



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E DENGAN  
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI R. KARDIOLOGI  
KAMAR 1910 IANTAI 6 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**NIA ARDITYA HIDAYAH**

**2011104**

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



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E DENGAN  
GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI R. KARDIOLOGI  
KAMAR 1910 IANTAI 6 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**Laporan Tugas Akhir**

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

**NIA ARDITYA HIDAYAH**

**2011104**

**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 di kutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan benar.**

**Nama : Nia Arditya Hidayah**

**Nim : 2011104**

**Tanda tangan:**

**Tanggal :**



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. E dengan  
Gagal Jantung Kongestif di R. Kardiologi  
kamar 1910 lantai 6 RSUD Koja  
Jakarta Utara**

Jakarta, 21 Juni 2023

Pembimbing



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

## LEMBAR PENGESAHAN

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

**Pembimbing**

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

5/10

**Penguji I**

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

**Penguji II**

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

**Menyetujui**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

(Rifniuspa, M.M)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan Rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma tiga keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Saya menyadari bahwa proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E., M., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan arahan selama masa perkuliahan;
2. Ns. Veronica Y.R.M, M.kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Diploma-III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan pembelajaran yang sangat bermanfaat bagi penulis;
3. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Ns. Yarwin Yari, M. Kep., M.Biomed selaku penguji dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Ns. Dian fitria. M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguj dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
6. Seluruh dosen pengajar dan staff pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husda yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan;
7. Kepala ruangan, perawaf ruang kardiologi dan pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan;
8. Tn. E dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan penulis;
9. Kedua orangtua saya yang sangat berperan penting dalam kelangsungan kehidupan saya yang telah memberikan doa, dukungan secara material maupun

moral yang mendidik memberikan motivasi serta curahan kasih sayang yang tiada hentinya sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan dengan tepat waktu;

10. Adik saya Raihan yang telah menyemangati saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
11. Abang Whisnu yang telah menemani saya dari awal penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak membantu, memberikan semangat dan motivasi semoga abang tetap menjadi bagian hidup saya dan selalu diberikan kesehatan
12. Mas A yang telah mematahkan semangat saya tetapi saya membuktikan tanpa kamu di hidup saya, dunia saya akan baik-baik saja
13. Teman-teman kelompok seperjuangan saya di Keperawatan Medikal Bedah yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas akhir ini;
14. Seluruh teman-teman kelas 3C yang sudah menemani selama tiga tahun, memberikan banyak kenangan
15. Teman-teman Angkatan 33 saya di STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama sekana tiga tahun dan memberikan banyak kenangan semoga kita semua diberikan kesuksesan
16. Terakhir hihi untuk diriku sendiri terimakasih sudah kuat, sudah sabar berjuang menyelesaikan walaupun banyak yang meremehkan hihi aku hebat dan ya mari ke level kehidupan sesungguhnya.

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

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>8</b>
A. Latar Belakang .....	8
B. Tujuan Penulisan.....	11
1. Tujuan Umum.....	11
2. Tujuan Khusus .....	11
C. Ruang Lingkup .....	12
D. Metode Penulisan .....	12
E. Sistematika Penulisan.....	13
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>14</b>
A. Pengertian .....	14
B. Patofisiologi.....	16
C. Penatalaksanaan.....	21
D. Pengkajian keperawatan .....	26
E. Diagnosa keperawatan.....	30
F. Perencanaan keperawatan .....	31
G. Pelaksanaan keperawatan .....	38
H. Evaluasi keperawatan .....	39
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>40</b>

A. Pengkajian .....	40
B. Diagnosa Keperawatan .....	53
C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	53
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>65</b>
A. Pengkajian .....	65
B. Diagnosa Keperawatan .....	68
C. Perencanaan.....	69
D. Pelaksanaan .....	69
E. Evaluasi .....	71
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>72</b>
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran.....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>75</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Manusia memiliki beberapa sistem tubuh, salah satunya adalah sistem kardiovaskular, penyakit ini masih menjadi ancaman dunia (*global threat*). Kegagalan sistem kardiovaskuler atau yang umumnya dikenal dengan istilah gagal jantung adalah kondisi medis di mana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga jaringan tubuh kurang mendapatkan oksigen dan nutrisinya dengan baik (Mahananto & Djunaidy, 2017).

Gagal jantung dapat dibagi menjadi gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan, bila mengenai kedua-duanya maka disebut dengan gagal jantung kongestif. Gagal jantung kongesif merupakan penyakit bersifat progresif dengan angka mortalitas maupun morbiditas yang tinggi termasuk di Indonesia. Secara klinis gagal jantung merupakan kumpulan gejala yang kompleks dimana seseorang memiliki tampilan gagal jantung dengan tanda khas gagal jantung dan adanya bukti obyektif dari gangguan struktur fungsi jantung (PERKI, 2020).

Prevelensi pasien gagal jantung kongestif menurut *Global Health Data Exchange* (GHDx) melaporkan bahwa pada tahun 2020, kasus gagal jantung di dunia mencapai 64,34 juta kasus dan 9,91 juta diantaranya mengalami kematian serta di perkirakan 346,17 miliar US dollar dikeluarkan untuk membiayai perawatan pasien (Lippi & Gomar, 2020).

Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO, 2021) melaporkan bahwa kematian pasien dengan penyakit kardiovaskular pada tahun 2019 sebanyak 17,9 juta dengan presentasi 32% dari total kematian. Secara global 35% diantaranya disebabkan oleh penyakit gagal jantung. Sedangkan di Eropa kasus gagal jantung kongestif berkisar 0,4-25% dan meningkat pada usia lanjut.

Prevalensi di Asia Tenggara yaitu Filipina menduduki peringkat pertama akibat kematian penyakit gagal jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia sendiri menduduki peringkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa. Hal tersebut menunjukkan kasus gagal jantung di dunia sangat tinggi (Risksedas, 2018). Sementara di RSUD Koja berdasarkan data yang kami dapatkan dari Rekam Medis RSUD Koja pada periode Januari 2022 – Januari 2023 dilaporkan bahwa pasien yang di rawat dengan gagal jantung kongestif sebanyak 904 orang atau 0.030 % dari seluruh pasien yang dirawat di periode tersebut.

Penyakit gagal jantung kongestif merupakan kondisi yang memerlukan penanganan yang tepat. Gagal jantung yang tidak ditangani dengan tepat dan baik dapat menyebabkan komplikasi seperti henti jantung, distensi miokardium, hepatomegali, edema paru, asites, efusi pleura, gagal ginjal, dan gangguan pencernaan (Aspiani, 2017).

Berdasarkan permasalahan yang terjadi akibat gagal jantung peran perawat sangat di butuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien gagal jantung meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif menurut Selvadwi (2021) dapat dilakukan melalui pemberian pendidikan kesehatan mengenai gagal jantung kongestif meliputi

pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta bagaimana cara pencegahan dan penanganannya, serta pendidikan kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan dalam berobat.

Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan cara mengurangi faktor penyebab dari penyakit gagal jantung agar kondisi tidak semakin buruk, seperti perubahan gaya hidup dengan cara menghindari merokok, memelihara berat badan, mengkonsumsi makanan sehat dan bergizi, melakukan aktivitas fisik, dan menghindari stres. Upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon pasien sesuai dengan penyakit yang diderita, seperti : memberikan pasien istirahat fisik dan psikologis, mengelola pemberian terapi oksigen Upaya rehabilitatif yaitu mengendalikan gaya hidup dengan menekankan pada penderita untuk mematuhi di penyakit jantung, beristirahat yang cukup, menghindari aktivitas yang berat, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal sebagai sarana untuk memeriksa kesehatan jantung secara teratur (Selvadwi, 2021)

Berdasarkan pemaparan di atas penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongestif di RSUD Koja Jakarta dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

### 2. Tujuan Khusus

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

### **C. Ruang Lingkup**

Dalam Menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis membahas mengenai satu kasus “Asuhan keperawatan pada Pasien Tn.E dengan Gagal jantung kongestif di Ruang Kardiologi kamar 1910 Lantai 6 Gedung C RSUD Koja Jakarta Utara “ selama 3x24 jam dari tanggal 13 maret 2023 sampai dengan 15 maret 2023. Asuhan tersebut menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi.

### **D. Metode Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dan beberapa teknik pengumpulan data yaitu studi kepustakaan, studi kasus dan studi dokumentasi. Studi kepustakaan dengan membaca kemudian mempelajari buku dengan jurnal yang berhubungan dengan penyakit Gagal Jantung Kongestif. Studi kasus dengan melakukan wawancara pasien dan keluarga untuk mengetahui kesehatan masa lalu dan sekarang. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data dengan mempelajari rekam medis yang berkaitan dengan pasien.

## **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yaitu BAB I adalah pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode masalah, ruang lingkup dan sistematika penulisan. BAB II adalah tinjauan teoritis yang menguraikan pengertian, patofisiologis (etiologi, proses, manifestasi klinisi, komplikasi), pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III adalah asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, data fokus, analisa data, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi atau catatan perkembangan. BAB IV adalah pembahasan tentang kesenjangan antara teori dan kasus mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan. BAB V adalah penutup yang meliputi kesimpulan dan saran dari keseluruhan karya tulis ilmiah ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Gagal jantung adalah suatu keadaan yang terjadi secara fisiologis dimana ketika kondisi jantung tidak memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik darah ( Aritonang, 2019). Gagal jantung juga dapat diartikan sebagai kelainan struktur atau fungsi jantung yang menyebabkan kegagalan pada jantung dalam mendistribusikan oksigen ke seluruh tubuh ( Fabries et al, 2020).

Menurut Aspani (2017) Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompa darah secukupnya memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi. Gagal jantung merupakan sindrom klinik yang bersifat kompleks, dapat berakibat dari gangguan fungsi miokard fungsi sistolik dan diastolik, penyakit katup ataupun perikard, atau hal-hal yang dapat membuat gangguan pada aliran darah dengan adanya retensi cairan, biasanya tampak sebagai kongesti paru, edema perifer, dispnea, dan cepat lelah. Siklus ini dipicu oleh meningkatnya regulasi neurohumoral yang awalnya berfungsi sebagai mekanisme kompensasi untuk mempertahankan system Frank-Starling, tetapi justru menyebabkan penumpukan cairan berlebih dengan gangguan fungsi jantung (PERKI, 2020).

Klasifikasi gagal jantung menurut Asikin (2016) dibagi menjadi 2 jenis, yaitu:

1. Gagal jantung kiri, dibagi menjadi 2 jenis yang dapat terjadi sendiri atau bersamaan, diantaranya:
  - a. Gagal jantung sistolik, yaitu kondisi jantung tidak mampu untuk menghasilkan output jantung yang cukup untuk perfusi organ vital seperti otak, paru-paru dan jantung itu sendiri.
  - b. Gagal jantung diastolik, yaitu kongesti paru meskipun curah jantung dan output yang normal
2. Gagal jantung kanan merupakan kondisi ketika ventrikel kanan tidak mampu untuk mensuplai aliran darah yang cukup ke sirkulasi paru pada tekanan vena sentral normal.

