



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN GAGAL
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG KARDIOLOGI
KAMAR 608 LANTAI 6 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

KAMILAH HAYATUN NUFUS

2011098

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN GAGAL
JANTUNG KONGESTIF DI RUANG KARDIOLOGI
KAMAR 608 LANTAI 6 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan tugas akhir

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

KAMILAH HAYATUN NUFUS

2011098

**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 di rujuk

Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Kamilah Hayatun Nufus

Nim : 2011098

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Gagal
Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi
Kamar 608 Lantai 6 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing



(Ns. Fendy Yesayas. M.Kep)

Penguji I



(Enni Juliani, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Ulfa Nur Rohma, M Kep)

Menyetujui

Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia S.E.M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N Dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Kardiologi Kamar 608 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta “ Dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan diploma tiga keperawatan di STIKes RS HUSADA, penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai dengan Menyusun laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih :

1. Ellynia, Se.Mm Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
2. Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M. Kep.,Sp.Kep.Mat Selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
3. Ns. Fendy Yesayas. M.Kep Selaku Pembimbing Yang Telah Meluangkan Waktu, Tenaga, dan Fikiran Untuk Membimbing Penulis Dalam Proses Penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
4. Enni Juliani. M.Kep Selaku Penguji 1 Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini.
5. Ns. Ulfa Nur Rohmah. M.Kep Selaku Penguji II Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini.

6. Seluruh Dosen Pengajar Dan Staf Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan
7. dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah memberikan lahan praktik kepada penulis dan dalam usaha memperoleh data yang diperlukan
8. Ns. Iyar Samsiar, S.Kep, selaku Kepala Divisi Keperawatan yang telah memfasilitasi pelaksanaan ujian
9. 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
10. Perawat Ruang Kardiovaskuler Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara Yang memberikan dukungan dan ilmu yang bermanfaat untuk penulis selama melakukan asuhan keperawatan
11. Ny.N dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktunya dan memberi kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengkajian
12. Teristimewa Kepada Keluarga Besar Penulis, Bapak Hadrom, Ibu Eha, Saudara Yang Saya Cintai Padlan Mutahobir Yang Telah Memberikan Dukungan, Doa Dan Fasilitas Dalam Menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah.
13. Terimakasih kepada diri sendiri yang telah berjuang dan bersungguh sungguh dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini

14. Kamar The Real 302 Ining Saputri, Rici Rianjar, Dan Rosa Paningrum Yang Telah Menjadi Teman Seperjuangan
15. Terkhusus sahabat saya ining saputri, terimakasih atas supportnya selama ini
16. Terimakasih Kepada Pacar Saya Ariston Putra Jaya Atas Suportnya Selama Ini selalu mendukung dan selalu penulis
17. Terimakasih Kepada Adinda Salsabila, Erni Widyasari, Filhayati Janatun Dan Muhammad Joan Prasetyo Yang Telah Berjuang Sama Sama Dalam Menyelaskan Karya Tulis Ilmiah Ini.
18. Untuk Teman Sekelas 3C Dan Seluruh Angkatan 33 Terimakasih Selalu Sama-Sama Sampai Tugas Akhir Ini, Maaf Penulis Tidak Bisa Menuliskan Satu-Persatu, Terimakasih Atas Kerjasamanya

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

Jakarta, 2023

Kamilah hayatun nufus

DAFTAR SINGKATAN

CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
CVD	: <i>Cardiovaskuler Disease</i>
PND	: <i>Paroxysmal Nocturnal Dipsnea</i>
EF	: <i>Ejection Fraction</i>
ACE	: <i>Angiotensin Converting Enzyme</i>
ISDN	: <i>Isosorbide Dinitrate</i>
CPG	: <i>Clopidogrel</i>
HFpEF	: <i>Heart Failure With Preserved Ejection Fraction</i>
HFmREF	: <i>Heart Failure With Mid-Range Ejection Fraction</i>
HFREF	: <i>Heart Failure Reduced Ejection Fraction</i>
CVA	: <i>Cerebrovascular Accident</i>
ARB	: <i>Angiotensin Reseptor Blocker</i>
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
LVEF	: <i>Left Ventricular Ejection Fraction</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
AGD	: <i>Analisa Gas Darah</i>
LDH	: <i>Laktat Dehydrogenase</i>
CRP	: <i>Ceum Reactive Protein</i>

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR SINGKATAN	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Pengertian.....	7
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	15
D. Pengkajian Keperawatan	19
E. Diagnosis keperawatan.....	29
F. Perencanaan Keperawatan	31
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	40
H. Evaluasi Keperawatan	40
BAB III TINJAUAN KASUS.....	42
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosis keperawatan.....	61
C. Perencanaan, Pelaksaan, Dan Evaluasi	61
BAB IV PEMBAHASAN.....	79
A. Pengkajian	79
B. Perencanaan Keperawatan	83
C. Diagnosis Keperawatan.....	85

D. Pelaksanaan Keperawatan.....	90
E. Evaluasi Keperawatan.....	91
BAB V PENUTUP.....	93
A. Kesimpulan	93
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Pathway	100
Lampiran 2 : Lembar Analisa Obat	101
Lampiran 3 : Lembar SAP	103
Lampiran 4 : Lembar Leatfeat	112
Lampiran 5 : Lembar Balik	113
Lampiran 6 : Hasil thoraks	117
Lampiran 7 : Hasil <i>Elektrokardiogram</i> EKG	118
Lampiran 8 : Hasil <i>Echocardiography</i>	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem kardiovaskular memiliki fungsi untuk mengalirkan darah keseluruh tubuh. Gangguan pada sistem kardiovaskular merupakan suatu kondisi dimana adanya gangguan pada jantung dan pembuluh darah pada sistem peredaran darah. Pada saat ada gangguan atau penyumbatan dibagian tersebut maka sirkulasi darah pada tubuh menjadi terganggu dan dapat menimbulkan berbagai macam penyakit pada sistem kardiovasulkar, salah satunya adalah gagal jantung kongestif (Ajani et al., 2023).

Congestive Heart Failure atau yang biasa disebut dengan gagal jantung kongestif merupakan sekumpulan tanda dan gejala yang biasanya ditandai dengan sesak nafas dan fatik (saat istirahat, saat aktifitas, atau setelah beraktivitas) yang dapat disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Penyebab penyakit gagal jantung dikarenakan gangguan yang dapat mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi sistolik) atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik) penyebab lain terjadinya penyakit gagal jantung karena suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak dapat memompa metabolik tubuh (ditentukan sebagai konsumsi oksigen (Amita, 2022)).

Gagal jantung kongestif terjadi akibat ketidakmampuan otot jantung untuk memompa darah keses seluruh tubuh, sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung antara lain, aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi. Pada pasien yang mengalami gangguan sistem kardiovaskuler, dapat muncul beberapa gejala sesak nafas antara lain angina pectoris atau bahkan gagal jantung. Pada pasien gagal jantung, sesak nafas sering muncul akibat kelelahan. Pada pasien yang mengalami gagal jantung kiri juga dapat mengakibatkan sesak nafas dan munculnya edema paru karena terjadinya peningkatan tekanan diastolik akhir yang terletak di atrium kiri, yang dapat menyebabkan peningkatan darah pulmonal dan kapiler (Fikriana, 2018).

(*World Health Organization*, 2021) menyebutkan bahwa kematian yang disebabkan penyakit kardiovaskular (CHF) sebanyak 17,9 juta jiwa mewakili 32% dari seluruh kematian global, dan di perkirakan akan meningkat menjadi 23,6 juta jiwa pada tahun 2030. Dari kematian tersebut 85% disebabkan oleh penyakit jantung koroner sebanyak 7,3 juta jiwa dan penyakit stroke pada 6,2 juta jiwa yang meninggal. Pada tahun 2020 penyakit cardiovascular atau CVD menyebabkan kematian secara global sebanyak 18,7% juta jiwa.

Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) kementerian Kesehatan 2018, angka kejadian penyakit jantung (gagal jantung) semakin meningkat dari tahun ke tahun terdapat 15 dari 1000 orang atau 2.784.068 individu di Indonesia menderita penyakit jantung. Berdasarkan diagnosis dokter, penderita

penyakit jantung pada penduduk semua umur di Indonesia menunjukkan 1,5 % orang pada tahun 2018 tercatat, ada 11 provinsi yang melaporkan prevalensi penyakit jantung secara nasional,. Yaitu Kalimantan utara menempati prevalensi penyakit jantung tertinggi di Indonesia sebanyak 2,2%. Yogyakarta dan Gorontalo masing masing tercatat sebanyak 2%, Kalimantan timur, DKI Jakarta menghasilkan 1,9%, Sulawesi utara melaporkan sebesar 1,8%. Kemudian sebesar 1,6% prevalensi penyakit jantung berasal dari aceh, Sumatra barat, jawa barat, dan jawa tengah. Sedangkan prevalensi penyakit jantung terendah berada di nusa tenggara timur sebanyak 0.7% (Kemenkes RI, 2018) Berdasarkan data yang diperoleh bagian rekam medis RSUD koja 2023, menunjukkan bahwa jumlah pasien dengan penyakit jantung sebanyak 3% dengan total keseluruhan pasien di RSUD koja.

Berdasarkan permasalahan yang terjadi akibat penyakit gagal jantung kongestif, maka peran perawat sangat dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien penyakit gagal jantung kongestif yaitu sebagai promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang sangat penting dalam melakukan pencegahan komplikasi yang akan terjadi. Promotif adalah peran perawat dalam meningkatkan status Kesehatan klien, yaitu memberikan informasi kepada klien tentang bagaimana melakukan perawatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit gagal jantung kongestif, sedangkan peran perawat pada upaya preventif dapat melakukan upaya pencegahan pasien dari keadaan yang lebih buruk dengan cara memberikan Pendidikan Kesehatan yang meliputi pengertian tentang penyakit gagal jantung kongestif, penyebab,

tanda gejala, dan menginformasikan komplikasi yang akan terjadi pada penyakit gagal jantung kongestif.

Peran kuratif adalah peran perawat dalam melakukan kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat-obatan seperti dopamine, deuretik, dan lain sebagainya. Dan peran rehabilitatif yaitu perawat dapat menganjurkan klien untuk melakukan rehabilitasi guna memberikan dan memastikan apakah klien menjalankan pola hidup sehat dengan baik.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan Karya Tulis Ilmiah mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.N Dengan Gagal Jantung Kongestif Di Ruang 608 Kardiologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Untuk menerapkan ilmu yang sudah dipelajari, secara langsung serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kardiovaskuler dengan pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan khusus

Setelah Menyusun karya tulis ilmiah ini penulis diharapkan mampu:

- a. Mampu Melakukan pengkajian pada pasien dengan Gagal jantung kongestif
- b. Merumuskan masalah keperawatan pada pasien dengan Gagal jantung kongestif

- c. Mampu Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal jantung kongestif
- d. Mampu Melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien dengan Gagal jantung kongestif
- e. Mampu Melakukan evaluasi pada pasien dengan Gagal jantung kongestif
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat dalam teori maupun praktik
- g. Mampu mengidentifikasi factor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gagal jantung kongestif

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “asuhan keperawatan pada Ny.N dengan Gagal jantung kongestif di ruang kardiologi lantai 6 kamar 608 di rumah sakit daerah kota Jakarta utara dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023” penulis menggunakan tahap tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan metode studi keputusan, metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan dan penyajian data, sehingga

memberikan informasi yang bermanfaat. Adapun cara yang ditempuh yaitu dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti dalam hal ini mengenai penyakit jantung dan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkulsi. Metode dokumentasi adalah metode yang berasal dari catatan media dokumentasi dengan mempelajari rekaman media penulisan, metode keputusan adalah metode dengan membaca buku penulisan atau literatur yang terkait penyakit kardiovaskuler

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Gagal jantung kongestif merupakan salah satu jenis penyakit gagal jantung, yang terus menerus meningkat di setiap tahunnya, meskipun terdapat kemajuan yang bermakna di bidang farmakologi dan juga terapi, namun angka kesakitan (morbilitas) dan angka kematian (mortalitas pasien gagal jantung masih tetap tinggi dan selalu meningkat setiap tahunnya, gagal jantung kongestif merupakan penyakit gagal jantung, yang mana jantung tidak dapat memompa darah dengan cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik keseluruhan tubuh akibat adanya kelainan fungsi jantung (Siswanto et al., 2023).

Gagal jantung adalah sindrom kronis kompleks, dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh. ini adalah kegagalan untuk sindrom klinis pada system kardiovaskular dengan prevalensi dan insidennya memenuhi tuntutan sirkulasi yang sistemik yang merupakan hasil dari setiap gangguan yang dapat mengganggu pengisian ventrikel atau injeksi darah ke sirkulasi sistemik. Pasien biasanya mengalami dispnea (sesak nafas), kelelahan saat atau setelah beraktivitas, penurunan toleransi olahraga, dan retensi cairan edema paru dan perifer. (Malik et al., 2022).

Sedangkan buku lain mengatakan gagal jantung kongestif terjadi dikarenakan gangguan yang dapat mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi sistolik) atau kontraktilitas miokardial (disfungsi metabolik) (Amita et al., 2022) Menurut studi yang dilakukan Framingham, insiden tahunan pada laki laki dengan gagal jantung (per 1000 kejadian) meningkat dari 3 pada usia 50-59 tahun menjadi 27 pada usia 80-90 tahun, sementara Wanita lebih rendah dibanding laki laki (Wanita sepertiga lebih rendah) (PERKI, 2020).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *Congertive Heart Failure* (CHF) adalah gagal fungsi jantung yang tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolik keseluruhan tubuh akibat kelainan fungsi tubuh yang disebabkan karena terjadi gangguan yang mengakibatkan pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi sistolik) dan (disfungsi metabolik).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Gagal jantung kongestif dapat disebabkan oleh kelainan pada struktur tulang, kelainan fungsional, dan juga bisa terjadi akibat faktor pemicu lainnya. Secara historis, Sebagian besar kasus disebabkan oleh penyakit arteri koroner dan infark miokard seiring berjalannya waktu, penyakit arteri koroner dan diabetes melitus telah menjadi faktor predisposisi yang utama terhadap gagal jantung. Penyebab struktural lain dari gagal jantung kongestif, termasuk hipertensi, penyakit katup jantung, aritmia yang tidak terkontrol, miokarditis, dan penyakit jantung bawaan,

gagal jantung diastolik dengan gangguan pengisian ventrikel juga dapat disebabkan oleh kardiomiopati restriktif dan perikarditis kontruktif, (Malik et al., 2022)

Selain itu gagal jantung kongestif merupakan kondisi klinis progresif yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Pasien yang mengalami gagal jantung kongestif ini biasanya terdapat tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik Ketika beristirahat atau aktifitas, tubuh terasa lemah, tidak bertenaga retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, dan terjadinya abnormalitas dari struktur dan fungsi jantung (Purnamasari, 2023)

2. Proses

Gagal jantung kongestif di akibatkan oleh berbagai kondisi kardiovaskular, termasuk hipertensi kronis, penyakit arteri koroner, dan penyakit katup. Saat gagal jantung berkembang, tubuh mengaktifkan mekanisme kompensasi neurohormonal. Gagal jantung sistolik menyebabkan penurunan volume darah yang dikeluarkan dari ventrikel. Sistem saraf simpatis kemudian dirangsang untuk melepaskan epinephrin dan norepinephrin. Penurunan perfusi ginjal menyebabkan pelepasan renin, dan kemudian mendorong pembentukan angiotensin I. angiotensin I diubah menjadi angiotensin II oleh *angiotensin converting enzyme* (ACE) yang dapat menyempitkan pembuluh darah dan merangsang pelepasan *aldosterone* yang menyebabkan retensi albumin natrium dan cairan. Ada

penurunan kontraktilitas serabut otot jantung saat beban kerja meningkat. Kompensasi. Jantung mengkompensasi peningkatan beban kerja dengan meningkatkan ketebalan otot jantung (belleza.,2021)

Menurut (Aspiani, 2017) gagal jantung kanan terjadi karena ketidakmampuan jantung kanan dapat mengakibatkan penimbunan darah di vena dalam atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena kava hepatica dapat menyebabkan hepatomegaly dan kemudian menyebabkan terjadinya asites. Pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema, penimbunan secara sistemik lain menimbulkan edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena vena yang lainnya

Sedangkan gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Ini terjadi karena aliran darah dari paru ke atrium kiri terbendung, maka akibatnya adalah tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, maka tanda gejalanya adalah sesak waktu berkerja atau pada saat aktivitas (dypsneu d'effort) atau waktu istirahat (ortopnea)

Kemudian, gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai akibat kelanjutan gagal jantung kiri, setelah terjadi hipertensi pulmonal terjadi penimpunan darah dalam ventrikel kanan, selanjutnya terjadi di gagal jantung kanan. Setiap hambatan pada arah aliran (forward flow) dalam sirkulasi akan menimbulkan bendungan pada arah berlawanan dengan

aliran (backward congestion). Hambatan pengaliran (forward failure) akan menimbulkan adanya gejala *backward failure*, dalam sistem sirkulasi aliran darah. Mekanisme kompensasi jantung pada kegagalan jantung adalah upaya tubuh untuk mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertropi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardi dan vasiokonstriksi perifer, peninggian kadar ketekolamin plasma, retensi garam dan cairan badan dan peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. Bila jantung bagian kanan dan bagian kiri Bersama-sama dalam keadaan gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru. Kegagalan ini disebut gagal jantung kongestif

3. Manisfetasi klinis

Menurut (PERKI, 2020) manisfestasi klinis pada gagal jantung meliputi : gejala khas gagal jantung : sesak nafas saat istirahat atau aktivitas, kelelahan, edema tungkai, dengan tanda khas gagal jantung : takikardia, takipneu, ronki paru, efus pleura peningkatan vena jugularis, edema perifer, hepatomegali, dengan tanda objektif gangguan struktur atau fungsional jantung saat istirahat, kardiomegali, suara jantung tiga, murmur jantung, abnormalitas dalam gambaran ekokardiografi, kenaikan konsentrasi peptide natruretik

Manisfektasi gagal jantung meliputi :

