

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M. G DENGAN CHF
(CONGESTIVE HEART FAILURE)
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada program studi diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



**MARIA FILOMENA A. DOS SANTOS
PO.530320116313**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Maria Filomena A. Dos Santos
NIM : PG530320116313
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengantilan ulahan tulisan atau pikiran orang lain yang saya atau sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 12 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Maria F. A. Dos Santos
NIM. PG530320116313

Mengetahui
Pembimbing



Ns. Yeani Maria V. Il. Aty, S.Kep, M.Kep
NIP. 19790805201122801

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Maria Fibriana A. Dita Santos, NIM: PG.3303201146313 dengan Judul "Analisa Keperawatan pada pasien Ny. M. G. Dengan CHF (Congestive Heart Failure) di rumah ICCU RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kapang" telah diperiksa dan disetujui untuk diajukan

Pembimbing



Ns. Yenni Maria V. B. Ats, S.Kep, M.Kep
NIP. 19790805201122001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah oleh Maria Filomena A. Dos Santos NIM: PO530320116313 dengan judul Analisis Keperawatan pada pasien Ny. M. G. Dengan CHF (Congestive Heart Failure) di ruangan ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan pengaji pada tanggal 12 Juni 2019

Disusun Oleh :

Maria F.A. Dos Santos
NIM: PO530320116313

Dewan Penguji

Penguji I


Damingsas Gondres, S.Kep, Ns, MSc
NIP. 1971080861992031401

Penguji II


Ns. Yuzni Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep
NIP. 19790805201122001

Mengesahkan
Kema Prodi D-III Keperawatan


Dr. Hecristiana Yai, S.Kp., M.Kes
NIP. 62011281919031005

Mengetahui
Kema Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PII
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Maria Filomena A. Dos Santos
Tempat Tanggal Lahir : Dili, 04 Mei 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Sukun II oepura
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD N Maulafa Kota Kupang Tahun 200
2. Tamat SMP N 3 Kota Kupang Tahun
3. Tamat SMA N 2 Kota Kupang Tahun 2015
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh keikhlasan, dan menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Kuasa, karena kasih dan penyertaan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. M. G Dengan CHF(Congestive Hearth Failure) DI RUANG ICCU RSUDProf. Dr. W. Z. Johannes Kepang**” di susun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Kupang.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini ada begitu banyak tangan yang membantu untuk mengoreksi, memberikan bahan dalam informasi yang dibutuhkan serta banyak pikiran yang disumbang. Untuk itu paa kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep,M.Kep selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksanan membantu dan menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Dominggus Gonsalves S.Kep, Ns, Msc selaku penguji I
3. Ibu Agustina Valen Somi, SST selaku penguji Klinik
4. Ibu R. H . Kristin, SKM.,M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan
7. Ibu Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang sudah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian
8. Bapak Dr. Rafael Paun SKM. M. Kes selaku pembimbing akademik yang senantiasa memberi semangat dan motivasi kepada penulis selama 3 tahun menjadi mahasiswi di POLTEKKES Kupang.
9. Seluruh dosen dan staf kepegawaian yang dengan caranya masing-masing telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
10. Bapak Vitorino A. Dos Santos, Mama filomena Soares Araujo yang selalu memberikan dukungan dan selalu mendoakan

11. Kaka Joni, Kaka Tias, kaka Lin, Kaka Nata, Kaka Jubi, Kaka Maria, Kaka lita, Kaka berta, Kaka Dolfu, Kaka Relin, Nino, Nina, Naldi, Ranya, Ajo, Leo, Ania, Jhanu, saudara dan saudari saya yang selalu mendukung dan memberikan dukungan kepada saya baik secara moril maupun materi.
12. Keluarga yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materi, nene Gusta, bapak Frans Dasilva, Bapak Yohanis Neparasi, Bapak Clementino Branco, Bapak Bapak Kostodio Dos Santos, Bapak Marsu, Bapak Herman Seran, Om Maritu, Om Jose Dacosta, Om Abetu, Mama Modesta Meme, Mama Yosefina, Mama Leta, Mama Dita, Mama Gilda, Mama Edelmira, Mama Loe, Mama Mili, serta kaka dan adik yang selalu ada memberi semangat.
13. Keluarga besar dan teman-teman seperjuangan AKP25 khususnya MES QUE UNCLASE yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam bentuk apapun.
14. Sahabat tercinta, Putry, Rama, Helmy, Ati, Yheni, Anytha, Renol, Ramon, Musa, Leo, Vendi, Rivaldi, Esar, Narto, Kesia, Dika, Wayan, Nadia, Enjel, Ega yang selalu memberi semangat motivasi, dan membantu dalam hal apapun.

Kesempurnaan hanya milik Tuhan semata karena itu penulis sungguh menyadari bahwa masih banyak kekurangan pada karya tulis ilmiah ini. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan tulisan ini.

Kupang Mei 2019

penulis

DAFTAR ISI

Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata	iv
Kata Pengantar	v
Daftar isi	vi
Daftar Lampiran	vii
BAB 1 Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Studi Kasus	3
1.4. Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1. Konsep CHF(<i>Congestive hearth failure</i>).....	5
2.1.1. Defenisi	5
2.1.2. Etiologi	6
2.1.3. Patofisiologi	7
2.1.4. Pemeriksaan Fisik	9
2.1.5. Pemeriksaan Penunjang	10
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan	11
2.3.1. Pengkajian	11
2.3.2. Diagnosa	18
2.3.3. Intervensi	18

BAB 3 Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan

3.1. Hasil Studi Kasus	21
3.1.1. Pengkajian	21
3.1.2. Perumusan Diagnosa	22
3.1.3. Intervensi Keperawatan	23
3.1.4. Implementasi Keperawatan	24
3.1.5. Evaluasi Keperawatan	25
3.2. Pembahasan	26
3.2.1. Pengkajian	26
3.2.2. Diagnosa Keperawatan	27
3.2.3. Intervensi Keperawatan	28
3.2.4. Implementasi Keperawatan	29
3.2.5. Evaluasi Keperawatan	29
3.3. Keterbatasan Studi Kasus	30

BAB 4 Penutup

4.1. Kesimpulan	31
4.2. Saran	32

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Daftar Lampiran

Asuhan Keperawatan	34
Dokumentasi	41
Lembar Bimbingan KTI.....	42

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap nutrien dan oksigen. Mekanisme yang mendasar tentang gagal jantung termasuk kerusakan sifat kontraktile dari jantung, yang mengarah pada curah jantung kurang dari normal. Kondisi umum yang mendasari termasuk aterosklerosis, hipertensi atrial, dan penyakit inflamasi atau degeneratif otot jantung. Sejumlah faktor sistemik dapat menunjang perkembangan dan keparahan dari gagal jantung. (Majid, 2016)

Kelainan fungsi otot jantung di sebabkan oleh aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokard biasanya mendahului terjadinya gagal jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Akan tetapi, untuk alasan yang tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. (Majid, 2016)

Prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2018 sebesar 1.5%, Prevalensi penyakit gagal jantung di provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018 sebesar 0.7%. (RISKESDAS, 2018)

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 75+ tahun (4,7%), untuk yang terdiagnosis dokter, sedikit menurun 65-74 tahun (4.6%) tetapi untuk yang terdiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi perempuan (1.6%) dibanding laki-laki (1.3%). Data penyakit jantung di NTT terdapat 0,7% , prevalensi penderita gagal jantung pada perempuan sebanyak 1,6% dan yang menderita gagal jantung pada laki-laki sebanyak 1.3%. (RISKESDAS, 2018)

Angka kejadian gagal jantung kongestif di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ruang ICCU sangat sedikit. Hal ini dilihat dari jumlah pasien yang dirawat di

ruangan ICCU tiga bulan terakhir dari bulan januari sampai dengan bulan april 2019 sebanyak 21 kasus, yang menderita gagal jantung pada laki-laki sebanyak 10 kasus, sedangkan penderita gagal jantung pada wanita sebanyak 11 kasus. Selanjutnya data angka kematian pasien gagal jantung kongestif di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes kupang di ruang ICCU tidak ada.(RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang)

Faktor penyebab dari gagal jantung kongestif yaitu karena kebiasaan merokok, kurangnya aktifitas, dan minum-minuman yang beralkohol, jumlah kolesterol dalam darah, kegemukan atau obesitas, adanya riwayat penyakit keluarga, jika kebiasaan pola hidup yang kurang baik diterapkan terus-menerus maka akan menyebabkan komplikasi yang lebih serius dan dapat berujung pada kematian, penanganan pasien dengan gagal jantung kiri untuk mencegah komplikasi yaitu dengan penanganan farmakologi seperti pemberian terapi diuretik, dan Beta Blocker dan penanganan secara non farmakologi seperti modifikasi gaya hidup yaitu pola hidup yang kurang aktifitas, buat program diet, dan konsumsi air putih yang banyak.