Klasifikasi gagal jantung menurut *American collage of cardiology American Heart Association (ACC/AHA)* dengan klasifikasi fungsional *York Heart Assosiaciation (NYHA)* adalah sebagai berikut (Yunaidi & Hermanto, 2017):

1. *Stage A kelas I* keadaan berisiko tinggi gagal jantung tanpa penyakit jantung struktural atau adanya gejala jantung.
2. *Stage B kelas I* kondisi ketika sudah terdapat penyakit jantung struktural namun tanpa gejala jantung, dan penderita tidak terdapat keterbatasan aktivitas fisik. Pada aktivitas yang normal tidak akan menimbulkan tanda gejala gagal jantung.
3. *Stage C kelas I* sudah terdapat penyakit jantung struktural dengan tanda gejala gagal jantung sekarang ataupun masa lalu, namun penderita masih tidak terdapat keterbatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang normal tidak menimbulkan gejala gagal jantung.

4. *Stage C kelas II kondisi ketika sudah terdapat sedikit keterbatasan aktivitas fisik dan akan terasa nyaman apabila beristirahat, tetapi pada saat melakukan aktivitas yang normal menimbulkan gejala gagal jantung.*
5. *Stage C kelas III kondisi ketika penderita gagal jantung memiliki keterbatasan yang cukup signifikan pada saat melakukan aktivitas fisik akan terasa nyaman ketika beristirahat, tetapi pada saat beraktivitas fisik dibawah normal dapat menimbulkan gejala gagal jantung*
6. *Stage D kelas IV kondisi gagal jantung tahap akhir dengan kebutuhan intervensi terspesialisasi, dimana penderita tidak dapat melakukan segala aktivitas fisik karena gagal jantung muncul saat beristirahat*

## **B. Patofisiologi**

Gagal jantung sering terjadi pada pasien dengan kelainan otot jantung. hal ini di sebabkan karena menurunnya kemampuan pompa atau kontraktilitas jantung. Arterioklerosis koroner atau sumbatan coroner mengakibatkan disfungsi atau gangguan miokardium dalam memompa karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung yang dapat menyebabkan menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, faktor sistemik yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Peningkatan laju metabolisme, hipoksia, dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik, hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung sehingga dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

Gagal jantung kongestif merupakan keadaan jantung tidak dapat mendistribusikan darah keseluruh tubuh, sehingga suplai oksigen terhambat. Ketika seseorang mengalami gagal jantung kongestif, tubuh akan mengeluarkan respon untuk mempertahankan kondisi tubuh agar tidak memburuk. Ada beberapa respon yang salah satunya adalah melepaskan adrenalin dan nerodrenalin dari kelenjar adrenal ke dalam pembuluh darah. Dampak dari pelepasan hormon tersebut yaitu akan memicu kerja jantung utuk memompa darah lebih aktif lagi. Pada respon jangka pendek, hal ini dapat memperbaiki kerja jantung, namun respon ini akan berakibat fatal bagi penderita gagal jantung kronis (Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia, 2017).

Respon lain untuk mempertahankan kondisi tubuh agar tidak memburuk adalah penahanan natrium oleh ginjal, respon ini mengakibatkan bertambahnya volume darah seseorang dan akan meningkatkan kerja jantung, sehingga dapat memperbaiki kerja jantung. Namun dampak lainnya yaitu otot jantung yang meregang merupakan indikasi jantung sudah dapat memompa darah dengan baik, akan tetapi otot jantung yang meregang merupakan hal yang harus di waspadai. Respon volume darah dalam tubuh semakin bertambah, karena seiring bertambahnya cairan dalam darah, akan mengakibatkan penumpukan cairan pada organ tubuh tertentu seperti pada kedua tungkai yang disebut edema (Majid, 2018).

Selain penumpukan cairan dikedua tungkai, gagal jantung kongestif juga mengakibatkan penumpukan cairan di dalam paru-paru, hal ini akan mengakibatkan penderita gagal jantung terbangun di malam hari karena sesak napas. Pada penderita gagal jantung kongestif biasanya tidak akan dapat

beraktivitas secara maksimal, karena suplai darah jantung ke organ lain tidak dapat berjalan secara optimal, akibatnya penderita gagal jantung kongestif mudah lelah (Ridwan, 2017).

Tanda dan gejala yang paling khas terjadi pada pasien gagal jantung seperti sesak napas saat beraktivitas yang disebabkan karena jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan perfusi saat terjadi peningkatan metabolisme. Selain sesak napas saat beraktivitas, dapat juga sesak napas yang dirasakan saat berbaring yang biasa di sebut ortopnea, hal ini terjadi karena Ketika posisi berbaring terjadi aliran balik darah ke jantung, sehingga beban jantung bertambah, berbeda ketika berdiri terdapat gaya gravitasi maka cairan tertimbun pada bagian tubuh yang paling rendah yaitu kaki, sehingga timbunan di paru-paru dan jantung berkurang. Adapula sesak yang hampir sama dengan ortopnea, dan juga penyebab dari dispnea nocturnal paroksimal belum jelas.( DiGiulio, Jackson, Keogh (2014) ; Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia (2017).

Terdapat juga suara jantung tambahan diantaranya S3 merupakan suara tambahan berupa suara lembut, hal ini di sebabkan oleh adanya vibrasi dari dinding atrium jantung karena pengisian yang cepat. Suara ini terdengar setelah S2 jantung, biasanya terdengar lebih nyaring apabila pasien berbaring miring ke kiri. S4 vibrasi katup dan dinding atrium selama fase kedua pengisian bilik jantung ketika ventrikel berkontraksi, suara tambahan ini biasanya terdengar sebelum S1, dilokasi yang sama dengan S3, biasanya karena stiff heart. Stiff heart atau biasa dikenal sindrom kekakuan pada jantung yang di sebabkan karena penumpukan protein amyloid di dalam jantung, dan sedikit demi sedikit memupuk menggantikan otot jantung (DiGiulio, Jackson, Keogh, 2014).

Menurut DiGiulio, Jackson, Keogh (2014) selain tanda dan gejala diatas, terdapat bendungan vena jugularis, sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan vena jugularis, terdapat hepatomegali yang di sebabkan karena adanya bendungan pada vena hepatica, splenomegaly yang disebabkan karena adanya bendungan pada vena lienalis, dan edema perifer yang karena bendungan di vena-vena perifer sehingga terjadi tekanan hidrostatik yang melampaui tekanan osmotik.

Sejumlah mekanisme kompensasi untuk mengurangi output jantung teraktivasi, dimana pada awalnya sistem saraf simpatis akan terstimulasi yang menyebabkan peningkatan denyut jantung, kontraksi jantung, vasokonstriksi, dan sekresi hormon anti diuretik. Kontraksi vena dan hormon antidiuretik meningkatkan preload. Mekanisme ini membantu mengembalikan output jantung hingga melebihi batas, kemudian kebutuhan oksigenasi dan preload yang berlebihan menyebabkan penurunan kontraktilitas dan dekompensasi. Penurunan output jantung dengan perfusi jantung berikutnya juga mengaktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron, yang menyebabkan retensi cairan. Kondisi ini yang menyebabkan peningkatan preload dan output jantung hingga preload berlebihan dan terjadi dekompensasi.

Angiotensin II dan aldosteron juga telah terbukti berperan dalam menyebabkan kerusakan miokardium. Hipertrofi ventrikel sebagai mekanisme kompensasi, namun miokardium akhirnya berkembang melebihi suplai oksigen dan meningkatkan kebutuhan oksigen, sehingga menyebabkan penurunan kontraktilitas (Asikin, 2017).

Manifestasi klinis pada pasien gagal jantung kongestif adalah sesak nafas, mudah lelah dan adanya retensi cairan, Paroxysmal Nocturnal Dispnea (PND) yaitu kondisi mendadak bangun karena dispnea yang dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial. PND merupakan salah satu manifestasi yang lebih spesifik dari gagal jantung kiri (Majid, 2018).

Komplikasi yang muncul dari gagal jantung menurut zahrotin (2019) seperti edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri, syok kardiogenik stadium dari gagal jantung kiri, kongesif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke jantung dan otak, thrombus terbentuk karena terjadinya imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktifitas trombus dapat menyumbat pembuluh darah, efusi pericardial, episode tromboli, dan tamponade jantung masuknya cairan ke dalam pericardium, cairan dapat merenggangkan pericardium sampai ukuran maksimal, aliran balik vena ke jantung menuju tamponade jantung dan aritmia.

Syok kardiogenik merupakan stadium akhir disfungsi ventrikel kiri atau Gagal Jantung Kronik terjadi bila ventrikel kiri mengalami kondisi kerusakan yang luas, otot pada jantung kehilangan kekuatan kontraktilitasnya, menimbulkan penurunan curah jantung dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital seperti jantung, otak, ginjal. Episode tromboli terjadi karena kurangnya mobilitas pasien penyakit jantung dan adanya sistem sirkulasi yang menyertai kelainan ini berperan dalam pembentukan thrombus intrakardial dan intravaskuler. Begitu pasien meningkatkan aktivitasnya setelah mobilitas lama sebuah thrombus dapat terlepas dan dapat terbawa sampai ke otak, ginjal, usus dan paru (Manurung, 2016).

Efusi pericardial adalah proses masuknya cairan ke dalam kantung pericardium. Perkembangan efusi yang cepat dapat meregangkan pericardium sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik ke jantung, hasil akhir proses ini adalah tamponade jantung (Manurung, 2016).

### C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal jantung kongestif menurut Aspiani (2017) bertujuan untuk menurunkan beban kerja jantung, meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas, serta menurunkan retensi garam dan air. Berbagai penatalaksanaan yang dilakukan adalah sbb:

#### 1. Terapi

##### a. Farmakologi

Berikut terapi farmakologi pada pasien dengan gagal jantung menurut PERKI (2020) adalah sebagai berikut:

##### 1) *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE)

Inhibitor meningkatkan fungsi ventrikel dan kualitas hidup, mengurangi rawat inap karena memburuknya gagal jantung, dan meningkatkan kelangsungan hidup. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan gangguan gagal ginjal (kadar kalium serum > 5,0 mmol/L, kreatinin serum > 2,5 mg/dl) contoh obat: Captopril dosis awal 6,25mg (3 kali/hari), dosis target 50-100 mg (3 kali/hari), dosis awal enalapril 2,5 mg (2kali/hari), dosis target 1020 mg(2 kali/hari), dosis awal lisonopril 2,55 mg (1 kali/hari), dosis target 200mg (1 kali/hari). Ramipil dosis awal 2.5mg (1 kali/hari), dosis target 5mg (2

kali/hari), dosis awal perindopril 2mg (1 kali/hari), dosis target 8mg (1x/hari).

## 2) *Beta Blockers*

*Beta Blocker* adalah kelas obat yang terutama di gunakan untuk mengontrol aritmia dan untuk mengobati tekanan darah tinggi. Contoh obat: Bisoprol dengan dosis awal 1.25mg (1 kali/hari), target dosis 10mg (1 kali/hari), Carvedilol dengan dosis awal 3.125mg(2kali/hari), target dosis 2550mg (2kali/hari), Metoprolol dengan dosis awal 12,5/25mg (1kali/hari), dosis target 200mg (1kali/hari). Obat ini tidak boleh diberikan kepada penderita asma dan blok AV (ventrikular) derajat 2 dan 3, sindrom sinus sakit(tanpa alat pacu jantung permanen), brakikardia sinus.