1. Gejala tipikal : sesak nafas, ortopneu, paroxysmal nocturnal dyspnoe, toleransi aktifitas yang berkurang, cepat Lelah, bengkak pada pergelangan kaki
2. Gejala kurang tipikal : batuk dimalam hari/dini hari, mengi, berat badan bertambah 2/minggu, berat badan turun (gagal jantung stadium lanjut), kembung/bedah, nafsu makan menurun, perasaan bingung, depresi, berdebar, pingsan,
3. Tanda spesifik : peningkatan *Jugular Venous Preesure* JVP, refluks hepatomegali, apex jantung bergeser ke lateral, murmur jantung
4. Tanda kurang tipikal : edema erifer, krepitasi pulmonal, suara pekak dibasal paru pada saat perkusi, takikardia, nadi ireguler, nafas cepat, hepatomegali,asites, kaheksia

4. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung didasarkan pada gejala dan perhitungan fraksi ejeksi ventrikel kiri. Gagal jantung akibat disfungsi ventrikel kiri dikategorikan menjadi gagal jantung dengan fraksi ejeksi yang berkurang gagal jantung dengan fraksi ejeksi yang diawetkan *Heart Failure With Preserved Ejection Fraction* (HFpEF), dan gagal jantung dengan fraksi ejeksi menengah *Heart Failure With Mid-Range Ejection Fraction* (HFmrEF). Yang terakhir mungkin terdiri dari disfungsi ventrikel kiri campuran (kombinasi gagal jantung sistolik dan diastolik). Definisi *Heart Failure Reduces Ejection Fraction* HFrEF bervariasi di antara studi dan pedoman yang berbeda tetapi umumnya didefinisikan sebagai fraksi ejeksi

(EF) kurang dari 40%. Gagal jantung dengan fraksi ejeksi yang diawetkan *Heart Failure With Preserved Ejection Fraction* (HFpEF) umumnya didefinisikan sebagai gagal jantung dengan Fraksi ejeksi (EF) lebih besar dari 50%. *Heart Failure With Mid-Range Ejection Fraction* HFmrEF didefinisikan sebagai gagal jantung dengan EF 40% sampai 50% (Lukitasari et al.,2021)

Klasifikasi gagal jantung kongestif dapat dijabarkan melalui dua kategori yakni kelainan struktural jantung atau berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional dari *New York Heart Association* (NYHA), menurut (PERKI, 2020) dan (LeMone et al., 2016) klasifikasi gagal jantung dibagi menjadi dua kategori yaitu :

1. Berdasarkan kelainan structural jantung
 - a. Stadium A : memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan structural atau fungsional jantung, dan juga tidak tampak tanda atau gejala
 - b. Stadium B : telah berbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi tidak terdapat tanda atau gejala
 - c. Stadium C : gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit structural jantung yang mendasari
 - d. Stadium D : penyakit jantung structural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi farmakologi maksimal (refrakther)

2. Berdasarkan kapasitas fungsional *New York Heart Association* (NYHA) yaitu sebagai berikut (LeMone et al., 2016):

- a. Kelas I : tidak mengalami keterbatasan dalam aktifitas fisik, pasien juga tidak mengalami kelelahan, berdebar debar, sesak nafas, bahkan nyeri dada pada saat beraktivitas
- b. Kelas II : terdapat Batasan aktifitas ringan tidak terdapat keluhan saat fisik sehari hari menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas, biasanya pasien merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi merasa lelah, sesak, berdebar debar, dan nyeri dada bisala melakukan aktifitas biasa misalnya saat berjalan menaiki tangga
- c. Kelas III : keterbatasan aktifitas fisik akan terasa pada pasien penyakit gagal jantung, Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.
- d. Kelas IV : tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas

5. Komplikasi

Terdapat beberapa komplikasi Gagal jantung kongestif menurut (Ajani trisna et al., 2023) yang pertama Efusi pleura dimana Keadaan ini terjadi karena peningkatan tekanan kapiler. Transudasi cairan ini terjadi karena kapiler masuk kedalam ruang pleura. Letak terjadinya Efusi pleura biasanya pada lobus bawah darah, yang kedua Aritmia dimana Pada pasien gagal jantung kongestif mempunyai risiko untuk mengalami terjadinya aritmia, ini disebabkan karena tachi aritmia ventrikuler yang akhirnya

mengakibatkan kematian mendadak yang ketiga Thrombus vebtrikuler kiri. Keadaan ini bisa terjadi pada gagal jantung kongestif akut maupun kronik, ini disebabkan pembesaran ventrikel kiri dan penurunan kardiak output beradaptasi terhadap pembentukan thrombus pada ventrikel kiri. Pada mulanya Ketika thrombus terbentuk, maka mengurangi kontraktilitas dari ventrikel kiri, penurunan suplai oksigen dan lebih jauh gangguan perfusi. Dan dapat disebabkan oleh *Cerebrovascular Accident* (CVA) dan terakhir hepatomegaly keadaan ini dikarenakan lobus hati mengalami kongestif dengan darah vena sehingga menyebabkan perubahan fungsi hati. Kematian sel hati, dan terjadi fibrosis dan akhirnya sirosis

Menurut (LeMone et al., 2016) mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi yaitu hematomegali kongestif dan splenomegali kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan system vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen, asites, dan masalah pencernaan. Pada gagal jantung sebelah kanan yang lama, fungsi hati dapat terganggu. Distensi miokardium dapat memicu disritmia, mengganggu curah jantung lebih lanjut. Efusi pleura dan masalah paru lain dapat terjadi, komplikasi mayor gagal jantung berat adalah syok kardiogenik dan edema paru akut.

C. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan gagal jantung adalah untuk meredakan gejala, memperbaiki status fungsional, dan memperbaiki kualitas hidup, serta meningkatkan harapan hidup

1. Terapi

Tujuan diagnosis dan terapi gagal jantung yaitu untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas. Tindakan pencegahan perburukan penyakit gagal jantung kongestif yang merupakan bagian penting dalam tatalaksana penyakit jantung, terapi farmakologi dan terapi berbasis alat pada pasien gagal jantung kongestif menurut (LeMone et al., 2016) dan (Evans, 2017) meliputi :

a. Diuretik

Diuretik direkomendasikan pada pasien dengan gagal jantung kongestif untuk perbaikan gejala jika pasien mengalami kelebihan volume cairan. Diuretik yang biasa digunakan pada kasus seperti ini furosemide terutama bagi pasien yang disertai dengan hipertensi dan retensi cairan ringan. Pasien rawat jalan, biasanya dimulai dengan diuretik dosis rendah, dan dosis ditingkatkan sampai output urin meningkat dan berat badan menurun, mulai dari 0,5 hingga 1 kg setiap hari. Setelah cairan terselesaikan, diuretic harus dilanjutkan pada beberapa pasien untuk mencegah terulangnya volume cairan yang berlebihan

b. Penghambat ACE dan penghambat reseptor angiotensin

Inhibitor ACE harus diresepkan untuk semua pasien gagal jantung, terlepas dari ada atau tidaknya *coronary artery disease* (CAD). Angiotensin reseptor blocker (ARB) dapat bermanfaat sebagai terapi ini pertama pada pasien yang tidak cocok ACE inhibitor seperti adanya efek samping batuk. Fungsi ginjal dan kadar serum

kalium harus dievaluasi dalam data sampai dua minggu setelah inisiasi terapi dan secara berkala setelahnya pada pasien yang mendapatkan terapi ARB atau inhibitor ACE. Obat yang digunakan seperti bisoprolol, carvedilol, dan metoprolol yang telah terbukti efektif dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas pada pasien gagal jantung.

c. Antagonis reseptor aldosterin

Reseptor antagonis memiliki peran menguntungkan terutama pada pasien dengan NYHA kelas II-s.d IV yang memiliki LVEF 35 % atau kurang. Pengobatan jenis ini dapat meminimalkan risiko hiperkalemia dan gagal ginjal. Selama pengobatan kadar kreatinin serum dan kalium harus dipantau dengan cermat

d. *Hydralazine Dan Isosorbide Dinitrate*

Kombinasi dari hydralazine dan isosorbide dinitrat telah terbukti bermanfaat dalam mengurangi angka kematian pada pasien gagal jantung dengan NYHA kelas III s.d IV. Kombinasi ini digunakan pada pasien yang tidak toleran terhadap ACE inhibitor /ARB.

e. Digoxin

Digoxin dapat digunakan untuk membantu jantung memompa darah untuk memenuhi suplai darah dan oksigen tubuh

f. Antikoagulasi

Antikoagulasi harus diresepkan apabila pasien gagal; jantung mengalami atrial fibrilasi, katup jantung prostetik, dan etiologi lain yang membutuhkan pengobatan

2. Terapi berbasis alat

a. Terapi resinkronisasi jantung /*Cardiac Resynchronization Therapy* (CRT)

Pasien dengan gagal jantung sering dikenal dengan blok beras kiri. Karena system konduksi pada pasie dengan gangguan tersebut menjadi abnormal, kontaksi ventrikel menjadi tidak sinkron. Alat pacu jantung saat ini tersedia secara sinkron merangsang ventrikel kiri dan kanan. Sehingga efek yang diharapkan adalah peningkatan curah jantung . pasien dengan gagal jantung dan kompleks QRS lebar mendapatkan manfaat lebih banyak dengan penggunaan alat ini. (Evans, 2017)

b. Implant defibrillator jantung /*Implantable Cardiac Defibrillator* (ICD)

Pasien dengan gagal jantung cenderung mengalami aritmia yang dapat mengancam jiwa (misalnya takikardia ventrikel (VT), fibrasi ventrikel (VF). Defibrilator kardioverter implan dapat dinamkan dengan cara yang mirip dengan alat pacu jantung untuk memberikan kejut listrik kecil Ketika terjadi aritmia tersebut, sehingga dapat mencegah kematian jantung mendadak. Ini juga dapat mencegah takiaritmia dengan override pacing. (Evans, 2017)

c. Alat bantu ventrikel / *left ventricular assist device* (LVAD)

Implantasi alat bantu ventrikel mekanik mampu mengambil alih kerja ventrikel yang gagal. Alat ini dapat digunakan sebagai solusi

sementara sampai dilakukan transplatasi jantung atau sampai ventrikel Kembali pulih fungsinya. (Evans, 2017)

d. Transplatasi

Transplatasi jantung merupakan satu satunya tata laksana definitif untuk gagal jantung berat. Prosedur ini memerlukan penggunaan imunosupresi seumur hidup, yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko infeksi. Dengan pemilihan pasien yang baik, maka prognosis pasien akan baik, dengan tingkat kelangsungan hidup selama 1 tahun adalah 80 % dan kelangsung hidup 5 tahun adalah 70 %. Mayoritas kualitas hidup pasien meningkat secara drastis (Evans, 2017) dan (LeMone et al., 2016)

D. Pengkajian Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk Tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan uyang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur atau SOP, Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, dan peninjauan informasi Riwayat pasien pada rekam medik, informasi subjektif, misalnya dengan wawancara pasien/ keluarga, sedangkan informasi objektif, misalnya dengan pengukuran tanda tanda vital dan pemeriksaan fisik data yang perlu dikaji yaitu :

1. Identitas pasien

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia , agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis

2. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Menurut (Nurhayati et al., 2020) Identifikasi onset dan penanganan yang telah dilakukan terkait gejala umum yang muncul atau gejala penting yang membutuhkan bantuan seperti :

1) Nyeri dada

Keluhan nyeri dada harus di kaji lengkap dengan pengkajian nyeri keperawatan yaitu (PQRST). Secara umum, nyeri dada pada kardiovaskuler disebabkan keadaan iskemia atau terjadinya inflamasi akibat kurangnya suplai darah pada jantung. Keluhan nyeri ini biasanya disertai dengan perasaan tidak nyaman dan merupakan tanda dan gejala munculnya gangguan kardiovaskuler. Spasme esofagus dapat menyebabkan nyeri dada seperti diremas dan terasa terbakar pada saat setelah makan, sedangkan pada kasus pneumothorak, nyeri dada akan terasa sangat parah, dapat terjadi nyeri peluritik pada saat inspirasi. Karakteristik penting dari nyeri dada pada system kardiovaskular akan dirasakan berbeda-beda sesuai dengan jenisnya.

2) Sesak nafas

Sesak nafas dalam keadaan istirahat bisa terjadi jika gangguan kardiak lebih parah (ortopnea). Keadaan berbaring atau istirahat dapat menyebabkan aliran balik vena meningkat, namun ventrikel jantung tidak mampu untuk memompa darah sampai ke paru sehingga terjadinya edema paru Selain itu, sesak nafas yang

timbuk pada saat duduk dan tegak, atau yang biasa disebut dengan platipnea jarang terjadi, hal ini bisa terjadi jika ada kelainan anatomis seperti kebocoran intrakardial ataupun kelainan fungsional seperti efusi perikardial

3) Palpitasi

Palpitasi merupakan sebutan yang digunakan untuk merasakan detak jantung. Baik dalam keadaan lambat, kuat, cepat, regular atau ireguler. Palpitasi ini bisa dikaji dengan meminta pasien untuk mengetuk jarinya sesuai dengan irama denyut jantung yang dirasakannya

4) Sinkop

Sinkop terjadi akibat hipoperfusi serebral yang menyebabkan seseorang mengalami kehilangan kesadaran atau pingsan, penyebabnya adalah hipotensi postural, sinkop neurokardiogenik, aritmia dan obstruksi mekanik curah jantung, Namun ada beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya sinkop, seperti bangkit terlalu cepat, menolehkan kepala terlalu keras, serta peningkatan dosis obat anti hipertensi

5) Edema

Pembengkakan jaringan (edema) pada ekstremitas yang merupakan gejala dari kelebihan cairan di ruang interstisial. Data penunjang dari edema tersebut yaitu adanya keluhan perubahan berat badan dan penggunaan diuretik.

3. Riwayat penyakit sekarang

kaji apakah keluhan utama klie, kaji keadaan umum pasien, kaji kesadaran, mengukur tekanan darah, frekuensi nadi, GCS, frekuensi nafas dan temperature kulit pasien, sedangkan menurut (Ajani et al., 2023) kaji yang mendukung keluhan utama dengan menanyakan tentang kronologi keluhan utama, yaitu dipsnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut, tanyakan juga gejala lain yang dapat mengganggu pasien

4. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah ada Riwayat penyakit sebelumnya, untuk mengetahui apakah ada Riwayat penyakit terdahulu yang berhubungan dengan penyakit hipertensi, diabetes melitus, menderita nyeri pada bagian dada khas infark miokardium, tanyakan juga ada obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, kemudian perlu ditanyakan apakah sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit terkait (Ajani et al., 2023)

5. Riwayat penyakit keluarga

Kaji apakah ada keluarga yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan seperti DM dan hipertensi

6. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum pasien bisa dilihat selintas pandang, kesadaran pasien akan berubah sesuai dengan tingkat keparahan gangguan pada system saraf pusat. Keadaan umum yang sering ditemukan pada pasien

dengan penyakit gagal kantung kongestif menurut (Nurhayati et al., 2020) yakni sebagai berikut :

1) Dipsnea

Sesak nafas terjadi karena pergerakan atau tenaga yang dikeluarkan terlalu besar sehingga akhir diastolic pada ventrikel kiri menjadi meningkat dan tekanan vena pulmonalis juga mengalami peningkatan

2) Sianosis

Keadaan kekurangan oksigen pada pembuluh darah superfisial sehingga kulit tampak berwarna kebiruan. Sianosis ini dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu sianosis sentral dan sianosis ferifer

3) Fatigue

Suplai oksigen yang kurang akibat curah jantung yang rendah dapat mengakibatkan kelelahan

4) Hidrasi

Volume cairan dalam tubuh klien harus dikaji untuk menghindari risiko meninggal karena GGA ataupun edema paru.hal yang dikaji mengenai gidrasi seperti keadaan mata

b. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

Pemeriksaan fisik inspeksi pada pasien gagal jantung kongestif dapat dilihat tanda dan gejala yang terdapat pada pasien yaitu

peningkatan respirasi, dispnea, JVP meningkat, kulit bersisik dan pucat, edema kaki serta asites

2) Palpasi

Pemeriksaan palpasi pada pasien gagal jantung kongestif dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan pada posisi jantung, yaitu PMI akan bergeser ke kiri inferior karena terjadi dilatasi atau hipertrofi ventrikel, pulsasi perifer menurun, hati teraba dibawah arkus kosta kanan, denyut jantung meningkat, serta edema pada extremitas yang akan menyebabkan pitting

3) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi pada pasien gagal jantung kongestif yaitu suara paru menurun, adanya *basilar rates* yang mengakibatkan adanya cairan pada jaringan paru, suara jantung S1, S2 menurun suara jantung S3 meningkat, kontraktilitas jantung menurun, volume sisa meningkat, dan terdengar suara murmur jantung.

c. Pengkajian Data

1) Aktivitas dan istirahat

Pada pengkajian aktivitas dan istirahat pada umumnya pasien menunjukkan adanya kelelahan, insomnia, letargi, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas

2) Sirkulasi

Pada pengkajian ini perlu dicari tahu mengenai Riwayat hipertensi, adanya kelainan katup, Riwayat bedah jantung,

endokarditis, anemia, syok septik, bengkak pada kaki, asites, takikardi, disritmia, dan hepatomegali

3) Status mental

Pada umumnya pasien dengan gagal jantung kongestif terutama yang dirawat di rumah sakit akan mengalami perubahan status mental seperti cema, gelisah, mudah marah, stress yang berhubungan dengan penyakit hingga permasalahan finansial.

4) Eliminasi

Pasien gagal jantung kongestif pada umumnya akan mengalami penurunan volume urin, nocturia, diare, konstipasi, dan urin yang pekat.

5) Makanan dan cairan

Hilangnya nafsu makan, mual muntah, dan edema pada extremitas bawah

6) Neurologi

Pengkajian neurologi pada pasien gagal jantung kongestif pada umumnya akan ditemukan tanda gejala pusing, letargi, disorientasi, hingga pingsan

7) Rasa nyaman

Pada umumnya pasien akan mengalami sakit dada atau angina akut hingga kronik

8) Respirasi

Pengkajian respirasi dapat dilihat adanya takipnea, dipsnea pada saat aktifitas, tidur dan duduk

9) Rasa nyaman

Pengkajian rasa nyaman yaitu pasien pada umumnya akan mengalami perubahan status mental, hingga gangguan pada kulit atau dermatitis.

