

BAB IV

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di JL. Prof. W.Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam I dan II yang digunakan bagi klien yang menderita penyakit dalam salah satunya Congstive Heart Failure. Ruangan penyakit dalam terdiri dari 10 ruangan dengan kapasitas 16 bed yang terdiri dari ruang VIP I dengan jumlah 1 bed, ruang VIP II dengan jumlah 1 bed, ruang VIP III dengan jumlah 1 bed, ruang VIP IV dengan jumlah 1 bed, ruang VIP V dengan jumlah 1 bed, ruang 6 dengan jumlah 2 bed, ruang 7 dengan jumlah 2 bed, ruang 8 dengan jumlah 1 bed, ruang 9 dengan jumlah 3 bed, ruang 10 dengan jumlah 3 bed.

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Ny. R. L. yang berumur 66 tahun di Ruangan Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende khususnya ruangan VIP V.

a. Pengkajian

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 15 Mei 2025 pukul 19.00 WITA di Ruangan Penyakit Dalam RSUD Ende.

1) Pengumpulan Data

Pasien Ny. R. L berjenis kelamin perempuan, beragama katolik, status sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pasien tinggal di Wolotopo, pasien masuk rumah sakit tanggal 12 Mei 2025 dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure. Penanggung jawab pasien Tn. S. D. umur 40 tahun, pekerjaan petani, alamat Wolotopo, hubungan dengan pasien ialah anak.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), pasien mengeluh sesak saat berbaring (ortopnea), jantung terasa bedebat-debat (palpitasi) dan badan terasa lemah.

2. Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sebelumnya pasien merasa sesak napas (dyspnea), sesak napas saat berbaring (ortopnea) edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan serta edema pada abdomen selama 6 hari. Sebelumnya pasien juga pernah mengalami edema/pembengkakan pada ekstermitas bawah yaitu paha dan kaki sebelah kiri pada bulan maret 2025 kemudian keluarga membawa Ny. R. L. ke RSUD Ende untuk dilakukan pemeriksaan setelah melakukan

pemeriksaan keluarga dan Ny. R. L. diarahkan ke poli jantung dan saat itu dokter mendiagnosa medis Ny. R. L. memiliki penyakit jantung.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan pasien masuk rumah sakit karena sesak napas, seluruh badan terasa lemah, edema pada kedua kaki dan tangan serta edema pada bagian abdomen selama 3 hari sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RSUD Ende pada hari Selasa tanggal 12 Mei 2025 di IGD. Saat di IGD perawat memberikan oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 15 Lpm, pasang monitor, pemasangan kateter, injeksi furosemide 20 mg/IV, cek darah lengkap yaitu (albumin, creatinine, elektrolit, natrium, kalium, chloride, glukosa waktu, SGOT/AST, AGPT/ALT dan ureum), obat oral Simvastatin 1 x 20 mg kemudian dilakukan konsultasi dokter yaitu pasang stopper, furosemide 1 x 1 24 mg/IV, cefotaxime 3 x 1 1gr/IV dan diberikan obat jantung lanjutan yaitu spironolactone 1 x 1 tablet 25 mg, digoxin 1 x 1 tablet 25 mg, simvastatin 1 x 1 tablet 20 mg,

Pemeriksaan urinalisa. Hari kedua di IGD tanggal 13 Mei 2025 perawat memberikan oksigen sesuai kebutuhan 6 Lpm, memasang syringe pump drip

Norepinephrine dalam NACL 50 cc dengan kecepatan 15 cc/jam karena tekanan darah 73/39 mmhg kemudian pada jam 14.00 WITA pasien dipindahkan ke Ruang Penyakit Dalam I dan II. Saat ini pasien masih sesak napas, edema di kedua tangan dan kaki, edema pada abdomen dan tubuh terasa lemah.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi sebelum dibawa kerumah sakit yaitu diberikan obat herbal seperti kemiri yang dihaluskan kemudian di oleskan keseluruh badan pasien.

b) Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Saat dilakukan pemeriksaan pada RSUD Ende yaitu poli jantung dokter mendiagnosa pasien memiliki penyakit jantung.

2. Pernah dirawat/tidak di rumah sakit

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit

3. Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik makanan maupun obat-obatan.

4. Kebiasaan

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi dalam sehari 2 gelas kopi.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien dan keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma.

d) Diagnosa medis dan terapi yang di dapat sebelumnya

Pasien pernah di diagnosis penyakit jantung saat melakukan pemeriksaan di RSUD Ende yaitu poli jantung. Namun pasien belum pernah dirawat di rumah sakit.

e) Pola kebutuhan dasar

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya pada bulan maret tahun 2025 pasien mengalami pembengkakan (edema) pada ekstermitas sebelah bawah yaitu paha dan kaki sebelah kiri saat itu keluarga mencoba mengobati bengkak tersebut dengan obat tradisional yaitu kemiri yang di haluskan lalu di oles ke area pembengkakan namun upaya yang sudah dilakukan tidak teratasi oleh keluarga pasien langsung di bawa kerumah sakit oleh untuk melakukan pemeriksaan.

2. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit makan 2 kali sehari, jenis makanan seperti ikan goreng, ikan

kuah, daging, daun ubi dan sawi. Buah buahan seperti pisang dan semangka. Nafsu makan baik, porsi makan banyak dan selalu dihabiskan, minum dalam sehari 5 hingga 6 gelas ($\pm 1.200\text{ cc.}$) Berat badan sebelum sakit 51 kg.

Saat sakit: pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan merasa mual, pasien makan 3 kali sehari, jenis makanan di'it lunak rendah garam dengan sayur labu dan ayam kadang ikan. Porsi makan tidak dihabiskan makan 3 hingga 5 sendok saja, minum saat ini dibatasi 3 atau 4 gelas dalam sehari ($\pm 660/880\text{ cc.}$). Berat badan saat sakit 45 kg.

3. Pola Eliminasi

BAB

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1 hingga 2 kali dalam sehari konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan.

Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit pasien BAB 1 kali dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan.

BAK

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK 4 hingga 5 kali dalam sehari warna urin kuning bening.

Saat sakit: saat sakit pasien menggunakan alat bantu kateter dengan produksi urine 500 cc berbau khas urine. urine berwarna kuning bening.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri seperti berkebun.

Saat sakit: Pasien mengatakan saat sakit pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, jika berjalan 3 hingga 4 langkah pasien sudah merasa lemah.

5. Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan semua panca inderanya dalam keadaan normal seperti penglihatan baik, penciuman baik, pendengaran baik, ingatan baik mampu mengenal waktu, tempat dan orang. Saat ini pasien mengatakan tidak ada gangguan pada panca inderanya, ingatan pasien baik, mampu mengenal waktu, tempat dan orang.