Sehubungan dengan prevalensi kejadian *congestive hearth failure* (CHF) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat *congestive hearth failure* (CHF) maka peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien. Peran perawat di ruang ICCU dalam menangani pasien dengan CHF(*congestif hearth failure*) sangat penting karena sangat berpengaruh terhadap kematian pasien, peran perawat di Ruang ICCU RSUD. Prof Dr. W. Z. Johannes kupang sangat berhasil dibuktikan dengan tidak ada angka kematian pasien CHF(*congestive hearth failure*) di ruang ICCU dalam 3 bulan terakhir ini.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka perumusan masalah adalah “Bagaimana menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien CHF(*congestive heart failure*) di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes kupang Ruang ICCU.

1.3. Tujuan Studi kasus

1.3.1. Tujuan umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF(*congestive hearth failure*)

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien NY. M. G dengan diagnosa medis CHF(*congestive hearth failure*)
2. Menetapkandiagnosa keperawatan pada Ny. M. G dengan diagnosa medis CHF(*congestive hearth failure*)
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien Ny. M. G dengan diagnosa medis CHF(*congestive hearth failure*)
4. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien Ny. M.G dengan diagnosa medis CHF(*congestive hearth failure*)
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. M.G dengan diagnosa medis CHF(*congestive hearth failure*)
6. Menganalisa asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.G dengan Diagnosa Medis CHF (*congestive hearth failure*)

1.4. Manfaat Studi Kasus

1.4.1. Manfaat teoritis

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta dapat menerapkan Asuhan Keperawatan yang didapatkan dari akademik sebagai upaya dalam penanganan pada pasien dengan CHF(*Congestive Hearth Failure*).

1.4.2. Manfaat praktis

1. Bagi perawat

Agar studi kasus ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menerapkan Asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF(*congestive hearth failure*)

2. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit *Congestive hearth failure* (CHF) yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan *Congestive hearth failure* (CHF) di rumah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep CHF (*Congestive Hearth Failure*)

2.1.1. Defenisi

Penyakit gagal jantung yang istilah medisnya disebut dengan “Heart Failure atau Cardiac Failure”, merupakan keadaan darurat medis dimana jumlah darah yang dipompa oleh jantung seseorang setiap menitnya (Curah) jantung [cardiac output] tidak mampu memenuhi kebutuhan normal metabolisme tubuh (Majid, 2016)

Gagal jantung kongestif adalah gangguan multisistem yang terjadi apabila jantung tidak lagi mampu menyempotkan darah yang mengalir ke dalamnya melalui sistem vena. Yang tidak termasuk dalam defenisi ini adalah kondisi yang gangguan curah jantungnya terjadi akibat kekurangan darah atau proses lain yang mengganggu aliran balik darah ke jantung (Kumar, Cotran, & Stanley, 2007)

Gagal jantung sering disebut gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Gagal jantung kongestif paling sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan sisi kanan (Smeltzer & Bare, 2001)

Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang ditandai dengan sesak nafas, dispneu saat beraktifitas, dispneu nokturnal purosimal, ortopneu, dan edema perifer. gagal jantung kongestif dinamakan seperti itu karena gangguan sirkulasi yang berhubungan dengan kegagalan jantung untuk berfungsi secara normal, yang menyebabkan kongesti pada dasar vaskuler paru dan jaringan perifer yang menimbulkan gejala pernafasan dan edema perifer (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

Jadi, dapat disimpulkan bahwa gagal jantung adalah suatu kegagalan pemompaan (dimana Cardiac output tidak mencukupi kebutuhan metabolik tubuh), sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung yang berkurang dan ventrikel tidak mampu memompa keluar darah sebanyak yang masuk selama diastole. Hal ini menyebabkan volume diastolik akhir ventrikel secara progresif bertambah. Hal yang terjadi sebagai akibat akhir dari gangguan jantung ini adalah jantung tidak dapat mencukupi kebutuhan oksigen pada sebagian organ

2.1.2. Etiologi

Menurut (Price & Wilson, 2005)Gagal jantung adalah komplikasi tersering dari segala jenis penyakit jantung kongenital maupun didapat. Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan yang:

- 1) Meningkatkan beban awal
- 2) Meningkatkan beban akhir, atau
- 3) Menurunkan kontraktilitas miokardium

Keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal meliputi regurgitasi aorta, dan cacat septum ventrikel, dan beban akhir meningkat pada keadaan-keadaan seperti stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kardiomiopati. Selain ketiga mekanisme fisiologi yang menyebabkan gagal jantung, terdapat faktor-faktor fisiologis lain yang dapat menyebabkan jantung gagal bekerja sebagai pompa. Faktor-faktor yang mengganggu pengisian ventrikel(misalnya: stenosis katub atrioventrikularis) dapat menyebabkan gagal jantung. Keadaan-keadaan seperti perikarditis restriktif dan tamponade jantung mengakibatkan gagal jantung melalui kombinasi beberapa efek seperti gangguan pada pengisian ventrikel dan ejeksi ventrikel. Dengan demikian jelas sekali bahwa tidak ada satupun mekanisme fisiologis atau kombinasi berbagai mekanisme yang bertanggung jawab atas terjadinya gagal jantung. Efektivitas jantung sebagai pompa dapat dipengaruhi oleh berbagai gangguan patofisiologis.Faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya gagal jantung melalui penekanan sirkulasi yang mendadak dapat berupa:

- 1) Disritmia
- 2) Infeksi sistemik dan paru-paru
- 3) Emboli paru

Disritmia akan mengganggu fungsi mekanis jantung dengan mengubah rangsangan listrik melalui respons mekanis, respon mekanis yang sinkron dan efektif tidak akan dihasilkan tanpa adanya ritme jantung yang stabil. Respon tubuh terhadap infeksi akan memaksa jantung memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang meningkat. Emboli paru secara mendadak akan meningkatkan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kanan, memicu terjadinya gagal jantung kanan. Penanganan gagal jantung yang efektif membutuhkan pengenalan dan penanganan tidak saja terhadap mekanisme fisiologis penyakit yang mendasari, tetapi juga terhadap faktor-faktor yang memicu terjadinya gagal jantung

2.1.3 Patofisiologi

1. Mekanisme Dasar

Kelainan instrinsik pada kontraktilitas miokardium yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Dengan meningkatnya EDV(volume akhir diastolik) ventrikel, terjadi peningkatan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri (LVEDP). Derajat peningkatan tekanan bergantung pada kelenturan ventrikel. Dengan meningkatnya LVEDP, terjadi pula peningkatan tekanan atrium kiri(LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung selama diastol. Peningkatan LAP diteruskan ke belakang ke dalam pembuluh darah paru-paru meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru-paru. Apabila tekanan hidrostatik anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan onkotik pembuluh darah, akan terjadi transudasi cairan ke dalam interstisial. Jika kecepatan transudasi cairan melebihi kecepatan drainase limfatik, akan terjadi edema interstisial. Peningkatan tekanan lebih lanjut dapat mengakibatkan cairan merembes ke dalam alveoli dan terjadilah edema paru.

Tekanan arteri paru-paru dapat meningkat akibat peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonis meningkatkan tekanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. Serangkaian kejadian seperti yang terjadi pada jantung kiri, juga akan terjadi pada jantung kanan yang akhirnya akan menyebabkan edema dan kongesti sistemik.

Perkembangan dari edema dan kongesti sistemik atau paru dapat diperberat oleh regurgitasi fungsional dari katup-katup trikuspidalis dan mitralis secara bergantian. Regurgitasi fungsional dapat disebabkan oleh dilatasi anulus katupatrikuspidalis, atau perubahan orientasi otot papilaris dan korda tendinae akibat dilatasi ruang.

2. Respon Kompensatorik

Sebagai respon terhadap gagal jantung, ada tiga mekanisme primer yang dapat dilihat:

- 1) Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis
- 2) Meningkatnya beban awal akibat aktivasi sistem renin-angiotensin aldosteron
- 3) Hipertrofi ventrikel

Ketiga respons kompensatorik ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada awal perjalanan gagal jantung dan pada keadaan istirahat. Namun kelainan kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung

biasanya tampak saat beraktifitas. Dengan berlanjutnya gagal jantung, kompensasi menjadi semakin kurang efektif.