10) Interaksi sosial

Pasien gagal jantung kongestif akan mengalami interaksi sosial setelah sakit yaitu berkurangnya aktivitas sosial karena mengalami suatu penyakit.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan sebagai pemeriksaan penunjang pada gagal jantung kongestif Menurut (Nurhayati et al., 2020) yaitu :

1) Hitung jenis darah lengkap

Kadar natrium dikaji untuk mengetahui keseimbangan cairan dan kalsium untuk mengetahui aktifitas neuromuscular. Gangguan kadar kalium serum dapat mengakibatkan fibrilasi ventrikel dan henti jantung

2) Profil lemak

Resiko ateroklerosis dapat diukur dengan memeriksa kadar kolesterol total, trigliserida dan lipoprotein. Aterosklerosis ini dapat menjadi indikasi peningkatan resiko terjadinya penyakit jantung

3) Blood urea nitrogen (BUN)

Peningkatan kadar BUN menggambarkan terjadinya penurunan perfusi ginjal akibat penurunan curah jantung atau kekurangan volume cairan

4) Glukosa

Kadar gula darah dikaji berkaitan dengan penyakit penyertanya yaitu diabetes melitus

5) Enzim jantung

Pemeriksaan enzim jantung dapat berupa pemeriksaan laktat dehydrogenase (LDH), namun sudah jarang dilakukan. Kreatinin kinase miokardial band (CKMB) merupakan gold standar. Enzim ini akan meningkat pertama kali untuk mendiagnos infark jantung. Peningkatan kadar serum reactive protein (CRP) merupakan pertanda respon fase akut yang sensitive terhadap senyawa infeksius, stimulus imunologis, kerusakan jaringan dan inflamasi akut lainnya.

6) Analisa gas darah (AGD)

Pemeriksaan AGD dilakukan untuk mengetahui pengaruh kelainan jantung terhadap organ lain seperti ginjal dan paru

b. Hemodinamik

Pemeriksaan hemodinamik ini merupakan pemantauan secara invasive untuk mengukur tekanan dan gelombang tekanan di dalam ruang-ruang jantung.

c. Radiografi

1) Foto thoraks

Hasil dari pemeriksaan foto thoraks dapat memberikan gambaran kardiomegali (penyakit katup jantung dan gagal jantung), pelebaran vena pulmonal lobus atas (gagal jantung), kabut merata diantara paru (edema paru) dan mediastinum melebar (aneurisma aorta thorakalis)

2) Fluorioskopi

Pemeriksaan ini dapat memperlihatkan denyutan jantung dan pembuluh darah serta mengkaji kontur jantung yang tidak normal.

3) Katerisasi jantung

Kateter yang dimasukan melalui arteri perifer ini digunakan untuk melihat proses revaskularisasi baik dengan angioplasty koroner ataupun bypass grafting

4) Angiografi

Pelaksanaan angiografi bisa dilakukan pada aorta, arteri koronia serta sisi kanan dan kiri jantung, pemeriksaan ini biasanya bersamaan dengan kateter jantung, yaitu untuk menggambarkan jantung dan pembuluh darah

5) CT scan

Pemeriksaan ini sering digunakan untuk nilai pasien asimtomatik yang memiliki resiko rendah hingga sedang terhadap penyakit arteri koroner

6) MRI

Pemeriksaan ini digunakan untuk mengevaluasi penyakit otot jantung dengan resolusi jaringan superior dan merupakan metode pencitraan modalitas pilihan

d. Ekokardiografi

Pemeriksaan dengan gelombang berfrekuensi tinggi ini digunakan untuk mengevaluasi ukuran, bentuk dan pergerakan struktur jantung. Selain itu, digunakan untuk menilai kelainan katup, fungsi ventrikel kiri dan aliran darah.

Menurut (PERKI, 2020) ekokardiografi mempunyai peran penting dalam mendiagnosis gagal jantung kongestif dengan fraksi ejeksi normal, diagnosis harus memenuhi empat kriteria yaitu :

1. Terdapat tanda dan gejala gagal jantung
2. Fungsi sistolik ventrikel kiri normal atau sedikit terganggu (fraksi ejeksi $> 45-50\%$)
3. Terdapat bukti disfungsi diastolik (relaksasi ventrikel kiri abnormal/kekakuan diastolik)
4. Peningkatan kadar peptide natriuretik

E. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017) Menurut (LeMone et al., 2016) ; (Asikin & Nuralamsyah, 2016) dan (PPNI, 2017) terdapat 7 diagnosis yang dapat timbul pada pasien gagal jantung yaitu :

1. Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas
2. Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi paru, perubahan membrane alveolus-kapiler
3. Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis
4. Intoleransi aktifitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup menurun
5. Ansietas (D. 0080) berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), kurang terpapar informasi
6. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang minat belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sistem informasi
7. Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) faktor resiko kekurangan /kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

F. Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan sangat penting dalam asuhan keperawatan. Pada tahap perencanaan, perawat akan membuat rencana Tindakan keperawatan yang bertujuan dalam hal mengatasi masalah dan peningkatan Kesehatan pasien. Tahapan perencanaan keperawatan meliputi : penentuan prioritas masalah, menentukan rencana Tindakan, dan dokumentasi. (Risnawati., Et al. 2023)

1. Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, preload, prebuhan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran curah jantung meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria 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 dysepnea (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 :

- 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 beraktifitas
- 13) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
- 14) Berikan diet jantung yang sesuai
- 15) Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermiten
- 16) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- 17) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- 18) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- 19) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi
- 20) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
- 21) Anjurkan berhenti merokok
- 22) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- 23) Kolaborasi pemberian antiaritmia

2. Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan perubahan membrane alveoulus-kapiler

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus kapiler (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pertukaran gas meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : tingkat kesadaran menurun, dipsnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaphoresis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, PCO₂ membaik, O₂ membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, sianosis membaik, pola nafas membaik, warna kulit membaik (PPNI, 2019)

Intervensi :

- 1) Monitor frekuensi irama, kedalaman, upaya nafas
- 2) Monitor pola nafas
- 3) Monitor kemampuan batuk efektif
- 4) Monitor adanya produksi sputum
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 7) Auskultasi bunyi nafas
- 8) Monitor saturasi oksigen
- 9) Monitor nilai AGD
- 10) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 11) Dokumentasikan hasil pemantauan

12) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

13) Informasikan hasil pemantauan

14) Kolaborasikan penggunaan oksigen saat aktifitas dan/tidur

3. Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan gangguan mekanisme

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, intertisiel, dan/atau intraseluler (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam 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 :

- 1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis : ortopnea, dipsnea, edema, jvp/cvp meningkat, suara nafas tambahan)
- 2) Identifikasi penyebab hypervolemia
- 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 diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hyponatremia)
- 9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 10) Batasi asupan cairan dan garam
- 11) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°
- 12) Anjurkan melapor jika haluaran urin $<0,5$ ml/kg/jam dalam 6 jam
- 13) Anjurkan melapor jika bb bertambah >1 kg dalam sehari
- 14) Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin
- 15) Ajarkan cara membatasi cairan
- 16) Kolaborasi pemberian diuretik
- 17) Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretic
- 18) Kolaborasi pemberian *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT)

4. Intoleransi aktifitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (PPNI, 2017)

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

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan Lelah menurun, dispnea saat aktifitas menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nafas membaik, EKG iskemia membaik (PPNI, 2019)

Intervensi :

- 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 aktifitas
- 5) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis : cahaya, suara, kunjungan)
- 6) Lakukan Latihan rentang gerak aktif dan pasif
- 7) Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan
- 8) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- 9) Anjurkan tirah baring
- 10) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 12) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5. Ansietas (D. 0080) berhubungan dengan krisis situasional,

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun (PPNI, 2019)

Kriteria hasil :

Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusng menurun, anoreksia menurun, palpasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik, orientasi membaik

Intervensi

- 1) Reduksi saat tingkat ansietas berubah
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda tanda ansietas
- 4) Ciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 5) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 6) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 7) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 8) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 9) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 10) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 11) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- 12) Jelaskan prosedur, termasuk sensai yang mungkin dialami
- 13) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama dengan pasien
- 14) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- 15) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

- 16) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 17) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 18) Latih Teknik relaksasi
- 19) Kolaborasi pemberian obat antiansietas

6. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi yang berkaitan dengan topik tertentu (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : pasien mampu mengenal penyakit, proses penyakit, factor penyebab, efek dari penyakit, tanda dan gejala, mengetahui Tindakan untuk menimbulkan progresi penyakit, dan pencegahan terjadinya komplikasi (PPNI, 2019)

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien berhubungan dengan proses penyakit yang spesifik
- 2) Berikan penjelasan tentang proses penyakit, diet, perawatan, dan obat-obatan pada pasien dengan Bahasa yang dimengerti
- 3) Jelaskan tentang semua prosedur atau perawatan yang akan dilakukan dan manfaatnya pada pasien
- 4) Libatkan keluarga dalam pengobatan

7. Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) faktor resiko kekurangan /kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Definisi : beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan /atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartiologi, kapsul sendi dan/ligament) (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam maka perawatan integritas kulit meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahatan menurun, hematoma menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik (PPNI, 2019)

Intervensi :

- 1) Identifikasi penyebab gangguan ntegritas kulit
- 2) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- 3) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang
- 4) Bersihkan perineal dengan air hangat
- 5) Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering
- 6) Anjurkan menggunakan pelembab
- 7) Anjurkan minum air yang cukup
- 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 9) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

10) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

G. Pelaksanaan Keperawatan

Dalam proses keperawatan implementasi keperawatan merupakan bentuk realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung,. Perawatan langsung adalah Tindakan yang diberikan secara langsung kepada pasien. Pada perawatan langsung perawat harus berinteraksi dengan pasien (Risnawati., et al 2023)

Implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi Tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang optimal. Pelaksanaan Tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah salah satu tahapan dari rangkaian asuhan keperawatan yang akan menilai hasil kerja dan respon perkembangan pasien. Evaluasi dilakukan untuk memperbaiki apabila adanya Tindakan yang belum atau tidak mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah direncanakan pada tahap intervensi

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi yang sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap

pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan. (Risnawati., et,al 2023)

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil “asuhan keperawatan pada pasien Ny N dengan Gagal jantung kongestif di ruang kardiologi kamar 608 lantai 6 RSUD Koja Jakarta “ yang dilakukan selama 3x24 jam terhitung mulai dari tanggal 20 hingga 22 maret 2023 asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan 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 rekam medis, catatan keperawatan, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan pasien.

1. Identitas

Pasien Bernama Ny. N berusia 54 tahun, berjenis kelamin perempuan. Status perkawinan sudah menikah, pasien beragama islam, dengan suku bangsa sunda, pasien berkerja sebagai ibu rumah tangga, Pendidikan terakhir tamat SMP, Bahasa yang digunakan sehari hari oleh pasien adalah Bahasa sunda - indonesia, pasien bertempat tinggal di jl. Sungai trem RT01/08 kel papanggo, sumber biaya pasien dari BPJS, informasi didapatkan dari pasien, keluarga dan rekam medis.

2. Resume

Pasien Ny.N datang ke IGD diantar oleh suaminya pada tanggal 18 maret 2023 pada pukul 18.34 WIB, kemudian pasien dipindahkan ke ruang kardiologi pada pukul 20.30 WIB. Pasien datang dengan keluhan sesak nafas, mual, muntah hanya sedikit, lemas, nyeri pada uluh hati, mengeluh tidak nyaman pada perutnya dan nyeri dada kiri seperti menembus punggung. Pasien juga mengatakan mudah Lelah saat dan setelah beraktivitas, pasien mengatakan sudah 4 kali masuk rumah sakit yang sama dengan keluhan yang sama terhitung dari bulan januari, pasien mengatakan sebelumnya pernah mengalami sakit jantung. Capilari refill time >3 detik, keadaan umum pasien terlihat sakit sedang, dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4,M6, V5 hasil pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan tekanan darah 113/78 mmhg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi pernafasan 26 x/rmenit, suhu tubuh 36,7 C, saturasi oksigen 98%. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi.

Dari data tersebut maka dirumuskan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, penurunan curah jantung berhubungan perubahan kontraktilitas, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. berdasarkan masalah tersebut sudah dilakukan beberapa Tindakan keperawatan diantaranya : mengkaji keadaan umum klien, mengkaji tanda tanda vital, mengkaji keluhan sesak nafas, mengatur posisi klien dengan posisi semifowler. mengkaji kebutuhan nutrisi pasien, mengedukasi mengenai apa itu

penyakit gagal jantung kongestif, pencegahan dan pengobatan. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu, memberikan infus 1 kolf asering/24 jam 6 tpm, memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm, memberikan obat injeksi Omeprazole 40 mg (IV), Ondansentron 4 mg (IV), *Captropil* 3 x 6,2 mg, *Spirolacton* 1x25 mg, memberikan oral *Isosorbid Dinitrate* (ISDN) 5 mg, aspilit 80 mg, *Clopidogrel* CPG 75 mg. evaluasi secara keseluruhan pasien, aktivitas dibantu keluarga.

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat Kesehatan sekarang

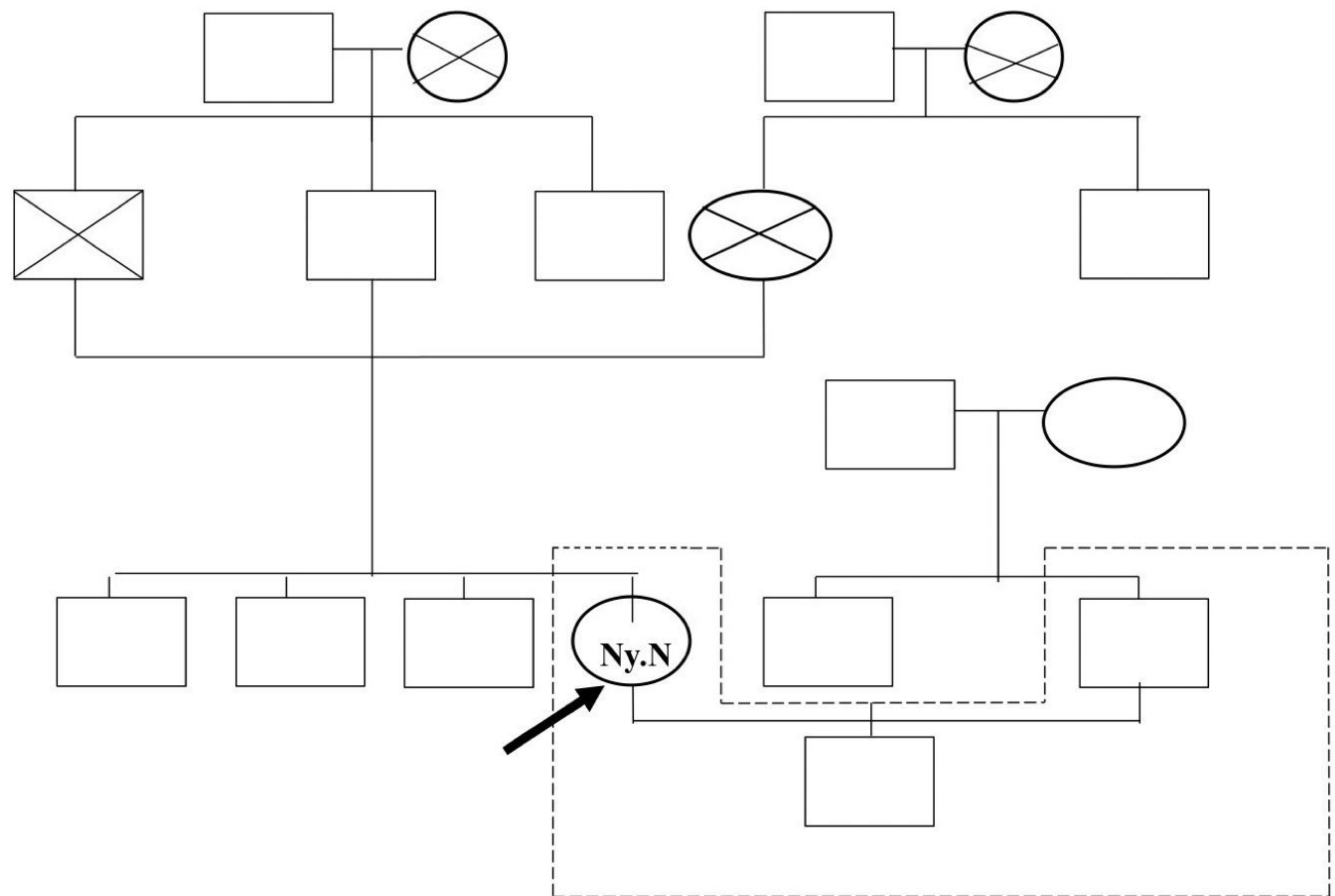
Keluhan utama saat ini, Pasien mengatakan sesak nafas saat/setelah melakukan aktifitas hilang timbul lamanya 5-10 menit, lemas, mual, nyeri dada, pasien mengeluh tidak nyaman. Keluhan sering muncul disaat pasien kelelahan melakukan aktifitas,

b. Riwayat Kesehatan masa lalu

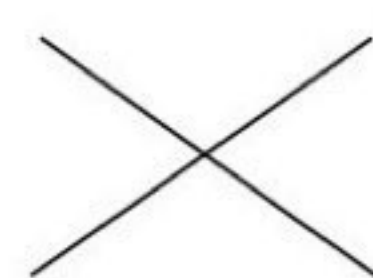
Pasien mengatakan memiliki Riwayat jantung, pasien sudah 4 kali di rawat dirumah sakit sejak bulan Januari 2023, pasien dirawat karena sesak nafas, pasien tidak memiliki Riwayat kecelakaan.

c. Riwayat pemakaian obat : pasien mengatakan tidak rutin memnium obat yang telah diberikan dokter dirumah sakit, pasien juga mengatakan lupa nama obatnya

d. Riwayat Kesehatan keluarga



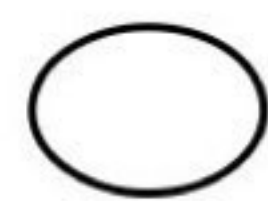
Keterangan :



: Sudah Meninggal



: Laki Laki



: Perempuan



: Tinggal Satu Rumah



: Berhubungan



: Pasien

Klien merupakan anak ke -4 dari empat bersaudara, ayah dan ibu klien sudah meninggal dan mempunyai Riwayat penyakit hipertensi, klien menikah dengan suami anak ke 2 dari dua bersaudara dan dikaruniai 1 anak laki-laki, klien tinggal Bersama anak dan suaminya saat ini.

