatan kanker.

a. Indikasi

Penatalaksanaan mual dan muntah karena kemoterapi dan radioterapi, mual dan muntah paska operasi

b. Kontraindikasi

Hipersensitivitas. Sindrom QT panjang bawaan. Penggunaan bersamaan dengan apomorphine.

c. Efek samping

Nyeri dada, bradikardia, hipotensi, aritmia, hipoksia, peningkatan sementara enzim hati. Jarang terjadi: kebutaan sementara, gejala ekstrapiramidal (misalnya reaksi distonik, krisis okulogirik, diskinesia), kejang, nekrolisis epidermal toksik, sindrom serotonin.

d. Dosis

Pencegahan mual muntah paska operasi Dewasa dan anak >17 tahun: Awal 8 mg per oral 1-2 jam sebelum anestesi, dilanjutkan dengan 8 mg setelah 8-12 jam. Anak 4-11 tahun: 4 mg 30 menit sebelum kemoterapi. Ulangi dosis setelah 4 dan 8 jam dari dosis awal mual muntah paska operasi: 16 mg dosis tunggal 1 jam sebelum anestesi. Mual dan muntah yang diinduksi terapi radiasi: 8 mg per oral 1-2 jam sebelum radioterapi.

### **SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)**

Pokok Bahasan	: Gagal Jantung Kongestif
Sub Pokok Bahasan	: Pola Hidup Sehat Penderita Gagal jantung Kongestif
Sasaran	: Tn. A dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Maret 2023
Tempat	: Ruang Kardiologi, Kamar 609
Waktu	: 30 menit
Penyuluhan	: Erni Widiyasari

---

#### **I. TIU (Tujuan Intruksional Umum)**

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 1 x 30 menit diharapkan Tn.A dapat memahami tentang Pola Hidup Sehat untuk pencegahan gagal jantung kongestif berulang.

#### **II. Tujuan Instruksional Khusus ( TIK )**

Setelah mendapatkan penyuluhan, pasien dan keluarga diharapkan dapat :

1. Menjelaskan kembali pengertian Gagal Jantung dengan kalimatnya sendiri
2. Menyebutkan kembali faktor penyebab Gagal Jantung
3. Menyebutkan tanda dan gejala dari Gagal Jantung
4. Menjelaskan tujuan pola hidup sehat bagi penderita gagal jantung
5. Menyebutkan cara hidup sehat bagi penderita gagal jantung

#### **III. Materi Penyuluhan**

1. Pengertian Gagal Jantung

2. Penyebab Gagal Jantung
3. Tanda dan gejala Gagal Jantung
4. Tujuan Pola Hidup Sehat penderita Gagal Jantung
5. Cara hidup sehat penderita Gagal Jantung

#### IV. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab

#### V. Media

1. Leaflet
2. Lembar balik

#### VI. Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Kegiatan	Penyuluh	Audience
1.	Pembukaan (5 menit)	Mengucapkan salam Melakukan kontrak waktu Menyampaikan tujuan penyuluhan Melakukan apresiasi	Menjawab salam Menyetujui kontrak Menyetujui tujuan penyuluhan Mengikuti apresiasi
2.	Penyampaian Materi (15 menit)	Menjelaskan tentang pengertian gagal jantung Menyebutkan faktor penyebab gagal jantung Menyebutkan tanda dan gejala dari gagal jantung	Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi Menyimak penjelasan yang diberikan Menyimak penjelasan yang diberikan

		<p>Menjelaskan tujuan dari pola hidup sehat penderita Gagal Jantung</p> <p>Menjelaskan cara hidup sehat penderita Gagal Jantung</p> <p>Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya</p>	<p>Menyimak penjelasan yang diberikan</p>
3.	Evaluasi (10 menit)	<p>Menanyakan kepada peserta sesuai dengan tujuan khusus pemberian pendidikan kesehatan Pola Hidup Sehat Penderita Gagal Jantung</p> <p>Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi</p> <p>Mengucapkan salam</p>	<p>Menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>Menyimak pertanyaan</p> <p>Meyimak kesimpulan</p> <p>Menjawab salam</p>

## VII. Evaluasi

### 1. Evaluasi Struktural

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan

- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- b. Tempat dipersiapkan H-3 sebelum pelaksanaan
- c. Mahasiswa dan peserta berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses

- a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b. Tn. A aktif dalam diskusi tanya jawab
- c. Tn. A mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil

- a. Tn. A dapat menyebutkan pengertian penyakit gagal jantung
- b. Tn.A dapat menyebutkan penyebab dari penyakit gagal jantung
- c. Tn. A dapat menyebutkan tanda dan gejala dari penyakit gagal jantung
- d. Tn. A dapat menyebutkan tujuan dari pola hidup sehat penderita gagal jantung
- e. Tn. A dapat menyebutkan cara pola hidup sehat penderita gagal jantung

4. Pertanyaan evaluasi

- a. Sebutkan apa pengertian penyakit gagal jantung?
- b. Sebutkan penyebab dari penyakit gagal jantung?
- c. Sebutkan tanda dan gejala dari penyakit gagal jantung?
- d. Sebutkan apa saja tujuan pola hidup sehat penderita gagal jantung?
- e. Sebutkan apa saja cara pola hidup sehat penderita gagal jantung?

## **POLA HIDUP SEHAT PENYAKIT JANTUNG**

### **A. Pengertian Gagal Jantung**

Suatu keadaan berupa ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrisi dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung akibat gagal emompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan.

### **B. Penyebab Gagal jantung**

1. Kelainan otot jantung
2. Penyumbatan di pembuluh darah jantung
3. Hipertensi
4. Penyakit jantung lain
5. Diabetes mellitus
6. Obesitas
7. Pola hidup tidak sehat
8. Orang yang memiliki riwayat keluarga yang mempunyai penyakit jantung

### **C. Tanda dan gejala yang muncul**

1. Nyeri dada
2. Mudah lelah
3. Sesak napas
4. Merasa mual
5. Pembengkakan
6. Keluar keringat berlebih
7. Pingsan mendadak

#### **D. Pengertian pola hidup sehat penyakit jantung**

Suatu usaha yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, terutama bagi seseorang yang menderita penyakit jantung, meliputi pola makan, aktivitas, serta olahraga.

##### **1. Tujuan**

Pola hidup sehat ini memberikan manfaat yaitu :

- a. Mengurangi beban kerja jantung
- b. Mencapai berat badan normal
- c. Memenuhi kebutuhan gizi
- d. Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan cairan
- e. Mengurangi risiko penyumbatan pembuluh darah

##### **2. Cara hidup sehat bagi penyakit jantung**

###### **a. Diet Makanan**

###### **1) Konsumsi makanan yang beraneka ragam**

Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari – hari yang dikonsumsi minimal harus berasal dari setiap satu jenis makanan sumber tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur (makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah). Dengan mengkonsumsi makanan beranekaragam termasuk sumber makanan berserat cukup, seperti padi-padian, kacang-kacangan, sayur, dan buah-buahan dapat mencegah atau memperkecil terjadinya penyakit jantung.

###### **2) Konsumsi makanan sesuai kebutuhan tubuh**

Konsumsi energi yang lebih akan mengakibatkan kenaikan berat badan, energy yang berlebih disimpan dalam bentuk lemak dan jaringan tubuh

lain. Apabila keadaan ini berlanjut akan menyebabkan obesitas disertai berbagai gangguan kesehatan seperti penyakit hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung

### 3) Konsumsi makanan rendah garam dan tinggi kalium

Dianjurkan untuk mengonsumsi garam tidak lebih dari 6 gra (1 sendok teh) per hari. Konsumsi natrium berlebih terutama yang berasal dari garam dan sumber lain seperti produk susu dan bahan makanan yang diawetkan dengan garam merupakan pemicu timbulnya penyakit tekanan darah tinggi yang merupakan risiko untuk penyakit jantung. Konsumsi kalium yang banyak akan meningkatkan konsentrasinya di dalam cairan intaseluler, sehingga cenderung menarik cairan dari bagian ekstraseluler dan menurunkan tekanan darah. Dengan demikian, konsumsi natrium perlu diimbangi dengan kalium. Rasio konsumsi natrium dan kalium yang dianjurkan adalah 1:1. Sumber kalium yang baik adalah buah-buahan, seperti pisang, jeruk, dan lain-lain.

