

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN GANGGUAN  
SYSTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE HEART FAILURE  
DI RUANG KRESNA RSUD BUMIAYU  
KABUPATEN BREBES**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Oleh :**

**Ahmad Burhanudin**

**NIM : 17.002**

**YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2  
AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2 BREBES  
BENDA SIRAMPOG BREBES**

**2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN GANGGUAN  
SYSTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE HEART FAILURE  
DI RUANG KRESNA RSUD BUMIAYU  
KABUPATEN BREBES**

**Karya Tulis Ilmiah**

Untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan  
Program Diploma III Keperawatan



**Oleh :**

**Ahmad Burhanudin**

**NIM : 17.002**

**YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2  
AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2 BREBES  
BENDA SIRAMPOG BREBES**

**2021**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui untuk Dipertahankan

Pada tanggal 18 Juli 2021

Pembimbing Utama,



Esti Nur Janah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Pembimbing Pendamping,



Agustina Nur Arofah, S.Kep.,Ns.

Ujian Karya Tulis Ilmiah

Ketua,



Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep.,Ns.,M.Kes.

## HALAMAN PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN GANGGUAN  
SISTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE HEART FAILURE  
DI RUANG KRESNA RSUD BUMIAYU**

Oleh :

Ahmad Burhanudin

NIM 17.002

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 18 Juli 2021

Tim Penguji

Tanda Tangan

1. Penguji I : Wawan Hediyanto, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

2. Penguji II :Esti Nur Janah,S.Kep.,Ns.,M.Kep.

3. Penguji III :Agustina Nur Arofah,S.Kep.,Ns.

.....  
.....  
.....

Brebes, 18 Juli 2021

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Direktur,



Ahmad Zakrudin, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

## **CURICULUM VITAE**

Nama : Ahmad Burhanudin

Tempat/Tanggal Lahir : Brebes, 25 November 1992

Jenis Kelamin : Laki-laki

Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Alamat : Desa Lemahabang RT 02/RW 02 Kecamatan  
Tanjung Kabupaten Brebes Provinsi Jawa Tengah

Email : [burhanudinbram1992@gmail.com](mailto:burhanudinbram1992@gmail.com)

Nama Ayah : Wakhidin

Nama Ibu : Maunah

Pekerjaan Orang Tua : Wiraswasta

Riwayat Pendidikan : 1. SDN Lemahabang 01 Lulus Tahun 2006  
2. SMPN 04 Tanjung Lulus Tahun 2009  
3. PKBM Danawangsa Sitanggal Lulus Tahun  
2017  
4. D3 Keperawatan Al-Hikmah 2 Brebes Lulus  
Tahun 2021

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*“ Hidup itu terbentuk oleh fikiran dari diri kita sendiri,  
maka berfikirlah positif lakukan yang terbaik  
untuk kedepan yang lebih baik ”*

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT kupersembahkan Karya Tulis Ilmiah ini kepada :

1. Untuk Keluargaku tercinta terimakasih atas jasa-jasa dan kebaikan serta pengorbanan yang telah rela berjuang menjadikan saya manusia berilmu dan bermanfaat bagi kehidupan ini dan yang tak henti mencurahkan do'a serta kasih sayang yang tak terhingga. Dengan semangat dan dukungan yang tiada hentinya membuatku meraih cita-cita dan kesuksesan
2. Untuk keluarga (Bpk dr. H. Zunan Arif BS (Alm) dan Ibu Hj. Eli Solicha) yang telah memberikan dukungan moril ataupun materil dan memotivasiku untuk masa depanku yang lebih baik
3. Yang jarang terlihat, tetapi selalu jadi inspirasi dan motivasi disetiap sisi kehidupanku.
4. Untuk sahabat-sahabat seperjuanganku yang selalu memberikan semangat dan pengetahuan serta pengalaman-pengalaman yang beragam.
5. Dan teruntuk dosen-dosenku di AKPER Al-Hikmah 2 Brebes yang telah sabar membimbing dan mengajarkan berbagai ilmu untuk bekal hidup dimasa depanku.

## KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang, kami panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayat serta inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure Di Ruang Kresna RSUD Bumiayu Kabupaten Brebes”**.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya bantuan, bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu ijinkanlah penulis dengan sepenuh hati untuk menyampaikan banyak terima kasih atas segala jasa-jasa dan peran penting kepada :

1. K.H Masruri Abdul Mughni (Alm), selaku Pengasuh Pondok Pesantren Al Hikmah 2 Brebes
2. K.H. Solahudin Masruri, S.Pd.I., selaku Pengasuh Yayasan Pendidikan Pondok Pesantren Al Hikmah 2 Brebes
3. Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Direktur Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes
4. Zenal Kharis S.Kep., Ns selaku kepala ruang kresna RSUD Bumiayu
5. Wawan Hedyanto, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku penguji I
6. Esti Nur Janah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing utama yang telah memberikan banyak bimbingan dan masukan untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Agustina NurArofah, S.Kep., Ns selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan arahan dan masukan untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
8. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

9. Segenap keluarga besar yang telah mendukung perjuangan saya belajar di Akper Al Hikmah 2 menuju Ahli Madya Keperawatan
10. Rekan-rekan seperjuangan angkatan XVI Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes. Terima kasih untuk pengalaman dan cerita yang kita rajut bersama
11. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu. Terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih perlu disempurnakan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca, demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan para pembaca umumnya.

Brebes, Juli 2021

Penulis,



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
COVER DALAM .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
CURICULUM VITAE .....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Pengumpulan Data .....	5
D. Sistematika Penulisan .....	6
E. Manfaat Penulisan.....	7
BAB II : KONSEP DASAR	
A. Pengertian .....	8
B. Klasifikasi .....	9
C. Etiologi.....	9
D. Gambaran klinis .....	12

E. Patofisiologi .....	12
F. Pathway.....	20
G. Penatalaksanaan .....	16
H. Pemeriksaan penunjang .....	17
I. Pengkajian.....	18
J. Fokus diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria dan hasil Intervensi.....	22

### BAB III : TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian .....	37
B. Diagnosa Keperawatan .....	52
C. Intervensi Keperawatan.....	53
D. Implementasi Keperawatan .....	56
E. Evaluasi Keperawatan.....	71

### BAB IV : PEMBAHASAN

A. Pengkajian .....	77
B. Diagnosa Keperawatan .....	78
C. Intervensi Keperawatan.....	85
D. Implementasi Keperawatan .....	88
E. Evaluasi Keperawatan.....	91

## BAB V : PENUTUP

A. Simpulan..... 92

B. Saran..... 95

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi keperawatan .....	30
Tabel 3.1 Pola aktivitas dan latihan.....	45
Tabel 3.2 Terapi.....	47
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang .....	47
Tabel 3.4 Analisa Data.....	49
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan .....	52
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan .....	53
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan hari ke-1 .....	57
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan hari ke-2 .....	62
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan hari ke-1 .....	67
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan hari ke-2 .....	69

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pathway CHF .....	15
Gambar 3.1 Genogram .....	39

## DAFTAR SINGKATAN

A	: Assessment
AGD	: Analisa Gas Darah
AKPER	: Akademi Keperawatan
BJ	: Bunyi jantung
b.d	: Berhubungan dengan
CVP	: Cerebral Venous Pressure
CM	: Catatan Medis
CHF	: Congestive Heart Failure
<sup>0</sup> C	: <i>Derajat Celcius</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Do	: Data Obyektif
Ds	: Data Subyektif
Dx	: Diagnosa
EVM	: Earned Value Management
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IBS	: Instalasi Bedah Sentral
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
JVP	: Jugular Venous Pressure
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
M.Kes	: Magistra Kesehatan
M.Kep	: Magistra Keperawatan
MM	: Magistra Management
ml	: Mili

mmHg	: <i>Milimeter Hydrargyrum</i>
N	: Nadi
Ns.	: Ners
Ny.	: Nyonya
Op	: Operasi
PCWP	: Pulmonary Capillary Wedge Pressure
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRST	: P ( <i>Paliatif/Provocatif</i> ), Q ( <i>Quality/Quantity</i> ), R ( <i>Region</i> ), S ( <i>Severity</i> ), T ( <i>Timing</i> )
RM	: Rekam Medis
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SD	: Sekolah Dasar
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SIC	: Spatium Intercostal
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
S.Kep	: Sarjana Keperawatan
SKM	: Sarjana Kesehatan Masyarakat
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
S.Pd.I	: Sarjana Pendidikan Islam
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SOAP	: S ( <i>Subjective</i> ), O ( <i>Objective</i> ), A ( <i>Assesment</i> ), P ( <i>Planning</i> )
Tn	: Tuan

TTV	: Tanda-Tanda Vital
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VDS	: <i>Verbal Descriptor Scale</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Yth	: Yang Terhormat



## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Jurnal Bimbingan KTI
- Lampiran 2 : Surat pengambilan data di RSUD Bumiayu
- Lampiran 3 : SAP (Satuan Acara Penyuluhan) CHF
- Lampiran 4 : SOP (Standar Operasional Prosedur) Nafas Dalam
- Lampiran 5 : Pengukuran nyeri dengan mistar skala nyeri
- Lampiran 6 : Skala nyeri menurut Mc.Bill Melzack
- Lampiran 7 : Dokumentasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia dengan diperkirakan akan terus meningkat (Nirmala, 2017). Salah satu penyakit jantung dan pembuluh darah yaitu *Congestive Heart Failure* (CHF), *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung merupakan salah satu diagnosis kardiovaskular yang paling cepat meningkat jumlahnya (Schilling, 2014). CHF merupakan kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan keperluan metabolisme dan oksigen (Nugroho, 2016).

Pasien pada gagal jantung dapat disebabkan oleh kelainan otot jantung, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan penyakit miokardium degeneratif, penyakit jantung lain dan faktor sistemik. Hal ini menimbulkan oksigenasi yang dapat menyebabkan suplai darah yang tidak lancar di paru-paru, sehingga terjadi penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida, situasi ini akan menimbulkan gejala sesak nafas (dispnea saat berbaring apabila aliran darah dari ekstermitas meningkat aliran balik vena ke jantung dan paru-paru) (Kasron, 2012).

Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2016) menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian disebabkan oleh CHF. Penelitian yang dilakukan di Amerika menunjukkan resiko berkembangnya *Congestive Heart Failure* (CHF) 20% untuk usia  $\geq 40$  tahun dengan kejadian diatas 650.000 kasus baru yang diagnosis nya CHF selama dekade terakhir. Tingkat kematian untuk *Congestive Heart Failure* (CHF) sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun (Risprawati, 2019).

Di Indonesia data menurut (Riskesdas, 2013) menunjukkan prevalensi gagal jantung sebanyak 0,3% dan mengalami peningkatan pada tahun 2018 yaitu 1,5%. Klien terbanyak dengan gagal jantung terdapat di Kalimantan utara yaitu dengan prevalensi sebanyak 2,2%, sedangkan Nusa Tenggara Timur paling sedikit 0,7% (Ismoyowati, 2021). Sedangkan di Jawa Tengah data menurut (Riskesdas, 2018) menduduki posisi ketiga dengan jumlah kasus 132.565 orang (1,6%) penderita gagal jantung (Oktaviana & Suryandari, 2020). Berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bumiayu ditemukan 100 kasus pada tahun 2020. Berdasarkan jenis kelamin terdapat 36 kasus pada laki-laki dan terdapat 64 kasus pada perempuan dari data tersebut (Rekam medik RSUD Bumiayu, 2020).

CHF merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh yang akan menimbulkan berbagai gejala klinis diantaranya; dipsnea, ortopnea, pernafasan *Cheyne Strokes*, *Paroxysmal Noeturnal Dyspnea* (PND), ansietas,

*pitting edema*, berat badan meningkat dan gejala yang sering di jumpai yaitu sesak nafas (Ismoyowati, 2021).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gagal jantung adalah resiko tinggi penurunan curah jantung, nyeri dada, resiko tinggi gangguan pertukaran gas, ketidakefektifan pola napas, kelebihan volume cairan, intoleransi aktifitas. Pada pasien gagal jantung dengan pola nafas tidak efektif terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru (Retno dkk, 2016).