6. Pola persepsi konsep diri

Pasien mengatakan ia adalah seorang wanita bernama Ny.R.L berumur 66 tahun bekerja sebagai petani, saat ini

pasien mengetahui dirinya. Pasien mengatakan ia adalah seorang pasien yang sedang di rawat di RS. Pasien mengatakan ia bisa menerima keadaan saat ini hanya berbaring di tempat tidur dan ia mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya. Pasien mengatakan ia dihargai oleh keluarga, dokter, perawat, dan pengunjung lainnya.

7. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan biasanya tidur malam jam 21.00 WITA dan bangun paginya di jam 07.00 WITA pasien mengatakan tidurnya nyenyak sedangkan waktu siang tidur jam 12.00 WITA dan bangun di jam 16.00 WITA.

Saat sakit:

Pasien mengatakan saat sakit pasien tidur malam mulai dari jam 22.00 WITA dan bangun pagi jam 08.00 WITA pasien mengatakan tidurnya nyenyak sedangkan siang pasien istirahat/tidur mulai jam 12.00 WITA dan bangun jam 16.00 WITA.

8. Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki hubungan baik dengan keluarga maupun tetangga disekitar rumah bahkan saat sakit pasien juga

tetap memiliki hubungan baik bersama keluarga dan tetangganya sesekali mengunjungi pasien saat di rawat dirumah sakit.

9. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada keluhan mengenai organ reproduksinya. Saat ini pasien mengatakan saat sakit tidak ada keluhan mengenai reproduksinya.

10. Pola toleransi stress koping

Pasien mengatakan saat terjadi masalah dalam keluarga pasien selalu menyelesaikan secara baik-baik. Saat ini pasien mengatakan tidak khawatir dengan sakitnya, pasien merasa yakin bahwa ia akan sembuh.

11. Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama katolik, setiap hari minggu pasien pergi ke gereja.

f) Pemeriksaan fisik

Kedaan umum: lemah, tingkat kesadaran: komposmentis.
GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 70/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 98%, RR: 26x/menit, tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/46 mmhg) posisi baring (90/60mmhg). Berat badan saat ini 45 kg, tinggi badan 147 cm, IMT: 21,4 (ideal)

Wajah: Nampak pucat

Mata: konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat

Hidung: Bentuk simetris, tidak ada pernapas cuping hidung, tidak ada lesi, terpasang oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 lmp

Mulut: Mukosa bibir kering, gigi tampak sedikit kotor, gigi tidak lengkap, nampak adanya pernapasan pursed-lip

Leher: Adanya distensi vena jugularis

Thoraks

Paru-paru

Inspeksi: terlihat adanya dinding dada yang tertarik ke dalam saat bernapas, frekuensi napas 26x/m, terdapat retraksi dinding dada.

Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun, tidak sama dengan paru kanan.

Perkusi: terdengar bunyi pekak.

Auskultasi: Tidak ada bunyi napas tambahan.

Jantung

Inspeksi: adanya pulsasi (palpitasi) maupun (takikardi)

Palpasi: tidak ada getaran (Thrill)

Perkusi: tidak ada pergeseran batas jantung (cardiomegaly)

Auskultasi: Frekuensi jantung 135 x/menit, bunyi jantung S3 gallop

Abdomen: adanya acites (edema pada abdomen)

Ekstremitas atas: Akral teraba dingin, edema kedua tangan, pitting edema derajat 1 kedalaman ± 3 mm, tidak ada nyeri tekan, terpasang syringe pump drip norepinephrine dalam NACL 50 cc dengan kecepatan 15 cc/jam di tangan kanan, CRT >3 detik.

Ekstremitas bawah: Akral teraba dingin, edema kedua kaki, tidak ada pitting edema pada kedua kaki, tidak ada nyeri tekan.

g) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 12 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Albumin	3.16	g/dl	(3,4-4,8)
Creatinine	1.89	mg/dl	(0.51-0.95)
Elektrolit			
Natrium	137,2	Mmol/l	(135-145)
Kalium	5,37	Mmol/l	(3,5-5,1)
Chloride	105.0	Mmol/l	(98-106)

Glukosa sewaktu	149	mg/dl	(70-140)
SGOT/AST	120,6	u/l	(0-35)
SGPT/ALT	60,3	u/l	(4-36)
Ureum	156,9	Mg/dl	(10-50)

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	7.58	($10^3/\text{uL}$)	(3.60-11.00)
LYMPH #	1.10	(10^3 uL)	(1.00-3.70)
MONO#	0,68	($10^3/\text{uL}$)	(0.00-0.70)
EO#	0,07	(10^3uL)	(0.00-0.40)
BASO#	0,02	(10^3uL)	(0.00-0.10)
NEUT#	5,71	(10^3uL)	(1.50-7.00)
LYMPH%	14.5-	(%)	(25.0-40.0)
MONO%	9.0+	(%)	(2.0-8.0)
EO%	0.9-	(%)	(2.0-4.0)
BASO%	0.3	(%)	(0.0-1.0)
NEUT%	75.3+	(%)	(50.0-70.0)

IG#	0.01	($10^3/\mu\text{L}$)	(0.00-7.00)
IG%	0.1	(%)	(0.0-72.0)
RBC	5,74+	($10^6/\mu\text{L}$)	(3.80-5.20)
HGB	14,1	(g/dL)	(11,7-15.5)
HCT	43,9	(%)	(35.0-47.0)
MCV	76,5-	(fL)	(80.0-100.0)
MCH	24,6-	(pg)	(26.0-34.0)
MCHC	32,1	(g/dL)	(32.0-36.0)
RDW-SD	48,2	(fL)	(37.0-54.0)
RDW-CV	18.2+	(%)	(11.5-14.5)
PLT	136-	($10^3/\mu\text{L}$)	(150-440)

Pemeriksaan Elektrokardiogram pada tanggal 12 mei 2025

Supraventricular Tachycardia

Hasil rontgen/foto thoraks pada tanggal 13 mei 2025

Telah dilakukan foto thoraks AP:

Dengan hasil/kesan: Efusi pleura bilateral

h) Terapi pengobatan

Tanggal 15 Mei 2025

Nacl drip norepinephrine 50 cc dalam kecepatan 15 cc/jam menggunakan syringe pump, cefotaxime 1 gr/IV, spironolactone 25 mg/po, furosemide 20 mg/po, bisoprolol 1,25 mg.

Tanggal 16 Mei 2025

Nacl drip norepinephrine 50 cc dalam kecepatan 15 cc/jam menggunakan syringe pump, pantoprazole 40 mg/iv, simvastatin 20 mg/po, sanfuliq 1 tablet/po, furosemide 20 mg/po, bisoprolol 1,25 mg.