## 3) *Aldosterone Antagonisis*

Penambahan dosis kecil antagonis aldosterone harus di pertimbangkan pasien dengan fraksi ejeksi <35% dengan gagal jantung simptomatik berat tanpa hiperkalemia dan gangguan gagal ginjal berat. Antagonis aldosterone mengurangi rawat inap karena memperburuk gagal jantung dan meningkatkan kelangsungan hidup. Contoh obat: Eplerenone dosis awal 25mg (1kali/hari), target dosis 50mg (1kali/hari), Spirinolakton dosis awal 25mg (1 kali/hari), target dosis 25-50mg (1kali/hari). Antagonis aldosterone di kontraindikasikan, kalium serum >5,0 mmol/L, kreatinin serum>2,5mg/dl, bersama dengan dieuretik hemat kalium atau suplemen kalium, kombinasi ACEI dan ARB.

#### 4) *Angiotensin receptor blockers (ARB)*

ARB adalah sekelompok obat yang digunakan untuk menangani tekanan darah tinggi dan gagal jantung, mengurangi mortalitas yang disebabkan oleh penyebab kardiovaskular. Contoh kelompok obat ini adalah candesartan dengan dosis awal 4,8mg (1kali/hari), dosis target 32 mg (1kali/hari), valsartan dengan dosis awal 40 mg (2kali/hari), dosis target 160 mg (2kali/hari), losartan dengan dosis 50-100 mg (1-2 kali/hari) Olmesartan dengan dosis asli 10-20 mg (1kali/hari), dosis target adalah 40mg (1 kali/hari), dosis target adalah 20-80 mg (1kali/hari). Anti-indikasi identik dengan ACE, memantau fungsi ginjal serum elektrolit serial ketika ARB digunakan bersama ACE.

#### 5) *Isosorbide dinitrate (ISDN)*

ISDN adalah obat yang digunakan untuk mencegah dan meredakan serangan angina (nyeri dada) yang disebabkan oleh penyakit jantung. Obat ini tidak boleh digunakan pada pasien hipotensi, anemia berat, infark miokard akut, peningkatan tekanan intrakranial, kondisi jantung seperti stenosis mitral atau tamponade jantung. Contoh obat: Cedocard, Farsobid 5, Isobid, Isosorbide Dinitrate, Isonat, Monecto 20 dan Nosorbid.

#### 6) Digoksin

Digoksin adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi jantung seperti aritmia dan gagal jantung. Obat ini tidak boleh digunakan oleh pasien miokarditis dan serangan jantung. Contoh obat: digoksin dengan dosis awal 0,25 mg (sekali sehari) pada pasien

dengan fungsi ginjal normal. Pada pasien lanjut usia dengan gangguan ginjal, kurangi dosis menjadi 0,125 atau 0.0625 mg (sekali sehari), dan fargoxin.

#### 7) Diuretik

Loop diuretik atau diuretik kuat merupakan obat utama pada gagal jantung dengan kelebihan volume cairan dan dengan segera dapat memperbaiki keluhan kongesti dengan cepat, obat-obatan yang termasuk kedalam golongan obat ini di antaranya furosemide, torsemide, bumotadine, dan asam etakrinat yang dapat menyebabkan ekskresi natrium urine sampai 20% dan pemberian secara intra vena dapat menghindari bioavailabilitas yang bervariasi dan menghasilkan awitan kerja yang cepat. Tujuan pemberian obat ini untuk menurunkan beban awal dan kerja jantung, diuretik menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melepaskan air dan garam natrium.

#### b. Non-Farmakologi

##### 1) Manajemen Perawatan Diri

Manajemen perawatan diri berperan dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat berdampak signifikan pada perbaikan gejala jantung, kualitas hidup, kelangsungan hidup, prognosis. Manajemen perawatan diri dapat di definisikan sebagai tindakan untuk menaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi, dan mendeteksi gejala awal memburuknya jantung (PERKI, 2020).

- 2) Diet pembatasan natrium (4<gr/hari) untuk menurunkan edema (Kasron, 2016).
- 3) Pembatasan cairan (sekitar 1200 hingga 1500 cc/hari) (Kasron, 2016).
- 4) Aktivitas fisik setiap hari sangat penting bagi penderita gagal jantung, melakukan program latihan fisik sesuai anjuran petugas kesehatan merupakan hal yang harus di perhatikan. Aktivitas fisik dilakukan sesuai dengan kemampuan seseorang. Meluangkan waktu selama 15-30 menit dalam setiap harinya untuk duduk dan latihan nafas serta menenangkan pikiran merupakan salah satu cara manajemen stress (Fikriana, 2018).
- 5) Pemantauan berat badan secara mandiri dan penurunan berat badan. Pasien harus secara teratur memantau berat badan mereka setiap hari, pasien harus meningkatkan dosis diuretik atas konsultasi dokter. Penurunan berat badan pada pasien obesitas (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>) dengan gagal jantung, untuk mencegah perburukan gagal jantung, mengurangi gejala, dan meningkatkan kualitas hidup (PERKI, 2020).

## 2. Tindakan medis

Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan adalah sebagai berikut:

### a. *Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD)*.

Untuk pencegahan sekunder direkomendasikan pada aritmia ventrikel yang menyebabkan hemodinamik tidak stabil, diharapkan dapat hidup dalam status fungsional yang baik selama >1 tahun lagi, untuk mengurangi risiko kematian mendadak. Dalam pencegahan primer direkomendasikan

pada pasien dengan gagal jantung simptomatik meskipun terapi optimal selama lebih dari 3 bulan (PERKI, 2020).

- b. Cangkok bypass arteri koroner (CPC) di rekomendasikan untuk pasien dengan angina dan stenosis arteri koroner kiri yang signifikan, yang memenuhi syarat untuk pembedahan dan yang diharapkan untuk mempertahankan status fungsional yang baik selama satu tahun untuk mengurangi risiko kematian mendadak (PERKI, 2020).

- c. *Cardiac Resynchronization Therapy* (CRT)

Merupakan salah satu alat yang direkomendasikan untuk gagal jantung lanjut (*advanced heart failure*) simptomatik, optimal secara farmakologis untuk gagal jantung (PERKI, 2020).

- d. Antikonvulsan balon intra-aorta digunakan untuk meningkatkan aliran koroner, meningkatkan volume sekuncup, dan mengurangi *preload* dan *afterload* ventrikel kiri (Aspiani, 2014).

- e. *Extraporporeal Membrane Axygenation* (ECMO).

Perangkat pengganti kardiopulmoner, ECMO dapat digunakan untuk mengulur waktu hingga prosedur definitive dapat dilakukan seperti pencangkokan bypass arteri koroner, perbaikan septum, atau transpalantasi jantung (Aspiani, 2014).

#### **D. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien

(Budiono, 2016). Menurut Kardiyudiani & Susanti (2019) pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien jantung adalah sebagai berikut:

1. Riwayat Kesehatan saat ini

Keluhan utama di tulis secara singkat, keluhan utama pasien dengan gagal jantung biasanya di tandai dengan gejala sesak napas, gelisah, tekanan darah meningkat, kelelahan dan denyut nadi meningkat.

2. Riwayat Kesehatan Masa lalu

Untuk mengetahui cerita tentang penyakit dahulu yang di derita pasien seperti apakah sebelumnya pasien mengalami nyeri pada dada, hipertensi, DM, dan tanyakan juga obat-obatan yang rutin atau pernah dikonsumsi pasien.

3. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien dengan gagal jantung sering kali di dapati adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi tidak menyeluruh, ada juga yang tidak di dapati penyakit yang sama dengan anggota keluarganya.

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala dan Leher

Memeriksa tanda-tanda sianosis pada bibir, wajah, dan lidah.

Mengamati pembengkakan atau distensi pada vena jugularis.

Memeriksa adanya pembesaran kelenjar tiroid.

b. Dada

Memeriksa adanya retraksi dinding dada saat pasien bernapas.

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

c. Paru-paru

Mendengarkan suara napas menggunakan stetoskop untuk menggunakan stetoskop untuk mendeteksi adanya suara napas ronki, krekels, atau rales.

Menilai frekuensi dan kedalaman pernapasan pasien.

Memeriksa adanya retraksi intercostal atau supraklavikular saat pasien bernapas.

d. Abdomen

Memeriksa distensi atau pembesaran abdomen, Menilai nyeri tekan atau ketidaknyamanan palpasi abdomen, Memeriksa hepar untuk menilai ukurannya dan keberadaan hepatomegaly, Memeriksa adanya splenomegali (pembesaran limpa) pada palpasi abdomen.

e. Ekstremitas

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

Memeriksa adanya varises pada tungkai.

f. Neurologis

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

Memeriksa adanya kelemahan.

g. Auskultasi

Pola saat auskultasi dengan denyut nadi apikal biasanya terjadi takikardi meskipun kita dalam keadaan istirahat, bunyi jantung pada S1 dan S2 terdengar lemah yang disebabkan menurunnya kerja pompa. Irama gallop

umumnya terdapat bunyi tambahan seperti S3 dan S4, sedangkan murmur terjadi karena dikenali sebagai kegagalan ventrikel kiri.

#### 5. Riwayat psikososial

Adanya perubahan integritas ego seperti menyangkal, takut mati. Menganggap tidak memerlukan perawatan, khawatir tentang keluarganya, pekerjaan, ataupun keuangan. Perubahan integritas ego ini di tandai dengan sikap menolak, cemas, kontak mata kurang, gelisah, marah, bahkan dapat pula perilaku yang menyerang.

#### 6. Pemeriksaan jantung

##### a. Elektrokardiogram (EKG)

Alat ini untuk mengukur kecepatan dan keadaan denyut jantung, untuk mengetahui adanya hipertrofi atrial atau ventrikel, penyimpangan aksis, iskemia, dan kerusakan pola dapat terlihat. Adapun distrimia, misalnya: takikardi, atrial fibrilasi, kenaikan segmen ST/T persisten enam minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya *Aneurism ventricular*.

##### b. Echokardiogram

Alat ini menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan jantung dan fungsi katup jantung.

##### c. Tes darah BNP

Pemeriksaan untuk mengukur kadar hormon BNP (B-type natriureticpeptide) yang pada gagal jantung akan meningkat. Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

d. Foto rontgen dada

Alat yang digunakan untuk mengetahui adanya pembesaran jantung, penimbunan cairan di paru-paru atau penyakit paru lainnya.

e. Sonogram

Suatu tes yang dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik. Perubahan dalam fungsi atau struktur katup atau area yang terjadi penurunan kontraktilitas ventricular.

f. Scan jantung

Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

g. Katerisasi jantung

Merupakan tindakan yang dapat membantumembedakan gagal jantung sisi kanan versus sisi kiri dan stenosis katup atau insufiensi apabila pada saat tekanan abnormal. Selain itu juga mengkaji potensi arteri koroner, Zat kontras yang di suntikan kedalam ventrikel akan menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi fraksi atau perubahan kontraktilitas.