Peran perawat dalam mengatasi pasien dengan CHF yaitu sebagai pelaksana (care provider) yaitu dengan berfokus pada pemantauan tanda-tanda vital dan gejala penurunan curah jantung, penyebab mendasari (misalnya hypovolemia, distrimia), pelaksanaan protocol atau program dokter untuk mengatasi penurunan curah jantung, dan pelaksanaan tindakan dukungan, seperti perubahan posisi dan hidrasi. Selain sebagai pelaksana peran perawat juga sebagai pendidik yaitu dengan memberikan edukasi pasien untuk mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi yang buruk untuk menghindari factor risiko. Dengan edukasi semakin banyak pasien yang mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu melakukan perawatan mandiri (Nurfadilah, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik ingin mengangkat kasus tersebut untuk dijadikan sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUANG KRESNA RSUD BUMIAYU”.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat membuat dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler Congestive Heart Failure di ruang Kresna RSUD Bumiayu

### **2. Tujuan khusus**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis :

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler CHF di ruang Kresna RSUD Bumiayu
- b. Menyusun diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler CHF di ruang Kresna RSUD Bumiayu
- c. Menyusun rencana keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler CHF di ruang Kresna RSUD Bumiayu
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler CHF di ruang Kresna RSUD Bumiayu
- e. Menyusun evaluasi pada Tn. R dengan gangguan sistem kardiovaskuler CHF di ruang Kresna RSUD Bumiayu

- f. Melakukan pendokumentasian pada Tn. R dengan gangguan system kardiovaskuler CHF di ruang kresna RSUD Bumiayu
- g. Menganalisa adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada.

### C. Pengumpulan Data

Dalam penulisan karya ilmiah, metode yang digunakan adalah dengan studi kasus yaitu dengan cara teknik pengumpulan data menggunakan metode sebagai berikut, menurut (Putri A, 2015) :

#### 1. Pengamatan atau observasi

Suatu metode pengamatan untuk mendapatkan data objektif dilakukan langsung terhadap klien secara nyata berdasarkan pengamatan sehingga data yang didapatkan menjadi lengkap, dapat juga dengan melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* dari inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

#### 2. Wawancara atau *interview*

Wawancara merupakan pembicaraan terarah yang dilakukan secara langsung baik dngan klien maupun dengan keluarga klien dengan tujuan untuk memperoleh data subjektif yang actual dan dapat dipercaya

#### 3. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan melihat catatan medik dan status klien baik sekarang maupun telah lalu untuk memperoleh data obyektif yang lebih lengkap

#### 4. Studi kepustakaan atau literature

Teknik pengumpulan data yang bersumberkan dari buku-buku, jurnal, atau sumber lainnya, sebagai referensi yang berhubungan dengan kasus yang dibahas yakni mengenai sistem kardiovaskuler khususnya penyakit CHF.

#### **D. Sistmatika Penulisan**

BAB I : Pendahuluan meliputi latar belakang, tujuan penulisan, pengumpulan data, sistematika penulisan, dan manfaat penulisan

BAB II : Konsep dasar meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, pathways, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, dan konsep asuhan keperawatan

BAB III : Tinjauan kasus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

BAB IV : Pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V : Penutup meliputi simpulan dan saran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## **E. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi akademik**

Sebagai tambahan referensi mahasiswa terutama dalam kegiatan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan klien Congestive Heart Failure

### **2. Bagi rumah sakit**

Sebagai referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan agar lebih baik khususnya pada kasus CHF

### **3. Bagi pembaca**

Dijadikan sebagai bahan informasi untuk menangani kasus CHF pada anak dan keluarganya

### **4. Bagi penulis**

Untuk meningkatkan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien CHF.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah ketidak mampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Kasron, 2012).

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologis adanya kelainan fungsi jantung akibat gagal memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau kemampuannya hanya kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Braunwald, 1992 dalam Wijayaningsih, 2013).

*Congestive Heart Failure* (CHF) dapat diartikan sebagai kondisi dimana jantung tidakmampu memompa darah dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan keperluan metabolisme dan oksigen (Nugroho,2016).

Beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit Gagal jantung adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu.

## **B. Klasifikasi**

Derajat 1 :

Tanpa keluhan : Masih bisa melakukan aktivitas fisik sehari-hari tanpa disertai kelelahan ataupun sesak nafas

Derajat 2 :

Ringan : Aktivitas fisik ringan / sedang menyebabkan kelelahan atau sesak nafas, tetapi jika aktivitas ini dihentikan maka keluhanpun hilang

Derajat 3 :

Sedang : Aktivitas fisik ringan / sedang menyebabkan kelelahan atau sesak nafas, tetapi keluhan akan hilang jika aktivitas dihentikan

Derajat 4 :

Berat : Tidak dapat dilakukan aktivitas fisik sehari-hari, bahkan pada istirahat keluhanpun tetap ada dan semakin berat jika melakukan aktivitas (Wijayaningsih, 2013).

## **C. Etiologi**

Secara umum, gagal jantung dapat disebabkan oleh berbagai hal yang dapat dikelompokkan menjadi (Wijaya & Putri, 2017) :

### **1. Disfungsi miokard**

- a. Iskemia miokard
- b. Infark miokard
- c. Miokarditis
- d. Kardiomiopati

2. Beban tekanan berlebihan pada sistolik
  - a. Stenosis aorta
  - b. Hipertensi
  - c. Kartasio aorta
3. Beban volume berlebihan pada diastolik
  - a. Insufisiensi katub mitral dan trikuspidalis
  - b. Tranfusi berlebihan
4. Peningkatan kebutuhan metabolik
  - a. Anemia
  - b. Tirotoksikosis
  - c. Biri biri
  - d. Penyakit paget
5. Gangguan pengisian ventrikel
  - a. Primer (gagal distensi sistolik)
    - 1). Perikarditis
    - 2). Tamponade jantung
  - b. Sekunder
    - 1). Stenosis mitral
    - 2). Stenosis trikuspidal

Faktor-faktor perkembangan gagal jantung :

1. Aritmia

Aritmia akan mengganggu mekanisme jantung dengan mengubah rangsangan listrik yang melalui respon mekanis

2. Infeksi sistemik dan paru

Respon tubuh terhadap infeksi akan memaksa jantung untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan metabolisme yang meningkat

3. Emboli paru

Emboli paru secara mendadak akan meningkatkan resisten terhadap reaksi Ventrikel kanan, pemicu terjadinya gagal jantung kanan.

#### **D. Gambaran klinis**

Gejala yang ringan pemulaan muncul pada latihan / aktivitas fisik yang berat, kemudian semakin lama terjadi penurunan toleransi aktivitas yang lebih ringan. Adapun gejalanya antara lain (Wijayaningsih, 2013) :

1. Gagal jantung kiri

- a. *Dispnea*
- b. *Ortopnea*
- c. *Dispnea nocturnal paroksismal* (PND)
- d. Asma kardial
- e. Batuk nonproduktif
- f. Hemoptisis
- g. Crackles paru

- h. Gallop atrial
  - i. Pernafasan *Cheyne Stokes*
  - j. Radiografi kongestif vaskuler pulmonal
2. Gagal jantung kanan
- a. Peningkatan jugularis vena pressure
  - b. Curah jantung rendah
  - c. Hepatomegali
  - d. Gejala saluran cerna : anoreksia, rasa penuh, atau mual
  - e. Edema perifer
  - f. Nokturia, Asites, Edema anasarka
  - g. Kulit pucat dan dingin
  - h. Kakeksia kardial
  - i. Takikardia hipotensi sistolik
  - j. Penurunan bunyi nafas

## **E. Patofisiologi**

### **1. Mekanisme dasar**

Kelainan kontraktilitas pada gagal jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi cardiac output dan meningkatkan volume ventrikel. Dengan meningkatnya volume akhir diastolik ventrikel (EDV) maka terjadi pula peningkatan tekanan akhir diastolik kiri (LEDV). Meningkatnya LEDV, akan mengakibatkan pula peningkatan

tekanan atrium (LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung ke dalam anyaman vaskuler paru-paru meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru-paru. Jika tekanan hidrostatik dari anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan osmotik vaskuler, maka akan terjadi transudasi cairan melebihi kecepatan draenase limfatik, maka akan terjadi edema interstitial. Peningkatan tekanan lebih lanjut dapat mengakibatkan cairan merembes ke alveoli dan terjadi edema paru

## 2. Respon kompensatorik

### a. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik

Menurunnya cardiac output akan meningkatkan aktivitas adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraktile akan meningkat untuk menambah cardiac output (CO), juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal agar perfusi ke jantung dan ke otak dapat dipertahankan. Vasokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena kesisi kanan jantung yang selanjutnya akan menambah kekuatan kontriksi

### b. Meningkatnya beban awal akibat aktivitas sistem Renin Angiotensin Aldosteron ( RAA)

Aktivitas RAA menyebabkan retensi Na dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel-ventrikel tegangan tersebut.

Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium

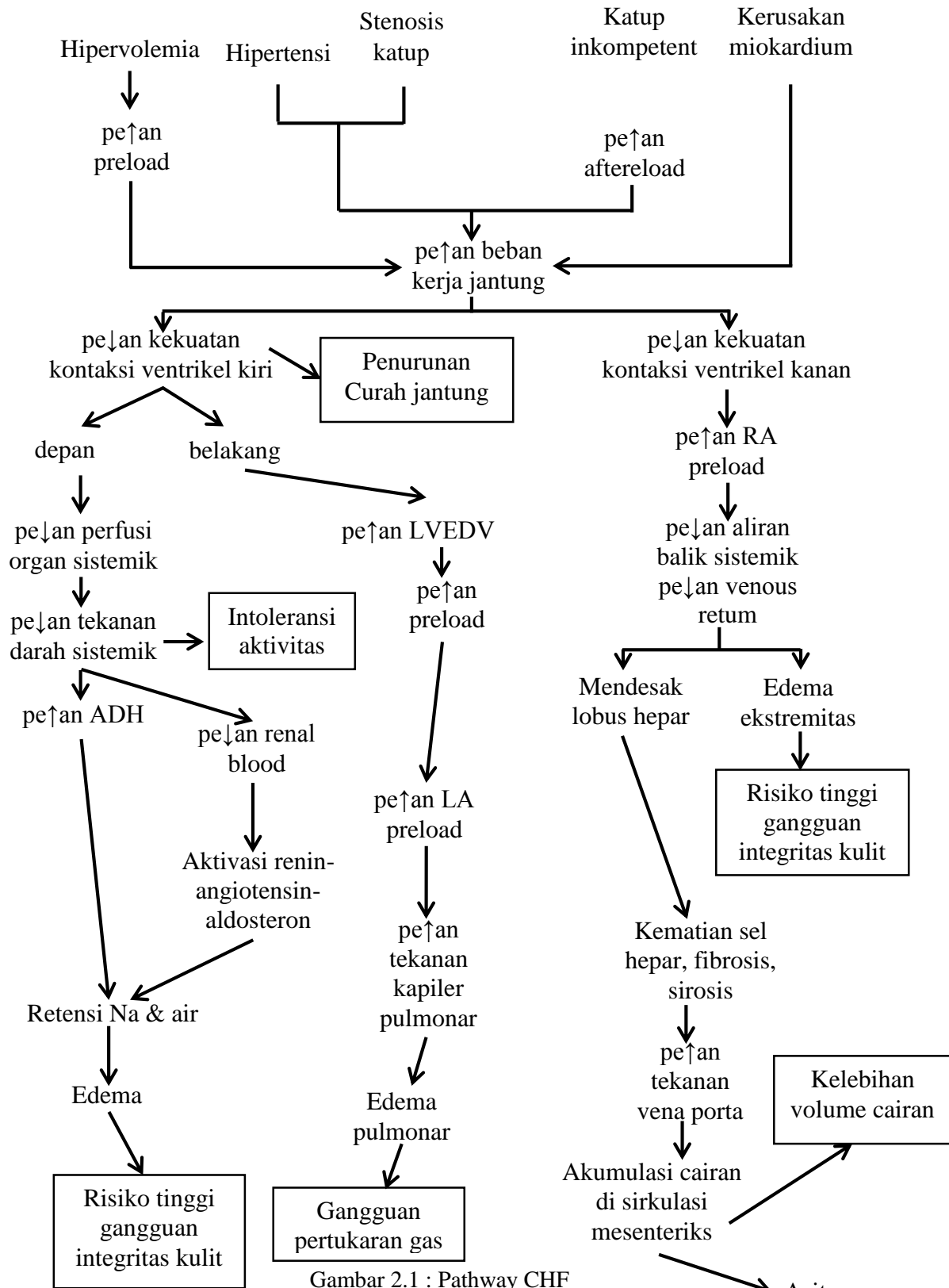
c. Atropi ventrikel

Respon kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hidrotropi miokardium akan bertambah tebalnya dinding

d. Efek negatif dari respon kompensatorik

Pada awalnya respon kompensatorik menguntungkan namun pada akhirnya dapat menimbulkan berbagai gejala, meningkatkan laju jantung dan memperburuk tingkat gagal jantung. Resistensi jantung yang dimaksudkan untuk meningkatkan kekuatan kontraktilitas dini mengakibatkan bendungan paru-paru, vena sistemik dan edema, fase kontruksi arteri dan redistribusi aliran darah mengganggu perfusi jaringan pada anyaman vaskuler yang terkena menimbulkan tanda serta gejala, misalnya berkurangnya jumlah air kemih yang dikeluarkan dan kelemahan tubuh. Vasokonstriksi arteri juga menyebabkan beban akhir dengan memperbesar resistensi terhadap ejeksi ventrikel, beban akhir juga kalau dilatasi ruang jantung. Akibat kerja jantung dan kebutuhan miokard akan oksigen juga meningkat, yang juga ditambah lagi adanya hipertensi miokard dan perangsangan simpatik lebih lanjut. Jika kebutuhan miokard akan oksigen tidak terpenuhi maka akan terjadi iskemik miokard, akhirnya dapat timbul beban miokard (Wijaya & Putri, 2017).