Tanggal 17 Mei 2025

Nacl drip norepinephrine 50 cc dalam kecepatan 15 cc/jam menggunakan syringe pump, cefotaxime 1gr/iv, digoxin 0,25 mg/po, clopidogrel 75mg/po, furosemide 20 mg/po, bisoprolol 1,25 mg.

2) Tabulasi Data

Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), pasien mengatakan sesak saat berbaring (ortopnea), pasien mengatakan jantung terasa berdebar-debar (palpitasi) dan badan terasa lemah, nafsu makan berkurang dan merasa mual, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, jika pasien berjalan

3 hingga 4 langkah pasien sudah merasa lemah. terdapat retraksi dinding, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran: komposmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 70/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 98%, RR: 16x/menit), tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/46 mmhg) posisi baring (90/60mmhg) wajah nampak pucat, adanya distensi vena jugularis, vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan, perkusi paru terdengar bunyi pekak, adanya pulsasi (palpitasi), Frekuensi jantung 135 x/menit, bunyi jantung S3 gallop, akral teraba dingin, CRT >3 detik, Ureum 156,9 mg/dl, hasil pemeriksaan ekg (supraventricular tachycardia), terpasang syringe pump drip norepinephrine dalam NACL 50 cc dengan kecepatan 15 cc/jam di tangan kanan, terpasang oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 lpm. Terpasang kateter.

3) Klasifikasi Data

Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), sesak saat berbaring (ortopnea), jantung terasa berdebar-debar (palpitasi) dan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, selain itu jika pasien berjalan 3 hingga 4 langkah pasien merasa lemah, nafsu makan berkurang dan merasa mual.

Data Obyektif: Edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, nampak adanya oernapasan purse-lip, terdapat retraksi dinding, kedaan umum lemah, tingkat kesadaran: komposmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 70/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 98%, RR: 26x/menit), tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/46 mmhg) posisi baring (90/60mmhg), aktivitas dibantu keluarga, wajah nampak pucat, adanya distensi vena jugularis, vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan, perkusi paru terdengar bunyi pekak, adanya pulsasi (palpitasi) maupun (takikardi), Frekuensi jantung 135 x/menit, bunyi jantung S3 gallop, akral teraba dingin, CRT >3 detik, Ureum 156,9 mg/dl, hasil pemeriksaan ekg (supraventricular tachycardia), terpasang sirimpum drip norepinephrine dalam NACL 50 cc dengan kecepatan 15 cc/jam di tangan kanan, terpasang oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 lpm. Terpasang kateter.

4) Analisa Data

Sign and symptom	Etiologi	Problem
------------------	----------	---------

Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), sesak saat berbaring (ortopnea), jantung terasa berdebar-debar (palpitasi) dan badan terasa lemah. Data Obyektif: edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, edema pada abdomen, Kedaan umum lemah, Tekanan darah: 70/50 mmHg, wajah nampak pucat, adanya pulsasi (palpitasi) maupun (takikardi), adanya distensi vena jugularis, Frekuensi jantung 135 x/menit, bunyi jantung S3 gallop, akral teraba dingin, CRT >3 detik, hasil pemeriksaan ekg (supraventricular tachycardia)	Perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas.	Penurunan curah jantung
Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak saat berbaring (ortopnea). Data Obyektif: terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/menit, nampak adanya pernapasan pursed-lip	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
Data Subyektif: pasien mengatakan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, jika pasien berjalan 3 hingga 4 langkah pasien sudah merasa lemah. Data Obyektif: keadaan umum lemah, aktivitas dibantu keluarga.	Ketidakseimbangan anatarasuplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea) Data Obyektif: Edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, edema pada abdomen, Ureum	Gangguan aliran balik vena	Hipervolemia

156,9 mg/dl, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan.		
Data Subyektif: - Data Obyektif: Wajah nampak pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, edema pada abdomen, tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/46 mmhg) posisi baring (90/60mmhg), akral teraba dingin, CRT >3 detik.	Penurunan aliran arteri dan/atau vena	Perfusi perifer tidak efektif
Data Subyektif: - Data Obyektif: -	Keengganan untuk makan	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

b. Diagnosa keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas ditandai dengan:

Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dypsnea), sesak nafas malam hari (Parocxymal noctural Dyspnea), sesak saat berbaring (ortopnea), jantung terasa berdebar-debar (palpitasi) dan badan terasa lemah.

Data Obyektif: Edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, edema pada abdomen, kedaan umum lemah,

Tekanan darah: 70/50 mmHg, wajah nampak pucat, adanya pulsasi (palpitasi) maupun (takikardi), Frekuensi jantung 135 x/menit, adanya distensi vena jugularis, bunyi jantung S3 gallop, akral teraba dingin, CRT >3 detik, hasil pemeriksaan ekg (supraventricular tachycardia).

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas ditandai dengan:

Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak saat berbaring (orthopnea).

Data Obyektif: Terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/menit. Nampak adanya pernapasan pursed-lip.

- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

Data Subyektif: pasien mengatakan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, jika pasien berjalan 3 hingga 4 langkah pasien sudah merasa lemah.

Data Obyektif: keadaan umum lemah, aktivitas dibantu keluarga

- 4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena ditandai dengan:

Data Subyektif: Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea).

Data Obyektif: Edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, Ureum 156,9 mg/dl, vokal

fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan.

- 5) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan:

Data Subyektif: -

Data Obyektif: Wajah nampak pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/46 mmhg) posisi baring (90/60mmhg), akral teraba dingin, CRT >3 detik.

- 6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dibuktikan dengan keengganan untuk makan.

c. Perencanaan keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

1. Penurunan curah jantung
2. Pola napas tidak efektif
3. Perfusi perifer tidak efektif
4. Hipervolemia
5. Intoleransi aktivitas
6. Resiko kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan sebagai berikut.

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

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah penurunan curah jantung teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Sesak napas (dyspnea) cukup menurun (4).
- 2) Sesak saat berbaring (orthopnea) cukup menurun (4).
- 3) Sesak nafas malam hari (Paroxymal nocturnal Dyspnea) cukup menurun (4).
- 4) Jantung berdebar-debar (Palpitasi) cukup menurun (4).
- 5) Lelah cukup menurun (4).
- 6) Edema cukup menurun(4)
- 7) Tekanan darah cukup membaik (4).
- 8) Pucat cukup menurun (4).
- 9) Takikardi cukup menurun (4).
- 10) Distensi vena juglaris cukup menurun (4).
- 11) Suara jantung S3 gallop cukup menurun (4).
- 12) Akral dingin cukup membaik (4).
- 13) CRT cukup membaik (4).