<b>Bahan makanan</b>	<b>Dianjurkan</b>	<b>Dibatasi atau dihindari</b>
<b>Sumber karbohidrat</b>	Nasi tim, roti, kentang, jagung, macaroni, tepung beras, terigu, sagu, madu.	Makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti ubi, dan tape.
<b>Sumber protein hewani</b>	Daging sapi tanpa lemak, ayam tanpa kulit, ikan, telur, susu rendah lemak.	Daging dan ayam diawetkan/dikalengkan seperti kornet, nugget, sosis,

		hati, limpa, babat, otak keping, cumi, kerang, keju, udang, kuning telur, dan susu full cream.
<b>Sumber protein nabati</b>	Kacang kedelai dan hasil olahannya seperti, tahu dan tempe, oncom, kacang hijau, kacang tanah, kedelai.	Kacang-kacangan digoreng seperti kacang tanah, kacang mete.
<b>Sayuran</b>	Sayuran yang tidak menimbulkan gas : baya,, Buncis, labu kuning, labu siam, wortel, kacang panjang, tomat, gambas, kangkung, ketimun, daun selada dan tauge.	Sayuran yang dapat menimbulkan gas seperti kol, kembang kol, lobak sawi, nangka muda.
<b>Buah – buahan</b>	Buah-buahan atau sari buah, jeruk apel, papaya, melon, jambu, pisang, alpukat, belimbing, mangga.	Buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak seperti durian, nangka, dan nanas.
<b>Minuman</b>	teh encer, coklat, sirup.	Kopi, teh kental, minuman mengandung soda dan alkohol.

<b>Lain - lain</b>	Semua bumbu selain bumbu tajam.	Cabe, bumbu olahan yang mengandung natrium.
--------------------	---------------------------------	---

b. Pembatasan Aktivitas Fisik

1) Hentikan olahraga dan kerja yang berat

Aktivitas yang berat akan menambah beban jantung sehingga menyebabkan nyeri pada dada hingga sesak napas, karena penderita gagal jantung memiliki pembatasan pada aktivitasnya, maka lakukan aktivitas sesuai kemampuan.

2) Mulai terapkan adanya fase istirahat siang

Penderita gagal jantung harus membatasi aktivitasnya dan beristirahat yang cukup.

3) Perawatan penderita gagal jantung

a. Berhenti merokok

b. Tidak minum-minuman beralkohol

c. Minum obat teratur sesuai dengan resep dokter

Kontrol ke pelayanan kesehatan minimal 2 minggu sekali untuk mengetahui keadaan fungsi jantung

## LEAFLET

**Berkeringat dingin dan perasaan mudah lelah**



**Sesak Napas**



**Ada rasa mual dan muntah**



**Pembengkakan biasanya terjadi pada kaki**



**Pusing atau sakit Kepala**



### Gagal Jantung ?

Suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara adekuat sehingga tubuh kekurangan oksigen dan nutrisi.

**Apa Saja Penyebabnya ??**

- Kelainan otot jantung
- Penyumbatan di pembuluh darah jantung
- Hipertensi
- Penyakit jantung lain
- Diabetes mellitus
- Obesitas
- Pola hidup tidak sehat
- Orang yang memiliki riwayat keluarga yang mempunyai penyakit jantung

**Tanda dan Gejala yang akan muncul !!**

**Nyeri Dada**





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
RS HUSADA JAKARTA**

## POLA HIDUP SEHAT PENDERITA PENYAKIT JANTUNG



**AYO JAGA KESEHATAN  
JANTUNGMU!!!**

**Disusun oleh :  
Erni Widiyarsari  
2011091**

### Makanan yang dianjurkan

- Sumber Karbohidrat : Nasi tim, roti, kentang, jagung, macaroni, tepung beras, terigu, sagu, madu.
- Sumber protein hewani : Daging sapi tanpa lemak, ayam tanpa kulit, ikan, telur, susu rendah lemak.
- Sumber protein nabati : Kacang kedelai dan hasil olahannya seperti, tahu dan tempe, oncom, kacang hijau, kacang tanah, kedelai.
- Sayuran yang tidak menimbulkan gas : baya, buncis, labu kuning, labu siam, wortel, kacang panjang, tomat, gembas, kangkung, ketimun, daun selada dan tauge.
- Buah-buahan : Buah-buahan atau sari buah, jeruk apel, papaya, melon, jambu, pisang, alpukat, belimbing, mangga.