## F. Pathway



Gambar 2.1 : Pathway CHF  
Sumber (Wijaya & Putri, 2017)



## G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Klien CHF menurut (Padila, 2012) :

1. Terapi non farmakologi
  - a. Istirahat untuk mengurangi beban jantung
  - b. Oksigenasi
  - c. Dukungan diet : pembatasan natrium untuk mencegah , mengontrol atau menghilangkan oedema
2. Terapi farmakologi
  - a. Glikosida jantung
 

Digitalis, meningkatkan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan : peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah dan peningkatan diuresis dan mengurangi oedema.
  - b. Terapi diuretik
 

Diberikan untuk memicu ekresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia
  - c. Terapi vasodilator
  - d. Obat-obat inotropik digunakan untuk mengurangi implus tekanan terhadap penyempitan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan.

## H. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien CHF menurut (Salemba medika, 2014) :

### 1. Ekokardiografi

Ekokardiografi sebaiknya digunakan sebagai alat pemeriksaan diagnostik yang pertama untuk manajemen gagal jantung, sifatnya tidak invasif dan segera dapat memberikan diagnosis disfungsi jantung. Dengan adanya kombinasi M-Mode, ekokardiografi 2D, dan Doppler, maka pemeriksaan invasive lain tidak lagi diperlukan. Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel

### 2. Rontgen toraks

Foto Rontagen posterior-anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru, atau kardiomegali. Bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena paru adalah adanya diversifikasi aliran darah ke daerah atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah

### 3. Elektrokardiografi

Pemeriksaan EKG meskipun memberikan informasi yang berkaitan dengan penyebab, tetapi tidak dapat memberikan gambaran spesifik. Pada hasil pemeriksaan EKG yang normal perlu dicurigai

bahwa hasil diagnosis salah. Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan gagal jantung dapat ditemukan kelainan EKG seperti berikut ini :

- 1). *Left bundle branch block*, kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis
- 2). Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik
- 3). Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik, menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi
- 4). Aritmia
- 5). Deviasi aksis ke kanan, *right bundle branch block*, dan hipertrofi vertikel kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.

## **I. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan pada Klien CHF (Padila, 2012) :

### **1. Identitas :**

#### **a. Identitas pasien :**

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik

#### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

## 2. Keluhan utama

- a. Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea
- b. Lelah, pusing
- c. Nyeri dada
- d. Edema ekstremitas bawah
- e. Nafsu makan menurun, mual, distensi abdomen
- f. Urine menurun

## 3. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien

## 4. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien

## 5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lain seperti DM, Hipertensi

## 6. Pengkajian data

- a. Aktivitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas
- b. Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat
- c. Respirasi : dispnea pada waktu aktivitas, takipnea, riwayat penyakit paru
- d. Pola makan dan cairan : hilang nafsu makan, mual dan muntah
- e. Eliminasi : penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi
- f. Neurologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi
- g. Interaksi sosial : aktivitas sosial berkurang
- h. Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis.

## 7. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien

- b. Tanda-tanda Vital :

- 1) Tekanan Darah Nilai normalnya :

- Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg

- Nilai rata-rata diastolik : 80-90 mmHg

## 2) Nadi

Nilai normalnya : Frekuensi : 60-100 x/menit  
(bradikardi atau takikardi)

## 3) Pernapasan

Nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x /menit Pada  
pasien : respirasi meningkat, dispnea pada saat  
istirahat / aktivitas

## 4) Suhu Badan

Metabolisme menurun, suhu menurun.

## c. Head to toe examination :

- 1) Kepala : bentuk , kesimetrisan
- 2) Mata : konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak ?
- 3) Mulut : apakah ada tanda infeksi?
- 4) Telinga : kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan
- 5) Muka : ekspresi, pucat
- 6) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
- 7) Dada: gerakan dada, deformitas
- 8) Abdomen : Terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan
- 9) Ekstremitas : lengan-tangan:reflex, warna dan tekstur kulit, edema,  
clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan.
- 10) Pemeriksaan khusus jantung :
  - a) Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis  
(normal : ICS ke 5)

- b) Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hepertrofi ventrikel
- c) Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasa Kanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis Dextra Kiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra
- e) Auskulatsi : bunyi jantung I dan II BJ I : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isimetris dari bilik pada permulaan systole BJ II : terjadi akibat getaran menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis pada dinding toraks. Ini terjadi kira-kira pada permulaan diastole. (BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I).

#### **J. Fokus diagnosa keperawatan dan hasil intervensi**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

##### **1. Gangguan pertukaran gas (D.0003)**

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Dispnea
- 2) Objektif : PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur.
- 2) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

## 2. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekpirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab : hambatan upaya nafas (mis: Nyeri saat bernafas)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Dispnea
- 2) Objektif : Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal



Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Ortopnea
- 2) Objektif : Pernafasan pursed, pernafasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, ekskresi dada berubah

Kondisi klinis terkait : Trauma Thorax.

### 3. Penurunan curah jantung (D.0008)

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Penyebab : perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Lelah
- 2) Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/,menurun

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

#### 4. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis: iskemia)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Mengeluh nyeri
- 2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

Kondisi klinis terkait : Cedera Traumatis.

#### 5. Hipervolemia (D.0022)

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND)
- 2) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

#### 6. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab : penurunan aliran arteri dan/atau vena

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- 2) Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle- brakial 20% dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah
- 2) Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia,sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

#### 7. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : kelemahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Mengeluh lelah
- 2) Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah
- 2) Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

#### 8. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Penyebab : kurang terpapar informasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- 2) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya

- 2) Objektif : Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait : Penyakit Akut.

#### 9. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab: ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
- 2) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

#### 10. Resiko Gangguan integritas kulit (D.0139)

Definisi : beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen)

Faktor resiko : kekurangan/kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

##### Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

*Tabel : 2.1 Intervensi Keperawatan*

Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat</p> <p>Kriterian hasil :</p> <p>(Pertukaran gas L.01003)</p> <p>1.Dipsnea menurun</p>	<p>(Pemantauan Respirasi I.01014)</p> <p>1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas</p> <p>2. Monitor pola nafas</p> <p>3. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>4. Monitor nilai AGD</p>

Lanjutan tabel : 2.1 Intervensi Keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
	2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Pola nafas membaik 4. PCO <sub>2</sub> dan O <sub>2</sub> membaik	5. Monitor saturasi oksigen 6. Auskultasi bunyi nafas 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 9. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur
2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: nyeri saat bernafas)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik  Kriteria hasil : (pola nafas L.01004) 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dyspnea	(Manajemen jalan nafas L.01011) 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Ajarkan teknik batuk efektif 6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu



Lanjutan tabel : 2.1 Intervensi keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
3. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>(Curah jantung L.02008)</p> <p>1.Tanda vital dalam rentang normal TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/menit HR : 80 x/menit</p> <p>2.Kekuatan nadi perifer meningkat</p> <p>3.Tidak ada edema</p>	<p>(Perawatan jantung I.02075)</p> <p>1.Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>2.Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>3.Monitor intake dan output cairan</p> <p>4.Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>5.Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu</p> <p>6. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>7.Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>8.Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
4. Nyeri akut b.d gen penera fisiologis (Mis: Iskemia).	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>1.Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 1</p> <p>2.Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang</p>	<p>(Manajemen nyeri I.08238)</p> <p>1.Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperngan nyeri</p> <p>4.Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>

Lanjutan tabel : 2.1 Intervensi Keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	3.Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.	5.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 6.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7.Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8.Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
5. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.  Kriteria hasil : Keseimbangan cairan (L.03020) 1.Terbebas dari edema 2.Keluaran urin meningkat 3.Mampu mengontrol asupan cairan	(Manajemen hipervolemia I.03114) 1.Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea,dyspnea,edema, JVP/CVP meningkat,suara nafas tambahan) 2.Monitor intake dan output cairan 3.Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

Lanjutan tabel : 2.1 Intervensi Keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
		4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Anjurkan melapor keluaran urin
6. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat  Kriteria hasil : Perfusi perifer (L.02011) 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat	(Perawatan sirkulasi I.02079) 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Lakukan hidrasi 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
7. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat	(Manajemen energi I.050178) 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus

Lanjutan tabel : 2.2 Intervensi Keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
	<p>Kriteria hasil :</p> <p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</li> <li>2.Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan</li> <li>3.Pasien mengatakan dispnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun</li> </ol>	<p>(mis: cahaya,suara, kunjungan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</li> <li>5.Anjurkan tirah baring</li> <li>6.Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>7.Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
8. Ansietas b.d kurang terpapar informasi.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun</p> <p>Kriterian hasil :</p> <p>(Tingkat ansietas L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya</li> <li>2.Pasien tampak tenang</li> <li>3.Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.</li> </ol>	<p>(Terapi reduksi I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2.Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>3.Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>4.Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>5.Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>6.Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, jika perlu</li> </ol>
9. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik</p>	<p>(Manajemen gangguan makan I.03111)</p>

Lanjutan tabel : 2.2 Intervensi Keperawatan

Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
(mis : stress, keengganan untuk makan)	<p>Kriteria hasil :</p> <p>(status nutrisi L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2.Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3.Nafsu makan membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</li> <li>2.Timbang berat badan secara rutin</li> <li>3.Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis:pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)</li> <li>4.Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan</li> </ol>
10. Resiko gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>(integritas kulit dan jaringan L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Resiko kerusakan jaringan integritas kulit meningkat</li> <li>2.Tidak ada tanda kemerahan</li> <li>3.Tidak ada keluhan nyeri pada daerah edema</li> </ol>	<p>(Edukasi Edema I.12370)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2.Persiapkan materi dan media edukasi (mis: formulir balance cairan)</li> <li>3.Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>4.Jelaskan tentang defenisi, tanda, dan gejala edema</li> <li>5.Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema</li> </ol>

*Lanjutan tabel : 2.1 Intervensi Keperawatan*

Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
		6. Intruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, gejala dan tanda, penanganan dan pencegahan edema.

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2018).

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN**  
**GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : CONGESTIVE**  
**HEART FAILURE DI RUANG KRESNA**  
**RSUD BUMIAYU**

Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 6 Maret 2021	Jam 18.30 WIB
Tanggal Pengkajian	: 8 Maret 2021	Jam 09.00 WIB
Ruangan Rumah Sakit	: Ruang Kresna	
Diagnosa Medis	: CHF	

**A. Pengkajian**

1. Biodata

a. Identitas Klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 56 tahun
Jenis kelamin	: Laki - laki
Status	: Kawin
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Jawa
Pendidikan	: SD

Pekerjaan : Buruh Tani  
 Alamat : Ds. Langkap – Kec. Bumiayu

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. R  
 Umur : 45 tahun  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Alamat : Ds. Langkap – Kec. Bumiayu  
 Hubungan dengan klien : Istri

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Klien mengatakan sesak nafas, nyeri dada di sebelah kiri menjalar ke punggung

- 1) P : Nyeri saat beraktivitas
- 2) Q : Seperti ditusuk-tusuk
- 3) R : Dada sebelah kiri
- 4) S : Nyeri skala 3
- 5) T : Nyeri hilang timbul durasinya kurang lebih 5 menit

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang diantar oleh keluarganya ke IGD RSUD Bumiayu pada tanggal 6 maret 2021 pada pukul 18.30 WIB, dengan keluhan Lemes, nyeri dada kiri, mual dan BAK kurang lancar sudah sejak 6