3. Peningkatan aktivitas adrenergik simpatis

Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respons simpatis kompensatotik. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatikmerangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasoktraksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi voume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang metabolismenya rendah(misal, kulit dan ginjal) untuk mempertahankan perfusi ke jantung dan otak. Venokontraksi akan meningkatkan aliran balik vena ke sisi kanan jantung untuk selanjutnya menambah kekuatan kontraksi sesuai dengan hukumstaring.

Seperti yang diharapkan, kadar katekoamin dalam darah akan menigkat pada gagal jantung terutama seaa latihan. Jantung akan semakin bergantung katekolamin yang beredar dalam darah untuk mempertahankan kerja ventrikel. Namun pada akhirnya respons miokardium terhadap rangsangan simpatis menurun katekolamin akan berkurang pengaruhnya terhadap kerja ventrikel.perubahan inipaling tepat dengan melihat kurva fungsi ventrikel.

Dalam keadaan normal katekolamin menghasilkan efek inotropik positif pada ventrikel sehingga menggeser kurvakeatas dan kekiri. Berkurangnya respons ventrikel yang gagal terhadap rangsangannya katekolamin menyebabkan berkurangnya derajat pergeseran akibat rangsangan ini. Perubahan ini mungkin berkaitan dengan observasi yang menunjukkan bahwa cadangan norepinefrin pada miokardium menjadi berkurang pada gagal jantung kronis(Price & Wilson, 2005)

2.1.4 Pemeriksaan fisik

1. Auskultasi nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan beristirahat)
2. Bunyi jantung S1 dan S2 mungkin melemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke atrium yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi atau stenosis katup.
3. Palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang atau tidak terartur untuk dipalpasi dan pulsus alternan (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.
4. Tekanan darahmeningkat(130/90mmHg)

5. Pemeriksaan kulit: kulit pucat (karena penurunan perfusi perifer sekunder) dan sianosis (terjadi sebagai refraktori gagal jantung kronis). Area yang sakit sering berwarna biru / belang karena peningkatan kongesti vena(Majid, 2016)

2.1.5. Pemeriksaan penunjang

1. EKG (Elektrokardiogram)

EKG untuk mengukur kecepatan dan keteraturan danyut jantung, untuk mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia dan kerusakan pola mungkin terlihat. Distritmia, misalnya: takikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persenten 6 minggu atau lebih setelah infrank miokard menunjukkan adanya *aneurime ventricular*

2. Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung. Sangat bermanfaat untuk menegakkan diagnosis gagal jantung.

3. Foto rontgen dada

Foto rontgen dada digunakan untuk mengetahui adanya pembesaran jantung, penimbunan cairan di paru-paru atau penyakit paru lainnya.

4. Tes darah BPN

Tes darah BPN untuk mengukur kadar hormon BPN (*B-type natriuretic peptide*) yang pada gagal jantung akan meningkat.

5. Sonogram

Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katub atau area penurunan kontraktilitas ventrikular.

6. Scan jantung

Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

7. Keteterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan versus sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi. Selain itu, juga mengkaji potensi arteri koroner. Zat kontras disuntikan ke dalam ventrikel; menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi frank atau perubahan kontraktilitas. (Majid, 2016)

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Pasien: Sistem Kardiovaskuler

1. Riwayat Keluhan Utama dan Penyakit Saat Ini

Perawat mulai mengkaji riwayat dengan menyelidiki keluhan utama klien. Pasien diminta menjelaskan dengan bahasanya sendiri masalah atau alasan mencari bantuan kesehatan. Perawat juga bertanya pada pasien tentang gejala terkait, termasuk nyeri dada, dispneu, edema kaki/tungkai, palpitasi dan sinkop, batuk dan hemoptisis, nokturia, sianosis, dan klaudikasi intermiten (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

1) Nyeri dada

Nyeri dada adalah salah satu gejala paling umum pada pasien penderita penyakit kardiovaskuler. Oleh karena itu, pertanyaan tentang nyeri dada adalah salah satu komponen yang penting dalam wawancara pengkajian. Parameter pengkajian nyeri:

- (1) N (normal) : Jelaskan status kesehatan sebelum mengalami gejala?
- (2) O (onset/awitan) : Kapan nyeri itu muncul? Hari apa? Jam berapa? Apakah muncul secara tiba-tiba atau secara bertahap?
- (3) P (Faktor yang mencetuskan dan meredakan) : hal apa yang menyebabkan munculnya nyeri? Apa yang memicu munculnya nyeri-faktor seperti stress, perubahan posisi, atau pengerahan tenaga? Apa yang Anda lakukan ketika pertama kali muncul nyeri? Apa yang membuat nyeri memburuk? Tindakan apa yang dapat meringankan nyeri? Tindakan apa yang telah Anda coba selama ini? Tindakan apa yang tidak meringankan nyeri?
- (4) Q (Kualitas dan kuantitas) : Bagaimana nyeri yang Anda rasakan? Bagaimana anda menggambarannya? Seberapa berat nyeri yang anda rasakan sekarang? Apakah yang anda rasakan sekarang lebih berat atau lebih ringan dari pada yang anda rasakan sebelumnya?
- (5) R (Lokasi dan penyebaran) : Bagian mana yang terasa nyeri? Dapatkah anda tunjukkan pada saya? Ketika merasa nyeri, apakah nyeri itu menyebar misalnya ke lengan bawah ataupun ke punggung anda?
- (6) S (Keparahan) : Dengan skala 1 sampai 10, dan angka 10 menunjukkan nyeri terhebat yang pernah anda rasakan berapa nilai gejala anda? Sehebat apakah nyeri yang terhebat yang pernah terjadi? Apakah nyeri itu membuat anda harus berhenti beraktivitas dan duduk, beraktivitas perlahan atau berbaring? Apakah

nyeri bertambah atau berkurang atau tetap seperti yang anda rasakan sebelumnya?

(7) T (Waktu) : Berapa lama nyeri berlangsung? Seberapa sering anda merasakan nyeri ini? Apakah nyeri terjadi ada hubungannya dengan hal lain, baik itu sebelum, selama, atau sesudah makan?

2) Dispnea

Dispnea terjadi pada pasien yang menderita abnormalitas paru dan jantung. Pada pasien penderita penyakit jantung, dispnea merupakan akibat dari tidak efisiennya pompa ventrikel kiri, yang menyebabkan kongesti aliran darah di paru. Selama pengkajian riwayat, dispneu dibedakan dari kesulitan napas yang biasa yang terjadi setelah aktivitas fisik yang berat (misalnya, berlari saat naik tangga, berlari cepat di tempat parkir). Dispnea adalah keluhan pasien karena kesulitan napas sebenarnya, bukan sekedar sesak napas. Perawat menentukan apakah kesulitan bernapas hanya terjadi saat pengerahan tenaga atau saat istirahat. Jika dispneu terjadi saat pasien berbaring datar tetapi reda ketika duduk atau berdiri, maka disebut *ortopnea*. Jika dispnea ditandai dengan kesulitan bernapas yang dimulai sekitar 1-2 jam tidur dan reda dengan posisi duduk atau bangun dari tempat tidur, maka disebut *dispnea nocturnal paroksimal* (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

3) Edema kaki dan tungkai

Meskipun beberapa masalah lain dapat menyebabkan bengkak pada kaki atau tungkai pasien, gagal jantung dapat menjadi penyebabnya karena jantung tidak mengalirkan cairan dengan tepat. Karena gravitasi meningkatkan gerakan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler, semakin siang, edema menjadi semakin parah dan akan membaik ketika malam hari setelah berbaring untuk tidur. Pasien atau keluarga mungkin melaporkan bahwa sepatutnya tidak muat lagi, kaos kaki yang awalnya terlalu longgar sekarang menjadi terlalu ketat, dan bekas pada kaos kaki lebih lama hilang. Perawat harus menanyakan tentang saat terjadinya edema (misalnya, hilang dengan meninggikan tungkai sesaat atau dengan tetap meninggikan tungkai) (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

4) Palpitasi dan sinkop

Palpitasi adalah kesadaran akan tidak teraturnya atau cepatnya denyut jantung. Pasien mungkin mengatakan loncatan denyut, sibuknya jantung atau gedebug yang keras. Perawat bertanya tentang awitan dan durasi palpitasi, termasuk gejala, dan

beberapa faktor pencetus yang dapat diingat pasien atau keluarganya. Karena aritmia jantung mungkin mengganggu aliran darah ke otak, perawat menanyakan tentang adanya pusing, pingsan, atau sinkop yang menyertai palpitasi(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