### Makanan yang TIDAK dianjurkan

- Sumber karbohidrat : Makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti ubi, dan Tape.
- Sumber protein hewani : Daging dan ayam diawetkan/dikalengkan seperti kornet, nugget, sosis, hati, limpa, babat, otak kepiting, cumi, kerang, keju, udang, kuning telur, dan susu full cream.
- Sumber protein nabati : Kacang-kacangan digoreng seperti kacang tanah, kacang mete.
- Sayuran : Sayuran yang dapat menimbulkan gas seperti kol, kembang kol, lobak sawi, nangka muda.
- Buah-buahan : Buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak seperti durian, nangka, dan nanas.

**APA YANG DI MAKSUD DENGAN POLA HIDUP SEHAT?**

Suatu usaha yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, terutama bagi seseorang yang menderita penyakit jantung, meliputi pola makan, aktivitas, serta olahraga.

### MANFAATNYA APA?

- Mengurangi beban kerja jantung
- Mencapai berat badan normal
- Memenuhi kebutuhan gizi
- Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan cairan
- Mengurangi risiko penyumbatan pembuluh darah

**Bagaimana cara pola hidup sehat bagi penderita penyakit jantung???**



Kelola stres



Istirahat Cukup



Tidak merokok dan menghindari asap rokok



Menghindari minum alkohol



Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu)



Mempertahankan berat badan ideal



Periksa kesehatan secara rutin (seperti tekanan darah, gula darah, dll)



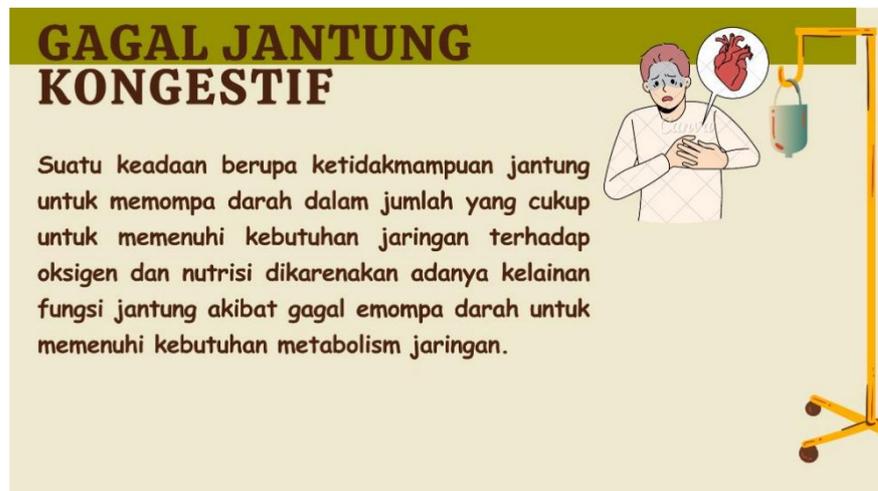
Diet dengan Gizi Seimbang

**1 sendok teh per hari**



Mengurangi konsumsi garam (Jangan melebihi 1 sdt garam)

## LEMBAR BALIK



## Tanda dan gejala yang muncul



1. Nyeri dada
2. Mudah lelah
3. Sesak napas
4. Merasa mual
5. Pembengkakan
6. Keluar keringat berlebih
7. Pingsan mendadak

## Pengertian pola hidup sehat penyakit jantung

Suatu usaha yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, terutama bagi seseorang yang menderita penyakit jantung, meliputi pola makan, aktivitas, serta olahraga.

1. Tujuan Pola hidup sehat ini memberikan manfaat yaitu :

- Mengurangi beban kerja jantung
- Mencapai berat badan normal
- Memenuhi kebutuhan gizi
- Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan cairan
- Mengurangi risiko penyumbatan pembuluh darah

### 2. Cara hidup sehat bagi penyakit jantung

#### a. Diet Makanan

##### 1) Konsumsi makanan yang beraneka ragam

Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari - hari yang dikonsumsi minimal harus berasal dari setiap satu jenis makanan sumber tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur (makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah). Dengan mengkonsumsi makanan beranekaragam termasuk sumber makanan berserat cukup, seperti padi-padian, kacang-kacangan, sayur, dan buah-buahan dapat mencegah atau memperkecil terjadinya penyakit jantung.