Intervensi: Perawatan jantung

Obsevasi

1) Monitor tekanan darah

Rasional: tekanan darah mencerminkan hemodinamik pasien. Pada pasien dengan penurunan curah jantung, perfusi jaringan menurun akibat berkurangnya kemampuan jantung memompa darah secara efektif.

2) Monitor tekanan darah ortostatik

Rasional: kemampuan jantung memompa darah keseluruh tubuh menurun. Saat pasien berubah posisi (misalnya dari berbaring ke duduk atau berdiri), tubuh harus secara cepat menyesuaikan tekanan darah agar tetap mencukupi perfusi ke otak dan organ vital.

3) Monitor intake dan output cairan

Rasional: monitoring intake dan output cairan sangat penting untuk mempertahankan keseimbangan cairan yang mendukung perfusi jaringan optimal tanpa membebani jantung yang sudah lemah.

Terapeutik

4) Posisikan pasien semi fowler atau fowler

Rasional: menurunkan beban kerja jantung dan meningkatkan ventilasi paru sehingga meningkatkan oksigenasi dan perfusi jaringan.

5) Berikan diet jantung yang sesuai (natrium, kolesterol, tinggi lemak)

Rasional: meringankan beban kerja jantung mengurangi retensi cairan, menurunkan tekanan darah dan memperbaiki profil lipid cairan.

- 6) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen

Rasional: jantung tidak mampu memompa darah secara efektif, sehingga suplai oksigen ke jaringan tubuh.

Edukasi

- 7) Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional: aktivitas fisik yang terukur dan sesuai meningkatkan efisiensi kerja jantung secara bertahap tanpa memperberat beban jantung secara mendadak.

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi pemberian anti aritmia, jika perlu

Rasional: gangguan irama jantung (aritmia) sering terjadi karena iskemia miokard, kelebihan beban volume, atau gangguan elektrolit.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Sesak napas (Dyspnea) cukup menurun (4).
- 2) Retraksi dinding dada cukup menurun (4).
- 3) Frekuensi napas cukup membaik (4).
- 4) Pernapasan pursed-lip cukup menurun (4).

Intervensi: Manajemen jalan napas

Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi)

Rasional: frekuensi memberi petunjuk tentang tingkat stress pernapasan atau kehilangan otot pernafasan akibat kerja jantung yang tidak efektif.

Terapeutik

2) Posisikan semifowler atau fowler

Rasional: pada pasien dengan gagal jantung, terutama gagal jantung kiri, terjadi penumpukan cairan di paru (kongesti paru) yang menyebabkan dyspnea (sesak napas) dan penurunan efisiensi pertukaran gas

1) Berikan oksigen

Rasional: jantung tidak mampu memompa darah secara efektif, sehingga suplai oksigen ke jaringan tubuh.

Kolaborasi

2) Kolaborasi pemberian bronkodilator:

Rasional: pemberian bronkodilator mengontrol efek samping seperti takikardi atau aritmia yang bisa memperburuk kondisi jantung.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Pucat cukup menurun (4).
- 2) Edema cukup menurun (4).
- 3) Tekanan darah hipotensi ortostatik cukup membaik (4).
- 4) Akral cukup membaik (4).
- 5) CRT cukup membaik (4).

Intervensi: Perawatan sirkulasi

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler)

Rasional: perfusi jaringan tidak efektif terjadi karena ketika curah jantung menurun, sehingga darah tidak mengalir optimal ke jaringan perifer (kulit, otot, organ)

- 2) Monitor bengkak pada ekstermitas

Rasional: pada pasien dengan gagal jantung kanan, terjadi penumpukan cairan di sistem vena akibat darah tidak dapat di pompa kembali secara efektif ke jantung hal ini menyebabkan edema perifer, yang biasanya terlihat di kaki, pergelangan dan tungkai.

Terapeutik

- 1) Hindari pemasangan infus di area keterbatasan perfusi

Rasional: memilih area dengan perfusi yang baik misalnya tangan yang hangat, warna kulit normal, crt < 2 detik akan menjamin

distribusi obat/cairan secara optimal, mencegah komplikasi local seperti flebitis atau iskemia jaringan, serta meningkatkan kenyamanan dan keamanan pasien.

- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

Rasional: pengukuran tekanan darah di area dengan perfusi buruk dapat menghasilkan data yang tidak akurat karena lemahnya aliran darah atau edema yang menekan jaringan, memperburuk aliran darah local terutama bila manset terlalu ketat atau sering diulang, menambah risiko cedera jaringan, seperti iskemia, memar, atau bahkan nekrosis, terutama pada jaringan yang sudah terkompromi.

Edukasi

- 3) Menganjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh dan natrium)

Rasional: diet rendah lemak jenuh dan natrium mengurangi risiko aterosklerosis yaitu penyumbatan pembuluh darah yang memperburuk aliran darah perifer, diet rendah natrium mengurangi retensi cairan sehingga mencegah edema perifer.

4. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah hipervolemia teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Sesak napas (Dyspnea) cukup menurun (4).

- 2) Edema cukup menurun (4)
- 3) Ureum cukup membaik (4)
- 4) Vokal fremitus cukup membaik (4).

Intervensi: Manajemen hypervolemia

Observasi

- 1) Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah)

Rasional: hypervolemia akibat gagal jantung menyebabkan peningkatan beban kerja jantung, sehingga tubuh akan merespons dengan takikardi (jantung berdetak cepat) sebagai kompensasi terhadap curah jantung yang menurun dan perubahan tekanan darah bisa hipertensi atau hipotensi tergantung fase dan keparahan gagal jantung.

- 2) Monitor intake dan output cairan

Rasional: monitoring intake dan output cairan sangat penting untuk mempertahankan keseimbangan cairan yang mendukung perfusi jaringan optimal tanpa membebani jantung yang sudah lemah.

Terapeutik

- 3) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: asupan garam yang tinggi memperburuk retensi cairan, meningkatkan volume intravaskuler, dan memperberat beban kerja jantung.

Edukasi

- 4) Anjurkan untuk membatasi asupan cairan

Rasional: dengan membatasi asupan cairan atau natrium dapat mengurangi beban kerja jantung, mencegah penumpukan cairan berlebih, menjaga keseimbangan cairan tubuh dan mengurangi risiko komplikasi jantung dekompensata.

Kolaborasi

5) Kolaborasi pemberian diuretic

Rasional: diuretic bekerja dengan cara meningkatkan ekskresi natrium dan air melalui urin, sehingga mengurangi volume intravaskuler dan edema.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Lemah cukup menurun (4).
- 2) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat (4).