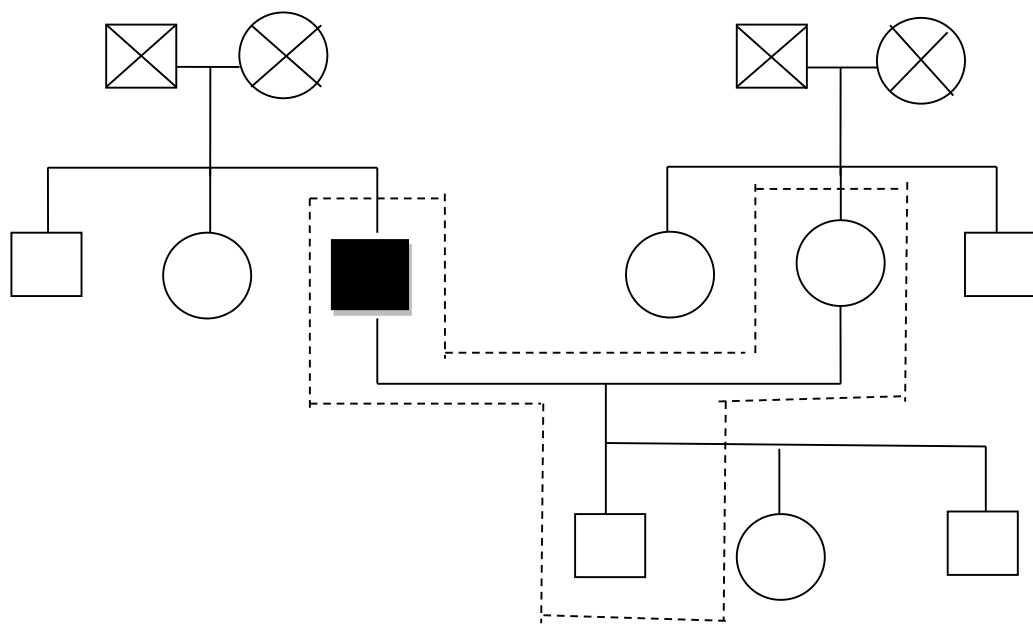


bulan ini, memberat sejak 1 minggu ini, kemudian klien dipindah ke ruang kresna. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 8 maret 2021 klien mengatakan masih lemes, sesak nafas tidak berkurang walaupun saat istirahat, nyeri dada kiri menjalar ke perut kuadran kiri atas, mual.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan pernah mengalami penyakit yang sama , asam urat. Didalam keluarganya tidak ada yang menderita sakit yang sama, klien tidak ada alergi obat maupun penyakit menular lainnya.

d. Genogram

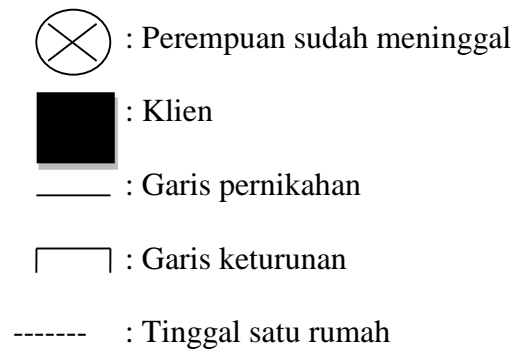


Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Laki-laki sudah meninggal



Gambar 3.1 : Genogram keluarga Tn.R

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis, GCS:15(E:4, V:5, M:6)
- 3) Tanda-tanda vital
  - Tekanan darah : 88/70 mmHg
  - Denyut nadi : 102 x/menit
  - Suhu badan : 37,0 °C
  - Pernafasan : 26 x/menit
- 4) Berat badan : 90 kg
- 5) Tinggi badan : 160 cm

#### b. Pemeriksaan Head To Toe

##### 1) Kepala

##### a) Wajah dan kulit kepala

Bentuk wajah terlihat simetris, ekspresi wajah menyeringai,  
tidak ada nyeri tekan, rambut terlihat kurang rapih

## b) Mata

Palpebra tidak oedema, tidak ada radang, sclera an ikterik, konjungtiva an anemis, tidak memakai alat bantu penglihatan, tidak ada benjolan pada bola mata

## c) Hidung

Tidak ada polip, keadaan septum bersih, tidak ada secret, tidak ada radang, terpasang selang O2 nasal 3 liter/menit

## d) Telinga

Canalis terlihat bersih, tidak ada serum, pendengaran normal, tidak memakai alat bantu pendengaran

## e) Mulut

Keadaan gigi kurang bersih, tampak karang gigi, tidak memakai gigi palsu, gusi terlihat merah, lidah bersih, bibir sianosis

## f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada kelainan getah bening, ada pembesaran vena jugularis

Tidak ada nyeri tekan pada kelenjar thyroid, tidak ada penekanan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe

## g) Thorak dan Paru

Bentuk dada normal dan simetris, pergerakan dada normal, pernafasan ireguler, frekuensi 26 x/menit

Vokal fremitus kiri dan kanan tidak sama, fibrasi paru kiri lebih rendah dari pada paru kanan, terdengar di paru-paru kiri terdengar ronchi basah/crales

h) Jantung

Ictus cordis tampak melebar, Ictus cordis melebar ke lateral, Suara pekak, terdengar BJ I>BJ II, bunyi reguler lemah

i) Abdomen

Tidak ada lesi, bentuk tidak simetris, oedema pada kuadran kiri atas, peristaltik usus 12 x/menit, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, Suara Tympany

j) Ginjal

Tidak tampak lesi, tidak ada nyeri tekan

k) Genetalia

Klien berjenis kelamin laki-laki, terpasang selang kateter

l) Muskuluskeletal

Ekstermitas atas : Tangan kanan dan kiri simetris, tidak oedema, tidak ada lesi, tangan kiri terpasang infus Asering 20 TPM.

Ekstermitas bawah : Kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

Kekuatan otot : 

4	4
4	4

Keterangan :

Tingkat 0 : Tidak ada kekuatan otot, paralisis

Tingkat 1 : Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada getaran sama sekali

Tingkat 2 : Dapat digerakan anggota gerak tanpa gravitasi

Tingkat 3 :Dapat digerakan anggota geraknya untuk menambah gravitasi

Tingkat 4 : Kekuatan normal

m) Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit kurang baik, CRT  $\leq 3$  detik, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi.

4. Pola Kegiatan Sehari-hari

a. Persepsi Kesehatan dan Pola Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan sehat itu penting, karena jika sakit klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Sehingga jika klien sakit langsung dibawa ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat

b. Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari dengan nasi dan lauk pauk seadanya, Klien memiliki pantangan makanan seperti pedes, kecut, asam, kopi, daging kambing, minum air putih 5 – 7 gelas sehari. Klien mengatakan dirinya sering telat makan

Selama sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari tetapi hanya habis setengah porsi makanan yang disediakan rumah sakit, minum air putih 1 – 2 gelas sehari

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAK  $\pm$  2 - 3 sehari dengan konsentrasi urin cair, warna jernih, bau khas urin (amoniak). BAB 3x sehari dengan konsentrasi lembek, bau khas feses.

Selama sakit : Klien mengatakan BAK  $\pm$  3 – 8 x/sehari dibantu selang kateter dengan konsentrasi urin cair, warna jernih, bau khas urin (amoniak). BAB 2 – 3 x sehari dengan konsentrasi lembek, dan bau khas feses

d. Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidur sehari 5 – 8 jam.

Selama sakit : Klien mengatakan tidur 5 – 6 jam dan sering terbangun karena sering merasakan nyeri. Dan klien sering memikirkan masalah penyakitnya.

e. Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : Klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri .

Selama sakit : Semua aktivitas dibantu dan keaktifannya menurun selama di RS

Tabel 3.1 : Pola Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Makan dan minum			√		
2	Toileting			√		
3	Berpakaian			√		
4	Ambulasi		√			
5	Berpindah dan ROM			√		

Keterangan :

0 : mandiri

1 : dibantu alat

2 : dibantu orang

3 : dibantu alat dan orang

4 : tergantung total

Kesimpulan : Selama sakit klien melakukan beberapa aktivitas ringan secara mandiri dan ada beberapa aktivitas yang dibantu perawat/keluarganya

f. Pola Kognitif dan Persepsi

Data Subjektif : Klien dan keluarga tahu tentang penyakitnya, karena sering mengalaminya dan sering di rawat di RS

Data Objektif : Klien dan keluarga terlihat paham saat ditanya

g. Konsep Diri

Klien mengatakan setelah dirawat dirumah sakit klien dapat sembuh sehingga dapat berkumpul dengan keluarga dan melakukan aktivitasnya dirumah seperti biasa

h. Pola Peran dan Hubungan

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit orang terdekat adalah istri dan anak-anaknya.

Selama sakit : Klien mengatakan selalu ditemani oleh istrinya selama dirinya sakit dan tampak ada beberapa keluarga yang menjenguk

i. Produksi dan Seksualitas

Klien merupakan kepala rumah tangga, mempunyai 3 anak.

j. Toleransi Stres dan Koping

Klien mengatakan jika ada masalah klien selalu cerita kepada istrinya, dan bermusyawarah dengan keluarga jika mengalami masalah yang rumit termasuk keputusan pengobatan klien selama di rumah sakit. Tetapi akhir-akhir ini sering stres karena memikirkan keadaan penyakitnya. Tanda-tanda stres terlihat pada klien seperti insomnia, tidak nafsu makan dan gangguan pencernaan seperti gastritis

k. Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan dirinya adalah seorang muslim, sebelum sakit klien selalu mengerjakan sholat 5 waktu dan mengikuti pengajian,



selama sakit klien hanya bisa berdoa agar sakitnya cepat sembuh dan cepat pulang.

## 5. Terapi

*Tabel 3.2 : Terapi, Tanggal : 08/03/2021*

Nama Obat	Dosis	Cara pemberian
Asering	500cc	Intra vena
Dexametashone	2 x 750mg	Intra vena
Omeprazol	2 x 40mg	Intra vena
Ondansetron	3 x 8mg	Intra vena
Lansoprazole	2 x30mg	Intra vena
Metolon	3 x 10mg	Intra vena
Granisetron	1 x 1mg	Intra vena
Metronidazole	3 x 750mg	Intra vena
Cefoperazone	2 x 1mg	Per oral
Candesartan	1 x 8mg	Per oral
Flukonazola	1 x 100mg	Per oral
Paracetamol	4 x 500mg	Per oral
Sucralfat sirup	3 x 1 sendok	Per oral

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Darah lengkap

*Tabel 3.3 : Pemeriksaan Penunjang, Tanggal 02/03/2021*

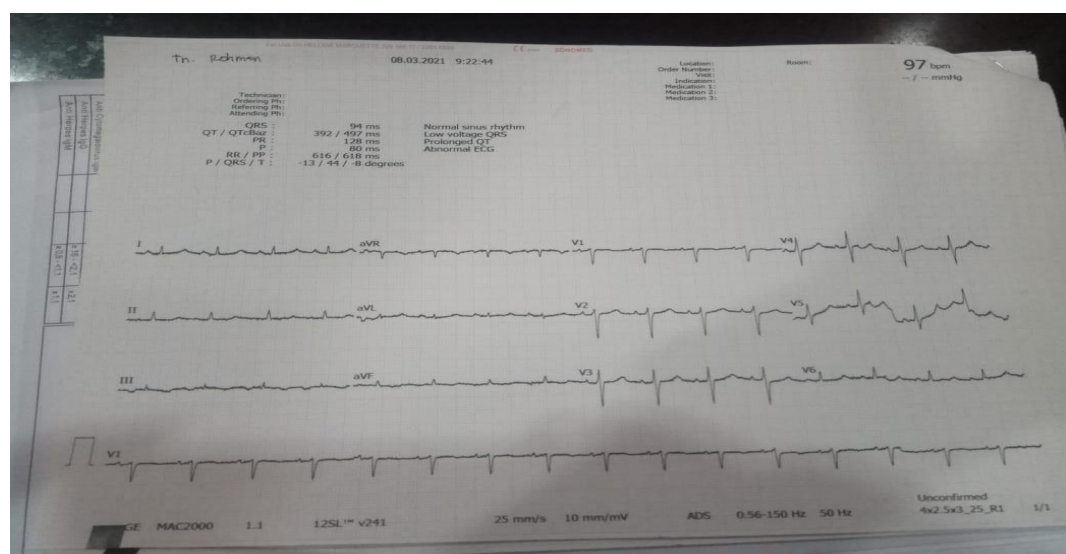
Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Darah lengkap			
Hemoglobin	17,0	g/Dl	L12,5 – 16
Leukosit	10.770	$10^3/\mu\text{l}$	4.000– 10.000
Hematokrit	49,6	Θ	L40 – 54

Lanjutan Tabel 3.3 : Pemeriksaan penunjang, Tanggal 02/03/2021

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Trombosit	261,000	$10^3/\mu\text{l}$	150.000 – 400.000
Eritrosit	5,65	$10^6/\mu\text{l}$	3.9 – 5.9 jt
Basofil	1,2	%	0 – 1
Eosinofil	5,7	%	1– 3
Batang	2,0	%	2– 4
Segmen	52	%	40 - 60
Limfosit	30,3	%	20 - 40
Monosit	8,8	%	2 - 6
GDS	92	mg/dl	70 - 120
Cholesterol	151	mg/dl	150 - 200
Ureum	12	mg/dl	10 - 50
Creatinin	1.0	mg/dl	L0,7 – 1,4

## b. Elektrokardiogram

Keterangan : Sinus rhytm



## 7. Analisa Data

Tabel 3.4 : Analisa data

No	Tanggal Jam	Data	Etiologi	Problem
1	8/3/2021  09.00	DS  - Klien mengatakan mengalami sesak nafas  DO  - Keadaan umum lemah  RR : 26 x/menit  HR : 102 x/menit  - Ada retraksi din-ding dada - Dada simetris, ada otot bantu pernafasan - Pasien tampak gelisah	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Gangguan pertukaran gas
2	8/3/2021  09.03	DS  - Klien mengatakan mengalami sesak nafas, tidak berkurang walaupun saat beristirahat  - Klien mengatakan badan terasa lemas  - Klien mengatakan nyeri dibagian dada kiri menjalar ke punggung	Perubahan preload /perubahan afterload/perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