- e. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Keluarga pasien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi, dan ibunya meninggal karena penyakit hipertensi yang dapat menjadi faktor risiko

- f. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah suaminya. Bila dirumah yang menjadi pengambil keputusan adalah suaminya sebagai kepala keluarga, pola komunikasi pasien dua arah, pasien mengatakan mengikuti kegiatan masyarakat seperti kegiatan bersih bersih lingkungan. Dampak penyakit pasien saat ini adalah keluarga menjadi khawatir akan penyakit pasien saat ini walaupun bukan pertama kali di rawat. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah penyakitnya, kemudian hal yang dipikirkan pasien saat ini adalah kesembuhan, harapan pasien setelah menjalani perawatan pasien dapat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasa.

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit 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 baik, pasien menghabiskan satu porsi makanan setiap kali makan. Pasien tidak suka makan bayam, pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan, pasien juga tidak ada diit khusus selama di rumah, pasien juga tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan

Dirumah sakit : pasien makan 3x/hari, nafsu makan pasien kurang karena pasien sering merasa mual dan rasa tidak nyaman pada perut dan nyeri ulu hati. Pasien diberi diit jantung yaitu diit lunak ½ porsi, pasien tidak terpasang alat bantu makan.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien BAK, sekitar 5-6 x sehari, warna urine kuning, dan tidak terdapat keluhan dan juga tidak menggunakan alat bantu untuk berkemih. pasien BAB 1x/hari, konsistensi padat, waktu pagi hari setelah subuh, berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan 47usculos.

Di rumah sakit : pasien buang air kecil 6-7 x/ hari warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, pasien tidak menggunakan kateter urine, pasien buang air besar 2 x dari 3

hari rawat, warna kecoklatan, tidak ada keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan 48usculos

3) Pola *Personal Hygine*

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari setiap pagi dan sore sekaligus menyikat gigi setiap kali mandi, pasien mengatakan mencuci rambut dua sampai tiga kali dalam seminggu

Di rumah sakit : pasien mandi dua kali sehari dengan waktu tidak menentu karena menunggu anaknya datang menjenguk dan membantunya, lalu menyikat gigi setiap kali mandi, dan membasuh rambutnya 2x/hari

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien tidur siang 2 jam, dan tidur saat malam selama 7-8 dalam sehari, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu bersholawat

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidur merasa tidak nyaman karena sesak nafas yang dialaminya, tidur siang 15- 30 menit, dan tidur saat malam selama 3-4jam dalam sehari, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu bersholawat

5) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien sudah tidak berkerja, pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan bersih-bersih lingkungan, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga karena pasien sudah tidak sekuat dulu dan mudah Lelah

Di rumah sakit : pasien mampu beraktifitas sendiri, terkadang pasien melakukan aktifitas jalan ke luar kamar untuk menghilangkan rasa jenuh dan rasa tidak nyaman jika berdiam di Kasur,

6) Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit : pasien tidak pernah merokok ataupun menggunakan obat obat terlarang ataupun minuman keras, namun pasien sering mengkonsumsi makanan yang tinggi natrium

Di rumah sakit : pasien tidak merokok dan juga tidak menggunakan obat obat terlarang ataupun minuman keras

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan sebelum sakit 71 kg berat badan saat ini 70 kg, dengan tinggi badan 154 cm, tekanan darah 149/98 mmhg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi nafas, 26 x/menit, suhu tubuh klien 36,7 C, keadaan umum klien sakit sedang, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Pemeriksaan pengelihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata terlihat normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea keruh/berkabut, dan sklera mata anikterik, pupil mata isokor, tidak terdapat kelainan pada otot otot mata, fungsi pengelihatan baik, pasien

tidak memakai lensa kontak, tidak terdapat tanda tanda radang, dan reaksi terhadap cahaya baik.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien terlihat normal, karakteristik serumen kuning kecokelatan dan berbau khas, tidak terdapat cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada tinnitus, pendengaran baik, pasien tidak mengalami gangguan keseimbangan, pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem wicara

Pasien berbicara dengan normal dan tidak ditemukan apatis, dyastria, ataupun kelainan wicara lainnya.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas pasien bersih, tidak ada sumbatan, pasien mengatakan sesak, pasien menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas pasien 26 x/menit, irama napas tidak teratur. Jenis pernafasan spontan, kedalaman napas dangkal, klien terdapat batuk, dan tenggorokan terasa gatal, tidak ada sputum, hasil palpasi dada ada nyeri, tidak ada kelainan dada, dada tampak simetris, suara napas vesikuler, pasien mengatakan nyeri saat bernapas, napas pasien tampak memanjang, dan menggunakan otot bantu napas.

f. Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi perifer nadi 98 x/menit, tekanan darah 118x/menit mmhg, tidak terdapat distensi vena jugularis, pengisian kapiler lebih dari

> 2 detik, tidak ada edema, sirkulasi jantung kecepatan denyut 51 uscul
98 x/menit, irama jantung tidak teratur, bunyi jantung murmur

g. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat, tidak terdapat perdarahan. Hasil laboratorium darah rutin hemoglobin 11.0 g/dl (NR 12.5-16.0 g/dl), jumlah leukosit $8.77 \times 10^3/\mu\text{L}$ (NR 4.00-10.50 μl) hematokrit 31.0 % (NR 37.0-47.0%) jumlah trombosit $270 \times 10^3/\mu\text{l}$ (NR 182-369 $10^3/\mu\text{l}$), PH 7.475 mmhg (NR 7.350-7.450 mmhg) PCO₂ 32.0 mmhg (32.0-45.0 mmhg) pO₂ 184.6 mmhg (NR 95.0-100.0 mmhg) HCO₃ 20.6 mEq/L (NR 21.0-28.8 mEq/L) natrium (NA) 143 mEq/L (NR 135-147 mEq/L).

h. Sistem saraf pusat

Pasien mengeluh mual, pusing, tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (Eye 4, Motorik 6, Verbal 5). Tidak ada tanda tanda peningkatan TIK (tekanan intra kranial), tidak ada gangguan system persyarafan (kejang, pelo, mulut mencong, disorientasi), tidak ada reflek patologis dan refleks fisiologis normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut normal, gigi tidak terdapat karies, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatis, lidah tidak kotor, salifa normal, tidak ada muntah, pasien mengatakan tidak nyaman dan nyeri pada ulu hati, bising usus 8 x/menit, tidak terjadi diare, tidak terjadi konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen teraba lembek.

j. Sistem endoktrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka 52usculos

k. Sistem urogenital

Pasien tidak ada perubahan pola berkemih, warna urin kuning, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integument

Turgor kulit baik, akral teraba hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik, tidak terdapat luka maupun lesi, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tidak terjadi kemerahan dan bengkak.

m. Sistem muskuloskeletal

Klien mengatakan merasa mual dan sesak nafas saat atau setelah beraktifitas, klien mengatakan tidak ada sakit pada tulang, sendiri, ataupun kulit, klien tidak mengalami kelainan bentuk sendi, tidak mengalami kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekurangan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5555, ekstremitas kiri atas dan bawah 5555.

5. Data tambahan

Klien mengatakan dirinya tidak tahu akan dampak penyakitnya saat ini, klien juga tidak tahu penyebab CHF, kurang memahami mengenai penyebab penyakit dan cara penanganan serta komplikasi yang mungkin terjadi, pasien tidak ada makanan pantangan dan tidak mengetahui makanan apa saja yang perlu dihindari/dibatasi.

6. Data penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 maret 2023

Darah lengkap : hemoglobin 11.00 g/dl (12.5-16.0), jumlah leukosit $8.77 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00-10.50) hematokrit 31.0 % (37.0-47.0), jumlah trombosit $270 \times 10^3/\mu\text{L}$ (182-369), jumlah eritrosit 3.78 Juta/ μL (4.20-5.40), basophil 0.3 % (0.1-1.2), esinofil 1.3 % (0.7-5.8) neutrofil 63.8 % (34.0-71.1), limfosit 29.4 % (19.3-51.7) monosit 5.2 % (4.7-12.5) Analisa gas darah : ph 7.475 mmhg (7.350-7.450), PCO₂ 27.7 mmhg (32.0-45.0), PO₂ 184.6 mEq/L (95.0-100.0) HCO₃ 20.6 mEq/L (21.0-28.8), O₂ saturation Mmol/L

Pada tanggal 19 maret terdapat pemeriksaan elektrokardiografi

Dengan hasil : QRS patologis dan ST depresi

Pada tanggal 27 januari 2023 terdapat pemeriksaan echocardiography (ECG)

Dengan hasil : LV dilatasi, kontraktilitas LV menurun, EF 45 % hipokinetik dianterior wall, kontraktilitas RV baik, katup katup ; MR, mld, TR trivial, disfungsi diastolik, efusi pericard minimal.

Pemeriksaan Thoraks : kardiomegali

7. Penatalaksanaan

Terapi obat ; *Isosorbide Dinitrate* (ISDN) 1 x 5 mg (oral) (merupakan obat untuk mengatasi nyeri dada akibat kurangnya pasokan darah ke jantung), Aspilit 80 mg pukul 06.00 WIB (merupakan obat yang termasuk ke dalam golongan obat antiplatelet. diberikan untuk mengencerkan darah dan mencegah pengumpalan di pembuluh darah), *Clopidogrel* (CPG) 1 x 75 mg pada pukul 22.00 WIB (merupakan obat yang diberikan untuk

mengencerkan darah dan mencegah terjadinya pembekuan darah sehingga mengurangi risiko terkena serangan jantung). Captropil 3x6,25 pada pukul 04.00 WIB, 17.00 WIB, dan 20.00 WIB *spiro lacton* 1x 25 mg pada pukul 12.00 WIB, pasien terpasang nasal kanul 3 lpm, terpasang infus asering 500cc/24 jam (6 tpm).

8. Data Fokus

Data subjektif : pasien mengatakan sesak nafas (dipsnea) terasa pada saat atau setelah aktifitas, kecapean, pasien mengatakan suka batuk dan tenggorokan terasa gatal, Pasien mengatakan tidak mampu tidur terlentang karena sesak, pasien mengatakan nyeri saat bernapas pada dada sebelah kiri, Pasien mengatakan sesak terasa pada malam hari, Pasien mengatakan tidak mampu tidur terlentang, Pasien mengatakan selalu terbangun setiap malam karena sesak napas, pasien mengeluh tidak nyaman karena sesak nafas, pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, pasien mengeluh sulit tidur pada malam hari karena terasa sesak dan tidak nyaman akan nyeri yang dirasakan pada ulu hati, dan dada kiri pasien mengeluh mudah Lelah, Pasien mengeluh tidak nyaman karena posisi tidur, pasien mengatakan mempunyai Riwayat jantung sejak di bulan januari atau tiga bulan yang lalu, pasien hanya meminum obat dari dokter, pasien mengatakan sudah 4 kali masuk rumah sakit yang sama dengan penyakit yang sama, pasien mengatakan jarang mendengar penyakit gagal jantung kongestif di lingkungan rumah. Pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan, pasien juga mengatakan sesak pada waktu tertentu.

Data objektif : pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pola napas takipnea frekuensi napas 26 x/menit, pasien tampak sesak, pasien selalu tertidur dengan posisi semi fowler, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terdapat bunyi jantung abnormal yaitu murmur, Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) menunjukkan hasil : QRS patologis, dengan ST depresi, Pemeriksaan *Echocardiography* (ECG) menunjukkan hasil : LV dilatasi, kontraktilitas LV menurun, EF 45 % hipokinetik dianterior wall, kontraktilitas RV baik, katup katup ; MR, mlld, TR trivial, disfungsi diastolik, efusi pericard minimal, Pemeriksaan *Rontgen Thoraks* menunjukkan hasil : kardiomegali, Pengisian *Capillary Refil Time* (CRT) <2 detik, Tanda tanda vital TD : 143/74 mmhg, N : 92 x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 98 % pasien tampak gelisah, pasien terlihat tidak nyaman dan merasa rishi jika ditanya karena mual dan sesak yang dirasakan, Lelah, pasien kurang memahami mengenai penyakit, pasien tampak bingung Ketika ditanya mengenai penyakit gagal jantung kongestif, yang dideritanya saat ini, pasien tidak tahu mengenai penyakit, penyebab, faktor resiko, maupun komplikasi pada penyakit gagal jantung kongestif , tekanan darah 118/78 mmhg, nadi : 98 x/menit, SPO2 : 98%

9. Analisa data

No	Data fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak nafas (dipsnea) terasa pada	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas

	saat atau setelah beraktifitas dan kecapean, b. Pasien mengatakan suka batuk dan tenggorokan terasa gatal c. Pasien mengatakan tidak mampu tidur terlentang karena sesak d. Pasien mengatakan nyeri saat bernapas pada dada sebelah kiri Data objektif : a. Pasien tampak menggunakan otot bantu napas b. Pola nafas takipnea c. frekuensi nafas 26 x/menit d. Pasien tampak sesak e. Pasien selalu tidur dengan posisi semifowler f. Pasien terlihat lemah g. Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm		
--	---	--	--

	h. Bunyi napas tambahan wheezing i. Hasil thoraks : kardiomegali		
	Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak nafas dan nyeri pada dada b. Pasien mengatakan sesak terasa pada saat beraktifitas / setelah beraktifitas c. Pasien mengatakan sesak terasa pada malam hari d. Pasien mengatakan tidak mampu tidur terlentang e. Pasien mengatakan selalu terbangun setiap malam karena sesak napas Data objektif : a. Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) menunjukan hasil : QRS patologis, dengan ST depresi,	Penurunan curah jantung	Perubahan kontraktilitas

	b. Pemeriksaan <i>Echocardiography</i> (ECG) menunjukkan hasil : LV dilatasi, kontraktilitas LV menurun, EF 45 % hipokinetik dianterior wall, kontraktilitas RV baik, katup katup ; MR, mld, TR trivial, disfungsi diastolik, efusi pericard minimal. c. Pemeriksaan <i>Rontgen Thoraks</i> menunjukkan hasil : kardiomegali d. Pengisian <i>Capillary Refil Time</i> (CRT) <2 detik e. Bunyi jantung terdengar murmur f. Tanda tanda vital TD : 143/74 mmhg, N : 92 x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 98 %		
--	---	--	--

	Data Subjektif :	Gangguan rasa	Gejala
	a. Pasien mengatakan tidak nyaman karena sesak nafas b. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan dada kiri c. Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak d. Pasien mengatakan mudah Lelah e. Pasien mengatakan tidak nyaman karena posisi tidur, dan tidak mampu tidur terlentang	nyaman	penyakit
	Data Objektif : a. Pasien tampak gelisah b. Pasien tampak tidak nyaman dan merasa risih Ketika ditanya tentang keadaanya, karena mual yang dirasakan c. Pasien tampak memegang perutnya d. Pasien tampak sering merubah posisi tidur		

	Data Subjektif a. Pasien mengatakan mempunyai Riwayat jantung sejak di bulan januari atau tiga bulan yang lalu, b. pasien hanya meminum obat dari dokter, c. pasien mengatakan sudah 4 kali masuk rumah sakit yang sama dengan penyakit yang sama, d. pasien mengatakan jarang mendengar penyakit gagal jantung kongestif di lingkungan rumah. e. Pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan Data Objektif : a. Pasien kurang memahami mengenai penyakit, gagal jantung kongestif b. pasien tampak bingung Ketika ditanya mengenai penyakit	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

	gagal jantung kongestif, yang dideritanya saat ini, c. pasien tidak tahu mengenai penyakit, penyebab, faktor resiko, maupun komplikasi pada penyakit gagal jantung kongestif		
--	--	--	--

B. Diagnosis keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kardiomegali
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan (*Ejection Fraction*) EF 45%
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan gejala penyakit gagal jantung kongestif
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi ditandai dengan

C. Perencanaan, Pelaksaan, Dan Evaluasi

1. **Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kardiomegali**

Data subjektif : pasien mengatakan sesak nafas terasa pada saat atau setelah aktivitas dan kecapean, pasien mengatakan suka batuk dan tenggorokan terasa gatal, pasien mengatakan nyeri saat bernapas pada dada sebelah kiri pasien mengatakan tidak mampu tidur terlentang karena sesak napas

Data objektif : pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pada saat fase expirasi pasien tampak memanjang, pola nafas takipnea 26 x/menit, pasien tampak sesak (dyspnea) bunyi jantung terdengar murmur

Tujuan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka pola nafas membaik.

Kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase expirasi menurun, frekuensi nafas dalam batas normal 12-20x/menit, nadi 60 x/menit, kedalaman nafas membaik,

Intervensi :

Manajemen jalan napas (1.01011)

- a. Monitor pola nafas
- b. Monitor bunyi napas tambahan
- c. Memonitor sputum
- d. Posisikan semi-fowler atau fowler
- e. Menganjurkan meminum air hangat
- f. Ajarkan Teknik batuk efektif
- g. Berikan oksigen (nasal kanul 3 lpm)

Pelaksanaan

pukul 08.00 WIB memonitor pola napas (frekuensi napas, kedalaman, usaha napas), pasien mengatakan nyeri saat bernapas, pasien mengatakan sesak napas, frekuensi napas pasien 26x menit dengan kedalaman dangkal, usaha nafas pasien menggunakan otot bantu napas, terdapat batuk dan pasien mengatakan tenggorokan terasa gatal pasien tampak sesak; pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan, pada saat dilakukan pemeriksaan

auskultasi suara napas wheezing; pukul 09.30 WIB memonitor sputum, pasien tidak ada dahak; pukul 10.00 WIB memposisikan semi fowler, atau fowler, pada posisi ini aliran balik vena ke jantung dan paru berkurang, kongesti paru berkurang dan penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal, pasien mengatakan merasa sesak dan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk; pukul 11.00 WIB memberikan minum air hangat, pasien mengatakan tenggorokan terasa gatal dan Ketika meminum air hangat tenggorokan terasa nyaman dan batuk berkurang; pukul 12.10 WIB memberikan oksigen, ini dapat memperbaiki perfusi jaringan dan meningkatkan kapasitas pengangkutan oksigen dalam sistem vaskuler, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm; pukul 14.00 WIB memeriksa tanda tanda vital, dengan hasil tekanan darah : 139/79 mmhg, N : 84x/menit, saturasi oksigen 98%, S : 36 C, frekuensi nafas 26x/menit; pukul 16.00 WIB memonitor sputum, pasien tidak terdapat dahak; pukul 20.00 WIB menganjurkan posisi semi fowler; pukul 21.30 memonitor frekuensi nafas, frekuensi nafas pasien 24x/menit; pasien mengatakan dengan posisi fowler sesak napas berkurang pukul 22.00 WIB memberikan oksigen, pasien sudah terpasang nasal kanul 3 lpm; pukul 06.30 memposisikan semi-fowler, pasien mengatakan sesak berkurang dengan posisi setengah duduk

Tanggal 21 maret 2023

pukul 08.00 WIB memonitor pola napas (frekuensi napas, kedalaman, usaha napas), pasien mengatakan nyeri saat bernafas sudah berkurang, pasien mengatakan sesak nafas pada saat melakukan aktifitas frekuensi napas pasien 24x menit, pasien masih terdapat batuk dan pasien mengatakan

tenggorokan mulai nyaman karna sudah meminum air hangat, pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan, pada saat dilakukan pemeriksaan aukultasi suara napas masih wheezing; pukul 10.00 WIB memposisikan semi fowler, atau fowler, pasien mengatakan ketika merasa sesak pasien merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk; pukul 11.00 WIB memberikan minum air hangat, pasien mengatakan tenggorkan lebih nyaman ketika meminum air hangat dan batuk berkurang; pukul 12.10 WIB memberikan oksigen, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm; pukul 14.00 WIB memeriksa tanda tanda vital, dengan hasil tekanan darah : 129/81 mmhg, N : 84x/menit, saturasi oksigen 98%, S : 36 C, frekuensi nafas 22 x/menit; pukul 20.00 WIB menganjurkan posisi semi fowler; pukul 22.30 memonitor frekuensi nafas, usaha nafas, pasien mengatakan sesak napas berkurang, batuk berkurang, tenggorokan sudah tidak terasa gatal seperti sebelumnya, pukul 06.30 memonitor tekanan darah dengan hasil, tekanan darah : 128/90 mmhg, N : 86x/menit, saturasi oksigen 98%, S : 36,4 C

Tanggal 22 maret 2023

pukul 08.00 WIB memonitor pola napas (frekuensi napas, kedalaman, usaha napas), pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, nyeri saat bernapas berkurang, frekuensi napas pasien 20x menit, pasien mengatakan batuk sudah tidak sering, pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan, pada saat dilakukan pemeriksaan aukultasi suara napas mengalami perubahan, bunyi napas vesikuler; pukul 10.00 WIB memposisikan semi fowler, atau fowler, pasien mengatakan merasa sesak

dan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk; pukul 11.00 WIB memberikan minum air hangat, pasien mengatakan tenggorokan terasa gatal dan Ketika meminum air hangat tenggorokan terasa nyaman dan batuk berkurang; pukul 12.10 WIB memberikan oksigen, pasien tidak terpasang oksigen; pukul 14.00 WIB memeriksa tanda tanda vital, dengan hasil tekanan darah : 118/79 mmhg, N : 84x/menit, saturasi oksigen 98%,.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak, saat atau setelah melakukan aktifitas, pasien mengatakan sudah tidak merasa batuk dan gatal pada tenggorokan

Data objektif : pasien tampak rileks, tidak lagi sesak, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, RR 22 x/menit, suhu 36,5 c, tidak ada sputum, pola nafas vesikuler, dan tidak ada suara nafas tambahan,

Analisa : pola napas tidak efektif teratasi

Perencanaan : intervensi dihentikan

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan (*ejection fraction*) EF 45%

Data subjektif : Pasien mengatakan sesak nafas dan nyeri pada dada Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan mual, Pasien mengatakan sesak terasa pada saat beraktifitas / setelah beraktifitas, Pasien mengatakan sesak terasa pada malam hari, pasien mengatakan tidak mampu tidur berbaring terlentang karna sesak napas, pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sesak napas

Data objektif : Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) menunjukkan hasil : QRS patologis, ST depresi, Pemeriksaan *Echocardiography* (ECG) menunjukkan hasil : LV dilatasi, kontraktilitas LV menurun, EF 45 % hipokinetik dianterior wall, kontraktilitas RV baik, atup katup ; MR, mllld, TR trivial, disfungsi diastolik, efusi pericard minimal. Pemeriksaan *Rontgen Thoraks* menunjukkan hasil : kardiomegali, Pengisian *Capillary Refil Time* (CRT) <2 detik Tanda tanda vital TD : 143/74 mmhg, N : 92 x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 98 %(terpasang nasal kanul) tidak terdapat edema pada bagian tubuh, pasien tampak batuk

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran curah jantung meningkat

Kriteria hasil : palpitasi menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, 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.

Intervensi :

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada
- f. Monitor ekg 12 sadapan

- g. Monitor aritmia
- h. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan setelah beraktifitas
- i. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat
- j. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
- k. Berikan diet jantung yang sesuai
- l. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- m. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- n. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
- o. Kolaborasi pemberian obat aspilet 1x80 mg, captopril 3x6,25 sprinronolacton 1x25 mg, clopidogrel 1x75,

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP). pasien tampak sesak, pasien mengatakan sesak pada saat atau setelah melakukan aktivitas, pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sesak, pasien mengatakan tidak mampu tidur berbaring atau terlentang karena sesak, pasien mengatakan mudah Lelah, tidak terdapat edema pada bagian tubuh pasien, frekuensi nafas 26 x/menit; pukul 09.00 WIB mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronki basah, oliguria, batuk, kulit pucat), pasien tidak ada peningkatan berat badan, tidak

terdapat hepatomegali, tidak terlihat distensi vena jugularis; pukul 10.00 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 98%, pukul 10.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyeri pada dada kiri dengan skala 3 (*numeric scale 1-10*) pukul 11.15 WIB melakukan EKG 12 sadapan, hasil ekg menunjukkan QRS patologis ST depresi; pukul 11.30 WIB memonitor aritmia, tidak ada tanda-tanda aritmia pada pasien, pukul 12.00 WIB, pemberian spironolactone 1x25 mg, pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping, pukul 13.00 WIB memposisikan semi fowler pasien, pukul 14.00 WIB memberikan diet jantung dan menganjurkan pasien istirahat dan tidur; pukul 14.30 memberikan diet jantung, pasien mendapatkan diet lunak ½ porsi, porsi makan di habiskan; pukul 17.00 WIB memberikan obat captopril 3x75 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 20.00 WIB memberikan obat captopril 3x75 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 22.00 WIB pemberian obat clopidogrel, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 23.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP). pasien tampak masih sesak, pasien mengatakan masih merasakan sesak pada saat atau setelah melakukan aktivitas, pasien mengatakan masih terbangun pada malam hari karena sesak, pasien mengatakan belum mampu tidur berbaring atau terlentang karena sesak, pasien mengatakan mudah Lelah, frekuensi nafas 26 x/menit; pukul 05.00 WIB Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat, tekanan darah 128/80 mmhg; pukul 06.00

WIB pemberian obat aspilet 1x80 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP). Pasien tampak masih sesak, pasien sesak berkuang, pasien mengatakan masih terbangun pada malam hari karena sesak, pasien mengatakan belum mampu tidur berbaring atau terlentang karena sesak dan lebih nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan mudah Lelah, tidak terdapat edema pada bagian tubuh pasien, frekuensi nafas 24 x/menit; pukul 09.00 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 98%, pukul 11.00 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyeri pada dada kiri berkurang; pukul 12.00 WIB, pemberian spironolactone 1x25 mg, pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping, pukul 13.00 WIB memposisikan semi fowler pasien, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan sesak berkurang,; pukul 14.30 memberikan diet jantung, pasien mendapatkan diet lunak ½ porsi , porsi makan di habiskan; pukul 17.00 WIB memberikan obat captropil 3x75 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 20.00 WIB memberikan obat captropil 3x75 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 22.00 WIB pemberian obat clopidogrel, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping; pukul 23.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dipsnea, kelelahan,

edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP). pasien mengatakan masih sesak berkurang pada saat atau setelah melakukan aktivitas,, pasien mengatakan dapat tidur dan tidak terbangun karena sesak napas, pasien mengatakan masih terbangun pada malam hari karena sesak, pasien mengatakan belum mampu tidur berbaring atau terlentang karena sesak, pasien mengatakan mudah Lelah, frekuensi nafas 22 x/menit; Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat, tekanan darah 118/74 mmhg pukul 06.00 WIB pemberian obat aspilet 1x80 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP). pasien mengatakan sesak napas tidak lagi terasa namun setelah melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi masih merasakan sesak pasien mengatakan dapat tidur dan tidak terbangun pada malam hari karena sesak, pasien mengatakan mudah Lelah, frekuensi nafas 20 x/menit; pukul 09.00 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 98%; pukul 10.00 WIB memonitor tekanan darah, tekanan darah 121/77 mmhg pukul 11.00 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyeri pada dada kiri sudah jarang terasa; pukul 12.00 WIB, pemberian spironolactone 1x25 mg, pasien sudah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping, pukul 13.00 WIB memposisikan semi fowler pasien, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan sesak berkurang,; pukul 13.30 WIB Periksa tekanan

darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat, tekanan darah 119/89 mmhg; pukul 14.00 memberikan diet jantung, pasien mendapatkan diet lunak ½ porsi, porsi makan di habiskan,

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak lagi terasa sesak, pasien mengatakan sudah tidak lagi merasakan nyeri dada, pasien mengatakan sudah bisa tertidur tanpa terbangun pada malam hari karena sesak napas, pasien mengatakan setelah melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi masih merasakan sesak

Data objektif : keadaan pasien baik, pasien tampak tidak sesak, pasien telah diberikan obat aspilet 1x80 mg, captopril 3x6,25 sprinronolacton 1x25 mg dan clopidogrel 1x75 PND sudah tidak ada, tekanan darah 119/89 mmhg, belum ada hasil pemeriksaan echocardiography lebih lanjut

Analisa : penurunan curah jantung belum teratasi

Perencanaan : intervensi di lanjutkan

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan gejala penyakit gagal jantung kongestif

Data subjektif : Pasien mengeluh tidak nyaman karena sesak nafas, Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan dada kiri, dengan skala nyeri 3 Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak, Pasien mengeluh mudah Lelah Pasien mengeluh tidak nyaman karena posisi tidur, dan tidak mampu tidur terlentang

Data objektif : Pasien tampak gelisah, Pasien tampak tidak nyaman dan merasa risih Ketika ditanya tentang keadaanya, karena mual yang dirasakan, Pasien tampak memegang perutnya, Pasien tampak sering merubah posisi tidur. Skala nyeri 3 pad dada kiri dan ulu hati pasien

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah status kenyamanan meningkat

Kriteria hasil : kesejahteraan fisik meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat, keluhan tifak nyaman menurun, keluhan mual menurun, keluhan nyeri menurun, keluhan sulit tidur menurun, gelisah menurun, Lelah menurun, pola tidur membaik

Intervensi :

- a. Mengidentifikasi nyeri, durasi, dan kualitas nyeri
- b. Mengidentifikasi nyeri
- c. Monitor pola tidur
- d. Memfasilitasi istirahat dan tidur
- e. Berikan edukasi mengenai nyeri dan Teknik relaksasi nafas dalam
- f. Kolaborasi pemberian obat Aspilet 80 mg pukul 06.00 WIB

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, dengan skala nyeri 3, nyeri timbul pada saat atau setelah aktivitas. pada pukul 10.30 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan pada saat nyeri timbul, pasien menggunakan tehnik relaksasi

nafas dalam untuk memperingan nyeri, pukul 12.30 WIB memonitor pola tidur, pasien mengatakan sulit tidur karna tidak nyaman akan sesak dan nyeri nya, pasien mengatakan tidur siang hanya 10-15 menit dan tidur malam 4 jam dan sering terbangun pada malam hari, pada pukul 14.00 memberikan edukasi mengenai nyeri dan Teknik reaksi nafas dalam, pasien sudah diberikan edukasi dan dapat mengaplikasikan Teknik relaksasi nafas dalam Ketika nyeri muncul, pukul 14.30 WIB anjurkan pasien istirahat dan tidur; pukul 17.00 WIB memonitor pola tidur, pasien mengatakan tidak nyaman tidur karena nyeri ulu hati, pasien tidur siang hanya 15 menit pukul 06.00 WIB memberikan obat Aspilit 80 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri berkuang pada dada dan ulu hati. pada pukul 10.30 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan pada saat nyeri timbul, pasien menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, pukul 12.30 WIB memonitor pola tidur, pasien mengatakan sudah bisa tidur karena nyeri pada dada dan ulu hati berkurang, pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 4-5 jam. pada pukul 14.00 memberikan edukasi mengenai nyeri dan Teknik reaksi nafas dalam, pasien sudah diberikan edukasi dan dapat mengaplikasikan Teknik relaksasi nafas dalam Ketika nyeri muncul, pukul 14.30 WIB anjurkan pasien istirahat dan tidur. Pukul 17.00 WIB memonitor nyeri, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2, pukul

06.00 WIB pemberian obat aspilet 80 mg, pasien telah diberikan obat dan tidak ditemukan efek samping

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas intensitas nyeri, pasien mengatakan sudah tidak lagi nyeri pada dada maupun ulu hati. pada pukul 10.30 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan pada saat nyeri timbul, pasien menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, pukul 12.30 WIB memonitor pola tidur, pasien mengatakan sudah bisa tidur nyaman, nyeri tidak lagi dirasa, pada pukul 14.00 memberikan edukasi mengenai nyeri dan Teknik reaksi nafas dalam, pasien sudah diberikan edukasi dan dapat mengaplikasikan Teknik relaksasi nafas dalam Ketika nyeri muncul, pukul 14.30 WIB anjurkan pasien istirahat dan tidur.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak lagi nyeri pada dada dan ulu hati, pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyaman, pasien mengatakan Ketika nyeri muncul pasien menggunakan relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri

Data objektif : keadaan umum baik, pasien sudah diberikan edukasi cara Teknik nafas dalam untuk memperingan nyeri, pasien sdapat tidur lama, dan tidak lagi mengeluh sulit tidur karena tidak nyaman

Analisa : gangguan rasa nyaman teratasi

Perencanaan : intervensi dihentikan

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien sudah 4x ke rumah sakit yang sama dengan penyakit gagal jantung kongestif

Data subjektif : pasien mengatakan mempunyai Riwayat jantung sejak di bulan januari atau tiga bulan yang lalu, pasien hanya meminum obat dari dokter, pasien mengatakan sudah 4 kali masuk rumah sakit yang sama dengan penyakit yang sama, pasien mengatakan jarang mendengar penyakit gagal jantung kongestif di lingkungan rumah. Pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan,

Data objektif : pasien kurang memahami mengenai penyakit, pasien tampak bingung Ketika ditanya mengenai penyakit gagal jantung kongestif, yang dideritanya saat ini, pasien tidak tahu mengenai penyakit, penyebab, faktor resiko, maupun komplikasi pada penyakit gagal jantung kongestif

Tujuan : untuk menambah informasi kognitif yang berkaitan dengan penyakit yang di deritanya saat ini, yaitu gagal jantung kongertif

Kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

- b. Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan tentang penyakit gagal jantung kongestif
- c. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- d. Berikan kesempatan untuk bertanya
- e. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- f. Kaji evaluasi pemahaman klien Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan
- g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- h. Jelaskan pengertian, penyebab, makanan, komplikasi, dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2022

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi yang akan diberikan, Ny N bersedia menerima informasi sesuai kontrak waktu dan tempat; pukul 08.30 WIB mengkaji pengetahuan pasien tentang gagal jantung kongestif, pasien mengatakan tidak mengetahui dan tampak bingung pada saat ditanya, pasien mengatakan sudah 4 kali dirawat di rumah sakit yang sama dengan penyakit yang sama yaitu gagal jantung kongestif, pukul 09.00 WIB Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan tentang penyakit gagal jantung kongestif, materi Pendidikan Kesehatan tentang penyakit gagal jantung kongestif, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, faktor resiko, dan aktivitas fisik pada pasien; pukul 12.00 WIB jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, pasien telah kontrak waktu dan tempat, dengan waktu yang ditentukan pada tanggal 21 maret pukul 10.00

WIB, : pukul 12.30 mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, pasien telah diajarkan dan pasien mengatakan mau mengikuti anjuran,

Tanggal 21 maret 2022

pukul 08.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi yang akan diberikan; Pukul 09.30 WIB menyediakan materi dan Pendidikan Kesehatan, penulis menyiapkan dan melakukan Pendidikan Kesehatan mengenai pengertian, penyebab, komplikasi, faktor resiko dan anjuran makanan dan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung kongestif. 10.00 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya, pasien dan keluarga tampak antusias bertanya seputar gagal jantung kongestif, Pukul 12.00 WIB mengevaluasi pemahaman klien tentang Pendidikan Kesehatan yang telah diberikan. Pasien dapat menjelaskan pengertian gagal jantung kongestif dapat menyebutkan penyebab, faktor resiko, komplikasi yang dapat terjadi, anjuran makanan dan aktivitas fisik, pasien mengatakan senang mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang penyakit yang di derita saat ini

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengevaluasi pemahaman mengenai pengertian, penyebab, komplikasi, makanan yang harus di hindari , pasien dapat memahami dan dapat mengingat tentang Pendidikan Kesehatan gagal jantung kongestif; pukul dan obat yang rutin diminum, pasien memahami mengenai penyakitnya, pukul 10.30 menyediakan materi dan memberikan

Pendidikan Kesehatan mengenai rutin minum obat, pasien tampak antusias dan memahaminya pukul 10.45 memberikan kesempatan untuk bertanya, pasien sudah paham mengenai rutin minum obat. Pukul 14.00 WIB menganjurkan meminum obat-obatan secara rutin, pasien dapat meminum obat pukul 14.30 WIB anjurkan pasien untuk istirahat dan tidur.