Intervensi: Manajemen energy

Observasi

1) Monitor kelelahan fisik

Rasional: pemantauan kelelahan fisik sangat penting pada pasien gagal jantung karena membantu mendeteksi intoleransi aktivitas secara dini, mencegah komplikasi kardiovaskuler dan mendukung proses pemulihan secara bertahap.

Terapeutik

- 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: stimulasi berlebih seperti suara bising atau cahaya terang dapat meningkatkan stress dan kecemasan, memicu peningkatan frekuensi jantung dan tekanan darah, meningkatkan kebutuhan oksigen yang memperberat kerja jantung.

- 3) Fasilitasi duduk di tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: duduk ditempat tidur dapat mengurangi beban kerja jantung dan paru-paru dengan memperbaiki ekspansi paru.

Edukasi

- 4) Anjurkan tirah baring

Rasional: tirah baring sementara dapat mengurangi kebutuhan metabolic tubuh, menurunkan konsumsi oksigen, mengurangi beban kerja jantung, sehingga mencegah kelelahan berlebihan dan sesak napas.

Kolaborasi

- 5) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan TKTP

Rasional: asupan TKTP penting untuk mendukung perbaikan dan regenerasi jaringan, menjaga massa otot terutama saat pasien

mengalami imobilisasi atau tirah baring, memenuhi kebutuhan energi untuk proses penyembuhan dan aktivitas harian.

6. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di buktikan keengganan untuk makan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah resiko kekurangan nutrisi dari kebutuhan tubuh teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)
- 2) Nafsu makan membaik (5)
- 3) Rasa mual menurun (5).
- 4) Frekuensi makan membaik (5).

Intervensi: Manajemen nutrisi

Observasi

- 1) Monitor asupan makanan

Rasional: dengan memantau asupan makanan secara akurat dapat menilai apakah kebutuhan kalori dan protein harian terpenuhi, mendeteksi dini tanda-tanda penurunan status gizi.

Terapeutik

- 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: penyajian makanan yang menarik dan bersuhu tepat dapat merangsang nafsu makan pasien, meningkatkan penerimaan makanan terutama jika makanan tampak segar, berwarna cerah dan aromanya menggoda.

3) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional: mencegah konstipasi penting karena mengejan saat BAB dapat meningkatkan tekanan intratorakal dan beban kerja jantung, ketidaknyamanan gastrointestinal dapat menurunkan nafsu makan yang memperburuk risiko kekurangan nutrisi.

4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional: pemberian makanan tinggi kalori dan protein sangat penting untuk kebutuhan energy dan protein, mencegah malnutrisi, dan mendukung pemulihan serta fungsi jantung pada pasien gagal jantung yang berisiko kekurangan nutrisi.

Edukasi

5) Anjurkan posisi duduk jika mampu

Rasional: mengajurkan posisi duduk saat makan pada pasien gagal jantung membantu meningkatkan nyaman, efisiensi makan, serta mengurangi risiko aspirasi dan sesak, sehingga mendukung asupan nutrisi yang optimal dan mencegah malnutrisi.

Kolaborasi

6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

Rasional: kolaborasi dengan ahli gizi membantu memastikan pasien gagal jantung menerima asupan kalori dan nutrient yang tepat, sehingga dapat mencegah kekurangan nutrisi, meningkatkan pemulihan dan mempertahankan fungsi tubuh secara optimal.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. R. L dilakukan selama 3 hari dari tanggal 15-17 Mei 2025.

a) Hari pertama, Kamis 15 Mei 2025

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. Pukul 21.00 mengukur tekanan darah. Pukul 21.02 mengukur tekanan darah ortostatik (dalam posisi berbeda yaitu duduk dan baring). Pukul 21.05 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 21.10 memberikan oksigen Non-Rebreathing mask (NRM) 12 lpm.. pukul 23.05 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 05.50 menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi yaitu mebanu pasien untuk bangun duduk. pukul 06.34 memberikan makan pagi pada pasien dengan di, it lunak rendah garam dengan jenis lauk sayur labu dan ikan.
- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas. Pukul 21.00 Menghitung respirasi pasien. Pukul 21.10 memberikan oksigen Non-breathing Mask (NRM) 12 lpm, pukul 23.05 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal.
- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena. Pukul 21.02 mengecek capillary refill time (CRT). Pukul 21.30 memonitor edema/bengkak pada ekstermitas.

pukul 22.00 menghindari pemasangan infus di area keterbatasan perfusi. Pukul 22.05 menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Pukul 23.00 Menganjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh)

4) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena.

Pukul 21.05 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 21.30 memonitor status hemodinamik (menghitung frekuensi jantung dan mengukur tekanan darah). Pukul 22.00 melayani pemeberian obat furosemide 20 mg/PO. Pukul 22.00 membatasi asupan cairan yaitu menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum saat ini cukup 2 hingga 3 gelas. Pukul 06.34 memberikan makan pada pasien di, it lunak rendah garam.

5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan anatar suplai.

Pukul 21.15 memonitor kelelahan fisik. Pukul 22.00 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus yaitu menganjurkan keluarga untuk tidak ribut. pukul 23.30 membantu memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal dan membantu memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk miring ke kanan. Pukul 23.40 menganjurkan pada pasien untuk bedrest dan tidak boleh melakukan aktivitas seperti berjalan. pukul 06.35 memberikan makanan lunak rendah garam dengan tinggi kalori dan protein yaitu sayur bayam dan ikan.

6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan. Pukul 21.08 memonitor asupan makanan. Pukul 06.34 menyajikan makanan untuk pasien bubur yang sudah dingin di letakan diatas mangkok yang berisi air panas agar buburnya menjadi hangat. Pukul 06.35 memberikan makanan tinggi serat seperti pisang dan sayur bayam. Pukul 06.37 memberikan makanan tinggi kalori dan protein bubur dan ayam. Pukul 06.40 mengajurkan pasien untuk duduk saat makan. 06.45 kolaborasi bersama ahli gizi yaitu diet rendah garam.