*Lanjutan tabel 3.4: Analisa data*

No	Tanggal jam	Data	Etiologi	Problem
		DO  - Keadaan umum lemah - TTV TD : 88/70 mmHg  RR: 26 x/menit  RR : 102 x/menit  S : 37,0 °C  - Penurunan Tensi Darah - Edema di perut kuadran atas - Distensi vena jugularis - Oliguria		
3	8/3/2021  09.07	DS  - Klien mengatakan nyeri dada kiri dan menjalar ke punggung  P : Nyeri saat beraktivitas  Q : Rasanya seperti ditusuk – tusuk  R : Dada bagian kiri menjalar ke punggung  S : Skala nyeri 3  T : Hilang timbul	Pencedera fisiologis	Nyeri akut

Lanjutan tabel 3.4 : Analisa data

No	Tanggal jam	Data	Etiologi	Problem
		DO - TTV TD : 88/70 mmHg RR : 26 x/menit N : 102 x/mnt S : 36,0 °C - Ictus cordis tampak melebar - Ictus cordis melebar ke lateral - Nyeri - Perut teraba kencang di kuadran atas		
4	8/3/2021  09.010	DS - Klien mengatakan badan terasa lemas - Keluarga Klien mengatakan dalam beraktivitas Klien harus dibantu - Klien mengatakan sesak nafas tidak berkurang walaupun istirahat DO TTV TD : 88/70 mmHg S : 36,0 °C RR : 26 x/menit RR : 102 x/mnt - Ada otot bantu pernafasan - Terdengar ronchi basah/crakles - Terjadi kelelahan saat aktivitas - Ekstremitas atas dan bawah mengalami kelemahan - Terpasang selang O2 kanul 3 liter/menit	Ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas

## B. Diagnosa keperawatan

*Tabel 3.5 : Diagnosa keperawatan*

No	Dx. Keperawatan	Tanggal mulai masalah	Tanggal teratasi masalah
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	8/3/2021	
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas	8/3/2021	
3	Nyeri akut b.d pencedera fisiologis	8/3/2021	
4	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen	8/3/2021	

## C. Intervensi keperawatan

*Tabel 3.6 : Intervensi keperawatan*

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan pertukaran gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan pertukaran gas meningkat	(Pemantauan Respirasi I.01014) 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Auskultasi bunyi nafas 4. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 5. Dokumentasikan

Lanjutan tabel 3.6 : Intervensi keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
		Kriteria hasil : 1. Dipsnea menurun 2. Pola nafas membaik 3. PCO <sub>2</sub> dan O <sub>2</sub> membaik dalam rentang normal	6. hasil pemantauan 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 9. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan preload/perubahan afterload / perubahan kontraktilitas	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 8 jam diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) 1. Tanda vital dalam rentang normal TD : 120/80 mmhg N : 80-100 x/menit RR : 16-22 x/menit 2. Kekuatan nadi perifer meningkat, tidak ada edema	(Perawatan jantung I.02075) 1. Identifikasi tanda/ gejala primer Penurunan curah jantung. 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung. 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres jika perlu 6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi

Lanjutan tabel 3.6 : Intervensi keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			7. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
3	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun  Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 1 2. Pasien menunjukan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	(Manajemen nyeri I.08238)  1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 6. Anjurkan memoni-tor nyeri secara mandiri



Lanjutan tabel 3.6 : Intervensi keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			<p>7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4	Intoleransi aktifitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 8 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>1. Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</p> <p>2. Pasien mengatakan tidak dispnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun</p>	<p>(Manajemen energi I.050178)</p> <p>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis : cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>4. Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>5. Anjurkan tirah baring</p> <p>6. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>7. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>

### D. Implementasi keperawatan

*Tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari ke-1*

No	Tanggal/Jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
1	8/3/2021  09.15	I	1. Mengukur TTV	Ds - Klien mengatakan bersedia untuk diperiksa Do - TTV TD : 85/70 mmHg RR: 26 x/menit HR : 102 x/menit S : 37,0 °C	<i>Burhan</i>
	09.17		2. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)	Ds - Klien mengatakan sesak nafas Do - RR : 26 x/menit	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi crekels pada paru kiri</li> <li>- Tampak menggunakan pernafasan cuping hidung</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 liter/menit</li> <li>- Tampak penggunaan otot bantu pernafasan</li> <li>- Bibir tampak sianosis.</li> </ul>	
	09.30		3. Memposisikan semi fowler	Ds <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mau melakukannya</li> </ul> Do <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lebih nyaman</li> </ul>	Burhan
	09.33		4. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	Ds - Do <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 24 x/menit</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 liter/menit</li> </ul>	Burhan
2	8/3/2021	II	1. Memonitor keluhan nyeri dada	Ds <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien megatakan nyeri dada ringan</li> </ul>	Burhan

Lanjutan Tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
	09.50			Do  Klien menunjukkan nyeri dibagian dada kiri menjalar ke punggung	
	09.52		2. Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung	Ds  - Klien mengatakan sesak nafas - Badan terasa lemah Do  - Ictus cordis tampak melebar - Ictus cordis melebar ke lateral - Oedem di perut kuadran atas - Distensi jugularis	Burhan
	09.55		3. Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam	Ds  - Klien mengatakan mau belajar teknik nafas dalam Do  - Klien terlihat melakukan nafas dalam dan lebih nyaman - RR: 24 x/menit	Burhan

Lanjutan tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
3	8/3/2021  10.00	III	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri dengan menggunakan mistar skala nyeri dan menjelaskan nyeri dari 0-10 jika nyeri  a. 7-10 adalah nyeri berat  b. 4-6 adalah nyeri sedang  c. 0-3 adalah nyeri ringan	Ds  - Klien mengatakan nyeri ringan di bagian dada kiri menjalar ke punggung P : Nyeri saat beraktivitas  Q : Seperti ditusuk-tusuk  R : Dada sebelah kiri  S : Skala 3  T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 menit  Do  - Klien menunjukan di bagian tersebut	Burhan
	10.14		2. Memberikan tehnik relaksasi nafas dalam	Ds  - Klien mengatakan mau melakukannya	Burhan

Lanjutan tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
				Do - klien tampak lebih nyaman	
	12.00		3. Mengevaluasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri	Ds - Klien mengatakan masih merasakan nyeri ringan P : Nyeri saat beraktivitas Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Dada sebelah kiri S : Skala 3 T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 menit Do - Klien menunjukan di bagian tersebut	Burhan

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
4	8/3/2021  10.20	IV	1. Mengkaji pola aktivitas jam tidur dan mengukur TTV	Ds  - Klien mengatakan aktivitas di tempat tidur dapat dilakukan sendiri tapi tidur kurang menentu  Do  - Klien tampak bergerak tidak bebas di tempat tidur  TD : 85/70 mmHg  RR : 24 x/menit  RR : 100 x/menit  S : 37,0 °C	Burhan
	10.22		2. Melatih klien aktivitas bertahap	Ds  - Klien mengatakan mau melakukannya  Do  - Klien terlihat sempoyongan	Burhan

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal/jam	Dx. Kep	Implementasi	Respon	paraf
	10.28		3. Memonitor respon fisik setelah aktivitas	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa letih jika melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 88/70 mmHg    RR : 26 x/menit</p> <p>HR : 100 x/menit</p>	<i>Burhan</i>
	10.34		4. Mengevaluasi kekuatan otot dan mengukur TTV	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih lemas</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot 4 pada semua ekstermitas</li> <li>- TD : 90/74 mmHg    HR : 100 x/menit</li> <li>- RR : 24 x/menit    S : 37,0 °C</li> </ul>	<i>Burhan</i>



Tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/Jam	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
1	9/3/2021  08.00	I	1. Mengukur TTV	Ds  - Klien mengatakan bersedia untuk diperiksa Do  - TTV TD : 98/65mmHg  RR : 22 x/menit  HR : 99 x/menit  S : 36,0 °C	<i>Burhan</i>
	08.08		2. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)	Ds  - Klien mengatakan sesak nafas berkurang Do  - RR : 22 x/menit  - Auskultasi crekels pada paru kanan dan kiri	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak menggunakan pernafasan cuping hidung</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 liter/menit</li> <li>- Tampak penggunaan otot bantu pernafasan</li> <li>- Bibir tampak sianosis</li> </ul>	
	08.20		3. Memposisikan semi fowler	Ds <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mau melakukannya</li> </ul> Do <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lebih nyaman</li> </ul>	Burhan
	08.24		4. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	Ds - Do <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 liter/menit</li> </ul>	Burhan

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx. kep	Implementasi	Respon	Paraf
2	9/3/2021  08.30	II	1. Memonitor keluhan nyeri dada	Ds  - Klien megatakan masih nyeri dada ringan  Do  - Klien menunjukan nyeri dibagian dada kiri menjalar ke punggung	Burhan
	08.44		2. Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung	Ds  - Klien mengatakan masih sesak nafas - Badan terasa lemah  Do  - Ictus cordis melebar ke lateral - Oedem di perut kuadran atas - Distensi jugularis	Burhan

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx. kep	Implementasi	Respon	Paraf
	09.00		3. Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mau melakukan teknik nafas dalam</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat melakukan nafas dalam dan lebih nyaman</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- HR : 97 x/menit</li> </ul>	<i>Burhan</i>
3	9/3/2021  09.10	III	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri dengan menggunakan mistar skala nyeri dan menjelaskan nyeri dari 0-10 jika nyeri</p> <p>a. 7-10 adalah nyeri berat</p> <p>b. 4-6 adalah nyeri sedang</p>	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyerinya berkurang</li> <li>- Klien menunjukan nyeri dibagian tersebut</li> </ul> <p>P : Nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q : Seperti ditembus-hilang</p> <p>R : Dada sebelah kiri</p>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx. kep	Implementasi	Respon	Paraf
			c. 0-3 adalah nyeri ringan	<p>S : Skala 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 menit</p> <p>Do</p> <p>- Klien menunjukan nyerinya dibagian tersebut</p>	<i>Burhan</i>
	09.20		2. Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam	<p>Ds</p> <p>- Klien mengatakan mau melakukannya</p> <p>Do</p> <p>- klien tampak lebih nyaman</p>	<i>Burhan</i>
	12.00		3. Mengevaluasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri	<p>Ds</p> <p>- Klien mengatakan nyeri dada ringan</p> <p>P : Nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q : Seperti ditembus-hilang</p>	<i>Burhan</i>

*Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2*

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
				<p>R : Dada sebelah kiri</p> <p>S : Skala 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 menit</p> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menunjukan di bagian tersebut</li> </ul>	
4	9/3/2021  09.30	IV	1. Mengkaji pola aktivitas jam tidur dan mengukur TTV	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan aktivitas di tempat tidur dapat dilakukan sendiri tapi tidur masih kurang menentu</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bergerak tidak bebas di tempat tidur</li> </ul>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 90/70 mmHg</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- RR : 100 x/menit</li> <li>- S : 37,0 °C</li> </ul>	
	09.32		2. Melatih klien aktivitas bertahap	Ds : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mau melakukannya</li> </ul> Do : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat masih sempoyongan</li> </ul>	Burhan
	09.40		3. Memonitor respon fisik setelah aktivitas	Ds : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih merasa letih jika melakukan aktivitas</li> </ul> Do : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV TD : 80/65 mmHg</li> <li>RR : 24 x/menit HR : 104 x/menit</li> </ul>	Burhan

Lanjutan tabel 3. 7 : Implementasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal/jam	Dx kep	Implementasi	Respon	Paraf
	09.44		4. Mengevaluasi kekuatan otot dan mengukur TTV	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih lemas</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot 4 pada semua ekstermitas</li> <li>- Klien tampak masih sempoyongan</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 90/70 mmHg</p> <p>RR : 22 x/menit</p> <p>HR : 90 x/menit</p> <p>S : 36,0 °C</p>	<i>Burhan</i>



### E. Evaluasi keperawatan

Tabel 3. 8 : Evaluasi Keperawatan hari ke-1

No	Tanggal Jam	Dx. kep	SOAP	Paraf
1	8/3/2021  09.42	I	<p>S : Klien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O : TTV : TD : 95/70 mmHg</p> <p>HR : 100 x/menit</p> <p>S : 36,0 °C</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada retraksi dinding dada</li> <li>- Ada otot bantu pernafasan</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 8 : Evaluasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal jam	Dx. kep	SOAP	Paraf
2	8/3/2021  08.35	II	<p>S : Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>O : TTV : TD : 85/70 mmHg      RR : 24 x/menit</p> <p>HR : 102 x/menit      S : 37,0 °C</p> <p>- Penurunan Tensi Darah</p> <p>- Oedem di perut kuadran atas</p> <p>- Oliguria</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<i>Burhan</i>
3	8/3/2021  09.15	III	<p>S : Klien mengatakan masih nyeri di bagian dada kiri menjalar ke punggung</p> <p>O : TTV : TD : 85/70 mmHg</p> <p>RR : 24 x/menit    HR : 100 x/menit      S : 36,0 °C</p>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 8 : Evaluasi keperawatan hari ke-1