## E. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan tahap setelah dilakukan pengkajian keperawatan, yaitu suatu penilaian klinis tentang keadaan suatu individu, keluarga, atau komunitas (Budiono, 2016). Ada beberapa diagnosis keperawatan yang dapat di angkat pada pasien dengan gagal jantung kongestif menurut Tim SDKI DPP PPNI (2017):

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, perubahan *afterload*.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler.
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran vena.
4. Hipervolume berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, efek agen farmakologis.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

#### **F. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan merupakan suatu strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah di definisikan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan sebagai acuan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Budiono,2016). Perencanaan keperawatan serta tujuan dan kriteria hasil untuk masalah gagal jantung kongestif menurut Muttaqin (2014), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017):

1. **Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.**

**Tujuan:** curah jantung meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**Kriteria hasil:** kekuatan nadi perifer meningkat, *ejection fraction* (EF) meningkat, *cardiac index* (CI) meningkat, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) meningkat, *stroke volume index* (SVI) meningkatkan, palpitasi

menurun, takikardi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dyspepsia menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, berat badan menurun, hepatomegaly menurun, *pulmonary vascular resistance* (PVR) menurun, tekanan darah membaik, *Capillary refill time* (CRT) membaik, *Pulmonary Artery Wedge Pressure* (PAWP) membaik, *central pressure* membaik.

### **Perencanaan keperawatan**

#### **Perawatan jantung**

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

- n. Berikan diet jantung yang sesuai
- o. Gunakan stoking elastis atau pneumatic intermiten
- p. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- q. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- r. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi pasien >94%
- s. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- t. Anjuran aktifitas fisik secara bertahap
- u. Anjurkan berhenti merokok
- v. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- w. Kolaborasi pemberian aritmia.

## 2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan pertukaran gas meningkat.

**Kriteria hasil:** pasien mengalami sianosis membaik, dispnea menurun, PCO<sub>2</sub> dan PO<sub>2</sub> membaik, pH arteri membaik, analisis gas darah normal, dan terjadi penurunan kongesti pulmonal pada saat auktulasi.

Perencanaan keperawatan

### Pemantauan respirasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b. Monitor pola napas (bradypnea, takipnea, hiperventilasi, ataksik)
- c. Monitor kemampuan batuk efektif
- d. Monitor adanya produksi sputum
- e. Palpasi kesimetrisan paru

- f. Auskultasi bunyi napas
- g. Monitor saturasi oksigen
- h. Monitor nilai AGD
- i. Monitor hasil x-ray toraks
- j. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- k. Dokumentasikan hasil pemantauan
- l. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- m. Informasikan tujuan hasil pemantauan, jika perlu

**3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran vena**

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan status sirkulasi membaik.

**Kriteria hasil:** kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun,

**Perencanaan keperawatan**

**Perawatan sirkulasi**

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas
- d. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.

- e. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.
- f. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- g. Lakukan pencegahan infeksi
- h. Lakukan hidrasi
- i. Anjurkan berolahraga dengan rutin
- j. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu
- k. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- l. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- m. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
- n. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
- o. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)

**4. Hipervolume berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan natrium, kelebihan asupan cairan.**

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan keseimbangan cairan meningkat.

**Kriteria hasil:** haluaran urin meningkat, asites menurun, edema menurun, tanda-tanda vital membaik

**Perencanaan keperawatan:****Manajemen Hipervolemia**

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

- s. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- t. Batasi asupan cairan dan garam

**5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen**

**Tujuan:** setelah dilakukan intervensi keperawatan toleransi aktivitas Meningkat.

**Kriteria hasil:** keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, tanda-tanda vital membaik.

**Perencanaan keperawatan:**

**Manajemen energi**

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

- k. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- l. Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makanan

## **6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat ansietas menurun.

**Kriteria hasil:** verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi meningkat, pola tidur membaik, tanda-tanda vital membaik, pucat menurun.

### **Perencanaan keperawatan:**

- a. Kaji tingkat kecemasan
- b. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat melakukan tindakan.
- c. Bantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang dapat membuat cemas
- d. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

## **G. Pelaksanaan keperawatan**

Pelaksanaan merupakan realisasi dari perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan sesuai dengan kriteria hasil. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data lebih lanjut, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai dengan adanya data baru (Budiono, 2016). Adapun fungsi perawat berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara professional di bagi menjadi tiga fungsi (Budiono, 2016), yaitu:

1. *Independent*

Fungsi independent merupakan fungsi mandiri, artinya tindakan yang hanya dilakukan oleh perawat saja.

2. *Dependen*

Fungsi dependen merupakan tindakan yang dilakukan antar perawat satu dengan perawat lainnya.

3. *Interdependen*

Fungsi interdependen merupakan tindakan yang dilakukan dalam satu tim, yang didalamnya terdapat beberapa profesi dan bersifat saling ketergantungan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

## **H. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan suatu penilaian dengan cara membandingkan adanya suatu perubahan keadaan pasien berdasarkan hasil yang di amati, dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan apabila diperlukan. Adapun komponen evaluasi menurut Budiono (2016), yaitu terdiri dari:

1. Evaluasi proses (formatif)

Evaluasi proses adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan dilakukan terus menerus untuk mencapai tujuan.

2. Evaluasi hasil (sumatif)

evaluasi yang dilakukan di akhir tindakan keperawatan dengan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis dan diberikan kepada Tn. E dengan Gagal jantung kongestif di Ruang Kardiologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja. Penulis telah memberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dimulai pada tanggal 13 Maret sampai dengan 15 Maret 2023.

#### **A. Pengkajian**

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

Pasien Tn. E, jenis kelamin laki-laki, berusia 56 tahun, status menikah, suku bangsa Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir yang di tempuh adalah sekolah dasar, saat ini pasien sudah tidak bekerja, sumber biaya pengobatan adalah BPJS, sumber informasi yang didapatkan dari pasien, dan rekam medis. Pasien mulai dirawat di rumah sakit pada tanggal 11 Maret 2023.

##### **2. Resume**

Pasien bernama Tn.E masuk pada tanggal 11 maret 2023 datang ke Rumah Sakit Umum Daerah Koja diantar dengan ojek online dengan keluhan sesak memberat sejak 1 hari lalu di sertai batuk berdahak sejak 2 hari lalu dan bengkak pada kedua tungkai kaki sejak 3 hari lalu, sebelumnya pada tanggal 20 desember 2022 pasien sempat di rawat di Rumah Sakit Umum Daerah Koja karena jantung namun tidak kontrol lagi setelah obat habis,

pasien sudah tidak bekerja karena selalu merasa sesak setelah beraktivitas, pasien memiliki riwayat asma karena faktor keturunan keluarga. Keadaan umum pasien :GCS : E4M6V5, TD: 142/83 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36°C, RR 28X/menit.

Masalah keperawatan yang muncul saat ini adalah penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, intoleransi aktivitas. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital, memberikan posisi nyaman pada pasien, membantu ADL pasien serta tindakan kolaboratif yang dilakukan yaitu diberikan pemasangan infus 2 kolf RL / 24 Jam ,ceftriaxone 1x2gr IV .

### **3. Riwayat Keperawatan**

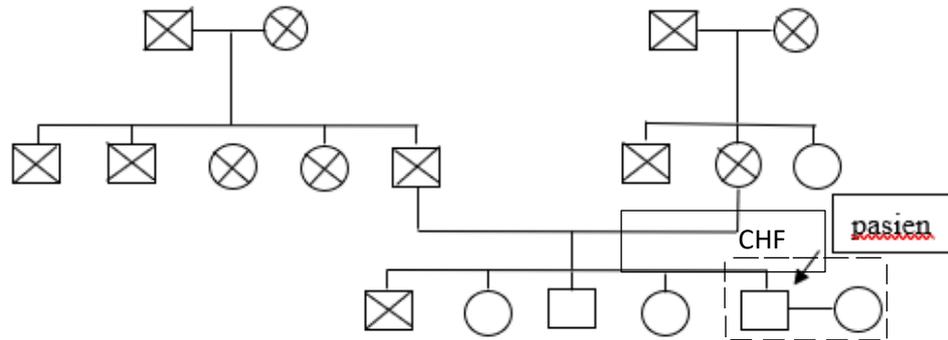
#### **a. Riwayat kesehatan sekarang.**

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk, Faktor pencetus adalah kelelahan dan banyak pikiran, timbulnya keluhan bertahap, lamanya 3 hari sebelum masuk RS, upaya mengobati istirahat dan minum obat warung.

#### **b. Riwayat Kesehatan masa lalu.**

Pasien mengatakan pernah di rawat ke RSUD koja pada tanggal 20 Desember 2022 dengan keluhan yang sama tetapi pasien tidak kontrol lagi setelah obat habis. Pasien memiliki riwayat penyakit asma karena faktor keturunan keluarga

## c. Genogram



d. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko adalah asma bronhkial

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah isteri pasien, pola komunikasi pasien baik, pembuat keputusan adalah pasien, kegiatan kemsyarakatan pasien mengatakan tidak ada, dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah pasien lebih khawatir dengan isterinya karena sedang sakit stroke dirumah karena sejak pasien sakit isteri pasien hanya tinggal bersama anak bungsu pasien yang masih sekolah, masalah yang mempengaruhi pasien mengatakan tidak ada masalah hanya saja terkadang pasien mengalami sesak setelah beraktivitas, mekanisme koping terhadap stress pasien dengan makan dan tidur. Hal yang sangat di pikirkan pasien saat ini adalah pasien sangat memikirkan isteri nya dirumah, harapan setelah menjalani perawatan pasien berharap segera diperbolehkan pulang oleh dokter, perubahan yang dirasakan setelah pasien jatuh sakit pasien mengatakan mengalami perubahan yang signifikan karena semenjak sakit aktivitas pasien jadi terbatas karna semenjak sakit gagal jantung kongestif pasien tidak bisa kelelahan

karena setiap kelelahan pasien merasakan sesak, sistem nilai kepercayaan nilai nilai yang bertentangan dengan kesehatan tidak ada, aktivitas agama / kepercayaan yang dilakukan pasien shalat berpuasa dan masih mengikuti pengajian jumat. Kondisi lingkungan rumah pasien rumah sunyi karena pasien hanya tinggal bersama isterinya yang sakit dan anak bungsu nya yang masih sekolah.

1) Pola kebiasaan

Pola nutrisi

**Sebelum sakit:** pasien makan 3x/hari, nafsu makan pasien baik, porsi yang dihabiskan 1 porsi, makanan yang tidak di sukai tidak ada, makanan alergi tidak ada, makanan pantangan tidak ada, penggunaan alat bantu makan(NGT) tidak..

**Saat sakit:** Frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan pasien menurun, pasien mengeluh mual, porsi yang dihabiskan ½ porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada.

2) Pola eliminasi

**Sebelum sakit:** Bak Frekuensi 5x/hari, warna kuning jernih, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK dan tidak ada penggunaan alat bantu. Pasien BAB 2x/hari dengan waktu tidak tentu, warna feses kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, tidak ada keluhan, dalam BAB dan tidak ada penggunaan laxatif.