5) Batuk dan hemoptasis

Abnormalitas yang terjadi seperti gagal jantung, emboli paru, atau stenosis mitral dapat menyebabkan batuk atau hemoptisis. Perawat bertanya pada pasien tentang adanya batuk dan menanyakan tentang kualitas (basah atau kering) dan frekuensi batuk (kronis atau kadang-kadang, hanya ketika berbaring atau setelah beraktivitas). Jika batuknya berdahak, perawat mencatat warna, konsistensi dan jumlah dahak yang dikeluarkan. Apabila pasien melaporkan adanya dahak berdarah (hemoptisis), perawat menanyakan apakah bercak darah, dahak berdarah berbusa, atau dahak darah (terang atau gelap)(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

6) Nokturia

Ginjal yang mendapat perfusi yang tidak adekuat oleh jantung yang tidak sehat selama sehari mungkin akhirnya menerima perfusi yang cukup selama istirahat pada malam hari sehingga meningkatkan haluarannya. Perawat menanyakan tentang frekuensi berkemih pada malam hari. Jika pasien mengkonsumsi diuretik, perawat juga mengevaluasi frekuensi berkemih yang berhubungan dengan waktu konsumsi diuretic pada siang hari(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

7) Sianosis

Sianosis menggambarkan status oksigenasi dan sirkulasi pasien. Sianosis sentral adalah sianosis secara menyeluruh dan dapat dikaji dengan melihat perubahan warna dan menggelapnya membran mukosa, dan menggambarkan penurunan konsentrasi oksigen. Sianosis perifer adalah sianosi yang terjadi pada ekstremitas dan bagian tubuh yang menonjol (tangan, kaki, hidung, telinga, bibir) dan menggambarkan gangguan sirkulasi(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

8) Klaudikasi intermite

Klaudikasi terjadi ketika suplai darah ke otot yang sedang bekerja tidak mencukupi. Penyebab kaludikasi biasanya obstruksi aterosklerotik yang signifikan ke ekstremitas bawah. Tungkai mengalami gejala pada saat istirahat kecuali terjadi obstruksi berat. Suplai darah ke kaki tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan

metabolisme pada saat latihan, dan mengakibatkan nyeri iskemik. Pasien mengatakan kram, kaku kejang, sakit atau kelemahan pada kaki, betis, paha atau bokong yang meningkat pada saat istirahat. Pasien harus diminta untuk menggambarkan keparahan nyeri dan seberapa besar pengerahan tenaga yang dapat menimbulkan nyeri(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

2. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Ketika mengkaji riwayat kesehatan pasien sebelumnya, perawat menanyakan penyakit pada masa kanak-kanak seperti demam rematik dan penyakit sebelumnya seperti pneumonia, tuberculosis, tromboflebitis, emboli paru, infark miokard, diabetes mellitus, penyakit tiroid, atau nyeri dada. Perawat juga menanyakan tentang pemajanan terhadap kardiotoxik di lingkungan kerja. Terakhir, perawat mencari informasi tentang bedah jantung atau bedah vaskuler dan setiap pemeriksaan atau intervensi terhadap jantung yang pernah dilakukan(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

3. Status Kesehatan Saat Ini dan Faktor Resiko

Sebagai bagian pengkajian riwayat kesehatan perawat menanyakan pada perawat tentang penggunaan obat, vitamin, jamu yang diresepkan atau di beli di warung. Penting untuk menanyakan pada pasien tentang alergi obat, alergi makanan, atau setiap reaksi alergi sebelumnya terhadap bahan kontras. Perawat juga menanyakan tentang penggunaan tembakau, obat atau alkohol. Perawat juga bertanya kebiasaan makan termasuk asupan makanan harian, pembatasan diet atau suplemen diet, dan atau asupan makanan atau minuman yang mengandung kafein. Pola tidur dan olahraga pasien, dan aktivitas waktu luang juga harus ditanyakan.

Pengkajian faktor resiko penyakit kardiovaskuler adalah hal yang penting dalam pengkajian riwayat. Faktor resiko digolongkan sebagai faktor resiko utama yang tidak dapat dikontrol; faktor resiko utama yang dapat dimodifikasi, diubah, atau dikontrol, dan faktor resiko yang berkontribusi(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

4. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang usia dan kondisi kesehatan, atau usia dan penyebab kematian, anggota keluarga terdekat, termasuk orang tua, kakek-nenek, saudara, anak dan cucu. Perawat menanyakan tentang masalah kardiovaskuler seperti

hipertensi, peningkatan kadar kolesterol, penyakit arteri koroner, infark miokard, stroke, dan penyakit vaskuler perifer(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

5. Riwayat Sosial dan Personal

Meskipun gejala fisik memberi banyak tanda yang berhubungan dengan asal dan penyebaran penyakit jantung, riwayat sosial dan personal juga berperan terhadap status kesehatan pasien. Perawat bertanya tentang keluarga pasien, suami/istri tau orang lain yang berarti, dan anak-anak.

Informasi tentang lingkungan kehidupan pasien, rutinitas harian, aktivitas seksual, pekerjaan, pola koping dan keyakinan kultural dan spiritual berkontribusi terhadap pemahaman perawat tentang pasien sebagai manusia dan memandu interaksi dengan pasien dan keluarga(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

6. Pengkajian Fisik

Pengkajian jantung meliputi pengkajian semua aspek individu menggunakan langkah standar yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan yang menyeluruh dan hati-hati membantu perawat mendeteksi abnormalitas yang tidak jelas dengan yang jelas(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

1) Inspeksi

Penampilan umum : inspeksi dimulai segera setelah perawat dan pasien berinteraksi. Penampilan umum dan gaya pasien adalah elemen kunci inspeksi awal. Pengkajian kritis menyatakan kesan pertama tentang usia, status nutrisi, kemampuan merawat diri, kewaspadaan dan keseluruhan kesehatan fisik. Penting untuk mencatat kemampuan pasien untuk bergerak dan berbicara dengan atau tanpa distress. Pertimbangkan postur, gaya berjalan dan koordinasi muskuloskeletal.

Distensi Vena Jugular : tekanan vena jugularis menggambarkan tekanan atrium kanan dan memberi informasi bagi perawat tentang indikasi hemodinamik jantung dan fungsi jantung. Tingginya kadar darah di vena jugularis internal kanan adalah indikasi tekanan atrium kanan karena tidak ada katup atau obstruksi antara vena dan atrium kanan.

Dada : dada diinspeksi untuk mengetahui tanda trauma atau cedera, kesimetrisan, kontur dada, dan denyutan yang terlohat. Daya dorong (abnormalitas kekuatan denyutan prekordium) dicatat. Setiap penekanan (ekskavatum sternum) atau penonjolan prekordium direkam.

Ekstrimitas : inspeksi saksama pada ekstremitas pasien juga dapat memberi informasi tentang kesehatan kardiovaskuler. Pada ekstremitass, dikaji lesi, ulkus, luka yang

tidak sembuh dan vena varikosa. Distribusi rambut dikaji. Kurangnya distribusi rambut yang normal pada ekstremitas mengindikasikan penurunan aliran darah arteri ke area tersebut.

Kulit : kulit dievaluasi kelembapan dan kekeringan, warna, elastisitas, edema, ketebalan, lesi, ulserasi, dan perubahan vascular. Dadar kuku dievaluasi untuk melihat sianosis dan *clubbing*, yang dapat mengindikasikan abnormalitas jantung atau paru kronis. Perbedaan umum pada warna dan suhu antra bagian tubuh dapat memberikan petunjuk tentang perfusasi.

2) Palpasi

Nadi : pengkajian kardiovaskuler dilanjutkan dengan palpasi menggunakan bantalan jari tangan dan bantalan tangan. Dengan menggunakan bantalan jari tangan, nadi carotis, brakialis, rasialis, femoralis, popliteal, tibia posterior dan dorsalis pedis dipalpasi.

Prekordium : dinding jantung dipalpasi untuk mengkaji titik maksimal impuls, getaran dan pulsasi abnormal.

3) Perkusi

Dengan kemajuan radiologi berarti evaluasi ukuran dan perkusi jantung tidak terlalu berperan dalam pengkajian jantung. Akan tetapi, penentuan ukuran jantung dapat dilakukan dengan perkusi adanya suara pekak yang menunjukkan batas jantung.

4) Auskultasi

Data yang didapatkan dari auskultasi jantung yang cermat dan menyeluruh merupakan hal penting dalam merencanakan dan mengevaluasi perawatan pasien sakit kritis. Pada bagian ini. Pada bagian ini, dibahas prinsip dasar auskultasi jantung yang mendasari, faktor yang bertanggungjawab menghasilkan suara jantung normal, dan kondisi patologis yang bertanggung jawab menghasilkan suara jantung tambahan, murmur dan *friction rub*.

2.2.2 Diagnosa

Berdasarkan patofisiologi dan data pengkajian diatas, diagnosis keperawatan utama mencakup hal-hal sebagai berikut(Herdman & Kamitsuru, 2017).