Evaluasi

Tanggal, 22 maret, 2022

Data subjektif : pasien mengatakan setelah diberikan Pendidikan Kesehatan akan mengikuti anjuran dari perawat mengenai anjuran makanan, aktivitas fisik, dan meminum obat secara rutin, pasien mengatakan setelah diberikan Pendidikan Kesehatan jadi lebih memahami dan paham tentang resiko akibat makanan yang tidak dibatasi, dan pola hidup sehat

Data objektif : pasien dan keluarga tampak kooperatif dalam menerima dan mendengarkan materi yang diberikan. Pasien juga sudah paham mengenai penyakitnya, pasien dapat menyebutkan Kembali materi Pendidikan Kesehatan gagal jantung kongestif

Analisa : tujuan keperawatan teratasi

Perencanaan : intervensi dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus, faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan gagal jantung kongestif, diruang penyakit kardiologi kamar 608 rumah sakit daerah koja, yang dilakukan mulai dari tanggal 20 sampai dengan 22 maret 2022. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Menurut (Malik et al, 2022) menyatakan bahwa gagal jantung kongestif dapat disebabkan oleh kelainan pada struktur tulang, kelainan fungsional dan juga bisa terjadi akibat faktor pemicu lainnya, secara historis Sebagian besar kasus disebabkan oleh penyakit arteri coroner dan infark miokard seiring berjalannya waktu, penyebab struktural lain yaitu bisa terjadi karena hipertensi, penyakit katup jantung, aritmia yang tidak terkontrol miokarditis dan penyakit jantung bawaan, sedangkan (Amita, 2022) menyatakan gagal jantung kongestif dapat terjadi dikarenakan gangguan yang dapat mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi sistolik atau kotraktivitas miokardial (disfungsi metabolik) hal hal yang dijelaskan diatas sesuai dengan faktor yang mempengaruhi terjadinya gagal jantung kongestif

dengan dibuktikan bahwa pasien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi dan genetik diketahui bahwa orang tua pasien mengalami Riwayat hipertensi.

Menurut (Belleza.M., 2021) Gagal jantung kongestif di akibatkan oleh berbagai kondisi kardiovaskular, termasuk hipertensi kronis, penyakit arteri koroner, dan penyakit katup. Saat gagal jantung berkembang, tubuh mengaktifkan mekanisme kompensasi neurohormonal. Gagal jantung sistolik menyebabkan penurunan volume darah yang dikeluarkan dari ventrikel. Sistem saraf simpatis kemudian dirangsang untuk melepaskan epinephrine dan norepinephrine. Penurunan perfusi ginjal menyebabkan pelepasan renin, dan kemudian mendorong pembentukan angiotensin I. Angiotensin I diubah menjadi angiotensin II oleh *angiotensin converting enzyme* (ACE) yang dapat menyempitkan pembuluh darah dan merangsang pelepasan *aldosterone* yang menyebabkan retensi albumin natrium dan cairan. Ada penurunan kontraktilitas serabut otot jantung saat beban kerja meningkat. Kompensasi. Jantung mengkompensasi peningkatan beban kerja dengan meningkatkan ketebalan otot jantung. Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang mempunyai Riwayat penyakit hipertensi dan pasien merasakan sesak napas meningkat Ketika sedang atau sesudah melakukan aktivitas.

Selain itu menurut (Purnamasari, 2023) mengatakan pasien yang mengalami gagal jantung kongestif ini biasanya terdapat tanda dan gejala sesak napas yang spesifik Ketika beristirahat, sesudah melakukan aktifitas, atau sebelum melakukan aktifitas, biasanya pasien akan mengalami tubuh

yang terasa lemah, tidak bertenaga, anormalitas dari struktur dan fungsi jantung, hal hal yang disebutkan diatas sesuai dengan apa yang dirasakan pasien, pasien mengalami sesak nafas saat atau sesudah melakukan aktifitas, pasien sering mengeluh lemah, dan sering terbangun pada malam hari akibat sesak nafas namun terdapat kesenjangan bahwa pada pasien terdapat nyeri pada ulu hati, mual dan muntah, sedangkan pada teori diatas tidak disebutkan tanda dan gejala seperti nyeri ulu hati, dan mual muntah.

Selain itu ada beberapa penyebab gagal jantung kongestif yang meliputi : kelainan pada otot jantung yang biasa disebabkan karena menurunnya kontraktilitas pada jantung, menurut (LeMone et al., 2016) kontraktilitas adalah kemampuan serabut otot jantung untuk memndek selama sistol. Kontraktilitas ini diperlukan untuk melawan tekanan arteri dan mengeluarkan darah selama sistol. Kerusakan kontraktilitas mempengaruhi curah jantung dengan menurunkan volume sekuncup.

pada pasien ditemukan hasil echocardiography dengan hasil fraksi ejeksi 45 % sehingga menurunnya kontraktilitas pada jantung, menurut (LeMone et al., 2016) fraksi ejeksi (EF) adalah presentase darah dalam ventrikel yang dikeluarkan selama sistol. Fraksi ejeksi normalnya sekitar 60%. kemudian pasien juga mempunyai Riwayat hipertensi, hal ini penyakit hipertensi salah satu faktor risiko terjadinya gagal jantung, karena hipertensi terjadi Ketika pembuluh darah tidak cukup rileks. Hal ini menciptakan resistensi yang lebih keras terhadap pemompaan darah melalui sistem peredaran darah ke jantung . pada pengkajian selanjutnya

penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan pasien meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan

Menurut (PERKI, 2020) manifestasi klinis pada gagal jantung meliputi : gejala khas gagal jantung : sesak nafas saat istirahat atau aktivitas, kelelahan, edema tungkai, dengan tanda khas gagal jantung : takikardia, takipneu, ronki paru, efus pleura peningkatan vena jugularis, edema perifer, hepatomegali, dengan tanda objektif gangguan struktur atau fungsional jantung saat istirahat, kardiomegali, suara jantung tiga, murmur jantung, abnormalitas dalam gambaran ekokardiografi, kenaikan konsentrasi peptide natruretik.

Pada pasien ditemukan sesak nafas sebelum/setelah beraktifitas, dan mengalami kesulitan bernafas hal ini dibuktikan dengan frekuensi nafas 26 x/menit, bunyi jantung murmur, pasien sering merakan batuk namun tidak mengeluarkan lendir, dan tidak ditemukannya edema pada bagian tubuh, pada pengkajian pasien sering merasakan kelelahan sepanjang waktu dan kesulitan beraktifitas sehari hari hal ini disebabkan karena jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan tubuh,

Menurut penatalaksanaan yang dapat diberikan pada penderita gagal jantung kongestif adalah obat diuretik, penghambat ACE dan penghambat reseptor angiotensin, antagonis reseptor aldosterone, hydralazine dan isosorbide dinizrate, digoxin, dan antikoagulasi. Pemberian obat diuretik direkomendasikan pada pasien dengan gagal jantung kongestif untuk perbaikan gejala jika pasien mengalami kelebihan volume cairan. Terapi yang diberikan pada pasien sesuai dengan teori hal ini dibuktikan pasien

mendapatkan terapi furosemide, captrofil 3x 6,3 mgl, spiro lacton 1x25 mg, ISDN 5 mg, Aspilit 80 mg, CPG 75 mg.

faktor pendukung dalam melakukan pengkajian penulis mendapatkan kemudahan dengan adanya keluarga dan pasien sangat kooperatif saat pengkajian sehingga penulis dapat mengumpulkan data data yang diperlukan dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang telah membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian,

faktor penghambat dalam pengkajian ini yaitu tidak adanya hasil penjelesan mengenai pemeriksaan foto thoraks, menurut CI foto thoraks hanya terdapat hasil kardiomegali namun belum ada hasil lebih lanjut sampai pada akhir proses pengkajian. Namun penulis mendapatkan solusi dengan meminta penjelasan pada perawat mengenai hasil pemeriksaan, dan sering bertanya tanya kepada pasien mengenai keluhan yang dirasakan dan perkembangannya, sehingga penulis dapat mengumpulkan data yang diperlukan.

B. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap proses keperawatan dan dilakukan setelah menegakan diagnosis keperawatan. perencanaan keperawatan adalah rangkaian kegiatan dalam penentuan Langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, merumuskan tujuan dan rencana Tindakan. Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Perencanaan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi. Yang disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam.

Pada tahap perencanaan terdapat kesenjangan karena terdapat beberapa intervensi ada yang sama, namun penulis tetap menuliskan intervensi tersebut dalam pelaksanaannya.

Dalam perencanaan keperawatan pasien gagal jantung kongestif dengan diagnosis pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan kardiomegali, terdapat beberapa intervensi yang tidak dilakukan yaitu lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, karena pasien tidak ada dahak, pasien juga telah dilakukan Teknik batuk efektif, dan menganjurkan minum air hangat agar tenggorokan pasien terasa nyaman dan mengurangi batuk pada perencanaannya terdapat kesejangan karena ada perencanaan yang sama yaitu berikan posisi semi fowler yang sudah ada dalam perencanaan di diagnosis kedua yaitu penurunan curah jantung, dalam perencanaannya hanya diambil lima perencanaan dari lima belas perencanaan, hal ini karena disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pada pasien

Diagnosis kedua penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan hasil thoraks fraksi ejeksi 45% pada perencanaannya dilakukan lima belas dari dua puluh tujuh intervensi, lima belas intervensi dan terdapat kesenjangan karena terdapat dua intervensi yang sama yaitu berikan posisi semi fowler hal ini sudah ada pada intervensi pola napas tidak efektif, dan penulis melakukan lima belas intervensi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien

Diagnosis yang ketiga gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan gejala penyakit gagal jantung kongestif, pada perencanaannya hanya Sembilan intervensi dari Sembilan belas intervensi,

hal ini karena disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pada pasien, dan diagnosis keempat yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien sudah 4 kali masuk rumah sakit yang sama dan penyakit yang sama dengan ketidaktahuan mengenai penyakit gagal jantung kongestif, dalam perencanaannya edukasi Kesehatan dilakukan dan tidak terdapat kesenjangan.

Faktor pendukung dalam melakukan Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan hal ini sudah sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien, faktor penghambat penulis tidak menemukan hambatan, hanya saja dalam penentuan waktu penulis mengalami kesulitan karena dalam literatur tidak ada kriteria waktu, sehingga dalam menentukan waktu penulis sesuaikan dengan waktu waktu pelaksanaan keperawatan, yaitu selama 3x24 jam kecuali untuk diagnosis defisit pengetahuan kriteria waktu ditentukan seama 30 menit..

C. Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosa penulis menemukan beberapa beberapa kesenjangan antara teori dan pasien, menurut (PPNI, 2017), (LeMone et al., 2016) dan (Asikin & Nuralamsyah, 2016) terdapat 7 Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gagal jantung kongestif yaitu : Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, preload, prebuhan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas, Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi paru, perubahan membrane alveoulus-kapiler , Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis, Intoleransi aktifitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup menurun, Ansietas (D. 0080) berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), kurang terpapar informasi, Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang minat belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sistem informasi, Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) faktor resiko kekurangan /kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Sedangkan Pada pasien ditemukan kesenjangan dalam menentukan diagnosis keperawatan, pada pasien terdapat dua diagnosis sesuai dengan yang di kemukakan oleh (LeMone et al., 2016) hal ini terjadi karena pasien yang sudah dalam keadaan membaik setelah 2 hari mendapatkan perawatan dirumah sakit dengan manifestasi klinis yang hanya sedikit didapatkan dan data yang kurang dari 80 % untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosa. Kemudian terdapat dua diagnosis yang muncul pada pasien yang tidak ada di teori, dengan diagnosis yang muncul pada pasien yaitu : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kardiomegali, hal ini dibuktikan bahwa pasien sering merasakan sesak nafas (dyspnea) yang terasa pada saat atau setelah beraktifitas dan

kecapean,, hasil thoraks terdapat kardiomegali,pasien juga sering batuk dan tenggorokan terasa gatal, pasien yang tampak menggunakan otot bantu pernafasan dengan fase expirasi memanjang, terdapat bunyi napas tambahan wheezing, pola nafas takipnea 26 x/menit dan diberikan oksigen 3 lpm.

Diagnosis kedua yang muncul pada pasien yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas. Menurut (LeMone et al., 2016) kontraktilitas adalah kemampuan alamiah serabut otot jantung untuk memendek selama sistol. Kontraktilitas diperlukan untuk melawan tekanan arteri dan mengeluarkan darah selama sistol. Kerusakan kontraktilitas memengaruhi curah jantung dengan menurunkan volume sekuncup. Fraksi ejeksi (*Ejection Fraction*, EF) adalah presentase darah dalam ventrikel yang dikeluarkan selama sistole, fraksi ejeksi normal adalah sekitar 60 %. hal ini dibuktikan bahwa pasien memiliki penyakit gagal jantung kongestif dengan hasil *Echocardiography* yaitu EF 45 %, pada hasil *Echocardiography* kemudian hasil thoraks menyatakan hasil kardiomegali, pasien juga mengalami takikardi, dengan nadi 128 x/menit,sering merasa Lelah dan lemas, sesak nafas pada saat atau setelah beraktifitas sehingga tidak mampu beraktifitas seperti biasanya pasien juga tidak mampu tidur terlentang dan sering terbangun di malam hari karena sesak.

Diagnosis ketiga yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, ditandai dengan gejala penyakit gagal jantung kongestif, munculnya diagnosis ini karena pasien yang sering mengeluh tidak nyaman karena sesak nafas, nyeri ulu hati dan dada kiri, sulit tidur karena sesak, mudah Lelah, dan pasien tampak tidak nyaman dan

merasa risih. Ketika dilakukan pengkajian dengan ditanya tanya mengenai penyakitnya, pasien tampak sering mengubah posisi tidurnya.

Diagnosis keempat yang muncul defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, diagnosis ini muncul karena didapatkan data bahwa pasien sudah 4 kali masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama dan kurang mengetahui mengenai penyakitnya, pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan, dan tidak mengetahui makanan apa saja yang perlu dibatasi pada pasien gagal jantung, hal ini memicu Kembali gejala dan tanda penyakit gagal jantung kongestif akibat pola hidup yang tidak sehat dan ketidaktahuan dalam mengenal penyakit gagal jantung kongestif, maka penulis melakukan Tindakan Pendidikan Kesehatan mengenai gagal jantung kongestif yang meliputi; pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi yang mungkin terjadi, makanan yang perlu dibatasi dan aktifitas fisik pada pasien gagal jantung kongestif.

Kemudian terdapat 5 diagnosis pada teori yang penulis tidak angkat yaitu Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi paru, perubahan membrane alveolus-kapiler dengan data gejala dan tanda mayor PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, Ph arteri meingkat/menurun, bunyi nafas tambahan dan dipsnea, sedangkan pada pasien ditemukan PO meningkat bukan menurun Ph dalam keadaan normal, terdapat bunyi napas tambahan yaitu wheezing dan tidak ditemukannya sputum sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis gangguan pertukaran gas.

Diagnosis kedua yang ada di teori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis, hal ini karena pada pasien tidak ditemukan edema, tidak terdapat kelebihan cairan, tidak ada peningkatan berat badan dan tidak terdapat distensi vena jugularis.

Diagnosis ketiga yang ada di teori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu Intoleransi aktifitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup menurun, hal ini tidak ditemukan pada pasien dibuktikan dengan, pasien masih mampu beraktivitas sendiri,

Diagnosis keempat yang ada di teori namun tidak terdapat dikasus yaitu Ansietas (D. 0080) berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), kurang terpapar informasi, hal ini karena pasien tidak mengalami kecemasan

Diagnosis ke lima yang ada di teori namun tidak ada dikasus yaitu Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) faktor resiko kekurangan /kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. Hal ini karena pasien tidak dalam keadaan tirah baring, dan tidak terdapat penekanan dan tanda tanda penonjolan tulang

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan Diagnosis keperawatan yaitu data pasien pada saat pengkajian data rekam medis lengkap, tersedianya buku referensi dari perpustakaan yang cukup banyak faktor penghambat dalam melakukan diagnosis ini, buku referensi di perpustakaan kampus kurang kurangnya literatur tahun terbaru khususnya terkait yang membahas tentang penyakit kardiovaskuler atau gagal jantung kongestif.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada saat melaksanakan asuhan keperawatan penulis melakukan Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana dan semua Tindakan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan saat melakukan Tindakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan. Penulis melakukan Tindakan keperawatan mulai pukul 07.30 WIB sampai pukul 14.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab, pada pelaksanaannya penulis mencatat selama 3 x24 jam, solusinya penulis menanyakan Kembali kepada perawat pergantian shift dan disesuaikan Kembali dengan catatan rekam medis dalam pelaksanaannya, sehingga penulis dapat mencatat dan mengetahui perkembangan pasien selama 3x 24 jam.

Faktor pendukung, perawat dapat mengkolaborasi pelaksanaan yang dilakukan pada pergantian shift sehingga penulis dapat mengetahui perkembangan pasien dengan 3x24 jam, dalam pelaksanaannya penulis tidak menemukan hambatan,

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi yang sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan. (Risnawati., et,al 2023)

Dari empat diagnosis yang muncul pada pasien yaitu : keperawatan yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dari empat diagnosis keperawatan yang diangkat diatas terdapat 3 diagnosi yang teratasi, dan diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas belum teratasi, hal ini karena belum ada hasil lebih lanjut mengenai pemeriksaan penunjang yaitu *Echocardiography*, thoraks, dan EKG sehingga penulis belum mengetahui hasil lebih lanjut pada pasien,

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil sudah terlaksana dan tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga yang kooperatif pada saat penulis melakukan Tindakan keperawatan dari awal hingga akhir, sehingga penulis bisa mendapatkan hasil dan

perkembangan evaluasi pasien dan faktor penghambat penulis tidak menemukan kesulitan dalam menentukan hasil keperawatan dalam evaluasi pasien.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N dengan Gagal jantung kongestif di ruang kardiologi kamar 608 rumah sakit umum daerah koja Jakarta, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Penyebab penyakit gagal jantung kongestif disebabkan oleh kelainan struktur tulang, kelainan fungsional, dan juga dapat terjadi akibat faktor pemicu lainnya, secara historis Sebagian kasus disebabkan oleh penyakit arteri koroner, diabetes melitus yang menjadi faktor predisposisi utama terhadap gagal jantung, penyebab struktural lain yaitu karena penyakit hipertensi, penyakit katup jantung, aritmia yang tidak terkontrol miokarditis dan juga penyakit jantung bawaan. Hal ini sesuai dengan keadaan pasien dimana pasien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi, dan faktor genetik juga karena orang tuanya mempunyai Riwayat hipertensi.

Pada diagnosa, menurut (PPNI, 2017), (LeMone et al., 2016) dan (Asikin & Nuralamsyah, 2016) terdapat 7 Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gagal jantung kongestif yaitu : Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, preload, prebuhan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas, Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan

ketidakseimbangan ventilasi paru, perubahan membrane alveolus-kapiler , Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis, Intoleransi aktifitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup menurun , Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), kurang terpapar informasi, Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang minat belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sistem informasi, Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) faktor resiko kekurangan /kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Kemudian terdapat dua diagnosis yang sesuai dengan kasus yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dan dua diagnosis yang tidak terdapat di teori namun terdapat pada pasien yaitu; pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

Perencanaan keperawatan sudah sesuai dengan teori dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Pada diagnosa pola nafas tidak efektif penulis hanya melaksanakan lima perencanaan sedangkan

menurut teori ada lima belas perencanaan, Pada diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas penulis melaksanakan lima belas dari dua puluh tujuh perencanaan, namun terdapat kesejangan dengan intervensi yang sama yaitu berikan posisi semi-foler yang sama dengan perencanaan pola napas tidak efektif di diagnosis pertama, kemudian diagnosis ketiga gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, penulis melaksanakan Sembilan perencanaan dari Sembilan belas perencanaan , diagnosis ke empat yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, penulis melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai dengan teori.