##### 2) Konsumsi makanan sesuai kebutuhan tubuh

Konsumsi energi yang lebih akan mengakibatkan kenaikan berat badan, energy yang berlebih disimpan dalam bentuk lemak dan jaringan tubuh lain. Apabila keadaan ini berlanjut akan menyebabkan obesitas disertai berbagai gangguan kesehatan seperti penyakit hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung

### Makanan yang tidak dianjurkan

- Sumber karbohidrat: Makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti ubi, dan tape.
- Sumber Hewani: Daging dan ayam diawaetkan/dikalengkan seperti kornet, nugget, sosis, hati, limpa, babat, otak kepiting, cumi, kerang, keju, udang, kuning telur, dan susu full cream.
- Sumber Protein nabati: Kacang-kacangan digoreng seperti kacang tanah, kacang mete.
- Sayuran: Sayuran yang dapat menimbulkan gas seperti kol, kembang kol, lobak sawi, nangka muda.
- Buah-buahan: Buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak seperti durian, nangka, dan nanas.

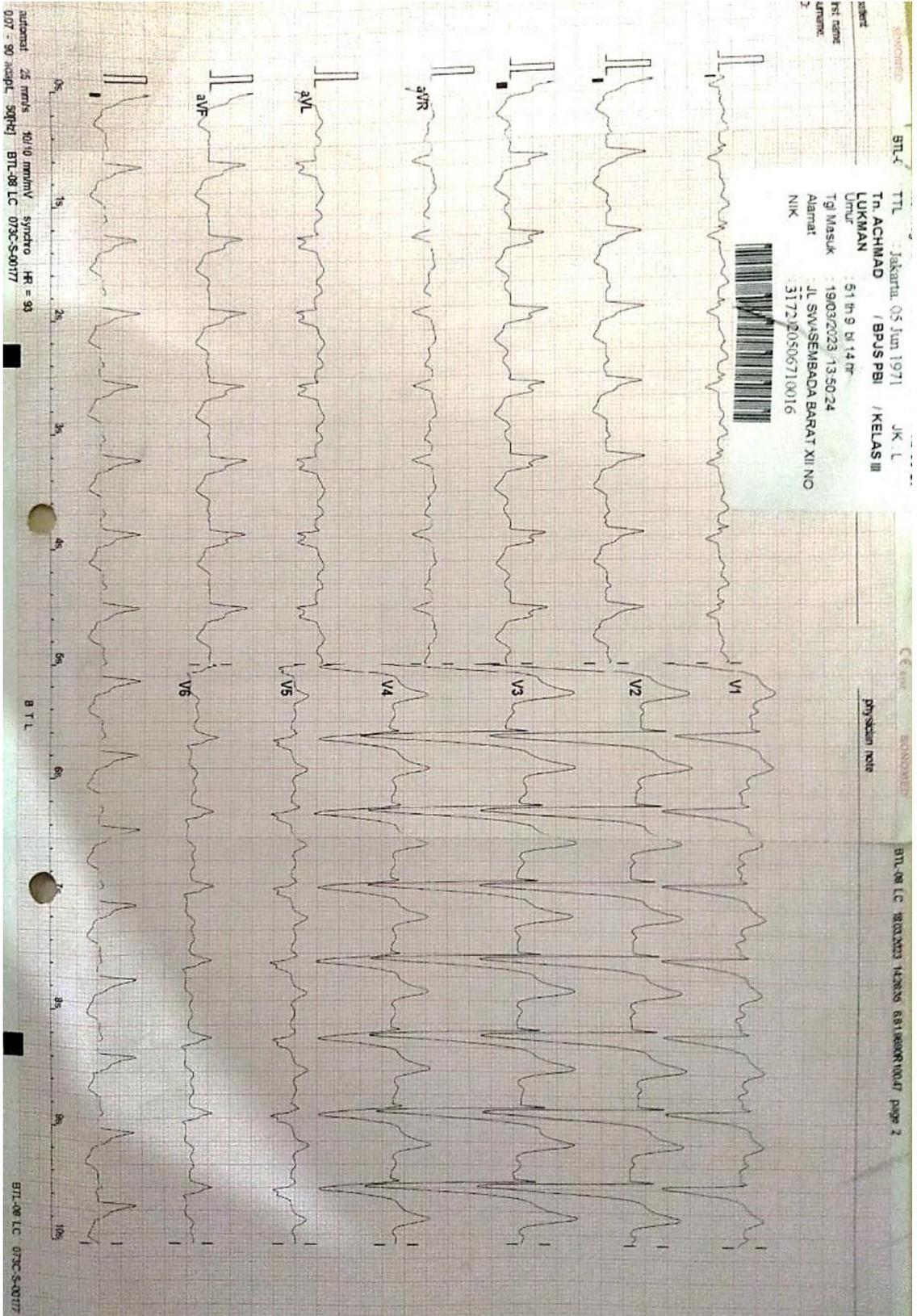
### Makanan yang tidak dianjurkan

- Sumber karbohidrat: Makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti ubi, dan tape.
- Sumber Hewani: Daging dan ayam diawaetkan/dikalengkan seperti kornet, nugget, sosis, hati, limpa, babat, otak kepiting, cumi, kerang, keju, udang, kuning telur, dan susu full cream.
- Sumber Protein nabati: Kacang-kacangan digoreng seperti kacang tanah, kacang mete.
- Sayuran: Sayuran yang dapat menimbulkan gas seperti kol, kembang kol, lobak sawi, nangka muda.