**Saat di rumah sakit:** Pasien BAK 4-5x/hari dengan warna urin kuning kecoklatan, tidak ada keluhan dalam BAK. Selama di rawat di rumah sakit pasien baru 1x BAB

3) Pola *personal hygiene*

**Sebelum sakit:** Pasien mandi 2x/hari saat pagi dan sore hari. Pasien melakukan *oral hygiene* 2x/hari saat pagi dan sore hari setelah mandi. Pasien mencuci rambut 2x/minggu.

**Saat di rumah sakit:** Pasien hanya mandi 1x/hari pada saat pagi hari. Pasien melakukan *oral hygiene* 1x/hari pada pagi hari menggunakan sikat gigi dan pasta gigi. Selama dirumah sakit belum pernah mencuci rambut karena keterbatasan mobilisasi pasien.

4) Pola istirahat dan Tidur

**Sebelum sakit:** pasien tidur siang selama 2jam/hari dan tidur malam selama 8 jam/hari. Tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

**Saat di rumah sakit:** pasien tidur siang selama 4jam/hari dan tidur malam selama 10jam/hari. Kebiasaan sebelum tidur saat dirawat adalah ngemil snack dan buah pisang

5) Pola Aktivitas dan Latihan

**Sebelum sakit:** pasien bekerja pada pagi hari dan sore hari selama total waktu bekerja 8 jam, pasien tidak pernah berolahraga dan sering merasa sesak saat beraktivitas.

**Saat di rumah sakit:** pasien hanya mampu terbaring di tempat tidur selama di rawat, pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri, ADL pasien dibantu oleh istri.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien merupakan perokok aktif. Pasien merokok 1 bungkus/hari, pasien mengatakan sudah merokok selama 30 tahun kemudian sudah

berhenti merokok setelah sering merasa sesak. Pasien tidak mengkonsumsi alcohol dan tidak ketergantungan obat-obatan terlarang.

#### **4. Pengkajian Fisik**

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

Berat badan pasien 70 kg, sebelum sakit 72 kg, TB 168 cm, TD 142/83 mmHg, HR:100x/menit, RR 28x/menit, suhu 36°C, keadaan umum sedang GCS E4M6V5, tidak ada pembesaran getah bening.

##### **b. Sistem penglihatan**

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva mata merah,muda, kornea mata tampak normal, sklera mata anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan mata pasien baik, tidak di temukan tanda-tanda radang, pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun lensa mata. Reaksi terhadap cahaya baik, pupil mengecil saat menerima rangsang cahaya, dan pupil membesar saat rangsang cahaya menjauh.

##### **c. Sistem pendengaran**

Daun telinga pasien tampak normal, karakteristik serumen kuning dengan konsistensi cair dan berbau khas. Kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga pasien, pasien tidak merasakan penuh di telinga, tidak terdapat tititus, tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien dan tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal, pasien mampu berbicara dengan jelas dan tidak ada kelainan yang ditemukan.

e. Sistem pernafasan

Jalan napas ada sumbatan, ronchi +/-, Frekuensi nafas 28x/menit, irama teratur, kedalaman dalam, batuk berproduktif, sputum berwarna putih, konsistensi padat, tidak terdapat darah, palpasi dada tidak ada krepitasi, perkusi dada sonor, suara napas wheezing, ada nyeri saat bernapas, terlihat ada cuping hidung. Penggunaan alat bantu napas ada nasal kanul 2L/menit

f. Sistem kardiovaskuler

1) Nadi 100x/menit, irama teratur, TD 142/83 mmHg tidak ada distensi vena jugularis, temperatur hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler 3 detik, ada edema tungkai bawah.

2) Sirkulasi jantung : denyut apical 100x/menit, irama teratur, kelainan bunyi jantung gallop, sakit dada tidak ada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat dengan Hemoglobin 11.6 g/dl tidak ditemukan adanya perdarahan pada pasien.

h. Sistem syaraf pusat

Keluhan sakit kepala vertigo, tingkat kesadaran compos mentis dengan Glasglow Coma Scale (GCS): E4M6V5, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, gangguan sistem persyarafan tidak ada, reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.

i. Sistem pencernaan

Kedua mulut pasien terdapat karies pada gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, dah pasien tampak kotor, salifa normal, tidak ada muntah pada pasien, nyeri perut tidak ada, bising usus 7x/menit, tidak diare, tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton, luka ganggren tidak ada.

k. Sistem urogenetal

Balance cairan intake 650 ml output cairan 600 ml, perubahan pola kemih tidak ada, bak kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien baik, temperature suhu 36°C warna kulit kemerahan, keadaan kulit daerah pemasangan infus tidak ada pembengkakan plebitis tidak ada, tidak ada kemerahan,keadaan rambut baik bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, keadaan strukur tulang belakang kiposis, keadaan tonus otot baik,kekuataan otot ekstremitas atas pasien baik (bagian kiri 5 5 5 5, bagian kanan 5 5 5 5), kekuatas otot ekstremitas bawah baik (bagian kiri 5 5 5 5, bagian kanan 5 5 5 5).

## 5. Data tambahan ( pemahaman tentang penyakit )

Pasien mengatakan sudah tahu bahwa dirinya sakit jantung sejak 3 tahun belakangan ini, pasien hanya tahu bahwa sakit jantung itu gejalanya mudah lelah saat beraktifitas namun pasien belum mengetahui penyebab dan penatalaksanaannya.

## 6. Data penunjang

Tanggal 11 maret 2023 dilakukan pemeriksaan laboratorium: nilai Hemoglobin \*15,3 g/dL (13,5-18,0), Leukosit \*16,66  $10^3$ /Ul (4.00-10,50), hematokrit 44,1% (370-470%), trombosit 257ribu/ul. ( 182-369 ribu ul), pemeriksaan Analisa gas darah di dapatkan nilai pH 7.520 (7.356 7.450). PCO<sub>2</sub> 47,6 mmHg (32.0-45.0), pO<sub>2</sub> 224,6 mmHg (95.100.0), HC0<sub>3</sub> 15.3 mEq/L. (21.0-28.8), Elektrolit di dapatkan nilai Klorida (Cl) 95 mEq/, (96-108), Natrium (Na) 140 mEq/L (135-147), Kalium 3.63 mEq/L (3.5-5.0). Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 11 maret 2023 terlihat gambaran Atrial Fibrilator, hasil pemeriksaan ECHO tanggal 12 Maret 2023 terlihat gambaran: CHF, CAD, MR Mild, dimensi ruang jantung : LA, LV dilatasi, EF : 62%.

## 7. Penatalaksanaan

Terapi obat oral : digoxin 1x1 tablet (Pukul 08.00WIB)

Terapi obat injeksi ; Omeprazole 1x40mg (Pukul 08.00 WIB), Ramipril 1x2,5 mg (Pukul 08.00 WIB), Ceftriaxone drip 1 x 2 gr IV ( pukul 11.00 WIB), Lasix 2 x 2 amp (Pukul 12.00, 20.00 WIB)

Pasien mendapat diit lunak 1 porsi

Pasien terpasang infus Assering 500 cc/24jam.

Terapi obat inhalasi : combivent 3 x 1 (pukul 11.00 WIB), Pulmicort 2x1 (pukul 11.00 WIB)

## 8. Data Fokus

**Data subjektif** : Pasien mengatakan batuk berdahak putih kental dan sulit di keluarkan sejak 2 hari lalu, pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki, pasien mengatakan lemas ketika beraktivitas, pasien mengatakan keringat dingin, tidak bisa tidur terlentang karena sesak nafas hanya bisa tidur sambl duduk, pasien memiliki riwayat asma sejak usia 17 tahun, pasien merasa sesak ketika berjalan ketoilet terlalu sering, tubuh terasa lemas dan lemah

**Data Objektif** : pasien tampak lemah, pasien terlihat batuk, terdapat sputum, dispnea, terdapat suara napas tambahan ( ronchi, wheezing ) pasien terlihat menggunakan otot bantu napas, pasien bernapas seperti terengah-engah, pasien terlihat cuping hidung, nafsu makan kurang baik, pasien terlihat berkeringat dingin ketika banyak bergerak, pasien terlihat tidak mampu saat duduk lama karena pasien langsung sesak, sputum pasien berwarna putih, pasien masih terlihat bengkak pada kedua tungkai kaki, terdengar suara gallop. TD : 142/83 mmHg, HR : 100x/m, RR : 28x/m, suhu 36°C, Bb : 72 kg turun 2 kg dari 72 kg, TB 167cm, GCS E4M6V5, hemoglobin 11,6 g/dL, leukosit 16.66, pH 7,488 (7,350-7,450), pCO<sub>2</sub> 23,3 mmHg (32,0-45,0), pO<sub>2</sub> 99,4 mmHg, HCO<sub>3</sub> 17,8 mEq/L (21,0-28,8), base excess -5,8 mmol/L (-2,3-+2,5), O<sub>2</sub> saturation 98%, Hasil pemeriksaan EKG pada terlihat gambaran Atrial Fibrilator, hasil pemeriksaan ECHO LV

fungsi sistolik EF 62% (Teicht), kesan : MR moderate-severe ec PML prolapsed, efusi perikard minimal.

### 9. Analisa Data

No	Data focus	Masalah	Etiologi
.	<p><b>Data subjektif:</b></p> <p>Pasien mengatakan batuk, merasakan sesak saat melakukan aktivitas dan saat tidur, kedua tungkai kaki bengkak, mudah lelah, tidak bisa tidur terlentang karena sesak nafas hanya bisa tidur sambal duduk, pasien memiliki riwayat asma sejak usia 17 tahun, pasien merasa sesak ketika berjalan ketoilet terlalu sering, tubuh terasa lemas dan lemah.</p> <p><b>Data objektif :</b></p> <p>Pasien tampak lemas, pasien tampak edema pada kedua tungkai kaki, dispnea, batuk, terdapat sputum putih, ada napas tambahan seperti</p>	Penurunan curah jantung	Perubahan kontraktilitas

	<p>(ronchi, wheezing), terdengar suara gallop gallop, TD : 142/83 mmHg, HR : 100x/m, RR : 28x/m, Suhu : 36°C, hasil <i>echocardiographi</i> adalah LV fungsi sistolik 62% (Teicht), kesan : <i>MR moderate-severe</i> ec PML prolapsed, efusi perikard minimal. Hemoglobin 11,6 g/dL.</p>		
	<p><b>Data subjektif:</b> pasien mengatakan sesak nafas, lemas ketika beraktivitas.</p> <p><b>Data objektif :</b> paasien dispnea, terlihat lemas, batuk-batuk, berdahak sulit dikeluarkan, bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing), takikardia RR : 28 kali permenit,</p> <p><b>Pemeriksaan Analisa gas darah</b> pH 7,488 (7,350-7,450), pCO<sub>2</sub> 23,3 mmHg (32,0-45,0), pO<sub>2</sub> 99,4 mmHg, HCO<sub>3</sub> 17,8 mEq/L</p>	<p>Gangguan Pertukaran Gas</p>	<p>Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>

	(21,0-28,8), base excess -5,8 mmol/L (-2,3-+2,5), O <sub>2</sub> saturation 98%,		
	<p>Ds : pasien mengatakan sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan</p> <p>Do: Pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan, pasien terlihat dispnea, sputum kental, warna putih, TD : 142/83 mmHg, HR : 100x/m, RR : 28x/m, suhu 36°C, leukosit 16.66</p>	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Proses infeksi
	<p>Ds : pasien mengatakan lemas ketika beraktivitas, pasien mengatakan mudah merasa sesak, pasien mengatkan keringat dingin ketika merasa kecapekan.</p> <p>Do : Pasien tampak lemas, pasien terlihat keringat dingin ketika banyak bergerak, gerakan terbatas, frekuensi pernafasan 24 kali permenit</p>	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

	Hasil EKG terlihat gambaran Atrial Fibrilator		
--	--	--	--

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara ventilasi-perfusi.
3. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi.
4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

## C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

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

### **Data subjektif**

Pasien mengatakan batuk, merasakan sesak saat melakukan aktivitas dan saat tidur, kedua tungkai kaki bengkak, mudah lelah, tidak bisa tidur terlentang karena sesak nafas hanya bisa tidur sambil duduk, pasien memiliki riwayat asma sejak usia 17 tahun, pasien merasa sesak ketika berjalan ke toilet terlalu sering, tubuh terasa lemas dan lemah.