b) Hari kedua, jumat 16 Mei 2025

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. Pukul 14.15 mengukur tekanan darah. Pukul 14.16 melayani pemberian obat furosemide 20 mg/PO. Pukul 17.00 mengukur tekanan darah ortostatik (dalam posisi berbeda yaitu duduk dan baring). Pukul 17.20 menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi seperti duduk yaitu membantu pasien untuk bangun duduk. Pukul 17.30 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 17.32 memberikan oksigen Non-Rebreathing Mask (NRM) 10 lpm. pukul 17.40 memberikan makan sore pada pasien dengan di, it lunak rendah garam dengan jenis lauk sayur bayam wortel telur rebus dan buah pisang.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas. Pukul 14.15 mengukur respirasi. Pukul 17.17 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 17.32 memberikan oksigen NRM 10 lpm, pukul 23.05 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal.
- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena. Pukul 14.30 mengecek capillary refill time (CRT). Pukul 15.30 memonitor edema/bengkak pada ekstermitas. 16.00 menghindari pemasangan infus di area keterbatasan perfusi Pukul 17.00 menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Pukul 18.30 Menganjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh)
- 4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena. Pukul 14.16 melayani pemberian obat furosemide 20 mg/PO. Pukul 17.30 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 17.40 memberikan makan pada pasien di, it lunak rendah garam. Pukul 18.30 memonitor status hemodinamik (menghitung frekuensi jantung dan mengukur tekanan darah). Pukul 19.00 membatasi asupan cairan yaitu menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan minum saat ini cukup 2 hingga 3 gelas.
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan anatar suplai. Pukul 15.10 memonitor kelelahan fisik. Pukul 16.00

menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus yaitu menganjurkan keluarga untuk tidak ribut. pukul 17.20 membantu memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 17.30 membantu memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk dan miring ke kanan. Pukul 17.40 memberikan makanan lunak rendah garam dengan tinggi kalori dan protein yaitu sayur bayam wortel dan telur rebus dan buah pisang. Pukul 18.30 menganjurkan pada pasien untuk bedrest dan tidak bolen melakukan aktivitas seperti berjalan.

- 7) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan. Pukul 15.00 memonitor asupan makanan. Pukul 17.40 menyajikan makanan untuk pasien bubur yang sudah dingin di letakan diatas mangkok yang berisi air panas agar buburnya menjadi hangat. Pukul 17.41 memberikan makanan tinggi serat seperti pisang dan sayur wortel. Pukul 17.42 memberikan makanan tinggi kalori dan protein bubur dan telur. Pukul 17.43 mengajurkan pasien untuk duduk saat makan. 17.45 kolaborasi bersama ahli gizi yaitu diet rendah garam.

c) Hari ketiga, 17 Mei 2025

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. Pukul 07.00 mengukur tekanan darah. Pukul 07.30 mengukur tekanan darah ortostatik (dalam posisi berbeda yaitu duduk

dan baring). pukul 08.30 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 09.00 menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi seperti duudk. Pukul 10.00 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 10.00 mengganti tabung oksigen yang habis dan memberikan oksigen NRM 10 lpm. Pukul 11.13 Melayani pemberian obat digoxin 0.25 mg/PO. pukul 12.30 memberikan makan pada pasien dengan di, it lunak rendah garam dengan jenis lauk sayur bayam wortel ikan dan buah pisang.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas. Pukul 07.00 menghitung respirasi. Pukul 08.30 memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 10.00 mengganti tabung oksigen yang habis dan memberikan oksigen NRM 10 lpm.
- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena. Pukul 08.00 mengecek capillary refill time (CRT). Pukul 08.30 memonitor edema/bengkak pada ekstermitas. pukul 09.30 menghindari pemasangan infus di area keterbatasan perfusi. Pukul 14.20 menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Pukul 14.30 Menganjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh).
- 4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena. Pukul 10.00 mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat

jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin. Pukul 12.30 memberikan makan pada pasien diet lunak rendah garam. Pukul 14.16 melayani pemberian obat furosemide 20 mg/PO. Pukul 14.20 memonitor status hemodinamik (frekuensi jantung dan tekanan darah). Pukul 14.30 membatasi asupan cairan.

- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai. Pukul 08.05 memonitor kelelahan fisik. pukul 08.30 membantu memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 09.00 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. pukul 10.00 membantu memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. Pukul 10.50 membantu memposisikan pasien baring. Pukul 12.30 memberikan makanan lunak rendah garam dengan tinggi kalori dan protein yaitu sayur bayam wortel ikan dan buah pisang. Pukul 14.00 menganjurkan pada pasien untuk bedrest dan tidak boleh melakukan aktivitas seperti berjalan.
- 6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan. Pukul 08.00 memonitor asupan makanan. Pukul 17.40 menyajikan makanan untuk pasien bubur yang sudah dingin di letakan diatas mangkok yang berisi air panas agar buburnya menjadi hangat. Pukul 12.30 memberikan makanan tinggi serat seperti pisang dan sayur wortel. Pukul 12.31 memberikan makanan tinggi kalori dan protein bubur

dan ikan. Pukul 12.33 mengajurkan pasien untuk duduk saat makan.

12.35 kolaborasi bersama ahli gizi yaitu diet rendah garam.

e. Evaluasi keperawatan

a) Evaluasi, Kamis 15 Mei 2025

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. **Data Subyektif:** pukul 07.30 pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. pasien mengatakan makan 4 hingga 5 sendok saja, badan masih terasa lemah, **Data Obyektif:** pukul 21.00 tekanan darah 70/50 mmhg, tekanan darah hipotensi ortostatik pada posisi duduk: 60/40 mmhg posisi baring: 78/61 mmhg, intake dan output cairan: selama 11 jam intake nacl drip norepinephrine 50 cc injeksi obat cefotaxime 10 cc, air 3 gelas 660cc sedangkan selama 11 jam output urine 500 cc dan balance cairan = input-output = 220 ml, pasien terpasang masker oksigen dan tampak sesak berkurang, pasien terlihat mampu bangun duduk secara perlahan. Pukul 07.30 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6°C, spo2 95%, RR 21 x/m. tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk 60/51 mmhg sedangkan posisi baring 70/63 mmhg, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, wajah nampak pucat, palpitasi dengan frekuensi jantung 130 x/m, adanya distensi vena

jugularis, bunyi jantung S3 gallop, akral masih teraba dingin, CRT > 3 detik. x/m. **A:** Masalah penurunan curah jantung belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Data Subyektif: Pukul 07.30 pasien mengatakan sesak berkurang.