- Buah-buahan: Buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak seperti durian, nangka, dan nanas.

#### b. Pembatasan Aktivitas Fisik

- Hentikan olahraga dan kerja yang berat
- Aktivitas yang berat akan menambah beban jantung sehingga menyebabkan nyeri pada dada hingga sesak napas, karena penderita gagal jantung memiliki pembatasan pada aktivitasnya, maka lakukan aktivitas sesuai kemampuan.
- Mulai terapkan adanya fase istirahat siang
- Penderita gagal jantung harus membatasi aktivitasnya dan beristirahat yang cukup.
- Perawatan penderita gagal jantung
- Berhenti merokok
- Tidak minum-minuman beralkohol
- Minum obat teratur sesuai dengan resep dokter
- Kontrol ke pelayanan kesehatan minimal 2 minggu sekali untuk mengetahui keadaan fungsi jantung

EKG



## ECHO


  
 Rumah Sakit  
 untuk Jakarta

**RSUD Koja**

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

### LAPORAN ECHOCARDIOGRAPHY

NAMA : <b>ACHMAD LIMMAN</b>	TANGGAL : <b>22/12/2022</b>
NO. MR : <b>00528027</b>	USIA : <b>51 TAHUN</b>
RIANAT : <b>4 jantung</b>	PENERIKSA : <b>DR. PRISCILIA H, SPJF/T</b>

PENGUKURAN		Normal		Normal	
Aorta	Root Dimension	28 - 37 mm	Ventrikel Kiri EDD	35 - 52 mm	
Atrium Kiri	Dimension	15 - 40 mm	ESD	26 - 38 mm	
Ventrikel Kanan	Dimension	< 38 mm	IVS Diastole	7 - 11 mm	
Fungsi Jantung	EF	53 - 77 %	IVS Systole		
	EFSS	< 10 mm	FW Diastole	7 - 11 mm	
	MVA	> 3 cm <sup>2</sup>	FW Systole		