Pada tahap evaluasi keperawatan pada keempat diagnosis hanya tiga teratasi semua, yaitu : pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, sedangkan terdapat satu diagnosis yang tidak teratasi yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas,

B. Saran

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

1. Bagi institusi pelayanan Kesehatan

Hendaknya Kerjasama yang sudah terjalin selama ini dapat dipertahankan sehingga asuhan keperawatan dapat ditingkatkan

2. Bagi penulis

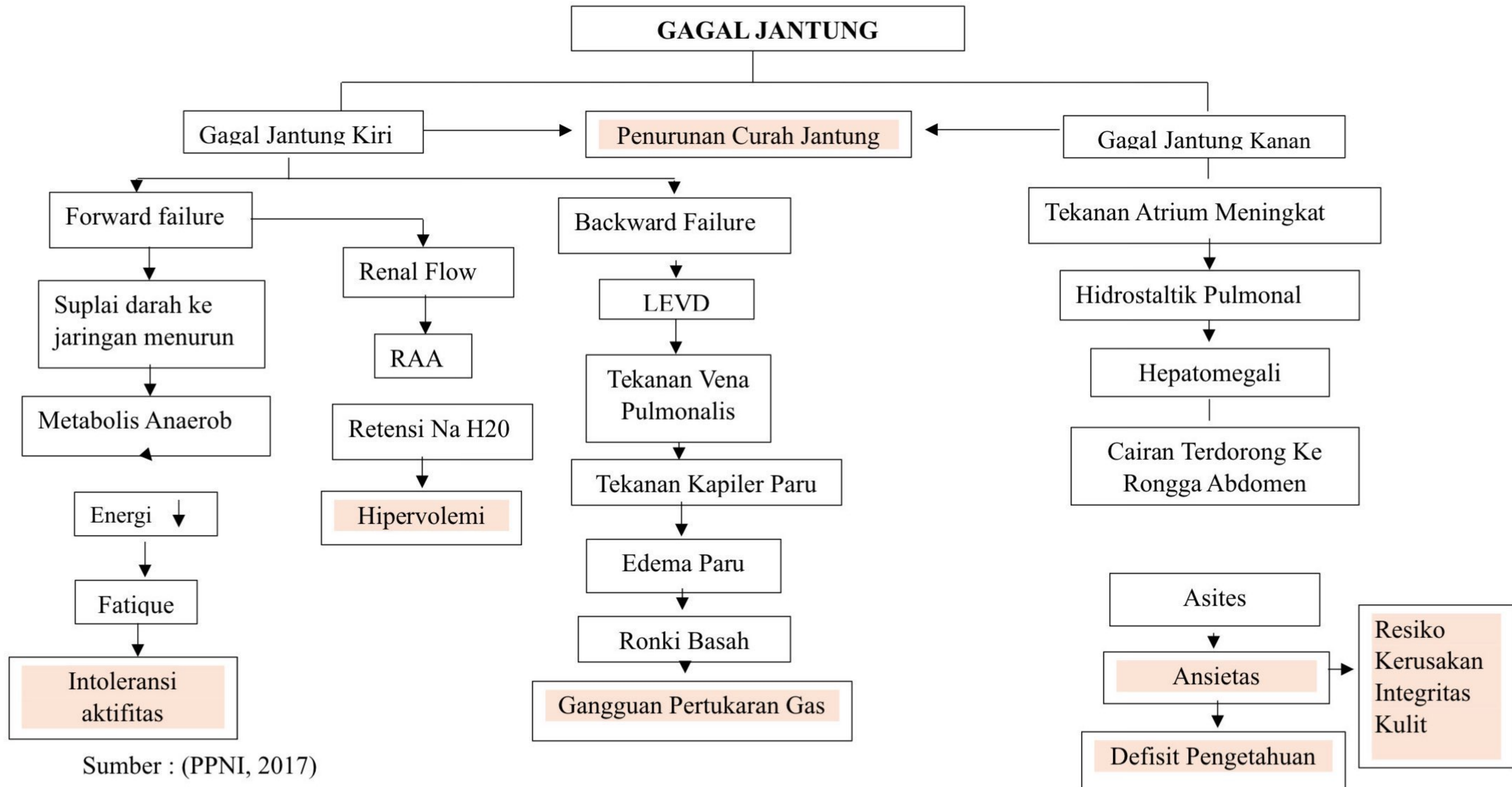
Untuk penulis agar perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis dan menganalisa lebih dalam lagi jika menemukan adanya kesulitan pada saat membaca data rekam medis. Saat akan menjelaskan dan melakukan Pendidikan Kesehatan supaya penulis lebih membekali diri dengan ilmu dan pengalaman yang dimiliki sehingga lebih bisa menguasai konsep dan dapat menerapkan ilmu pengetahuan lebih jelas lagi dan tidak mengalami hambatan sehingga lebih percaya diri untuk mengaplikasikan Tindakan keperawatan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajani Trisna, A., Koerniawan, D., Aulia, A., Armiyati, Y., Kaseger, H., Basuni, Lia Maelina, Jaata, J., Pamalongo, Z., Widiastuti, H., Arsyawina, Asmaria, M., Setiani, D., Elvira, M., Imamah, I., Windiramdhan, A., Yusniawati, Y., Baidhowy, A., & Alfianto, A. (2023). *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kardiovaskuler* (M. Martini (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Amita, D., & Kep, S. (2022). *Monograf Rehabilitasi Jantung Pada Congestive Heart Failure (Chf) Berbasis Asuhan Keperawatan* Penerbit Cv. Eureka Media Aksara.
- Asikin, M., & Nuralamsyah, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskular* (A. Rina & D. Evie, K (eds.)). Penerbit Erlangga.
- Aspiani, reni. y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*.
- Evans, J. (2017). *Sistem Kardiovaskular* (H. Kalim (ed.); 1st ed.). Elseiver sngapore.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler* (D. Novidiantoko (ed.); 1st ed.). juli 2018. www.deepublish.co.id
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- LeMone, P., Burke, M. karen, & Ggerene, B. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Gangguan Kardiovaskular* (A. Linda (ed.); 5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nurhayati, Andari, F., & Fredrika, L. (2020). *Penatalaksanaan Gagal Jantung*.
- PERKI, K. K. G. J. dan K. (2020). Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. *Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia*, 848–853.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Purnamasari, D. (2023). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Gambaran Pengelolaan Hipervolemia pada Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit*. 1(1).
- Siswanto, H., Pangaribuan, R., & Tarigan, J. (2023). Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Dengan Pemberian Oksigen Nasal Kanul Di Rumah Sakit Tk Putri Hijau Medan. *MaheSA: Malahayati Health Student*, 3, 13–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i1.8565>
- World Health Organization. (2021). WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. In *WHO medical device technical series*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240027978%0Afiles/1046/9789240027978.html>
- Lukitasari, M, Kusumastuty, L., & Nugroho, D. (2021) *Gagal Jantung : Perawatan Mandiri Dan Multidisiplin*. Universitas Brawijaya Press
- Malik, A., Brito, D., & Chhabra, L.(2021). *Congestive Heart Failure*. Statpearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk430873/>
- Belleza, M (2021) *Heart Failure Nursing Care Management* (Updated 2021 April 22) <https://nursesbals.com/heart-failure/#pathophysiology>

Lampiran 1 : Pathway



Lampiran 1 :Analisa Obat**ANALISA OBAT****1. Clopidogrel (CPG)**

Indikasi: Menurunkan terjadinya trombotik pada infark miokard yang belum lama terjadi, stroke, atau penyakit perifer; sindrom koroner akut

Dosis: Infark yang belum lama terjadi, stroke, atau penyakit arteri perifer 75mg/ hari, angina tak stabil atau infark miokard non gelombang Q dosis muatan: 300mg, lalu 75mg/ hari. Harus digunakan digunakan dalam kombinasi dengan aspirin (75-325mg/ hari)

Kontra indikasi: Perdarahan patologis aktif, tukak peptic, atau perdarahan intrakranial.

Efek samping: dyspepsia, mual, muntah, pendaharan saluran cerna

2. Aspilet

Dosis: Stroke iskemik akut : Oral 150-325 mg sekali sehari; Atrial fibrillation; Oral 7 85-325 mg sekalis sehari; stroke (kardioemboli): Oral 7 85-325 mg sekalis sehari

Indikasi: Profilaksis penyakit serebrovaskuler atau infark miokard

Efek samping: Bronkospasme, perdarahan gastrointestinal

3. Isosorbide dinitrate :

Nama paten : *Cedocard, Cedocard Retard, Farsobid, Gasorbid, Isoket, Isoket Retard, Isoket Spray, Isonat, Isorbid, Isovell, Vascardin.*

Cara kerja : Isosorbide dinitrate merupakan senyawa nitrat yang bekerja dengan cara melebarkan pembuluh darah, sehingga memperlancar aliran darah dan mempermudah jantung untuk memompa darah

Dosis : Isosorbide dinitrate tersedia dalam bentuk oral, sublingual (di bawah lidah), injeksi, dan intracoronary (injeksi langsung ke koroner jantung).

Efek samping: Efek samping yang jarang terjadi: pening, sakit kepala, tenggorokan serak, efek samping yang kejadiannya tidak terduga: detak jantung yang tidak beraturan.

4. Spronolacton

Indikasi : untuk pengobatan gagal jantung NYHA kelas III-IV dan pengurangan fraksi ejeksi (EF) untuk meningkatkan kelangsungan hidup, mengelola edema, dan mengurangi kebutuhan rawat inap untuk gagal jantung

Pedoman ACC/AHA merekomendasikan antagonis aldosterone untuk ditambahkan ke ACE inhibitor atau ARB, plus beta-blocker; kondisi pasien mungkin juga memerlukan obat tambahan (misalnya, loop diuretic, hidralazin, nitrat, digoksin)

Tablet : 25mg/hari PO awalnya jika kalium serum ≤ 5 mEq/L dan eGFR > 50 mL/min/1,73 m²; jika dapat ditoleransi, dapat ditingkatkan menjadi 50 mg/hari sesuai indikasi klinis; jika 25 mg/hari tidak dapat ditoleransi, kurangi frekuensi menjadi qoD

Penangguhan PO : 20 mg PO qHari; jika dosis awal 20 mg dapat ditoleransi, dosis dapat ditingkatkan menjadi 37,5 mg sesuai indikasi klinis

Lampiran 2 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Gagal Jantung Kongestif
Sub Pokok Bahasan	: Gagal Jantung Kongestif
Sasaran	: Ny. N dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Maret 2023
Tempat	: Di kamar 608 kardiologi Ny. N dan keluarga
Waktu	: 30 menit
Penyuluhan	: Mahasiswa STIKes Rumah Sakit Husada

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan Ny. N dan keluarga dapat memahami tentang penyakit gagal jantung kongestif, serta Ny. N serta pasien Ny.N dapat menjelaskan Kembali mengenai penyakit gagal jantung kongestif.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, klien dan keluarga diharapkan dapat :

1. Menjelaskan pengertian dari Gagal jantung kongestif
2. Menyebutkan penyebab dari Gagal jantung kongestif
3. Menyebutkan tanda dan gejala dari Gagal jantung kongestif
4. Menyebutkan komplikasi dari Gagal jantung kongestif
5. Menyebutkan makanan untuk penderita Gagal jantung kongestif
6. Menyebutkan aktifitas fisik pada Gagal jantung kongestif

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian Gagal jantung kongestif
2. Penyebab dari Gagal jantung kongestif
3. Tanda dan gejala dari Gagal jantung kongestif
4. Komplikasi dari Gagal jantung kongestif
5. Faktor resiko dari gagal jantung kongestif
6. Makanan untuk gagal jantung kongestif
7. Aktivitas fisik untuk Gagal jantung kongestif

IV. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab

V. Media Penyuluhan

1. Leaflet
2. Lembar balik

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1.	Pembukaan (5 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi

2.	Penyampaian Materi (20 Menit)	a. Menanyakan pengetahuan pasien mengenai gagal jantung kongestif b. Menjelaskan pengertian dari Gagal jantung kongestif c. Menyebutkan penyebab dari Gagal jantung kongestif d. Menyebutkan tanda dan gejala atau penyebab dari Gagal jantung kongestif e. Menyebutkan komplikasi dari Gagal jantung kongestif f. Menyebutkan faktor resiko pada gagal jantung kongestif g. Menyebutkan makanan untuk penderita gagal jantung kongestif h. Menyebutkan aktifitas fisik pada gagal jantung kongestif i. Memberi kesempatan Ny.N	a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi. b. Menyimak materi yang dijelaskan. c. Menyimak penjelasan yang diberikan d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan diberikan penyuluh e. Menyimak penjelasan yang f. Menyimak penjelasan yang diberikan g. Menyimak penjelasan yang diberikan h. Audience bertanya i. Menyimak jawaban yang diberikan penyuluh
----	-------------------------------	---	--

		dan keluarga untuk bertanya mengenai hal yang belum dipahaminya j. Memberikan pertanyaan kepada klien mengenai materi yang telah disampaikan k. Menjawab pertanyaan klien	
3.	Penutup (5 Menit)	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

- SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- Tempat dipersiapkan H-3 sebelum pelaksanaan
- Mahasiswa, pasien dan keluarga pasien berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses

- Proses pelaksanaan sesuai rencana
- Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil

- a. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi gagal jantung kongestif
- b. Keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk memahami gagal jantung kongestif dan makanan untuk pasien gagal jantung kongestif
- c. Keluarga dapat menyebutkan kembali aktifitas fisik pada gagal jantung kongestif

4. Pertanyaan evaluasi

- a. Jelaskan pengertian Gagal jantung kongestif ?
- b. Jelaskan penyebab dari Gagal jantung kongestif ?
- c. Sebutkan tanda dan gejala dari Gagal jantung kongestif ?
- d. Sebutkan komplikasi dari Gagal jantung kongestif ?
- e. Sebutkan makanan untuk gGagal jantung kongestif ?
- f. Sebutkan pencegahan terjadinya Gagal jantung kongestif ?

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Gagal jantung kongestif adalah kondisi saat jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup, untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrisi.

2. Penyebab

Gagal jantung kongestif disebabkan oleh banyak kondisi yang merusak otot jantung, antara lain:

- a. Tekanan darah tinggi
- b. Penyakit katup
- c. Penyakit tiroid
- d. Penyakit ginjal
- e. Diabetes
- f. Cacat jantung sejak lahir

3. Faktor resiko

Faktor risiko dari gagal jantung dapat meningkat akibat beberapa hal, seperti:

- a. Kebiasaan yang tidak sehat, seperti merokok dan konsumsi alkohol berlebihan.
- b. Konsumsi garam berlebih.
- c. Kurang olahraga atau obesitas (yang menyertai berbagai penyakit koroner).
- d. Ketidapatuhan pada pengobatan atau terapi bagi masalah jantung ringan.

4. Gejala

Gejala awal gagal jantung kongestif mungkin tidak terlalu terlihat. Berikut beberapa tanda awal yang bisa segera didiskusikan pada dokter:

- a. Kelebihan cairan di jaringan tubuh, seperti pergelangan kaki, kaki, tungkai, atau perut.
- b. Batuk atau mengi.
- c. Sesak napas.

- d. Penambahan berat badan yang tidak dapat dikaitkan dengan hal lain.
- e. Kelelahan umum.
- f. Peningkatan denyut jantung.
- g. Kurang nafsu makan atau mual.
- h. Merasa bingung atau disorientasi.

Selain gejala di atas, pada pengidap gagal jantung kongestif, hampir selalu ditemukan:

- a. Gejala gangguan pada paru yang bisa berupa: dyspnea, orthopnea, dan paroxysmal nocturnal dyspnea.
- b. Gejala sistemik berupa: lemah, cepat lelah, oliguria, nokturia, mual, muntah, asites, hepatomegali, dan edema perifer.
- c. Gejala susunan saraf pusat berupa: insomnia, sakit kepala, mimpi buruk sampai delirium

5. Komplikasi

Efek samping atau komplikasi dari gagal jantung kongestif, antara lain

- a. Asites
- b. Hepatomegali
- c. Edema paru

6. Makanan yang harus dihindari, dan makanan bernatrium tinggi, adaapun jenis makan tersebut seperti berikut ini :

- a. Makanan berbasis susu seperti makanan keju olahan baik berupa sup maupun berupa saus berbasis keju atau krim
- b. Makanan berbahan daging, unggas, daging asap, sosis dan dendeng
- c. Makanan kemasakan atau makanan beku
- d. Sayuran kalengan, sayuran beku, dan sayuran yang diawetkan dalam air asinan seperti acar dan asinan kubis
- e. Biji-bijian dan sereal instan
- f. Makanan kemasan seperti mie, roti jagung atau makanan lain yang terbuat dari campuran kue

7. Aktivitas fisik yang harus dihindari pasien gagal jantung
 - a) Jangan berolahraga saat sakit
 - b) Jangan memaksakan diri untuk melakukan upaya habis-habisan selama berolahraga
 - c) Jika merasa sesak napas, sangat Lelah atau sakit dada selama atau setelah aktivitas, maka berhentilah dan istirahatlah hingga merasa lebih baik. Kemudian mulai aktivitas Kembali secara perlahan

DAFTAR PUSTAKA

- Nurhayati, Andari, F., & Fredrika, L. (2020). *Penatalaksanaan Gagal Jantung*.
- Aspiani, reni. y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*.
- Fikriana, R. (2018). *SISTEM KARDIOVASKULER* (D. Novidiantoko (ed.); 1st ed.). juli 2018. www.deepublish.co.id

Lampiran 4 : Leaflet

aktivitas fisik yang harus dihindari

1. Jangan berolahraga saat sakit
2. Jangan memaksakan diri untuk melakukan upaya habis-habisan selama berolahraga
3. Jangan menaiki tangga sebagai bagian dari latihan
4. Jangan berolahraga di luar jika cuaca sedang berangin
5. Jangan berolahraga di luar saat cuaca sangat panas, sangat lembab, atau sangat dingin
6. Jangan berolahraga di area yang banyak bukit
7. Jangan mandi air panas segera setelah berolahraga
8. Jika merasa sesak napas, sangat lelah atau sakit dada selama atau setelah aktivitas, maka berhentilah dan istirahatlah hingga merasa lebih baik. Kemudian mulai aktivitas kembali secara perlahan
9. Jika gejalanya tidak hilang dengan istirahat atau obat, maka kunjungi dokter atau pusat pelayanan kesehatan terdekat sesegera mungkin

Sumber

Healthline. Diakses pada 2022.
Congestive Heart Failure (CHF).
Victoria State Government Better Health Channel Australia (2018). Diakses pada 2022. Congestive heart failure (CHF).
American Heart Association AHA.
Diakses pada 2022. Types of Heart Failure. WebMD. Diakses pada 2022. Congestive Heart Failure and Heart Disease
Johns Hopkins Medicine. Diakses pada 2022. Congestive Heart Failure: Prevention, Treatment and Research



GAGAL JANTUNG KONGESTIF



Kamilah hayatun nufus
2011098

apa itu gagal jantung kongestif ?