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan yang ditandai dengan sesak saat melakukan aktifitas (*dispneu*)pola nafas abnormal, penggunaan otot bantu pernafasan (Kode 00032)
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan(00032) yang ditandai dengan penggunaan otot bantu nafas, dispnue, batuk, irama pernafasan tidak teratur

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan, perubahan elektrokardiogram (EKG), keletihan, Dispneu setelah beraktifitas, kelemahan umum (Kode 00092)
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan keebihan asupan cairan yang ditandai dengan gangguan pola nafas, penurunan hematokrit, penurunan hemoglobin, dispneu, edema

2.2.3. Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan (Sue , Marion , Elizabeth , & L , 2016)

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (00029)

NOC : keefektifan pompa jantung (0400)

Tujuan : pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung

Kriteria Hasil :

- 1) Tekanan darah sistol (040001)
- 2) Tingkat kelelahan berkurang (040017)
- 3) Pucat (040031)
- 4) Edema perifer (040013).

Intervensi : perawatan jantung (4040)

- 1) Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung
- 2) Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas),
- 3) Monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu,
- 4) Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.
- 5) Monitor tanda-tanda vital

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan (00032)

NOC : status pernafasan Kode: 0415

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan status pernafasan klien kembali paten.

Kriteria hasil :

- 1) penggunaan otot bantu nafas normal (041510)
- 2) tidak mengalami dispnue saat aktifitas (041514)
- 3) tidak ada batuk baik produktif maupun non produktif (041531)
- 4) irama pernafasan teratur (041502).

Intervensi : monitor pernafasan Kode: 3350

- 1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas
 - 2) Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok dan mengi
 - 3) Monitor peningkatan kelelahan dan kecemasan
 - 4) Catat onset, karakteristik dan lamanya batuk
 - 5) Posisikan pasien semi fowler
 - 6) Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen Kode: 0092

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri.

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi ketika beraktifitas (000502)
- 2) Kemudahan bernafas saat aktifitas (000508)
- 3) Tekanan darah ketika beraktifitas (000504)
- 4) Temuan hasil EKG/elektrokardiogram (000506)
- 5) Kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (ADL/ activities of daily living) (000518)

Intervensi : peningkatan latihan Kode : 0200

- 1) kaji hambatan untuk melakukan aktifitas
 - 2) Dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan
 - 3) Dampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin
 - 4) Lakukan latihan bersama individu jika perlu
 - 5) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas.
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Kode: 00026

NOC : keseimbangan cairan Kode 0601

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan intake dan output dalam batas normal

Kriteria hasil

- 1) Tekanan darah dalam batas normal (110/70-130/80 MmHg), (060101)
- 2) Keseimbangan cairan intake dan output dalam 24 jam (060107)
- 3) Tidak ada edema perifer (060112)

Intervensi : Manajemen Elektrolit Kode : 2080

- 1) Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal seperti yang tersedia

- 2) Berikan cairan yang sesuai
- 3) Jaga pencatatan intake/asupan dan output yang akurat
- 4) Batasi cairan yang sesuai
- 5) Monitor tanda-tanda vital yang sesuai (TD: 120/80MmHg, Nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit, S. 36.5⁰C)

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Pengkajian

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang, pada tanggal 27-30 Mei 2019 di ruang ICCU. Pasien yang dirawat berinisial Ny. M. G berusia 55 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Kristen Protestan, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Sikumana, No Register 377256, masuk rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2019 pukul 11.13 dengan diagnosa medis CHF, sumber informasi dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 27 Mei 2019 jam 19.15 didapatkan hasil keluhan utama Ny. M. G mengatakan badan terasa lemah, capek dan sesak saat melakukan aktifitas seperti duduk, miring kiri atau kanan. Sebelum sakit Ny. M. G mengatakan tidak ada riwayat penyakit dahulu, Ny. M. G juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan maupun obat. Riwayat kesehatan keluarga Ny. M. G mengatakan suaminya meninggal dengan penyakit pembengkakan jantung.

Pengkajian primer :

Airway (jalan nafas): tidak ada sumbatan jalan nafas atau jalan nafas Ny. M. G bebas, Breathing (pernafasan): pasien Ny. M. G mengalami sesak nafas, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 31x/menit, irama nafas tidak teratur, Circulation: Nadi 87x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi lemah, TD 120/80 mmHg, ekstermitas hangat, warna kulit pucat, mukosa bibir kering, capillary refill time >3 detik, edema pada kedua tungkai Disability : tingkat kesadaran composmentis, reflek terhadap cahaya positif.

Pengkajian sekunder :

Muskuloskeletal : kekuatan Otot 4, pasien disarankan bedrest total, ADL (personal hygiene, toileting) dibantu perawat dan keluarga, kebutuhan nutrisi: pasien mengatakan 2x sehari dengan menghabiskan setengah porsi, pola eliminasi BAK : pasien terpasang kateter, jumlah urine output 1500 cc warna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK, BAB : pasien mengatakan BAB pada pagi hari 1x dan sore hari 1x bising usus 20x/ menit. Pola istirahat dan tidur : pasien mengatakan tidak terganggu, pasien tidur sekitar 6-7 jam tanpa terbangun.

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG dan pemeriksaan laboratorium, hasil yang didapatkan: hasil pemeriksaan EKG: Ventricular Hypertropi. Hasil pemeriksaan laboratorium, Elektrolit: Natrium Darah hasilnya 142 mmol/L dengan nilai normal 132-147 mmol/L, Kalium Darah hasilnya 5,3 mmol/L dengan nilai normal 3.5-4.5 mmol/L. Pemeriksaan Darah Rutin; Hemoglobin hasilnya 10.7 g/dL dengan nilai normal 12.0-16.0 g/dL, Jumlah Eritrosit Hasilnya $4.00 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ dengan nilai normal $4.20-5.40 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, Hematokrit hasilnya 33.6% dengan nilai normal 37.0-47.0%. Pemeriksaan fungsi ginjal, glukosa sewaktu hasilnya 90mg/dL dengan nilai normal 70-150mg/dL, BUN hasilnya 25.0 mg/dL dengan nilai normal <48, Kreatinin Darah hasilnya 1.17 mg/dL dengan nilai normalnya 0.6-1.1 mg/dL, Pemeriksaan jumlah Trombosit; PDW hasilnya 9.8 fL dengan nilai normal. Hasil pemeriksaan Foto Thoraks: Kardiomegali.

3.1.2. Perumusan diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. M. G mengatakan merasakan lelah dan capek, sesak saat melakukan aktifitas ringan.

Data obyektif: Ny.M.G mengalami sesak nafas, perubahan elektrokardiogram (ventrikuler hypertropi), perubahan warna kulit (pucat), batuk non produktif, kapiler refill time >3 detik, penggunaan otot bantu nafas, hasil EKG: ventricular hypertropi, Nadi 102x/menit, edema kedua tungkai

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. M. G mengatakan merasakan lelah dan capek

Data Obyektif : ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV: TD.120/80 MmHg, N.102x/menit, S. 36.5°C , RR. 28x/menit, Hasil EKG ventricular hypertropi, Hasil laboratorium HB 10.7g/dL.

3.1.3. Intervensi Keperawatan

Dalam tahap perencanaan ada goal dan obyektif, rencana/ intervensi dan rasional. Perencanaan yang dibuat adalah:

Diagnosa yang pertama, Kode(00029) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, NOC: keefektifan pompa jantung (0400): pasien akan mempertahankan keefektifan pompa jantung selama perawatan, dengan kriteria hasil: Tekanan darahsistol (040001),Tingkat kelelahan berkurang (040017), pucat (040031),edema perifer (040013). Intervensi yang dibuat. NIC: perawatan jantung (4040) aktifitas yang dibuat: pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu, lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.

Diagnosa yang kedua (00092) intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, NOC (0005)toleransi terhadap aktifitas, setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri dengan kriteria hasil: (000502) frekuensi nadi ketika beraktifitas, (000508) kemudahan bernafas saat aktifitas, (000504) tekanan darah ketika beraktifitas, (000506) temuan hasil EKG(elektrokardiogram),(000518) kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (ADL/ activities of daily living). Intervensi yang akan dibuat NIC(0200) peningkatan latihan, aktifitas yang akan dibuat; kaji hambatan untuk melakukan aktifitas, dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan, dampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, lakukan latihan bersama individu jika perlu, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas.

3.1.4. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 27 mei 2019 jam 09.15. pada diagnosa keperawatan yang pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, tindakan keperawatan yang dilakukan, memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Memonitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), memonitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu, melakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.