**PENEMUAN** :
 

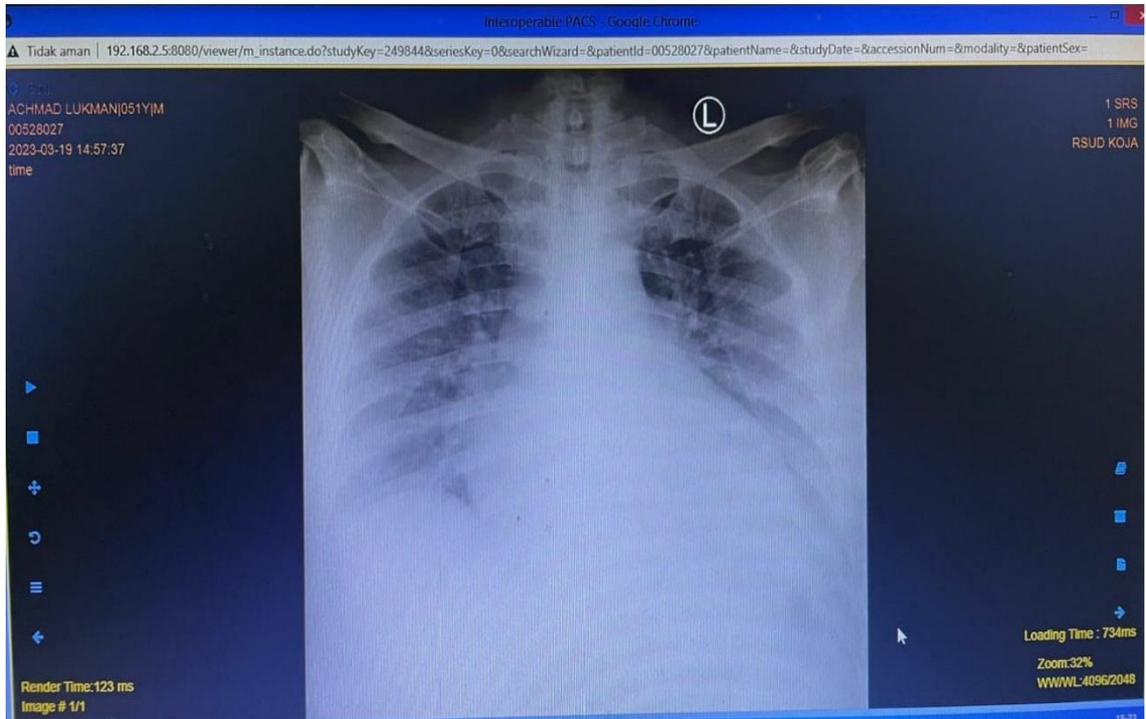
1. Dimensi ruang jantung : Dilatasi LA dan LV
2. LV fungsi sistolik, EF 24 %
3. RV fungsi sistolik, TAPSE 1.7cm
4. LV Wall motion : Akinetik anterior wall, hipokinetik segment lain
5. katup - katup jantung :
  - k. aorta : 3 leaflets, dalam batas normal
  - k. mitral : Moderate MR
  - k. tricuspid : Moderate TR
  - k. pulmonal : dalam batas normal
6. Fungsi diastolic LV : E/A > 1
7. Lain-lain : -

**KESIMPULAN** :
 

- Dilatasi LA dan LV
- Kontra kilitas LV menurun, EF 24%, Akinetik anterior wall, hipokinetik segment lain
- Kontra kilitas RV baik
- Moderate MR, Moderate TR
- Didukung diastolic gr. II

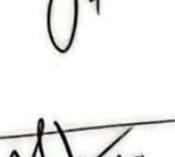
Cardiologist

## FOTO THORAX



## LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Fendy Yesayas, M.Kep  
 Nama Mahasiswa : Erni Widiyasari  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan  
 Gagal jantung kongestif Di Ruang  
 Kardiologi Lantai 6 Kamar 609 RSUD  
 Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	10 Maret 2023	Bimbingan sebelum pengambilan karya tulis ilmiah	
2.	23 Maret 2023	Bimbingan setelah pengambilan kasus karya tulis ilmiah	
3.	28 Maret 2023	Konsultasi BAB I dan BAB III	
4.	05 April 2023	Revisi BAB I menambahkan penjelasan tentang peran perawat pada upaya peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitates, dan Revisi BAB III	
5.	09 April 2023	Revisi BAB I dan BAB III dalam sistematika penulisan dan sitasi	

6.	16 Mei 2023	Mengajukan BAB I, BAB II, dan BAB III melalui Google Drive	
7.	21 Mei 2023	ACC BAB I	
8.	24 Mei 2023	ACC BAB II	
9.	31 Mei 2023	Konsultasi BAB I-V	
10.	02 Juni 2023	ACC BAB III dan IV	
11.	03 Juni 2023	Konsultasi BAB V	
12.	05 Juni 2023	Revisi BAB V kesimpulan dan saran	
13.	07 Juni 2023	Konsultasi BAB I-V	
14.	08 Juni 2023	ACC BAB I-V	
15.	09 Juni 2023	Konsultasi lampiran pathway, Analisa obat, SAP, leatfeat, lembar balik Menyerahkan lembar persetujuan dan ACC siap sidang	