Data Obyektif: Pukul 21.00 RR: 26x/menit. Pukul 07.30 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 95%, RR 21 x/m, masih terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 21 x/m. **A:** masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran

arteri dan/atau vena. **Data Subyektif:** -. **Data Obyektif:** Pukul 21.02 CRT > 3 detik. edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, pasien tidak terpasang infus namun terpasang syringe pump untuk diberikan obat norepinephrine 15 cc/jam dosis 50 cc/iv pada area tidak dengan keterbatasan perfusi yaitu tangan kanan, pasien terpasang tensimeter monitor pada area dengan tidak keterbatasan perfusi yaitu pada lengan kanan, keluarga tampak menyiapkan makanan dari rumah adalah bubur, sayur bayam, dan telur rebus. Pukul 07.30 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 95%, RR 21 x/m, wajah masih nampak pucat, edema pada ekstermitas atas dan

bawah yaitu tangan dan kaki, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (60/51 mmhg) posisi baring (70/63 mmhg), akral teraba dingin, CRT > 3 detik. **A:** masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena. **Data**

Subyektif: Pukul 07.30 pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan minum air sebanyak 3 gelas, pasien mengatakan makan 4 hingga 5 sendok saja. **Data Obyektif:** pukul 21.05 selama 11 jam intake nacl drip norepinephrine 50 cc injeksi obat cefotaxime 10 cc, air 3 gelas 660cc sedangkan selama 11 jam output urine 500 cc dan balance cairan = input-output = 220 ml, frekuensi jantung 135x/menit dan tekanan darah 89/49 mmhg, pasien tampak langsung minum obat yang diberikan. pukul 07.30 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6°C, spo2 95%, RR 21 x/m, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan, pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan. **A:** masalah hipervolemi belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan anatar suplai. **Data Subyektif:** Pukul 07.30 pasien mengatakan berjalan 2

hingga 3 langkah pasien merasa lemah seluruh badan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman jika posisi setengah duduk dengan ganjalan bantal dan pasien merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dan miring ke kanan, pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan 4 hingga 5 sendok saja makanan lunak rendah garam dengan tinggi kalori dan protein yaitu sayur bayam dan ikan, pasien mengatakan badan masih terasa lemah, Pasien mengatakan pasien masih tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. **Data Obyektif:** Pukul 22.00 keluarga tampak kooperatif karena tidak ribut saat menajaga pasien. pasien tampak berbaring dan tidak melakukan aktivitas apapun. pukul 07.30 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 95%, RR 21 x/m, aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah masih dibantu keluarga. **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan. **Data Subyektif:** Pukul 07.30 pasien mengatakan makan tidak dihabiskan makan 3 hingga 5 sendok saja, pasien mengatakan saat ini nafsu makanya masih berkurang. Makan pagi hanya 4 hingga 5 sendok saja, porsi makan tidak dihabiskan. **Data Obyektif:** Pukul 06.34 tampak setelah makan ompreng makan pasien masih tersisa makanan. Pukul 07.30 Keadaan

umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 94/44 mmhg, nadi 146 x/m, suhu 36,6°C, spo2 95%, RR 21 x/m. **A:** Masalah resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

b) Evaluasi, jumat 16 mei 2025

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas **Data Subyektif:** Pukul 21.00 pasien mengatakan sesak berkurang, badan masih terasa lemah, **Data Obyektif:** Pukul 14.15 tekanan darah 101/75 mmhg, hipotensi ortostatik pada posisi duduk: 70/46 mmhg posisi baring: 90/66 mmhg, pasien terlihat mampu bangun duduk secara perlahan. selama 9 jam intake nacl drip norepinephrine 50 cc air 3 gelas 660 cc sedangkan selama 9 jam output urine 500 cc dan balance cairan = input-output = 210 ml. pukul 17.40 tampak ompreng berisi makanan bubur dan lauk tidak ada sisa. pukul 21.00. Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu 36,7°C, spo2 95%, RR 19 x/m. tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 101/70 mmhg sedangkan posisi baring 110/75 mmhg, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, tangan kanan masih edema pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan kanan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen menurun, wajah nampak pucat, palpitasi dengan frekuensi jantung 125 x/m, distensi

vena jugularis menurun, bunyi jantung S3 gallop, akral masih teraba dingin, CRT > 3 detik. **A:** Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian. **P:** Intervensi dilanjutkan.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Data Subyektif: Pukul 21.00 pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman, pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman jika posisi pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal.. **Data Obyektif:** pukul 14.15 RR: 25x/menit. pukul 21.00 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu 36,7⁰C, spo2 95%, RR 19 x/m., masih terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 19 x/m. **A:** masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran

arteri dan/atau vena. **Data Subyektif:** pukul 21.00 -. **Data Objektif:** Pukul 14.30 CRT > 3 detik, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki menurun dan tangan kiri menurun sedangkan tangan kanan masih edema, pitting edema ekstermitas atas tangan kanan yaitu tangan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, pasien tidak terpasang infus namun terpasang syringe pump untuk diberikan obat norepihephrine 15 cc/jam dosis 50 cc/iv pada area tidak dengan keterbatasan perfusi yaitu tangan kanan, pasien terpasang tensimeter monitor pada area dengan tidak keterbatasan perfusi yaitu pada lengan kanan, keluarga

menyiapkan makanan dari rumah adalah bubur, sayur bayam, dan ikan yang di bakar. pukul 21.00 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu 36,7⁰C, spo2 95%, RR 19 x/m, wajah masih nampak pucat, tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 101/70 mmhg sedangkan posisi baring 110/75 mmhg , edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, tangan kanan masih edema pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan kanan derajat 1 kedalaman $\pm$ 3 mm, edema pada abdomen menurun, tekanan darah hipotensi ortostatik posisi duduk (70/60 mmhg) posisi baring (90/70 mmhg), akral teraba dingin, CRT > 3 detik. **A:** masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena. **Data Subyektif:** Pukul 21.00 pasien mengatakan dari sore pukul 14.00 hingga 21.00 minum air 3 gelas, pasien mengatakan sesak berkurang, **Data Obyektif:** Pukul 17.30 selama 9 jam intake nacl drip norepinephrine 50 cc air 3 gelas 660 cc sedangkan selama 9 jam output urine 500 cc dan balance cairan = input-output = 210 ml, pasien tampak langsung minum obat yang diberikan, tampak ompreng berisi makanan bubur dan lauk tidak ada sisa, frekuensi jantung 130x/menit dan tekanan darah 101/59 mmhg. pukul 21.00 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu 36,7⁰C, spo2 95%, RR 19 x/m, edema pada ekstermitas bawah

dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, tangan kanan masih edema pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan kanan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, edema pada abdomen menurun, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan. **A:** masalah hipervolemi teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan anantara suplai. **Data Subyektif:** pukul 21.00 pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dengan dua ganjalan bantal, pasien mengatakan nafsu makanya membaik dan porsi makan dihabiskan, pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien mengatakan pasien masih tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah. **Data Obyektif:** Pukul 15.10 pasien tampak berbaring lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, keluarga tampak kooperatif karena tidak ribut saat menajaga pasien, pasien tampak lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dan miring ke kanan, pasien tampak duduk bersandar pada kedua bantal dan tidak melakukan aktivitas apapun. pukul 21.00 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, spo2 95%, RR 19 x/m, aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah masih

dibantu keluarga. **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan

- 6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan. **Data Subyektif:** pukul 21.00 pasien mengatakan saat ini nafsu makanya membaik. Makan siang dihabiskan. **Data Objektif:** Pukul 15.00 makanan pagi dan siang dihabiskan, makanan bubur dan lauk tidak ada sisa. pukul 21.00 Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 102/63 mmhg, nadi 99 x/m, suhu 36,7⁰C, spo2 95%, RR 19 x/m, makanan bubur dan lauk tidak ada sisa. **A:** masalah resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi. **P:** intervensi dilanjutkan.