**Data objektif :** pasien tampak lemas, pasien tampak edema pada kedua tungkai kaki, dispnea, batuk, terdapat sputum putih, ada napas tambahan seperti (ronchi, wheezing), terdengar suara gallop gallop, TD : 142/83 mmHg, HR : 100x/m, RR : 28x/m, Suhu : 36°C, hasil echocardiographi

adalah LV fungsi sistolik 62% (Teicht), kesan : MR moderate-severe ec PML prolapsed, efusi perikard minimal. Hemoglobin 11,6 g/dL.

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

**Kriteria hasil:** Tanda-tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110-120/80-90 mmHg, frekuensi nadi 60-100x/menit, frekuensi nafas 12-20x/menit, suhu 36,5-37,5°C, lelah menurun, edema menurun, dispnea menurun, pucat/sianosis menurun, *paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, *Capillary Refill Time* (CRT) membaik

#### **Intervensi keperawatan**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- b. Monitor tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor bunyi jantung tambahan
- e. Posisikan pasien semifowler/fowler
- f. Anjurkan pasien beristirahat baik secara fisik maupun mental
- g. Berikan obat sesuai terapi : Digoxin 1x1 tablet (pukul 08.00WIB), Omeprazole 2x40mg (pukul 08.00, 20.00 WIB), Ramipril 1x2,5 mg (pukul 08.00 WIB), Ceftriaxone drip 1 x 2 gr IV ( pukul 11.00 WIB), Lasix 2 x 2 amp (Pukul 12.00, 20.00 WIB)

## **Pelaksanaan**

### **Tanggal 13 Maret 2023**

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, didapatkan tekanan darah 130/85mmHg, frekuensi nadi 88 kali permenit, frekuensi napas 22 kali permenit, suhu tubuh 36°C, saturasi O<sub>2</sub> : 97%; mengidentifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung didapatkan hasil tanda dan gejala primer yaitu *dispnea*, *ortopnea*, edema, ronchi, bunyi gallop; pukul 08.00 WIB memberikan obat sesuai program 1 tablet digoxin 0,25 mg, 1 ampul Omeprazole 40mg, 1 tablet Ramipril 2,5 mg; obat diminum dan injeksi obat sudah masuk, reaksi tidak ada: pukul 12.00 WIB memberikan Ceftriaxone drip 2 gr IV, 2 amp Lasix, obat masuk semua; pukul 14.00 WIB mengatur posisi tidur pasien dengan semifowler pasien mengatakan lebih nyaman; pukul 15.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 100 kali permenit, frekuensi napas 22 kali permenit, suhu tubuh 36°C, saturasi O<sub>2</sub> : 97%; pukul 20.00 WIB memberikan obat sesuai program 2amp Lasix, obat masuk semua.

### **Tanggal 14 Maret 2023**

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, didapatkan tekanan darah 100/75mmHg, frekuensi nadi 82 kali permenit, frekuensi napas 20 kali permenit, suhu tubuh 36,5°C, saturasi O<sub>2</sub> : 99%; mengidentifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung didapatkan hasil tanda dan gejala primer yaitu *dispnea*, *ortopnea*, edema,

ronchi, bunyi gallop; pukul 08.00 WIB memberikan obat sesuai program 1 tablet digoxin 0,25 mg, : digoxin 1 tablet , Omeprazole 40mg, Ramipril 1x2,5 mg; pukul 12.00 WIB memberikan Ceftriaxone drip 1 x 2 gr IV, Lasix 2 x 2 amp; pukul 14.00 WIB mengatur posisi tidur pasien dengan semifowler pasien mengatakan lebih nyaman; pukul 15.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 100 kali permenit, frekuensi napas 22 kali permenit, suhu tubuh 36°C, saturasi O<sub>2</sub> : 97%

### **Tanggal 15 Maret 2023**

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, didapatkan tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 82 kali permenit, frekuensi napas 20 kali permenit, suhu 36,5°C, saturasi O<sub>2</sub> 99%, saat dilakukan auskultasi suara napas vesikuler, tidak terdapat *takipnea*; pukul 08.00 WIB memberikan obat sesuai program 1 tablet digoxin 0,25 mg, Omeprazole 40mg, Ramipril 1x2,5 mg; pukul 12.00 WIB mengatur posisi tidur pasien dengan semifowler pasien mengatakan lebih nyaman.

### **Evaluasi**

#### **Tanggal 15 maret 2023**

**Subjektif:** pasien mengatakan sesak berkurang saat tidur dan sesak berkurang saat beraktivitas, pasien mengatakan lebih nyaman

**Objektif:** tidak ada dispnea, tanda-tanda vital 120/80 mmHg, frekuensi nadi 100 kali per menit, frekuensi napas 21 kali per menit, suhu 36°C,

saturasi O<sub>2</sub> 99%, Masih terdengar suara gallop pada bunyi jantung, suara nafas vesikuler, tidak terdapat *ortopnea*.

**Analisa:** penurunan curah jantung teratasi sebagian

**Perencanaan:** tindakan keperawatan dilanjutkan oleh perawat pada poin a,b,c,d,e,f,g, dengan kriteria hasil Tanda-tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110-120/80-90 mmHg, frekuensi nadi 60-100x/menit, frekuensi nafas 12-20x/menit, suhu 36,5-37,5°C, lelah menurun, edema menurun, dispnea menurun, pucat/sianosis menurun, paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, Capillary Refill Time (CRT) membaik

## 2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi ditandai dengan

**Data subjektif:** Pasien mengatakan sesak nafas, lemas ketika beraktivitas.

**Data objektif:** Pasien tampak dispnea, terlihat lemas, batuk-batuk, berdahak sulit dikeluarkan, bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing), takikardia RR : 28 kali permenit., pemeriksaan Analisa gas darah didapatkan hasil pH 7,488 (7,350-7,450), pCO<sub>2</sub> 23,3 mmHg (32,0-45,0), pO<sub>2</sub> 99,4 mmHg, HCO<sub>3</sub> 17,8 mEq/L (21,0-28,8), base excess -5,8 mmol/L (-2,3-+2,5), O<sub>2</sub> saturation 98%,

**Tujuan:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pertukaran gas meningkat

**Kriteria hasil:** dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, O<sub>2</sub> membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, pola nafas membaik

**Intervensi:**

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas
- b. Observasi adanya sianosis
- c. Auskultasi bunyi nafas
- d. Monitor AGD

**Pelaksanaan**

**Tanggal 13 maret 2023**

Pukul 08.00 WIB monitor frekuensi, irama, kedalaman jalan nafas didapatkan hasil; RR 24x/menit, kedalaman nafas dangkal, pukul 08.20 WIB monitor auskultasi bunyi nafas didapatkan suara tambahan yaitu wheezing; pukul 13.00 WIB monitor AGD didapatkan hasil

**Tanggal 14 Maret 2023**

Pukul 13.00 WIB monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen, auskultasi bunyi nafas didapatkan hasil RR : 20 kali permenit, saturasi oksigen 99%, auskultasi bunyi nafas vesikuler, pukul 14.20 WIB monitor kemampuan batuk efektif hasilnya pasien sudah mampu melakukan batuk efektif, pukul 16.30 monitor adanya sumbatan jalan nafas didapatkan hasil jalan nafas terdapat sumbatan karena adanya sputum.

**Tanggal 15 Maret 2023**

Pukul 08.20 WIB monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen, auskultasi bunyi nafas didapatkan hasil RR : 21 kali permenit, saturasi oksigen 99%, auskultasi bunyi nafas vesikuler, pukul 09.00 WIB monitor kemampuan batuk efektif hasilnya pasien sudah mampu batuk efektif, pukul 10.30 WIB monitor adanya sumbatan jalan nafas didapatkan hasil jalan nafas tidak terdapat sumbatan karena tidak adanya sputum.

**Evaluasi**

**Tanggal 15 Maret 2023**

**Subjektif:** Pasien mengatakan sudah tidak sesak saat berjalan ke kamar mandi terlalu sering, dan tidak sesak saat posisi tidur

**Objektif:** saturasi pasien 99%, saat di auskultasi nafas vesikuler, tidak terdapat takipnea.

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian

**Perencanaan:**

lanjutkan tindakan keperawatan untuk poin a,b,c,d, dengan kriteria hasil dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, PCO2 membaik, O2 membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, pola nafas membaik

**3. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan**

**Data subjektif:** pasien mengatakan sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan

**Data objektif:** Pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan, pasien terlihat dispnea, sputum kental, warna putih, TD : 142/83 mmHg, HR : 100x/m, RR : 28x/m, suhu 36°C, leukosit 16.66.

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat

**Kriteria hasil:** batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, wheezing menurun, dispnea menurun.

**Intervensi keperawatan :**

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor bunyi napas tambahan
- c. Monitor sputum
- d. Posisikan semi fowler-fowler
- e. Berikan oksigen
- f. Ajarkan Teknik batuk efektif
- g. Berikan terapi sesuai program Ceftriaxone drip 1 x 2 gr IV ( pukul 11.00 WIB)

**Pelaksanaan**

**13 Maret 2023**

Pukul 08.20 monitor pola napas didapatkan hasil RR 21 kali permenit,; pukul 10.00 WIB monitor bunyi napas tambahan di dapatkan hasil terdengar bunyi nafas tambahan yaitu wheezing ; pukul 11.00 WIB pemberian terapi Ceftriaxone 1x2 gr IV didapatkan hasil pasien sudah diberikan Ceftriaxone sesuai program; pukul 12.00 WIB monitor sputum didapatkan hasil sputum pasien berwarna putih kental dan sulit

di keluarkan , berikan posisi semi fowler hasil pasien sudah diberikan posisi tidur dengan semi fowler dan terlihat nyaman; pukul 13.00 WIB berikan oksigen, hasil pasien sudah diberikan oksigen 6 liter, pukul 13.00 ajarkan teknik batuk efektif hasil pasien sudah diajarkan dan sudah mulai bisa teknik batuk efektif seperti yang di ajarkan perawat.