Gagal jantung kongestif adalah kondisi saat jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup,



faktor Risiko

1. merokok
2. hipertensi
3. hiperlipidemia
4. obesitas
5. kurang aktivitas fisik
6. diabetes melitus



Tanda dan gejala

- Sesak napas
- Bangun sesak napas di malam hari.
- Nyeri dada .
- Jantung berdebar-debar .
- Kelelahan saat Anda aktif.
- Pembengkakan di pergelangan kaki, kaki, dan perut.
- Penambahan berat badan.
- Perlu buang air kecil saat istirahat di malam hari.
- Batuk kering dan batuk.
- Perut penuh (kembung) atau keras.
- Kehilangan nafsu makan atau sakit perut (mual).

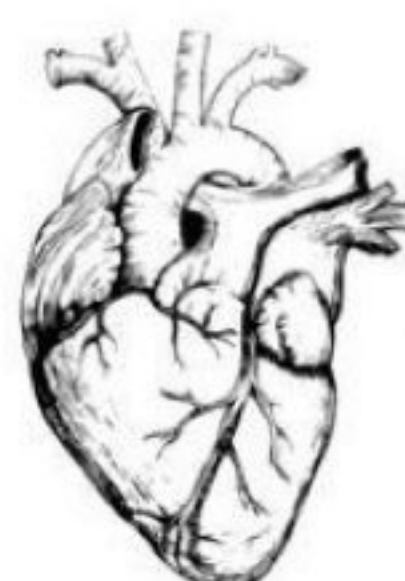
Komplikasi

- asites
- hepatomegali
- edema paru
- hidrothoraks



Apa saja penyebabnya?

Tekanan darah tinggi.
Penyakit katup.
Penyakit tiroid.
Penyakit ginjal.
Diabetes.
Cacat jantung sejak lahir.



Makanan yang harus dihindari



Makanan berbasis susu seperti makanan keju olahan baik berupa sup maupun berupa saus berbasis keju atau krim

Makanan berbahan daging, unggas, dan ikan seperti daging kalengan, ikan yang diawetkan dalam air asin, unggas, daging asap, sosis, bacon, dan dendeng

Makanan kemasan atau makanan beku

Lampiran 5 : Lembar Balik

apa saja penyebabnya ??

1. Gagal jantung kongestif disebabkan oleh banyak kondisi yang merusak otot jantung



2. meliputi : tekanan darah tinggi, penyakit katup, penyakit tiroid, penyakit ginjal, diabetes, cacat jantung sejak lahir



bagaimana Tanda dan gejalanya?

Gejalanya meliputi : bengkak di bagian tubuh misalnya pada kaki atau tangan, sesak nafas, batuk (mengi), kelelahan, kurang nafsu makan, nyeri dada, dan merasa bingung



makanan Yang harus dihindari



01 Makanan cepat saji dan seafood



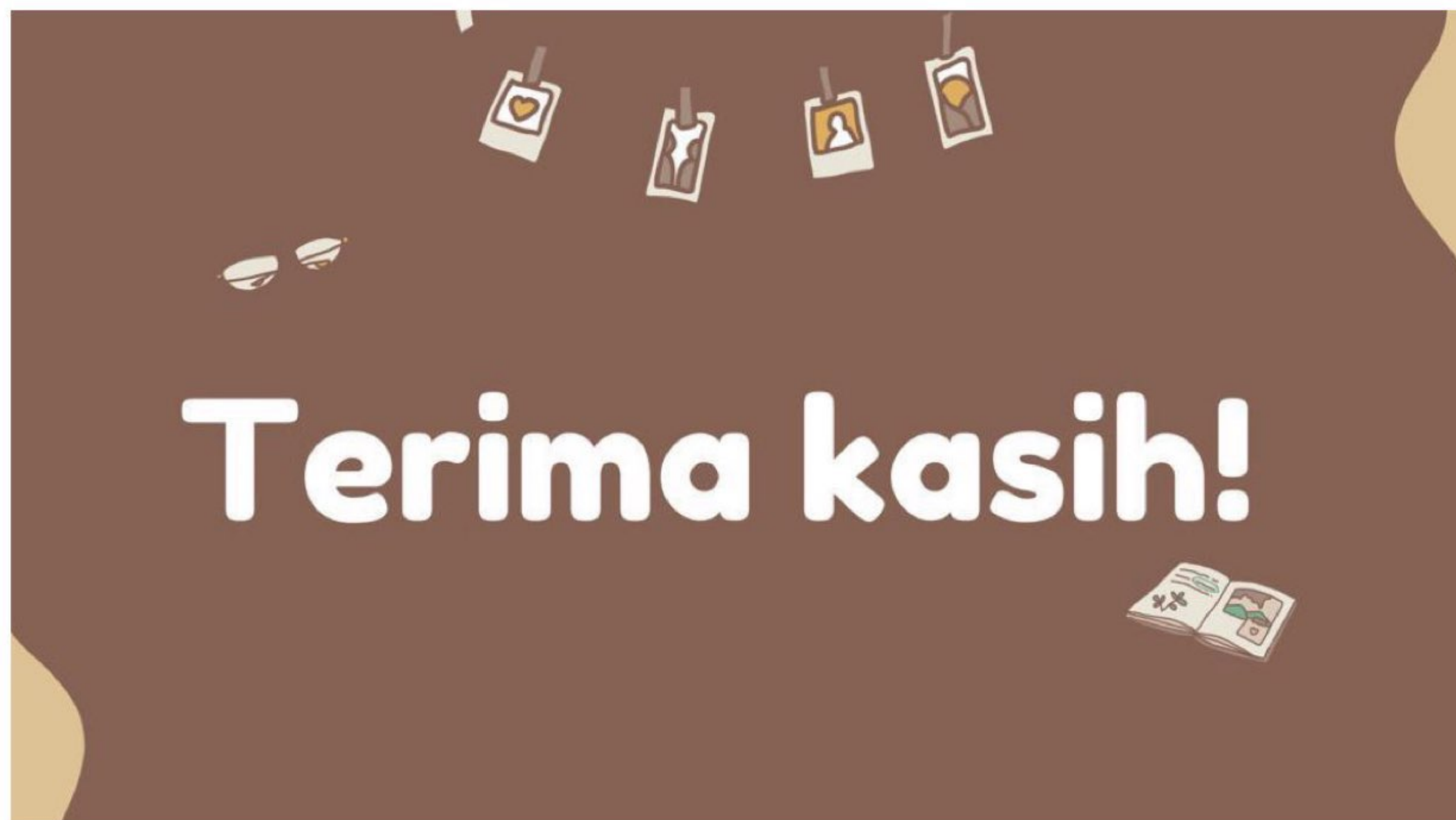
02 Makanan tinggi natrium



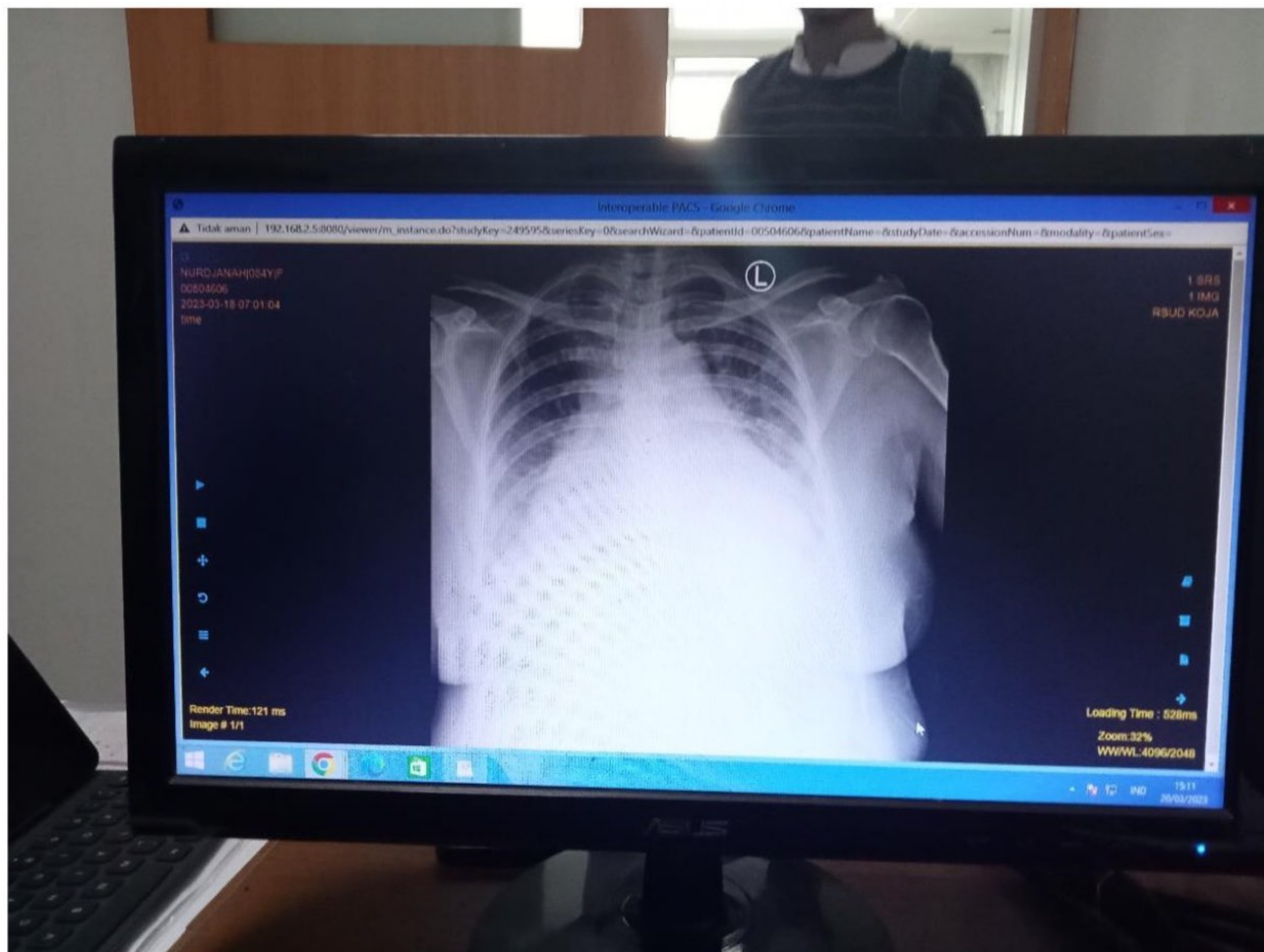
Makanan
03 tkaleng dan olahan daging

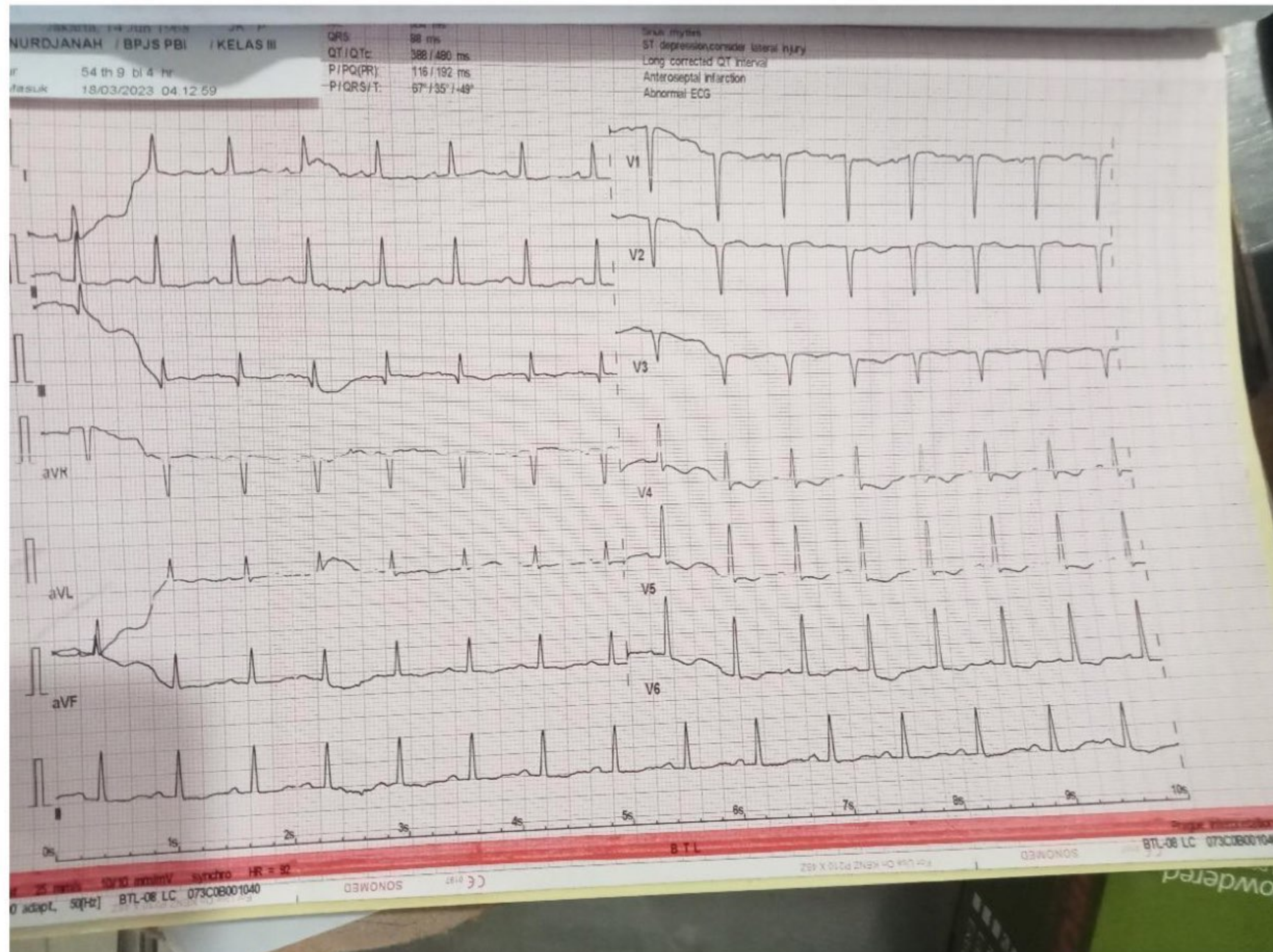
Faktor resiko

1. Merokok
2. Hipertensi
3. Hiperlipidemia
4. Obesitas
5. Kurang aktivitas fisik
6. Diabetes melitus



Lampiran 6 : Foto Thoraks



Lampiran 7 : Eltrokardiogram (EKG)

Lampiran 8 : Echocardiography

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

LAPORAN ECHOCARDIOGRAPHY

NAMA : NURDJANAH NO. MR : 00504600 ALAMAT : 6 JANTUNG	TANGGAL : 08/01/2023 USIA : 54 TAHUN PEMERIKSA : DR. PRISCILIA M, SPJP/3
--	---

PENGUKURAN			
	Normal		Normal
Aorta	Root Dimension		Ventrikel Kiri EDD
Atrium Kiri	Dimension	20 - 37 mm	ESD
Ventrikel Kanan	Dimension	15 - 40 mm	IVS Diastole
Fungsi Jantung	EF	< 30 mm	IVS Systole
	EFSS	53 - 77 %	PW Diastole
	MVA	< 10 mm	PW Systole
		> 5 cm ²	
			35 - 52 mm
			26 - 36 mm
			7 - 11 mm
			7 - 11 mm

PENEMUAN :

1. Dimensi ruang jantung : LV dilatasi
2. LV fungsi sistolik, EF 45 %
3. RV fungsi sistolik, TAPSE 2.0 cm
4. LV Wall motion: hipokinetik di anterior wall
5. katup - katup jantung :
 - k. aorta : 3 leaflets, dalam batas normal
 - k. mitral : MR mild
 - k. trikuspid : TR trivial
 - k. pulmonal : dalam batas normal
6. Fungsi diastolic LV: E/A > 1
7. Lain-lain : -Efusi Pericard minimal

KESIMPULAN :
 LV dilatasi
 Kontraktilitas LV menurun, EF 45 %, hipokinetik di anterior wall
 Kontraktilitas RV baik
 Katup-katup : MR mild, TR trivial
 Disfungsi diastolic gr. II
 Efusi Pericard minimal

Cardiologist

1 LEMBAR UNTUK PASIEN, 1 LEMBAR UNTUK DISIMPAN DI STATUS

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Fendy Yesayas, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Kamilah Hayatun Nufus
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Gagal jantung kongestif
 Di Ruang Kardiologi Kamar 608 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 rehabilitatif dan Revisi BAB III memperbaiki diagnosis	
5.	09 April 2023	Revisi BAB I sistematika penulisan dan sitasi dan BAB III	
6.	16 Mei 2023	Mengajukan BAB I, BAB II, DAN BAB III melalui Gdrive	
7.	21 Mei 2023	ACC BAB I	
8.	24 Mei 2023	ACC BAB II	
9.	31 Mei 2023	Konsultasi BAB I-V	
10.	02 Juni 2023	ACC BAB 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 D	
14.	08 Juni 2023	Konsultasi lampiran pathway, Analisa obat, SAP, leatfeat, lembar balik Menyerahkan lembar persetujuan dan	
15.	09 Juni 2023	ACC siap sidang	