No	Tanggal jam	Dx. kep	SOAP	Paraf
			<p>P : Nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q : Seperti ditembus-hilang</p> <p>R : Dada sebelah kiri</p> <p>S : Skala 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 mnt</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
4	8/3/2021  09.45	IV	<p>S : Klien mengatakan masih lemah</p> <p>O : TTV : TD : 90/70 mmHg    RR : 24 x/menit    HR : 98 x/menit    S : 36,0 °C</p> <p>- Kekuatan otot 4 pada semua ekstermitas</p> <p>- Klien tampak masih sempoyongan</p> <p>A : Masalah belum teratasi      P : Lanjutkan intervensi</p>	Burhan

Tabel 3. 8 : Evaluasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal jam	Dx.kep	SOAP	Paraf
1.	9/3/ 2021  08.15 WIB	I	<p>S : Klien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O : TTV : TD : 98/65 mmHg      RR : 22 x/menit</p> <p>HR : 99 x/menit      S : 36,0 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada retraksi dinding dada</li> <li>- Ada otot bantu pernafasan</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>	<i>Burhan</i>
2.	9/3/2021  08.35 WIB	II	<p>S : Klien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O : TTV : TD : 98/65 mmHg      RR : 22 x/menit</p> <p>HR : 99 x/menit      S: 36,0 °C</p>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 8 : Evaluasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal Jam	Dx. kep	SOAP	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan Tensi Darah</li> <li>- Oedem di perut kuadran atas</li> <li>- Oliguria</li> </ul> <p>A : Masalah tertaasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	
3.	9/3/2021  09.15 WIB	III	<p>S : Klien mengatakan nyerinya berkurang di bagian dada kiri menjalar ke punggung</p> <p>O : TTV : TD : 98/65 mmHg      RR : 22 x/menit</p> <p>HR : 99 x/menit      S : 36,0 °C</p> <p>P : Nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q : Seperti ditembus-hilang      S : Skala 2</p> <p>R : Dada sebelah kiri      T : Nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 mnt</p>	<i>Burhan</i>

Lanjutan tabel 3. 8 : Evaluasi keperawatan hari ke-2

No	Tanggal jam	Dx. kep	SOAP	Paraf
			A : Masalah teratasi sebagian  P : Pertahankan intervensi	
4.	9/3/2021  09.45 WIB	IV	S : Klien mengatakan lemas berkurang  O : TTV : TD : 100/75 mmHg      RR : 22 x/menit  HR : 99 x/menit      S : 36,0°C  - Kekuatan otot 4 pada semua ekstermitas  - Klien tampak lebih berkekuatan  A : Masalah teratasi sebagian  P : Pertahankan intervensi	Burhan

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan riwayat penyakit klien yang diberikan oleh klien atau keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan klien atau keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah). Pengkajian dapat didasarkan pada teori keperawatan tertentu seperti yang dikembangkan oleh Florence Nightingale, Wanda Hotta, atau sr. Callista Roy, atau pada kerangka pengkajian standar seperti pola kesehatan fungsional menurut Marjory Gordon. Kerangka ini menyediakan cara mengkategorikan data dalam jumlah besar kedalam jumlah yang dikelola berdasarkan pola atau kategori data terkait (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data dasar tentang kesehatan klien baik fisik, psikologis maupun emosional. Data dasar ini digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menemukan masalah aktual ataupun potensial, serta sebagai acuan dalam memberi edukasi pada klien. Hal yang dikaji bukan hanya kondisi fisik klien, tetapi juga kegiatan fisik dan gaya hidup klien setiap hari. Melalui data pengkajian, tenaga kesehatan dapat mengetahui penurunan fungsi klien dan penyebab penurunan fungsi ataupun

ketidakmampuan tersebut sehingga penatalaksanaan yang diberikan juga tepat dan perbaikan kondisi kesehatan pasien bisa dimaksimalkan (Oda D, 2014).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan hari Minggu tanggal 8 Maret 2021 di Ruang Kresna RSUD Bumiayu pada Tn.R umur 56 tahun diperoleh identitas klien sebagai berikut : jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan SD, suku bangsa Jawa - Indonesia, dan alamat Ds. Langkap Kec. Bumiayu. Selain itu didapatkan data subjektif : pasien mengatakan mengalami sesak nafas tidak berkurang walaupun saat istirahat, pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri dan menjalar ke punggung, nyeri saat beraktivitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada dada bagian kiri menjalar ke punggung skala nyeri 3 dan nyeri dirasakan hilang timbul, klien mengatakan badan terasa lemas, pasien dan keluarga mengatakan dalam beraktivitas pasien harus dibantu dan data objektif : Tekanan darah : 88/70 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Pernapasan : 26 x/menit, Suhu : 36,0 °C. kekuatan otot 4, terdapat retraksi dinding dada dan otot bantu pernafasan, terdengar ronchi basah/crakles, bibir sianosis. Ekstremitas atas dan bawah mengalami kelemahan, terpasang selang O2 kanul 3 liter/menit dan aktivitas masih dibatasi.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Suatu diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respon tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Suatu diagnosis keperawatan biasanya



mengandung dua bagian yaitu deskriptor atau pengubah dan fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis (Herdman & Kamitsuru, 2018). Diagnosa keperawatan dimulai dengan taksiran, pendekatan sejarah dan pengumpulan data (informasi) terkait dengan individu, keluarga dan komunitas, mengidentifikasi (tanda dan gejala) atau mendefinisikan karakteristik dari konsep-konsep diagnosa keperawatan. Faktor-faktor atau variabel-variabel yang mempengaruhi diagnosa-diagnosa digambarkan dengan sejarah, grafik-grafik dan bukti-bukti lainnya (Martha, 2010)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan hari Minggu tanggal 8 Maret 2021 di Ruang Kresna RSUD Bumiayu pada Tn.R yaitu :

#### 1. Gangguan Pertukaran Gas

Gangguan Pertukaran Gas adalah Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran Alveolus-kapiler (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Menurut secara teori untuk memunculkan diagnosa tersebut harus terdapat tanda dan gejala meliputi : Dispnea, PO<sub>2</sub> menurun, perubahan kedalaman pernapasan, bunyi nafas tambahan, pH arteri meingkat/menurun, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal.

Pengkajian pada Tn. R tanggal 8 Maret 2021 didapatkan data subjektif: Pasien mengatakan mengalami sesak nafas, tidak berkurang walaupun saat istirahat dan Pasien mengatakan badan terasa lemas. Data Objektif: Keadaan umum lemah terlihat adanya retraksi dinding dada, terdengar ronchi basah/crales, Terpasang selang O<sub>2</sub> kanul 3 liter/menit,

Terdapat cupping hidung, Mukosa bibir sianosis, Pasien tampak gelisah.  
Tekanan darah : 88/70 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Pernapasan : 26 x/menit, Suhu : 37,0 °C

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi layak diangkat sebagai diagnosa karena terdapat kesamaan batasan karakteristik dengan data pengkajian. Diagnosa ini perlu dijadikan sebagai diagnosa pertama, karena pada kasus yang penulis kelola, Gangguan pertukaran gas adalah keluhan utama yang paling dirasakan pasien, dimana menurut Hierarki Maslow, gangguan pertukaran gas termasuk kebutuhan fisiologis yang pemenuhannya harus diutamakan.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas.

Penurunan curah jantung adalah Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut yaitu: perubahan frekuensi jantung seperti: aritmia, bradikardi/takikardi, perubahan EKG, palpitasi dan perubahan preload seperti: penurunan vena central, peningkatan CVP, penurunan tekanan arteri paru atau terdapat perubahan afterload seperti: penurunan nadi perifer, dispnea, kulit lembab

Pengkajian pada Tn.R tanggal 8 Maret 2021 didapatkan data subjektif: Pasien mengatakan mengalami sesak nafas, tidak berkurang walaupun saat istirahat, pasien mengatakan badan terasa lemas, pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri dan menjalar ke perut kiri atas. Dan didapatkan data objektif: Keadaan umum lemah, Tekanan Darah : 88/70

mmHg, Respirasi : 26 x/menit, Nadi : 102 x/menit, suhu : 37,0 °C, Ictus cordis melebar ke lateral, batas jantung melebar, S1 = S2 reguler lemah, Penurunan Tensi Darah, Edema di paru kiri, Distensi vena jugularis, Oliguria

Berdasarkan tingkat kegawatdaruratan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas layak diangkat sebagai diagnosa karena selain terdapat kesamaan batasan karakteristik dengan data pengkajian, pada kasus yang penulis kelola menurut Hierarki Maslow, penurunan curah jantung termasuk kebutuhan fisiologis yang pemenuhannya harus diutamakan setelah diagnosa gangguan pertukaran gas maka penulis mengangkat diagnosa tersebut menjadi diagnosa kedua.

### 3. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tanda dan gejala untuk memunculkan diagnosa tersebut yaitu : Mengeluh nyeri, Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Hasil pengkajian pada Tn.R tanggal 8 Maret 2021 didapatkan data subjektif : Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri dan menjalar ke perut kiri bagian atas, nyeri saat beraktivitas, rasanya seperti ditusuk - tusuk pada dada bagian kiri menjalar ke punggung, skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul. Tekanan Darah : 88/70 mmHg, Respirasi : 26 x/menit, Nadi : 102 x/menit, Suhu : 36,0°C. Ictus cordis tampak melebar, ictus cordis melebar ke lateral, Nyeri akut, perut teraba kencang dibagian kuadran atas.

Berdasarkan data – data yang penulis peroleh diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis diangkat sebagai diagnosa karena terdapat kesamaan batasan karakteristik dengan data pengkajian. Menurut Hierarki Maslow, nyeri akut termasuk kebutuhan rasa nyaman yang pemenuhannya harus diutamakan setelah diagnosa yang termasuk dalam kebutuhan fisiologis dan penulis mengangkat diagnosa tersebut sebagai diagnosa ketiga.

#### 4. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari penyebabnya kelemahan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) untuk memunculkan diagnosa tersebut terdapat tanda dan gejala seperti : data subjektif : Mengeluh lelah, dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah dan data objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Hasil pengkajian pada tanggal 8 Maret 2021 didapatkan data subjektif : Klien mengatakan badan terasa lemas, Klien mengatakan sesak nafas tidak berkurang walaupun istirahat dan keluarga Klien mengatakan dalam beraktivitas pasien harus dibantu. Data objektif : Terlihat adanya retraksi dinding dada, adanya otot bantu pernafasan, terdengar ronchi basah/crakles, terjadi kelelahan saat aktivitas, ekstremitas atas dan bawah mengalami kelemahan, terpasang selang O2 kanul 3 liter/menit, aktivitas masih dibatasi. TD : 88/70 mmHg, RR : 26 x/menit, HR : 102 x/mnt, S : 36,0 °C.

Berdasarkan uraian di atas terdapat kesamaan batas karakteristik maka diagnosa ini perlu dimunculkan dan dijadikan penulis sebagai diagnosa keempat.

Selain 4 diagnosa keperawatan diatas, penulis akan membahas diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori diantaranya :

### 1. Pola nafas tidak efektif

Pola nafas tidak efektif adalah Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Untuk mengangkat diagnosa tersebut terdapat tanda dan gejala seperti: Dispnea, takipnea, perubahan kedalaman pernafasan, bunyi nafas tambahan, fase ekspirasi memanjang, sianosis, diaferosis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal.

Berdasarkan pengkajian pada Tn.R tanggal 8 Maret 2021 tidak ditemukannya persamaan batasan karakteristik dengan hasil pengkajian sehingga diagnosa tersebut tidak dimunculkan.

### 2. Hipervolemia

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler dan penyebabnya gangguan mekanisme regulasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Secara teori untuk memunculkan diagnosa tersebut harus terdapat tanda dan gejala yaitu: Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND), Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat, refleks hepatojugular (+), Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru dan kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif. Berdasarkan pengkajian pada Tn.R tanggal 8 Maret 2021 tidak ditemukannya persamaan batasan karakteristik dengan hasil pengkajian sehingga diagnosa tersebut tidak dimunculkan.

### 3. Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penyebab: penurunan aliran arteri dan/atau vena. Secara teori untuk memunculkan diagnosa tersebut terdapat tanda dan gejala : Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten), Pengisian kapiler >3

detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle- brakial 20% dari kondisi istirahat, kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif. Berdasarkan pengkajian pada Tn. R tidak ditemukan data-data yang mendukung munculnya diagnose Perfusi perifer tidak efektif sehingga diagnosa tersebut tidak muncul.