#### **14 Maret 2023**

Pukul 14.00 WIB monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, berikan posisi semi fowler, didapatkan hasil RR : 20x/menit, terdapat bunyi napas tambahan yaitu wheezing, terdapat sputum sudah tidak kental dan pasien sudah bisa batuk efektif, pasien sudah diberikan posisi semi fowler dan terlihat nyaman, Pukul 15.30.WIB berikan oksigen , hasil pasien sudah diberikan oksigen 6 liter.

#### **15 Maret 2023**

Pukul 08.00 WIB monitor pola napas didapatkan hasil frekuensi nafas 21 kali permenit; pukul 10.00 WIB monitor sputum didapatkan hasil pasien mengatakan sputum berkurang sudah tidak sulit dikeluarkan; pukul 12.00 WIB berikan posisi semifowler didapatkan hasil pasien terlihat nyaman dengan posisi tidur dengan semifowler dan mengatakan sudah tidak sesak dan sudah tidak mendapat oksigen.

#### **Evaluasi**

**Subjektif** : pasien mengatakan sesak berkurang dan sputum sudah berkurang

**Objektif :** pasien terlihat lebih nyaman, sputum berkurang dan sudah bisa batuk efektif sendiri

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian

**Perencanaan :** lanjutkan tindakan keperawatan poin a,b,c,d,e,f,g dengan kriteria hasil batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, wheezing menurun, dispnea menurun.

#### **4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen**

**Data subjektif :** Pasien mengatakan lemas ketika beraktivitas, pasien mengatakan mudah merasa sesak, pasien mengatakan keringat dingin ketika merasa kecapekan.

**Data objektif :** Pasien tampak lemas, pasien terlihat keringat dingin ketika banyak bergerak, gerakan terbatas, frekuensi pernafasan 24 kali permenit, hasil EKG terlihat gambaran Atrial Fibrilator.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat

**Kriteria hasil :** keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik,

**Intervensi keperawatan :** manajemen energi

- a. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- b. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
- c. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
- d. Monitor pola dan jam tidur
- e. Monitor tingkat toleransi aktivitas

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

**Pelaksanaan :**

**13 Maret 2023**

Pukul 08.20 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional, pasien masih terasa lelah terutama saat terlalu banyak bergerak ke toilet; pukul 10.00 WIB menyediakan lingkungan yang nyaman untuk pasien dengan cara merapihkan semua area tempat tidur pasien, 13.00 WIB memonitor pola dan jam tidur pasien didapatkan hasil pasien dapat tidur siang selama 2 jam; pukul 12.00 WIB memberikan pasien makanan sesuai yang telah diberikan oleh ahli gizi; pukul 13.00 WIB memonitor tingkat toleransi aktivitas pasien masih sering merasa sesak dan nyeri dada ketika melakukan aktivitas seperti berjalan ke toilet terlalu sering sehingga pasien masih tidak dianjurkan untuk melakukan aktivitas berlebih.

**14 Maret 2023**

Pukul 14.00 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional pasien masih terasa lelah terutama saat terlalu banyak bergerak ke toilet; pukul 14.30 WIB menyediakan lingkungan yang nyaman untuk pasien dengan cara merapihkan semua area tempat tidur pasien; pukul 15.00 WIB memonitor pola dan jam tidur pasien pasien dapat tidur siang selama 2 jam; pukul 17.30 wib memberikan pasien makanan sesuai yang telah diberikan oleh ahli gizi; pukul 18.00 memonitor tingkat

toleransi aktivitas pasien masih sering merasa sesak dan nyeri dada ketika melakukan aktivitas seperti berjalan ke toilet terlalu sering.

### **15 Maret 2023**

Pukul 08.20 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional, pasien mengatakan sesak berkurang walaupun beberapa kali ke toilet; pukul 10.00 WIB menyediakan lingkungan yang nyaman untuk pasien dengan cara merapihkan semua area tempat tidur pasien, 13.00 memonitor pola dan jam tidur pasien pasien dapat tidur siang selama 2 jam; pukul 12.00 WIB memberikan pasien makanan sesuai yang telah diberikan oleh ahli gizi; pukul 13.00 WIB memonitor tingkat toleransi aktivitas pasien mengatakan sesak berkurang saat beraktivitas dan pasien sudah mulai di anjurkan untuk lebih sering bergerak.

#### **Evaluasi :**

**Subjektif :** Pasien mengatakan sudah tidak sering merasa lelah dan lemas terutama saat berjalan ke toilet

**Objektif :** pasien terlihat nyaman, sesak berkurang saat beraktivitas dan sudah mulai di anjurkan untuk lebih sering bergerak tekanan darah setelah beraktivitas 120/90 mmHg, frekuensi nadi 88 kali permenit, frekuensi nafas 21x permenit, suhu 36°C.

**Analisa:** Tujuan tercapai sebagian

**Perencanaan :** lanjutkan tindakan keperawatan untuk poin a,b,c,d,e,f dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis akan membahas dan membandingkan antara teori dengan kasus. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai Analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah yang penulis temukan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Pasien Tn. E dengan Gagal Jantung Kongestif di R. Kardiologi kamar 1910 lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 13-15 Maret 2023. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan, dimana pada tahap ini penulis berusaha mengumpulkan data-data akurat yang dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan yang ditemukan di pasien, dengan cara wawancara ke pasien dan keluarganya, dengan perawat ruangan maupun mencari dari rekam medis pasien. Berdasarkan pengkajian tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa faktor resiko yang menyebabkan Gagal Jantung Kongestif pada pasien adalah karena adanya riwayat asma, yang sudah dideritanya sejak usia 20 tahun.

Kesimpulan tersebut sejalan dengan laporan dari Nasional Cardiovascular Center Harapan Kita (2021) yang menyatakan bahwa penderita asma memiliki kemungkinan peningkatan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular. Studi oleh Pollevick, dkk (2020) menunjukkan bahwa asma berhubungan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan kelompok yang tidak memiliki asma. Namun masih dibutuhkan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui mekanisme pasti yang terjadi.

Manifestasi klinis khas terjadi pada pasien gagal jantung adalah sesak napas saat beraktivitas, sesak napas yang dirasakan saat berbaring (ortopnea), edema pada kedua tungkai kaki, dan dispnea nocturnal paroksimal (DiGiulio, Jackson, Keogh (2014); Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia, 2017). Semua manifestasi tersebut ditemukan di kasus, bedanya sesak napas yang dialami pasien lebih berat, terlihat dari adanya penurunan nilai saturasi yaitu 98%. Pada kasus sesak napas menjadi lebih berat karena selain mengalami asma kardiak yang seperti biasa dijumpai pada pasien dengan gagal jantung, juga asma bronchial diderita pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Dewayanti (2011) bahwa hipereaktivitas bronkus merupakan ciri khas inflamasi pada asma dan berhubungan dengan derajat beratnya asma. Intensitas inflamasi berhubungan dengan sensitivitas jalan napas, ketebalan dinding jalan napas dan reaktivitas jalan napas.

Penatalaksanaan pada pasien dengan gagal jantung menurut PERKI (2000) adalah dengan pemberian terapi *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)*, *Beta Blockers*, *Aldosterone Antagonisis*, *Angiotensin receptor blockers (ARB)*, *Isosorbide dinitrate (ISDN)*, digoksin, dan diuretik. Tidak semua

penatalaksanaan farmakologis pada pasien gagal jantung diberikan di kasus. Terapi *Beta blockers* tidak diberikan di kasus karena obat ini tidak boleh diberikan pada penderita asma (PERKI, 2000). Selain itu *Angiotensin receptor blockers* (ARB) yang di gunakan untuk menangani tekanan darah tinggi (PERKI, 2000), tidak diberikan di kasus karena pasien tidak memiliki riwayat hipertensi. *Isosorbide dinitrate* (ISDN) tidak diberikan di kasus karena ISDN adalah obat yang digunakan untuk mencegah dan meredakan serangan angina(nyeri dada) yang disebabkan oleh penyakit jantung (PERKI, 2000), sedangkan pada kasus tidak ada keluhan nyeri dada.

Penatalaksanaan yang diberikan di kasus namun tidak ada di teori adalah obat golongan antibiotik yaitu Ceftriaxone drip 1 x 2 gr IV ( pukul 11.00 WIB). Obat ini diberikan ke pasien karena nilai leukosit pasien  $16,66 \cdot 10^3/Ul$  (4.00-10,50), hal ini menunjukkan pasien mengalami infeksi., sedangkan Omeprazole 1x 40mg (Pukul 08.00) diberikan berkaitan dengan pemberian antibiotik tersebut.. Pada kasus juga diberikan inhalasi Combivent 3 x 1 (pukul 11.00 WIB), Pulmicort 2x1 (pukul 11.00 WIB), karena pasien mempunyai riwayat penyakit asma.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah kerjasama yang baik dari pasien, keluarga serta perawat ruangan. Adapun faktor penghambat dalam pengumpulan data adalah pasien sering masuk RS sehingga ada beberapa hasil pemeriksaan penunjang tidak tersimpan di rekam medis.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Tim SDKI DPP PPNI (2017) dijelaskan ada enam diagnosis yang muncul pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif yaitu risiko aktual penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktifitas dan ansietas. Sedangkan pada kasus penulis menemukan empat diagnosis yang muncul, tiga sesuai dengan teori yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas dan intoleransi aktifitas, serta satu diagnosis muncul di kasus dan tidak ada di teori yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif.

Diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dimunculkan di kasus karena adanya edema, spasm bronkus serta peningkatan secret bronkiolus serta penulis menemukan data-data pendukungnya yaitu pasien mengatakan sesak, batuk dengan sputum yang sulit dikeluarkan, terdapat suara nafas wheezing, serta pasien mengatakan mempunyai Riwayat asma.

Tiga diagnosis ada di teori namun tidak ditemukan di kasus yaitu hipervolemia, devisit nutrisi dan ansietas. Hipervolemia muncul di teori karena pasien Gagal Jantung Kongestif menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga mengakibatkan penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan cairan (Majid, 2018). Sedangkan pada kasus pasien tidak mengalami gangguan fungsi ginjal dibuktikan dengan pemeriksaan ureum, kreatinin dan elektrolitnya masih normal.

Defisit nutrisi tidak ditegakan oleh penulis karena dari hasil pengkajian pasien tidak ada masalah dengan nutrisinya dibuktikan dari hasil pengkajian pasien mampu makan 3 kali perhari dan menghabiskan 1 porsi setiap makan bahkan pasien mengatakan porsi makan yang di sediakan di rumah sakit kurang. Sedangkan ansietas juga tidak ditegakan di kasus karena tidak ada data-data yang mendukungnya dibuktikan saat melakukan pengkajian pasien terlihat tenang dan pasien mengatakan sudah dapat menerima keadaannya saat ini.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah kerjasama yang baik dari pasien, keluarga serta perawat ruangan. Adapun faktor penghambat dalam pengumpulan data adalah pasien sering masuk RS sehingga ada beberapa hasil pemeriksaan penunjang tidak tersimpan di rekam medis.