Pada tanggal 28 Mei 2019 jam 08.45 dilakukan tindakan keperawatan, Monitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), memonitor sesak nafas, kelelahan, melakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya. Pada tanggal 29 mei 2019 tindakan keperawatan yang dibuat, Memonitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), memonitor sesak nafas, kelelahan, melakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.

Pada diagnosa keperawatan yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 27 mei 2019 jam 10.15, tindakan yang dilakukan:mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas, mendukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan, mendampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, memonitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas. Pada tanggal 28 mei 2019 jam 08.20 tindakan keperawatan yang dilakukan: melakukan latihan bersama pasien ,dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan yang telah ditetapkan, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas ringan. Pada tanggal 29 Mei 2019 jam 09.00 tindakan keperawatan yang dibuat ; melakukan latihan bersama pasien ,memonitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas ringan.

3.1.5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang telah diberikan pada jam 13.30 wita mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Pada diagnosa keperawatan yang pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, pada tanggl 27 mei 2019 jam 13.45, S; Ny. M. G mengatakan masih merasakan lelah,capek dan sesak kalau diberi posisi duduk, O: Tanda-tanda vital Td. 120/80 mmHg. N.87x/menit, S.36.5⁰C, RR. 28x/menit, pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas, ada edema pada kedua tungkai derajat 2, wajah terlihat pucat. A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 28 mei 2019 jam 13.30, S: Ny. M .G mengatakan masih merasa lelah,namun sesaknya sedikit bekurang setelah diberi posisi setengah duduk O: Tanda-tanda vital Td. 120/80 mmHg. N.102x/menit, S.36.5⁰C, RR. 27x/menit, pasien terlihat sangat lelah saat

melakukan aktifitas, ada edema pada kedua tungkai derajat 1, wajah terlihat pucat, hasil EKG ventrikular hypertropi. A: masalah teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 29 mei 2019 jam 13.35, S; NY. M. G mengatakan rasa lelah dan sesak yang dirasakan sudah berkurang. O: Tanda-tanda vital Td. 120/80 mmHg. N.102x/menit, S.36.5⁰C, RR. 27x/menit, pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas, ada edema pada kedua tungkai derajat 1, wajah terlihat pucat, hasil EKG (ventrikular hypertropi) A: Masalah teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 27 mei 2019 jam 13.30 S; pasien mengatakan masih merasa lelah dan cepek, sesak saat melakukan aktifitas, O; pasien tampak lelah dan sesak setelah melakukan aktifitas ringan, hasil EKG ventricular hypertropi, ADL masih dibantu keluarga dan perawat, tanda-tanda vital setelah melakukan aktifitas; TD. 120/80 MmHg, N. 102x/menit, S. 36.5⁰C. RR. 28x/ menit. A; Masalah belum teratasi, P; Intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 28 mei 2019 jam 13.30 S: Pasien mengatakan lelah dan sesak yang dirasakan berkurang, O: Frekuensi nadi setelah dilakukan aktifitas 97x/menit, nadi teraba kuat dan teratur, TD setelah melakukan aktifitas 120/90MmHg, RR. 26x/menit, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti toileting untuk makan dan personal hygiene dilakukan secara mandiri oleh pasien dengan pengawasan. A. Masalah teratasi sebagian. P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 29 mei 2019 jam 13.45 S: pasien mengatakan lelah dan sesak yang dirasakan sudah berkurang, O: pasien melakukan aktifitas ringan seperti duduk secara mandiri, frekuensi nadi 97x/menit, RR 25x/menit, TD. 110/80MmHg, hasil EKG (ventricular hypertropi), ADL dilakukan secara mandiri seperti mandi, toileting, makan dan minum. A: masalah teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

3.2. Pembahasan

3.2.1. Pengkajian keperawatan

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien mengatakan mudah lelah, sesak tanpa melakukan aktifitas, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 28x/menit, irama nafas tidak teratur, Nadi 102x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi lemah, TD 120/80 MmHg, ekstermitas hangat, warna kulit pucat, mukosa bibir kering, capillary refill time >3 detik, edema pada kedua tungkai, hasil EKG (ventricular hypertropi).

Menurut Majid (2016) pemeriksaan fisik yang didapatkan, auskultasi nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan beristirahat), palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang dan tidak teratur, tekanan darah meningkat, pemeriksaan kulit; kulit pucat, dan sianosis, Dispneu, mudah lelah, dan ada edema perifer. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada kasus nyata sesuai dengan teori.

Menurut Sylvia (2005) manifestasi klinis yang didapatkan pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah: dispneu atau perasaan sulit bernafas, batuk nonproduktif, edema perifer. Menurut Brunner and Suddarth (2001) manifestasi klinis yang didapatkan pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah dispneu, batuk yang berhubungan dengan gagal ventrikel kiri bisa kering dan tidak produktif, mudah lelah, kegelisahan dan kecemasan, stres akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

3.2.2. Diagnosa

Diagnosa yang didapatkan dari kasus terdiri dari : 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada teori yang ditemukan oleh (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 1999) diagnosa pada pasien dengan Congestif hearth failure terdiri dari 5 diagnosa. Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Hal ini disebabkan karena ada data yang cukup untuk diagnosa tersebut.

Diagnosa pada kasus yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini adalah pasien mengatakan merasakan lelah dan capek, sesak saat melakukan aktifitas ringan, Ny.M.G mengalami sesak nafas, perubahan elektrokardiogram (ventrikuler hypertropi), perubahan warna kulit (pucat), batuk non produktif, kapiler refill time >3 detik, penggunaan otot bantu nafas, hasil EKG: ventricular hypertropi, Nadi 102x/menit, edema kedua tungkai. Batasan karakteristik diagnosa ini menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) adalah perubahan frekuensi/irama jantung, bradikardi, perubahan EKG, palpitasi jantung, takikardi, edema, keletihan, murmur jantung, peningkatan berat badan, perubahan warna kulit, perubahan nadi perifer, dispneu, oliguria, batuk, ansietas, gelisah.

Alasan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung yaitu karena pasien sudah melewati fase kritis dan sudah mendapat pengobatan setelah 1x24 jam pertama. Pada diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini yaitu Ny. M. G mengatakan merasakan lelah dan capek, ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV; TD. 120/80 MmHg, N. 102x/menit, S. 36.5⁰C, RR. 28x/menit Hasil EKG Ventrycular hypertropy, Hasil laboratorium HB 10.7g/dL. Batasan karakteristik menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) yaitu: respon tekanan darah abnormal terhadap aktifitas, respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktifitas, perubahan elektrokardiogram (EKG), ketidaknyamanan setelah beraktifitas, dispnea setelah beraktifitas, keletihan, kelemahan. Alasan diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditegaskan karena mendapatkan data yang cukup akurat untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

3.2.3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan (Sue, Marion, Elizabeth, & L, 2016) yaitu: pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, intervensi yang direncanakan antara lain Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas, memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok dan mengi, memonitor peningkatan kelelahan dan kecemasan (sebelum dan setelah melakukan aktifitas ringan seperti duduk), memposisikan pasien semi fowler, memberikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer), memonitor EKG, memonitor onset karakteristik dan lamanya batuk. Pada teori intervensi yang direncanakan ada tujuh sedangkan pada kasus nyata yang dilaksanakan yaitu intervensi 1 sampai 6, sedangkan intervensi yang ke 7 tidak dilakukan karena pasien hanya batuk sesekali saja dan tidak ada produksi sputum saat batuk.

Diagnosa yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang akan direncanakan: mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas, mendukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan, mendampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, melakukan latihan bersama individu jika perlu, memonitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas. Pada teori yang direncanakan ada 5 intervensi, untuk diagnosa

kedua ini semua intervensi yang direncanakan dilakukan oleh penulis karena sesuai dengan kebutuhan pasien.

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah mencatat onset karakteristik dan adanya batuk dengan alasan batuk yang pasien alami hanya sesekali dan tidak mengeluarkan dahak.

Untuk diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen semua intervensi yang ditetapkan dilakukan kepada pasien.

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung evaluasi Masalah teratasi sebagian, alasannya karena pada batasan karakteristik yang teratasi hanya tidak ada edema perifer sedangkan didalam teori tekanan darah dalam batas normal (110/70-130/80 mmHg), tingkat kelelahan berkurang, pasien tidak pucat dan tidak ada edema perifer.

Untuk diagnosa yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen evaluasi yang didapatkan, masalah teratasi sebagian, alasannya karena pada batasan karakteristik yang teratasi hanya kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian yang dilakukan secara mandiri dan frekuensi nadi setelah beraktifitas 97x/menit, sedangkan didalam teori batasan karakteristik frekuensi nafas ketika beraktifitas normal(16-20x/menit), kemudahan bernafas saat beraktifitas, tekanan darah ketika beraktifitas(110/70-130/80 mmHg), temuan hasil EKG normal, kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian.