#### 4. Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Memunculkan diagnosa tersebut terdapat tanda dan gejala seperti: Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya, Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu. Berdasarkan pengkajian pada Tn.R tidak ditemukan data-data yang mendukung munculnya diagnosa ansietas sehingga diagnosa tersebut tidak muncul.

#### 5. Defisit nutrisi

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Secara teori untuk memunculkan diagnosa tersebut terdapat tanda dan gejala seperti: Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal, Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare. Berdasarkan pengkajian pada Tn.R tidak ditemukan persamaan data dengan data batasan karakteristik yang mendukung

munculnya diagnosa defisit nutrisi sehingga diagnosa tersebut tidak muncul.

#### 6. Resiko gangguan integritas kulit

Resiko gangguan integritas kulit adalah Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berdasarkan pengkajian pada Tn. R tidak ditemukan persamaan data dengan data faktor resiko diatas, sehingga diagnosa tersebut tidak muncul.

### C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Sebelum penulis menentukan rencana keperawatan dari tiga diagnosa tersebut, terlebih dahulu penulis menentukan tujuan keperawatan yang disertai dengan kriteria hasil. Tujuan keperawatan akan digunakan sebagai acuan untuk melihat tingkat keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan pada tahap implementasi, setelah itu maka penulis menentukan rencana keperawatan pada setiap diagnosa keperawatan untuk menyelesaikan permasalahan yang timbul sebagai bentuk proses asuhan keperawatan demi kesembuhan klien.

#### 1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Tujuan keperawatan pada diagnosa Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi adalah Setelah

dilakukan tindakan keperawatan 2 x 8 jam diharapkan Dipsnea menurun, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, pola nafas membaik, tanda – tanda vital dalam rentang normal.

Rencana keperawatan yang ditentukan penulis untuk Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi adalah Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas, monitor kemampuan batuk efektif, auskultasi bunyi nafas, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan.

2. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas

Tujuan keperawatan pada diagnosa Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas. setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 8 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: Tanda vital dalam rentang normal, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi : 80-100 x/menit, Respirasi : 16-22 x/menit, kekuatan nadi perifer meningkat, tidak ada edema.

Rencana keperawatan yang ditentukan penulis untuk diagnosa Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas adalah Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung adalah identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, monitor intake dan output cairan, monitor keluhan nyeri dada,



berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap, jika perlu kolaborasi pemberian antiaritmia.

### 3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang dengan beberapa kriteria hasil diantaranya adalah sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 1 Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang, pasien dapat beristirahat dengan nyaman.

Rencana keperawatan yang ditentukan penulis untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis adalah : Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi pemberian analgetik.

### 4. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen.

Tujuan keperawatan pada diagnosa Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen adalah setelah dilakukan

tindakan keperawatan 2 x 8 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat, kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, pasien mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan, pasien mengatakan dyspnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun.

Rencana keperawatan yang ditentukan penulis untuk diagnosa Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen adalah monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

#### **D. Implementasi**

Implementasi merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari klien serta dalam memahami tingkat perkembangan klien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi (Heather, 2015).

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 8 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut : Mengukur TTV, Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), memposisikan semi fowler, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.

2. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas.

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas, penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 8 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut: Monitor keluhan nyeri dada, mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas, penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 9 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut: Monitor keluhan nyeri dada, mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 8 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri dengan menggunakan mistar skala nyeri dan menjelaskan nyeri dari 0-10, jika nyeri 7-10 adalah nyeri berat, jika 4-6 adalah nyeri sedang, jika 0-3 adalah nyeri ringan dan mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 9 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri dengan menggunakan mistar skala nyeri dan menjelaskan nyeri dari 0-10, jika nyeri 7-10 adalah nyeri berat, jika 4-6 adalah nyeri sedang, jika 0-3 adalah nyeri ringan dan mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

4. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen, penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 8 Maret 2021, diantaranya sebagai

berikut: Mengkaji pola aktivitas jam tidur, memonitor respon fisik setelah aktivitas, mengevaluasi kekuatan otot.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktifitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen, penulis telah melakukan beberapa tindakan keperawatan pada tanggal 9 Maret 2021, diantaranya sebagai berikut: Mengkaji pola aktivitas jam tidur, memonitor respon fisik setelah aktivitas, mengevaluasi kekuatan otot.

## **E. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2015). Bentuk evaluasi ada tiga yaitu: evaluasi struktur, evaluasi proses, dan evaluasi hasil serta menggunakan SOAP dalam menyusun evaluasi (Suprajitno dalam wardani, 2016).

Setelah penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan pada klien dengan anemia maka pada tanggal 8-9 Maret 2021 didapatkan evaluasi sebagai berikut:

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Evaluasi pada diagnosa Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2021, penulis menemukan data subyektif : klien mengatakan

sesak nafas, Data obyektif : klien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, Tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi : 99 x/menit, Respirasi 26 x/menit, Suhu 36,0 °C

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil yang ditemukan, pada diagnosa Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi belum ditemukan keberhasilan tindakan keperawatan

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah Gangguan pertukaran gas belum teratasi karena belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji dan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2021 penulis menemukan data subyektif : : klien mengatakan sesak nafas berkurang, Data obyektif : klien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, Tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi : 99 x/menit, Respirasi : 22 x/menit, Suhu 36,0 °C

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil yang

ditemukan, pada diagnosa Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi sudah ditemukan sebagian keberhasilan tindakan keperawatan.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji dan kolaborasi dengan dokter

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas.

Evaluasi pada diagnosa Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas yang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2021, penulis menemukan data subyektif : klien mengatakan sesak nafas, badan terasa lemah Data obyektif : Bunyi jantung S1 = S2 reguler lemah, bibir sianosis, Tekanan darah : 85/70 mmhg, Suhu: 37,0 °C, Respirasi : 26 x/menit, Nadi: 98 x/menit.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil yang ditemukan, pada diagnosa Penurunan curah jantung berhubungan dengan

perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas belum ditemukan keberhasilan tindakan keperawatan

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi karena belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji skala nyeri dan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2021 penulis menemukan data subyektif : klien mengatakan sesak nafas berkurang, Data obyektif : klien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, Tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi : 99 x/menit, Respirasi 22 x/menit, Suhu 36,0 °C

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil yang ditemukan, pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas sudah ditemukan keberhasilan tindakan keperawatan

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing



selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji skala nyeri dan kolaborasi dengan dokter

### 3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Evaluasi pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2021, penulis menemukan data subyektif: pasien mengatakan masih nyeri di bagian dada kiri menjalar ke punggung, nyeri skala 2 dan nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 mnt. Data obyektif : pasien tampak menyeringai, Tekanan darah : 85/70 mmHg, Nadi 98 x/menit, Respirasi 26 x/menit, Suhu 37,0 °C, kekuatan otot 4

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi karena belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji vital sign dan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2021, penulis menemukan data subyektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri skala 2 dan nyeri hilang timbul durasinya sekitar 5 mnt. Data obyektif : pasien tampak tenang, Tekanan darah : 85/70 mmHg, Nadi : 98 x/menit, Respirasi 22 x/menit, Suhu 36,0 °C, kekuatan otot 4

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sudah teratasi sebagian karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya, yaitu : monitor vital sign, mengkaji vital sign dan kolaborasi dengan dokter.

#### 4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen

Evaluasi pada diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen yang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2021 penulis menemukan data subyektif : pasien mengatakan masih lemas. Data Objektif: Kekuatan otot 3 pada semua ekstermitas, pasien tampak sempoyongan

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil, pada masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen belum ditemukan kriteria keberhasilan tindakan keperawatan.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah intoleransi aktivitas belum teratasi karena belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka

penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya dan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi pada diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2021 penulis menemukan data subyektif : pasien mengatakan lemas berkurang. Data Objektif : Kekuatan otot 4 pada semua ekstermitas

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil, pada masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen sudah ditemukan kriteria keberhasilan tindakan keperawatan

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah intoleransi aktivitas sudah teratasi sebagian karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planing selanjutnya dan kolaborasi dengan dokter

Semua tindakan yang telah direncanakan dapat dilakukan dan berhasil teratasi sebagian pada hari kedua, hal ini didukung dengan adanya faktor pendukung yaitu antara perawat dengan klien dan keluarga terbina hubungan saling percaya, klien dan keluarga kooperatif.

Setelah penulis amati, antara teori dengan kondisi nyata pasien tidak jauh berbeda. Dapat dilihat misalnya pada diagnosa yang muncul pada pasien ternyata memang berdasarkan teori yang penulis kemukan dalam bab 2 memang sesuai pada diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan congestive heart failure (CHF). Kemudian pada batasan karakteristik, faktor yang berhubungan, manifestasi klinis dan lain-lain yang ditemukan pada kondisi dan data yang diperoleh dari klien memang muncul seperti yang ada pada teori.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Congestive Heart Failure di ruang kresna RSUD Bumiayu pada tanggal 8 – 9 Maret 2021, maka dengan ini penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan yaitu :

1. *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan keperluan metabolisme dan oksigen (Nugroho, 2016).
2. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan tanggal 8 Maret 2021 di Ruang Kresna RSUD Bumiayu Tn.R umur 56 tahun diperoleh identitas klien sebagai berikut : jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan SD, suku bangsa Jawa - Indonesia, dan alamat Ds. Langkap Kec. bumiayu. Selain itu didapatkan data antara lain data subjektif : Klien mengatakan sesak nafas, Klien mengatakan nyeri dibagian dada kiri dan menjalar ke punggung, nyeri saat beraktivitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada dada bagian kiri menjalar ke punggung skala nyeri 3 dan nyeri dirasakan hilang timbul, klien mengatakan badan terasa lemas, klien dan keluarga mengatakan dalam beraktivitas pasien harus dibantu dan data objektif : Tekanan darah : 88/70 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Pernapasan : 26 x/menit, Suhu : 36,0 °C. kekuatan otot 4, terdapat retraksi dinding dada

dan otot bantu pernafasan, terdengar ronchi basah/crakles. Ekstremitas atas dan bawah mengalami kelemahan, terpasang selang O2 kanul 3 liter/menit dan aktivitas masih dibatasi.

3. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn.R ada 4 yaitu : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen.
4. Intervensi yang dilakukan penulis pada Tn.R tanggal 8 – 9 Maret 2021  
 Monitor TTV, kedalaman dan upaya nafas, Monitor pola nafas, monitor kemampuan batuk efektif, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, dan jika perlu monitor adanya sumbatan jalan nafas. identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, monitor intake dan output cairan, monitor keluhan nyeri dada, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap, jika perlu kolaborasi pemberian antiaritmia. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu

ruangan, pencahayaan, kebisingan), anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi pemberian analgetik. monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5. Implementasi telah penulis lakukan pada tanggal 8 Maret 2021 meliputi: Mengukur TTV, Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor adanya sputum, monitor adanya sumbatan jalan nafas. Monitor keluhan nyeri dada, mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

Sedangkan untuk implementasi pada tanggal 9 Maret 2021 meliputi: Mengukur TTV, Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor adanya sputum, monitor adanya sumbatan jalan nafas. Monitor keluhan nyeri dada, mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri dengan menggunakan mistar skala nyeri dan menjelaskan nyeri dari 0-10, jika

6. Penulis melakukan evaluasi pada Tn. R tanggal 8 Maret 2021 dengan hasil masalah belum teratasi untuk 4 diagnosa yang muncul yaitu Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi,

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen

Kemudian evaluasi pada tanggal 9 Maret 2021 dengan hasil masalah teratasi sebagian dari 4 diagnosa yang muncul yaitu Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Akademik**

Institusi pendidikan telah banyak memberika informasi tentang kesehatan khususnya tentang penyakit gagal jantung (CHF). Tuntutan zaman yang terus berkembang menyebabkan kebutuhan masyarakat akan informasi kesehatan harus terus ditingkatkan yaitu dengan lebih banyak memberikan materi kepada para mahasiswa dan bimbingan melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosa secara tepat menurut pengkajian yang didapatkan



## 2. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit hendaknya memberikan informasi kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit gagal jantung (CHF) yang tepat dan akurat agar tidak muncul komplikasi yang lebih berat, sehingga angka kesakitan di Indonesia sedikit demi sedikit berkurang

## 3. Bagi Pembaca

Masyarakat yang belum dapat melakukan pola hidup sehat diharapkan dapat melakukan pola hidup sehat karena gagal jantung (CHF) disebabkan salah satunya oleh pola hidup yang tidak sehat.

## 4. Bagi Penulis

Perlu untuk menambah dan meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung (CHF) serta perlu memperbaiki agar karya tulis ini lebih sempurna.