### **C. Perencanaan**

Perencanaan keperawatan pada kasus secara umum sudah disusun sesuai dengan teori dan disesuaikan kondisi pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan berdasarkan waktu praktek yaitu 3x24 jam. Perencanaan keperawatan meliputi penetapan prioritas masalah, perumusan masalah, penentuan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Adapun prioritas masalah ditetapkan berdasarkan masalah yang dapat mengancam jiwa pasien. Kriteria hasil disusun memenuhi kriteria SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Time*).

Perencanaan disusun disesuaikan dengan kondisi pasien dan juga waktu yang diberikan kepada penulis, sehingga ada beberapa perencanaan di hilangkan di kasus. Pada masalah penurunan curah jantung, intervensi monitor berat badan setiap hari di hilangkan karena melihat kondisi pasien yang lemah serta alat

timbangan di ruang rawat yang tidak ada. Lakukan EKG setiap hari, dengan 12 sadapan serta monitor nilai laboratorium penulis hilangkan karena tidak ada program dari dokter rekam medis. Monitor fungsi alat pacu jantung tidak di tulis dikasus karena pasien tidak ada aritmia serta di ruang rawat tidak disiapkan alat pacu jantung. berikan diet jantung di hilangkan karena diet pasien sudah di tentukan ahli gizi.

Pada gangguan pertukaran gas, perencanaan yang tidak dilakukan karena keterbatasan waktu saat pengkajian yaitu dokumentasikan hasil pemantauan tidak dilakukan karena tidak dilakukan interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien. Pada masalah intoleransi aktivitas, perencanaan yang penulis tidak angkat adalah: monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas serta kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan tidak dimunculkan karena pasien tidak ada masalah dalam nutrisi pasien selalu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.

Adapun intervensi yang ditambahkan dikasus tapi tidak ada di teori yaitu pada masalah bersihan jalan nafas tidak efektif. penulis memasukan intervensi monitor pola napas untuk mengetahui jika ada penurunan frekuensi, kedalaman serta usaha nafas pasien. Penulis tidak menemukan hambatan upaya dalam penyusunan perencanaan karena tersedianya literature yang cukup sehingga memudahkan penulis menyusun perencanaan.

#### **D. Evaluasi**

Evaluasi disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Dari empat diagnosis yang diangkat di kasus, tiga tujuan tercapai Sebagian dan satu diagnosis tercapai. tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan tingkat kesadaran membaik, dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, nafas cuping hidung menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, O<sub>2</sub> membaik. Penurunan curah jantung tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan tekanan darah 110-120/80-90 mmHg, frekuensi nadi 60-100x/menit, frekuensi nafas 12-20x/menit, suhu 36,5°C-37,5°C, lelah menurun, dispnea menurun, ortopnea menurun tetapi pasien a. Pada diagnosis bersihan jalan napas tujuan sudah tercapai di buktikan dengan batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, wheezing menurun, dispnea menurun. Intoleransi aktivitas tujuan tercapai Sebagian di buktikan dengan keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik dan masih terdapat secret pada pasien sehingga tujuan baru tercapai Sebagian.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pasien Tn. E dengan Gagal Jantung Kongestif di R. Kardiologi kamar 1910 lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 13-15 Maret 2023. Maka dari itu penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan Kesehatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.

#### **A. Kesimpulan**

Pada tahap pengkajian secara keseluruhan sudah sesuai teori, namun penulis menemukan ada beberapa kesenjangan yaitu pada manifestasi klinis dikarenakan pasien sudah mendapatkan terapi sebelumnya, sehingga ada keluhan yang tidak di temukan. Pada pemeriksaan penunjang kesenjangan terjadi karena pemeriksaan yang sudah ada sudah mendukung diagnosis pasien. Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah kerjasama yang baik dari pasien, keluarga serta perawat ruangan. Adapun faktor penghambat dalam pengumpulan data adalah pasien sering masuk RS sehingga ada beberapa hasil pemeriksaan penunjang tidak tersimpan di rekam medis.

Diagnosis keperawatan yang muncul dikasus ada 4 (empat), 3(tiga) sesuai dengan teori yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktifitas dan 1 tidak ada pada teori namun muncul dikasus yaitu bersihan jalan napas tidak efektif.

Secara keseluruhan perencanaan sudah sesuai dengan teori, namun pada beberapa diagnosis ada yang penulis tambahkan intervensinya dan ada yang penulis hilangkan intervensinya. Hal ini disesuaikan dengan kondisi pasien dan waktu yang di berikan ke penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.

Dalam pelaksanaan penulis tidak menemukan hambatan. Hampir seluruh intervensi yang penulis susun dapat dilaksanakan. Faktor pendukung dalam pelaksanaan adalah pasien yang kooperatif selama melakukan asuhan keperawatan serta lingkungan yang kondusif mendukung kelancaran dalam melaksanakan rencana keperawatan.

Dari empat diagnosis yang dimunculkan pada kasus, satu diagnosis tujuan sudah tercapai yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif Dan tiga tujuan tercapai Sebagian yaitu Penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas.

## **B. Saran**

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif, maka penulis memberikan saran, antara lain

### **1. Mahasiswa**

Diharapkan untuk kedepannya mahasiswa mampu mengkaji lebih dalam lagi mengenai setiap keluhan yang dirasakan oleh pasien, mampu

mengimplementasikan kembali ilmu keperawatan yang dimiliki dengan lebih optimal, mampu memperdalam dan memperkaya pengetahuan serta mengikuti perkembangan ilmu keperawatan yang semakin berkembang

## 2. Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan pihak pelayanan kesehatan mampu meningkatkan ketelatenan dan kecepatan dalam menangani pasien sebagai penilaian terhadap pelayanan yang telah diberikan terutama dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Jantung Kongestif.

## 3. Institusi Pendidikan

Penulis berharap agar institusi lebih memperhatikan kembali jadwal kegiatan mahasiswa agar mahasiswa tidak bentrok saat mengerjakan Tugas Akhir yang di sertai jadwal dinas.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA). 2016. *Ejection Fraction Heart Failure*
- Aspiani. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler (EGC).
- Aritonang, Y. A. (2019). Gambaran Frekuensi Pernafasan Pada Pasien Gagal Jantung Fungsional Kelas Ii & Iii Di Jakarta.
- Asikin, M. (2016). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular. Jakarta: Erlangga.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- DiGiulio, Jackson, Keogh. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Rapha Publis
- Dewayanti, S. R. (2011). Bronchial Hypereactivity in Heart Failure Patients Hipereaktivitas Bronkus pada Pasien Gagal Jantung. *Kardiologi Indonesia*, 32(3), 189–191.
- Kasron. (2016). Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta Timur:CV. TRANS INFO MEDIA
- Kardiyudiani, Dwi Susanti. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Lippi, G., & Gomar, F. S. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 5(15), 1–6. <https://doi.org/10.21037/amj.2020.03>.
- Mahananto, F., & Djunaidy, A. (2017). Simple Symbolic Dynamic of Heart Rate Variability Identify Patient with Congestive Heart Failure. *Procedia ComputerScience*, 124, 197– 204.
- Manurung, Santa. (2016). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan. Jakarta : Salemba Media
- Majid Abdul. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesian Definisi dan Indikator Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PERKI. (2020). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung* (1st ed.). Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.

Selvadwi. (2021). *Congestive Heart Failure (Gagal Jantung)*. Jakarta

Pollevick, Matias E et al. "The Relationship Between Asthma and Cardiovascular Disease: An Examination of the Framingham Offspring Study." *Chest* vol. 159,4 (2021): 1338-1345. doi:10.1016/j.chest.2020.11.053

World Health Organization. (2021). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2020

## Laporan Pendahuluan Obat

### A. Digoxin

Digoxin merupakan obat glikosida jantung yang bekerja dengan cara memengaruhi beberapa jenis mineral, yaitu natrium dan kalium di dalam sel-sel jantung.

Obat ini berfungsi untuk mengurangi beban kerja jantung, mengembalikan irama jantung menjadi normal dan stabil, serta memperkuat detak jantung

**Indikasi obat** pengobatab gagal jantung kongestif , fibrilasi atrium, gangguan irama jantung dari atrium (ruang jantung yang memungkinkan darah mengalir ke jantung).

**Kontraindikasi** pasien dengan fibrilasi ventrikel dan riwayat hipersensitivitas terhadap digoxin atau digitalis lainnya.

**Efek samping** muntah, hilang nafsu makan, mual dan sakit kepala

### B. Omeprazole

Merupakan obat dengan kategori C obat ini dapat meningkatkan efektivitas antibiotic untuk melawan infeksi *Helicobacter pylori*

Obat ini berfungsi untuk membantu proses penyembuhan jaringan lambung atau kerongkongan yang rusak akibat iritasi dari asam lambung.

**Indikasi obat** mengatasi tukak lambung dan usus serta reflux esophagitis.

**Kontraindikasi** pasien dengan fibrilasi ventrikel dan riwayat hipersensitivitas

**Efek samping** sakit perut atau kembung , mual, muntah, diare, sembelit.

### **C. Ramipril**

Merupakan obat untuk mengobati tekanan darah tinggi, gagal jantung, dan penyakit diabetes

Obat ini adalah obat anti hipertensi yang termasuk angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor generasi kedua.

**Kontraindikasi** ramipril adalah pada pasien yang hipersensitif terhadap produk ini atau obat angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) lainnya.

**Efek samping** angioedema, icterus kolestatik, batuk, reaksi hipersensitivitas hipotensi, sinkop, maupun penurunan fungsi ginjal.

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Ruslany, M.Kep., Sp.Kep. MH  
 Nama Mahasiswa : Nia Arditya Hidayah  
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. E DENGAN  
 GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI R. KARDIOLOKI  
 KAMAR 1910 LANTAI 6 RSUD KOJA  
 JAKARTA UTARA

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1	06 Maret 2023	Pengarahan untuk UTK di RSUD	
2	15 Maret 2023	Pengambilan kasus di ruang Neurologi kamar 607 lantai 6 RSUD Kojja dengan pasien angina pectoris stabil	
3	29 Maret 2023	Hab III : perbaikan sesuai koreksi dari pembimbing (pengambilan diagnosa, data penunjang)	
4	12 April 2023	Hab I dan II (penulisan kalimat, citasi, prevalensi, sesuaikan dengan data terbaru)	
5	02 Mei 2023	Hab I dan II (penulisan kalimat, citasi, prevalensi, sesuaikan dengan data terbaru fisiologi, diagnosa pada teori)	
6	07 Mei 2023	Hab III (perbaikan kalimat yang typo dan penulisan kalimat pada implementasi)	
7	14 Mei 2023	ACC Hab I	
8	16 Mei 2023	Acc Hab II (perbaikan sedikit kalimat yang typo dan citasi)	
9	15 Mei 2023	Hab IV (perbaikan kesenjangan antara diagnosa teori dengan kasus)	
10	17 Mei 2023	Acc Hab III (revisi kalimat yang typo)	
11	18 Mei 2023	Hab IV (perbaikan kesenjangan antaran intervensi pada teori dengan kasus)	
12	19 Mei 2023	Konsul Hab V (perbaikan penulisan kalimat dan typo)	
13	20 Mei 2023	Acc Hab IV	