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif ini terdapat keterbatasan yaitupada orang dan waktunya. Orang dalam hal ini pasien hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lainnya.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

1. Pada tahap pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi : Ny. M.G mengatakan rasa lelah dan capek yang dirasakan berkurang, edema pada ke 2 tungkai menurun dari derajat 2 ke derajat 0, pasien masih menggunakan otot bantu nafas.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa kasus muncul 3 diagnosa yaitu 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi yang direncanakan pada kasus terdiri dari: diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung terdapat 7 rencana keperawatan, diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen terdapat 5 rencana keperawatan yang ditetapkan.
4. Implementasi keperawatan untuk diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, tindakan yang dilakukan yaitu 6 dari 7 intervensi yang telah direncanakan. Untuk diagnosa yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan denganketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, semua tindakan yang direncanakan dilakukan kepada pasien
5. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan bahwa diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung telah teratasi sebagian, dan diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian.

4.2. Saran

1. Bagi institusi pendidikan
Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D III keperawatan kupang, Khususnya pada keperawatan kritis terutama pada pembelajaran tentang Asuhan Keperawatan Kritis.
2. Bagi rumah sakit
Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan khususnya ICCU.
3. Bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi perawat yang melakukan tindakan darurat lebih menekankan keperawatan secara cepat dan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperawatan: Defenisis dan klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Kumar, V., Cotran, R. S., & Stanley, R. L. (2007). *Buku Ajar Patologi*. Jakarta: EGC.
- Majid, a. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan SISTEM KARDIOVASKULER*. Yogyakarta.
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2011). *KEPERAWATAN KRITIS*. Jakarta : EGC.
- Mosby. (2016). *Nursing Outcomes Clasification*. Singapore: Moco media.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2005). *PATOFISIOLOGI, Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- RISKESDAS. (2018). HASIL UTAMA RISKESDAS 2018. *HASIL UTAMA RISKESDAS*, 60.
- Smeltzer, S. C., & Bare, G. B. (2001). *Buku Ajar KEperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Sue , M., Marion , J., Elizabeth , S., & L , M. M. (2016). *Nursing Outcomes Classification and Nursing Intervention Classification Edisi 6*. Singapore: Elsevier.

LAMPIRAN

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : NY. M. G
Umur :55tahun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Sikumana
Nomor registrasi : 513460
Diagnosa medik :CHF(Congestif Hearth Failure)
Tanggal MRS : 25 Mei 2019 Jam : 11.03
Tanggal pengkajian: 26 Mei 2019 Jam : 19:00

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y. G
Umur : 64tahun
Alamat : Sikumana
Hubungan dengan klien: Kakak Kandung

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan badan terasa lelah, cepat capek dan sesak nafas saat melakukan aktifitas ringan seperti duduk dan ubah posisi

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan merasakan sesak nafas \pm 30 menit di rumah sebelum MRS. Pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z Johannes Kupang, saat tiba diruang IGD pasien langsung diberi penanganan: therapy oksigen nasal canul 4 lpm, melakukan EKG, diberikan therapy infuse Nadi 0.9% 500cc/24 jam, melakukan pengambilan darah untuk pengecekan klorida darah, calcium ion, total calcium.

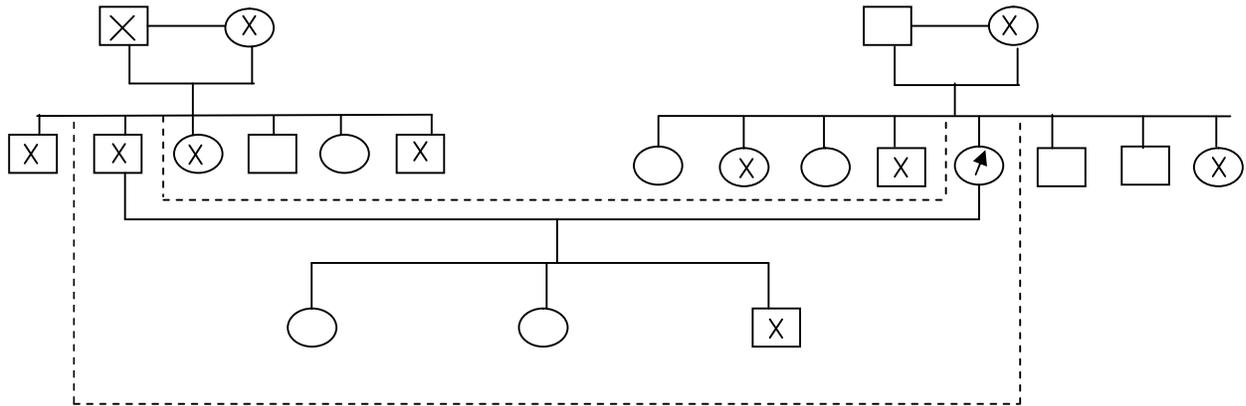
Pasien mendapatkan therapy oral ramipil2.5 gr, allprazolam 0.5gr, sprinokaton 0.25 gr, dilakukan pemasangan cateter no.16 pro urine, diobservasi di IGD selama \pm 4 jam dan dipindahkan ke ruang ICCU untuk perawatan intensif

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

GENOGRAM



Keterangan :

↖ : Pasien

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

⊗ : Yang Sudah meninggal

-----: Tinggal serumah

Tanda-Tanda Vital:

TD: 120/80 mmHg

Nadi: 87 x/menit

Suhu: 36,5°Celsius

RR: 28x/menit

4. Pengkajian Primer

A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan: Tidak ada sumbatan pada jalan nafas

() benda asing

() broncospasme

- darah sputum lendir
 lain-lain sebutkan:-

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan: Pasien merasa sesak tanpa melakukan aktifitas, tampak menggunakan otot bantu nafas, posisi tidur semi fowler.

- aktifitas tanpa aktifitas
 menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 28x/mnt

Irama : teratur tidak teratur

Kedalaman: dalam dangkal

Reflek batuk : ada tidak ada

Batuk:

produktif non produktif

Sputum : ada tidak

Warna:-

Konsistensi:-

Bunyi napas:

ronchi creakles

BGA:-

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi : 87 x/menit

Irama: teratur tidak

Denyut: lemah kuat tidak kuat

TD: 120/80 mmHg

Ekstremitas :

Hangat Dingin

Warna Kulit :

cyanosis Pucat Kemerahan

Nyeri Dada : Ada Tidak

Karakteristik nyeri dada :

- Menetap Menyebar ke leher
 Seperti ditusuk-tusuk
 Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill : Normal

< 3 detik > 3 detik

Edema : Tidak ada edema

Ya Tidak

Lokasi edema : terdapat edema di Tungkai

Muka Tangan Tungkai Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektrolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

< 3 detik > 3 detik

Baik Sedang Jelek

2. Mukosa Mulut

Lembab Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral : Air putih ± 600 cc/24 jam

Parenteral : Terpasang infuse NaCl 0,9% 500 cc/24 jam/7 tpm

4. Eliminasi :

BAK : 5-7 x/ hari

Jumlah : 700 cc

Banyak Sedikit Sedang

Warna :

Kuning jernih Kuning kental Merah Putih

Rasa sakit saat BAK :

Ya Tidak

Keluhan sakit pinggang :

Ya Tidak

BAB : 2x/hari

Diare : Ya Tidak Berdarah Berlendir Cair

Bising Usus : 20 x/menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan : Pasien mengatakan merasa kembung

- I : Abdomen tampak simetris
- A : Bisingusus 20 x/menit
- Pal : Saat dipalpasi teraba massa dikuadran kanan bawah
- Per : Saat diperkusi abdomen pekak

5. Intoksikasi

- Makanan
- Gigitan Binatang
- Alkohol
- Zat kimia
- Obat-obatan
- Lain – lain : Tidak ada intoksikasi

D. Disability

Tingkat kesadaran :

CM Apatis Somnolent Sopor Soporocoma (Coma)

Pupil : Isokor Miosis Anisokor Midriasis Pin poin

Reaksi terhadap cahaya : Pupil berreaksi terhadap cahaya

Kanan Positif Negatif

Kiri Positif Negatif

GCS : E :4 M:6 V :5

Jumlah : 15

6. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- Spasme otot
- Vulnus
- Krepitasi
- Fraktur
- Dislokasi
- Kekuatan Otot : normal

$$\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$$

b. Integumen

() Vulnus : -

() Luka Bakar: -

c. Psikologis

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
Ranitidine	25 mg	IV	18.00	Menurunkan kadar As. Lambung
Alopurinol	100 mg	IV	22.00	Menurunkan kadar asam urat dalam darah
Furosemide	20mg	IV	06.00	Membantu membuang cairan atau garam didalam tubuh melalui urine dan meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung.
Sprinokaton	0.25mg	Oral	14.00	Menurunkan tekanan darah tinggi dapat mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah pada ginjal.
Ramipil	2.5mg	Oral	22.00	Menangani tekanan darah tinggi atau hipertensi, mengatasi gagal jantung.