## DAFTAR PUSTAKA

- Herdman, T. Heather. *Nanda International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018- 2020*. Penerjemah Monica Ester & Wuri Praptiani. EGC : Jakarta. 2017.
- Ismoyowato, 2021. *Menejemen nyeri untuk Congestive Heart Failure*. Yogyakarta : Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes, Volume 12 No.1
- Kasron, 2012. *Kelainan dan penyakit jantung pencegahan serta pengobatannya*. Yogyakarta
- Martha C R. Kelly. *Nanda Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Diagna Pustaka : Yogyakarta. 2010.
- Mustofa, Listiyawati, 2020. *Asuhan Keperawatan Paisen dengan CHF di ruang Cendrawasih RSUD Simo*. Simo : Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Kusuma Husada
- Nirmala, 2017. *Deep Breathing Exercise dan Active range of motion efektif menurunkan dyspnea pada pasien Congestive Heart Failure*. Yogyakarta : Jurnal Volume 2 No.2
- Nugroho, 2016. *Upaya penatalaksanaan pola nafas tidak efektif pada pasien Congestive Heart Failure*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang
- Nur Fadilah, 2019. *Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan Congestive Heart Failure di ruang Aisyah RSUD Sekarwangi (KTI)*. Sukabumi : Akademi Keperawatan Universitas Muhamadiyah Sukabumi
- Oda D, 2014 *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika :Jakarta.
- Padila, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP, 2018. *Standar Diagnosa Keperawatan indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP, 2018. *Standar Luaran Keperawatan indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan

Rekam Medis RSUD Bumiayu, 2020. Tidak untuk di publikasikan

Rispawati, 2019. *Pengaruh konseling diet jantung terhadap pengetahuan diet jantung pasien Congestive Heart Failure*. Mataram : Jurnal Volume 2, No.2

Salemba Medika, 2011. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta

Salemba Medika, 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler*. Jakarta

Putri A, 2020. *Asuhan Keperawatan pada An. B dengan gangguan sistem pencernaan : Typhoid di ruang Anggrek I RSUD dr. SOESELO SLAWI (KTI)*. Tegal : Akademi Keperawatan Alhikmah 2 Brebes

Wijaya, Putri, 2017. *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta

Wijayaningsih, 2013. *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta





**LAMPIRAN**






## JURNAL BIMBINGAN

Nama Peserta Ujian : Ahmad Burhanudin

Nomor Induk : 17.002

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN  
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER :  
CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUANG  
KRESNA RSUD BUMIAYU KABUPATEN BREBES

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 30-03-2021	Pengajuan judul KTI	<u>Burhan</u>	
2.	Jumat 02-04-2021	Konsul BAB I, BAB II	<u>Burhan</u>	
3.	Kamis 22-04-2021	Revisi BAB I, BAB II, (ACC)	<u>Burhan</u>	
4.	Kamis 20-06-2021	Revisi BAB II	<u>Burhan</u>	

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
5.	Selasa 06-07-2021	Konsul BAB III	<u>Burhan</u>	
6.	Minggu 01-08-2021	Revisi BAB III, Konsul BAB IV - V	<u>Burhan</u>	
7.	Minggu 07-08-2021	ACC	<u>Burhan</u>	
8.	Sabtu 20-08-2021	Konsul BAB III	<u>Burhan</u>	
9.	Selasa 31-08-2021	ACC	<u>Burhan</u>	

Pembimbing Utama








Esti Nur Janah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.






## JURNAL BIMBINGAN

Nama Peserta Ujian : Ahmad Burhanudin

Nomor Induk : 17.002

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN  
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER :  
CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUANG  
KRESNA RSUD BUMIAYU KABUPATEN BREBES

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 30-03-2021	Pengajuan judul KTI	<u>Burhan</u>	
2.	Senin 19-04-2021	Konsul BAB I, BAB II	<u>Burhan</u>	
3.	Selasa 20-04-2021	Revisi BAB I, BAB II	<u>Burhan</u>	
4.	Kamis 22-04-2021	Revisi BAB I, BAB II (ACC)	<u>Burhan</u>	
5.	Selasa 06-07-2021	Konsul BAB III	<u>Burhan</u>	

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
6.	Selasa 13-07-2021	Revisi BAB III Konsul BAB IV	<u>Burhan</u>	
7.	Minggu 18-07-2021	Revisi BAB IV Konsul BAB V	<u>Burhan</u>	
8.	Senin 19-07-2021	BAB V (ACC)	<u>Burhan</u>	
9.	Minggu 29-08-2021	Konsul BAB III dan Lampiran	<u>Burhan</u>	
10.	Rabu 08-09-2021	ACC	<u>Burhan</u>	

Pembimbing Pendamping



Agustina Nur Arofah, S.Kep.,Ns.



### **Lampiran 3**

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

### **Pengantar**

Materi	:	Congestive Heart Failure (Gagal Jantung)
Pokok Bahasan	:	Perawatan dan Pencegahan CHF
Hari/tanggal	:	Selasa, 9 Maret 2021
Waktu pertemuan	:	23 menit
Tempat	:	Ruang kresna RSUD Bumiayu
Sasaran	:	Klien CHF

### **A. Tujuan**

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

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan klien dapat melakukan perawatan pada penyakit CHF

#### **2. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 1x30 menit, klien CHF dapat menjelaskan kembali tentang :

- a. Pengertian CHF
- b. Penyebab CHF
- c. Klasifikasi CHF
- d. Tanda dan gejala CHF
- e. Pengelolaan CHF
- f. Pemeriksaan penunjang

## B. Materi

(Terlampir)

## C. Media

1. Materi SAP
2. Leaflet
3. Lembar balik

## D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

## E. Kegiatan penyuluhan

No	Kegiatan Penyuluhan	Respon Peserta	Waktu
1.	<b>Pembukaan</b>  a. Memberi salam  b. Memberi pertanyaan apersepsi  c. Menjelaskan tujuan penyuluhan  d. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	a. Menjawab salam  b. Memberi salam  c. Menyimak	5 menit
2.	<b>Pelaksanaan</b>  Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur.	Menyimak dan  Memperhatikan	

	<p>Materi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian CHF</li> <li>b. Penyebab CHF</li> <li>c. Klasifikasi CHF</li> <li>d. Tanda dan gejala CHF</li> <li>e. Makanan yg dianjurkan dan di pantang</li> </ul>		10 menit
3.	<p><b>Evaluasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyimpulkan inti penyuluhan</li> <li>b. Menyampaikan secara singkat materi penyuluhan</li> <li>c. Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya</li> <li>d. Memberi kesempatan kepada klien untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memperhatikan</li> <li>b. Menjawab</li> </ul>	5 menit
4.	<p><b>Penutup</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan</li> <li>b. Menyampaikan terima kasih atas perhatian dan waktu yang telah diberikan kepada peserta</li> <li>c. Mengucapkan salam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyimak dan mendengarkan</li> <li>b. Menjawab</li> <li>c. Menjawab salam</li> </ul>	3 menit

## Lampiran Materi

### **CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)**

#### **A. Pengertian**

Congestive Heart Failure (Gagal jantung) adalah suatu keadaan berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak dapat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

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

#### **B. Penyebab**

1. Kolesterol tinggi
2. Tekanan darah tinggi
3. Penyumbatan dipembuluh darah.
4. Kegemukan (obesitas)

#### **C. Tanda dan Gejala**

1. Gagal jantung kiri :
  - a. Sesak nafas saat bernafas
  - b. Sesak nafas saat berbaring
  - c. Batuk
  - d. Mudah lelah

- e. Bengkak pada kaki
  - f. Perut membuncit
  - g. Kegelisahan atau kecemasan
2. Gagal jantung kanan :
    - a. Hepatomegali atau pembesaran pada hati
    - b. Sering kencing di malam hari
    - c. Kelemahan
    - d. Tidak nafsu makan dan mual

#### **D. Pengobatan**

1. Istirahat cukup
2. Olahraga teratur
3. Ubah gaya hidup dengan diet jantung
4. Sesuaikan pemasukan (minum) dan pengeluaran (kencing)
5. Rutin memeriksakan diri ke dokter
6. Terapi medis dengan obat-obatan (memperbaiki kontraktilitas otot jantung)

#### **E. Makanan yang dianjurkan**

1. Konsumsi buah dan sayuran
2. Roti gandum
3. Ganti daging putih seperti ayam kampung
4. Gunakan susu skim, susu kedelai atau yogurt *non fat* daripada susu *fullcream*
5. Ikan yang kaya akan omega 3

#### **F. Makanan yang tidak dianjurkan**

1. Produk makanan siap saji
2. Daging berlemak, kambing, babi, jeroan
3. Nabati/makanan yang dimasak dengan santan, makanan berminyak

#### **G. Referensi**

1. Smeltzer dan Bare. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC. Jakarta.2016
2. Muttaqin, Arif. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskuler*. Salemba Medika. Jakarta. 2017

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

### **LATIHAN NAFAS DALAM**

#### **A. Pengertian**

Pelatihan nafas dalam adalah suatu tindakan keperawatan melatih Klien menarik nafas melalui hidung dan selanjutnya dihembuskan kembali melalui mulut.

#### **B. Tujuan**

1. Agar pengembangan paru-paru segera pulih kembali
2. Untuk mengalihkan perhatian Klien dari rasa nyeri
3. Memperbaiki ketahanan dan kekuatan otot-otot pernafasan
4. Memperbaiki pola nafas yang tidak efisien
5. Meningkatkan relaksasi

#### **C. Indikasi**

1. Klien dengan gangguan obstruksi paru dan restriktif
2. Klien dengan nyeri kronis sehingga mengganggu rasa nyaman

#### **D. Prosedur Pelaksanaan Latihan Nafas Dalam**

1. Fase Pra Interaksi
  - a. Melakukan verifikasi program terapi

b. Mencuci Tangan

2. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam dan menyapa nama klien
- b. Melaksanakan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- c. Menanyakan kesiapan klien

3. Tahap Kerja

- a. Menjaga privasi klien
- b. Mempersiapkan klien
- c. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
- d. Melatih klien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)
- e. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)
- f. Meminta klien menahan nafas hingga 3 hitungan
- g. Meminta klien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup)
- h. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot
- i. Menjelaskan kepada klien untuk melakukan latihan ini bila mengalami sesak nafas
- j. Merapikan klien



4. Tahap Terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan
- b. Berpamitan dengan klien
- c. Mencuci tangan
- d. Mencatat kegiatan dengan lembar catatan keperawatan

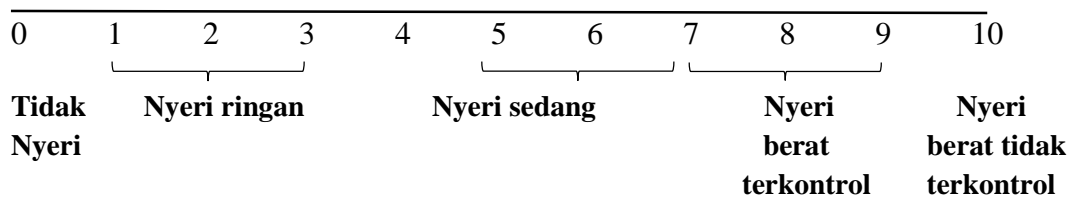
## PENGUKURAN NYERI

### DENGAN MISTAR SKALA NYERI

Nama Klien : Tn.R

Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2021

Pengukuran nyeri menggunakan mistar skala nyeri dengan meminta Klien untuk menunjukan diangka (0-10) atau dari kualitas tidak nyeri sampai nyeri tak tertahankan yang di rasakan saat ini



Pengkajian Nyeri P Q R S T

Hari ke	P (Profokatif)	Q (Qualitas)	R (Region)	S (Skala)	T (Time)
1	Klien mengatakan nyeri hilang-timbul	Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk	Klien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke punggung	Klien mengatakan skala nyeri 3	Klien mengatakan lamanya nyeri $\pm$ 5 menit
2	Klien mengatakan nyeri hilang-timbul	Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk	Klien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke punggung	Klien mengatakan skala nyeri 1	Klien mengatakan lamanya nyeri $\pm$ 3 menit

Lampiran 6

**SKALA NYERI MENURUT MC.BILL MELZACK**

No.	KARAKTERISTIK	SKALA	INTENSITAS
1.	Seperti dipukul, teratur	1	Nyeri ringan
2.	Seperti ditembus, hilang	2	Nyeri ringan
3.	Seperti ditusuk-tusuk	3	Nyeri ringan
4.	Seperti dipotong-potong	4	Nyeri sedang
5.	Seperti ditekan, dijepit, tegang	5	Nyeri sedang
6.	Seperti ditarik-tarik	6	Nyeri sedang
7.	Terasa panas seolah-olah terbakar	7	Nyeri berat
8.	Kesemutan, menyengat ,seret ditenggorokan	8	Nyeri berat
9.	Sangat nyeri, bengkak, sulit digerakkan	9	Nyeri berat
10.	Seperti akan pecah, tegang	10	Parah

## DOKUMENTASI



Gambar 1 : Penulis sedang memberikan pengetahuan tentang cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam



Gambar 2 : Penulis sedang melakukan pengukuran tekanan darah