Digoxin	0.2 mg	Oral	14.00	Mengatasi penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung.
Alprazolam	0,5 mg	Oral	22.00	Mengatasi kecemasan, serangan panic

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
25/05/2019	Elektrolit:		
	Calcium	2.2 – 2.55 mmol/L	1.010mmol/L
	Chloride	96 – 111 mmol/L	104 mmol/L
26/05/2019	Darah Rutin :		
	Hemoglobin	12-16g/dL	10.7g/dL
	Eritrosit	4.20-5.40 10 ⁶ /μL	4.00 10 ⁶ /μL
	Hematokrit	37.0-47.0%	33.6 %
	Kimia Darah :		
	Glukosa Sewaktu	70-150mg/dL	90 mg/dL
	BUN	<48mg/dL	25.0 mg/dL
	Kreatinin darah	0.6-1.1 mg/dL	1.17 mg/dL
	Elektrolit :		
Natrium Darah	132-147 mmol/L	142 mmol/L	
Kalium Darah	3.5-4.5 mmol/L	5.3 mmol/L	
26/05/2019	EKG	-	Ventricular Hypertropi
27/05/2019	EKG	-	Ventricular Hypertropi
28/05/2019	EKG	-	Ventricular Hypertropi
26/05/2019	Foto Thoraks	-	Kardiomegali

Analisa Data

Problem	Etiology	Sign & Symptoms
<p>Ketidakefektifan pola nafas</p> <p>Domain : 4</p> <p>Kelas: 4</p> <p>Kode: 00092</p>	<p>Keletihan</p>	<p>Data Subyektif :</p> <p>Ny. M. G mengatakan merasakan lelah dan capek, sesak saat melakukan aktifitas ringan.</p> <p>Data obyektif :</p> <p>Ny. M. G mengalami sesak nafas, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 31x/menit, irama nafas tidak teratur</p>
<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Domain 4 :</p> <p>Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4 : Respons</p> <p>Kardiovaskular/Pulmonal</p> <p>Kode 00092</p>	<p>Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Data Subyektif :</p> <p>Ny. M. G mengatakan merasakan lelah dan capek</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>ADL(<i>activities of daily living</i>) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV;TD.120/80 MmHg, N.102x/menit, S. 36.5⁰C, RR. 28x/menit Hasil EKG ventricular hypertropy, Hasil laboratorium HB 10.7g/dL.</p>

Intervensi Keperawatan

Diagnose Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	<p>NOC : keefektifan pompa jantung (0400)</p> <p>Tujuan : pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) Tekanan darah sistol(040001) 6) Tingkat kelelahan berkurang(040017) 7) Pucat(040031) 8) Edema perifer(040013). 	<p>Intervensi : perawatan jantung (4040)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6) Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung 7) Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), 8) Monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu, 9) Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>NOC : toleransi terhadap aktifitas(0005)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri dengan</p>	<p>NIC : peningkatan latihan(0200)</p> <p>Aktifitas yang akan dibuat;</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. kaji hambatan untuk melakukan aktifitas, 2. dukung individu untuk memulai atau

	<p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi nadi ketika beraktifitas(000502) 2. kemudahan bernafas saat aktifitas, (000508) 3. tekanan darah ketika beraktifitas(000504) 4.temuanhasil EKG (elektrokardiogram(000506) 5. kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (ADL/ activities of daily living). (000518) 	<p>melanjutkan latihan,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. dampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, 4. lakukan latihan bersama individu jika perlu, 5. monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas.
--	---	---

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 27 Mei 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	09.15	- Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau	S: Ny. M. G mengatakan masih merasakan lelah, capek dan sesak kalau diberi posisi duduk O:	
	09.20	memprovokasi	- Tanda-tanda vital Td.	
	10.15	serangan jantung, - Monitor EKG, - Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas),	- 120/80 mmHg. N.87x/menit, S.36.5 ⁰ C, RR. 28x/menit, - Pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas - Ada edema pada kedua tungkai derajat 2 - Wajah terlihat pucat.	
	11.15		A:	
	13.20	- Memonitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu, - Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.	Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	09:30	1) Mengkaji hambatan untuk melakukan	Jam : 14:05 S :	

ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	10.11	aktifitas	Pasien mengatakan masih merasa lelah, capek dan sesak saat melakukan aktifitas O : -Pasien tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang - ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat - Tanda – tanda vital setelah melakukan aktifitas : TD. 120/80 mmHg. N. 102x/menit. S. 36.5 ⁰ C. RR. 28x/menit. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi.
	10.30	2) Mendukung pasien untuk memulai aktifitas	
	11.15	3) Mendampingi pasien pada saat membuat jadwal 4) Monitor tanda vital	

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 28 Mei 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	09.10	- Monitor EKG	S:	
	09.30	- Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas)	Ny. M .G mengatakan masih merasa lelah,namun sesaknya sedikit bekurang setelah diberi posisi setengah duduk	
	10.10	- Monitor sesak nafas, kelelahan	O: - Tanda-tanda vital Td. 120/80 mmHg. N.102x/menit, S.36.5 ⁰ C, RR. 27x/menit	
	11.45	- lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya	- Pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas - Ada edema pada kedua tungkai derajat 1 - Wajah terlihat pucat - Hasil EKG ventrikular hypertropi. A: masalah teratasi sebagian,	

			P: intervensi dilanjutkan	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	09.15	1.mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas	S: Pasien mengatakan lelah dan sesak yang dirasakan berkurang,	
	10:30	2.mendukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan	O: - Frekuensi nadi setelah dilakukan aktifitas 97x/menit	
	11:45	3.mendampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin	- Nadi teraba kuat dan teratur - TD setelah melakukan aktifitas	
	13:00	4. monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas	120/90MmHg, RR. 26x/menit -ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti toileting untuk makan dan personal hygiene dilakukan secara mandiri oleh pasien dengan pengawasan. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 29 Mei 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	09.10	- Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas)	S: NY.M.G mengatakan rasa lelah dan sesak yang dirasakan sudah berkurang. O:	
	11.15	- Monitor sesak nafas, kelelahan	- Tanda-tanda vital Td. 120/80 mmHg. N.102x/menit, S.36.5 ⁰ C, RR. 27x/menit,	
	12.10	- Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.	- Pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas - Terdapat edema pada kedua tungkai derajat 1, - Wajah terlihat pucat - Hasil EKG (ventrikular hypertropi) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan.	

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	09:05	1. Memberikan posisi semi fowler,	S: Pasien mengatakan lelah dan sesak yang dirasakan sudah berkurang, O: Pasien melakukan aktifitas ringan seperti duduk secara mandiri. - Frekuensi nadi 97x/menit, RR 25x/menit, TD. 110/80MmHg - Hasil EKG (ventricular hypertropi) - ADL dilakukan secara mandiri seperti mandi, toileting, makan dan minum. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan.
	11.10	2. Monitor kecepatan, irama nafas	
	13.15	3. Memberikan bantuan terapi nafas(nebulizer).	

Lampiran



Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN



Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880
Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@subhs.com

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Maria Filomena Araujo Dos Santos

NIM : PO.530320116313

Nama pembimbing : Ns. Yoni M. V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep

NIP : 19790805201122001

Judul studi kasus : "Asuhan keperawatan pada Ny. M. G Dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 27 Mei 2019	UJIAN AKHIR PROGRAM KONSULTASI BAB 1 DAN 2	
2.	Rabu 29 Mei 2019	KONSULTASI BAB 1 DAN 2	

3.	Jumat 30 Mei 2019	KONSULTASI BAB 1, 2, 3 dan 4	
4.	Sabtu 01 Juni 2019	KONSULTASI BAB 1 dan 2.	
5.	Jumat 07/06/19	KONSULTASI BAB 1, 2, 3, 4	
6.	Jenin 10 Juni 2019	KONSULTASI BAB 1, 2, 3, dan 4	
7.	Jelasa 11 Juni 2019	KONSULTASI BAB 1, 2, 3, 4	

8.	Rabu 8 Juni 2019	- TANDA TANGAN LEMAH MURAH - LEMAH MURAH SUDAH KALAS	
9.	Kamis 21 Juni 2019	ASUKI 500 / JAKOBI 500 +	
10.	Jumat 22 Juni 2019	ASUKI 500 / JAKOBI 500	
11.	Jumat 22 Juni 2019		