c) Evaluasi, 17 mei 2025

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. **Data Subyektif:** pukul 14.00 pasien mengatakan sesak berkurang setelah memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal, pasien mengatakan makan pagi dihabiskan, pasien mengatakan sesak berkurang, pasien merasa lemah berkurang, **Data Obyektif:** Pukul 07.00 tekanan darah 90/60 mmhg, hipotensi ortostatik pada posisi duduk: 60/50 mmhg posisi baring: 96/60 mmhg, pasien terlihat mampu bangun duduk secara perlahan, selama 8 jam intake nacl drip norepinephrine 50cc air 3 gelas 660cc sedangkan output urine selama 8 jam 600 cc dan balance cairan = input-output =

110 ml, pasien tampak langsung minum obat yang diberikan. pukul 14.00 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 23 x/m. tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 100/69 mmhg sedangkan posisi baring 109/71 mmhg, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun, wajah nampak pucat, palpitasi dengan frekuensi jantung 120 x/m, distensi vena jugularis menurun, bunyi jantung S3 gallop, akral masih teraba dingin, CRT > 3 detik. **A:** Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian. **P:** Intervensi dilanjutkan.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Data Subyektif: Pukul 14.00 pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman jika posisi pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. **Data Obyektif:** Pukul 07.00 RR: 23 x/menit. pukul 14.30 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m. masih terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 23 x/m. **A:** masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena. **Data Subyektif:** pukul 14.00 -. **Data Objektif:** Pukul 08.00 CRT > 3 detik, edema pada ekstermitas bawah dan atas

yaitu kedua kaki menurun dan tangan kiri menurun sedangkan tangan kanan masih edema, pitting edema ekstermitas atas tangan kanan yaitu tangan derajat 1 kedalaman ± 3 mm, pasien tidak terpasang infus namun terpasang sirimpum untuk diberikan obat norepinephrine 15 cc/jam dosis 50 cc/iv dan diganti ke tangan kiri karena tangan kanan edema, pasien terpasang tensimeter monitor pada area dengan tidak keterbatasan perfusi yaitu pada lengan kanan, keluarga menyiapkan makanan dari rumah adalah bubur, sayur bayam, dan telur rebus. pukul 14.30 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, wajah masih nampak pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 100/69 mmhg sedangkan posisi baring 109/71 mmhg, akral teraba dingin, CRT > 3 detik. **A:** masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 4) Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan aliran balik vena. **Data Subyektif:** pukul 14.00 pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan dari pagi pukul 07.00 hingga pukul 14.00 minum air 3 gelas. **Data Obyektif:** Pukul 10.00 selama 8 jam intake nacl drip norepinephrine 50cc air 3 gelas 660cc sedangkan output urine selama 8 jam 600 cc dan balance cairan = input-output = 110 ml, tampak ompreng berisi makanan bubur dan lauk tidak ada sisa, pasien tampak

langsung minum obat yang diberikan, frekuensi jantung 137x/menit dan tekanan darah 104/73 mmhg. pukul 14.30 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan. **A:** masalah hipervolemi teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai. **Data Subyektif:** pukul 14,30 pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dengan dua ganjalan bantal, pasien mengatakan merasa sesak berkurang dan merasa lebih nyaman, pasien mengatakan nafsunya membaik dan porsi makan dihabiskan, pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien mengatakan pasien masih tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah. **Data Obyektif:** Pukul 08.30 pasien tampak berbaring lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, keluarga tampak kooperatif karena tidak ribut saat menjaga pasien, pasien tampak berbaring dengan 2 ganjalan bantal dan tidak melakukan aktivitas apapun. pukul 14.30 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu

36,6°C, spo2 96%, RR 20 x/m, aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah masih dibantu keluarga. **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan

- 6) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Keengganan untuk makan **Data Subyektif:** pukul 14.00 pasien mengatakan nafsu makanya membaik, makan pagi porsi dihabiskan. **Data Objektif:** Pukul 08.00: makan malam dihabiskan, pada ompreng makan siang tampak bersih dan dihabiskan, pukul 14.30 Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6°C, spo2 96%, RR 20 x/m, makanan bubur dan lauk tidak ada sisa.

f. Catatan perkembangan

Diagnosa 1

Pukul 14.30 **S:** Pasien mengatakan sesak (dyspnea) berkurang, sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea) berkurang, pasien mengatakan sesak saat berbaring (ortopnea) berkurang, pasien mengatakan jantung berdebar-debar (palpitasi) berkurang, pasien mengatakan badan terarasa lemah berkurang. **O:** Edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun pitting edema tangan kanan derajat 1 dengan kedalaman ± 1 mm, edema pada abdomen menurun, wajah tidak lagi pucat, palpitasi dengan frekuensi jantung 125 x/m, distensi vena jugularis menurun, bunyi jantung S3 gallop, akral masih teraba

dingin, CRT > 3 detik. **A:** Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal, menganjurkan kepada keluarga agar pasien tetap bedrest yaitu berbaring atau beristirahat di atas bed dengan posisi setengah duduk, menganjurkan kepada keluarga untuk membatasi asupan cairan yaitu minum cukup 4 hingga 5 gelas dalam sehari. **E:** Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, Pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan tidak lagi merasa lemah, pasien tampak sesak berkurang, pasien tampak lebih semangat dan tidak lemah, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Diagnosa 2

Pukul 14.30 **S:** pasien mengatakan sesak berkurang. **O:** retraksi dinding dada berkurang dan frekuensi napas membaik 20 x/m, pernapasan pursed-lip menurun. **A:** masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** memposisikan pasien setengah duduk dengan ganjalan bantal. **E:** Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan sesak berkurang, pasien nampak sesak berkurang dan retraksi dinding dada berkurang, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Diagnosa 3

Pukul 14.30 **S:** -. **O:** wajah tidak lagi pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun pitting edema derajat 1 dengan kedalaman ± 1 mm, edema tangan kanan menurun, edema pada

abdomen menurun, akral teraba hangat, CRT < 3 detik. **A:** masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk memberikan makanan atau mengonsumsi makanan yang dapat mempersempit aliran darah seperti tinggi garam, lemak, dan kolesterol. **E:** Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, wajah tidak lagi pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun, akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6°C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Diagnosa 4

Pukul 14.30 **S:** pasien mengatakan sesak berkurang. **O:** edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun, vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan. **A:** masalah hipervolemi teratasi sebagian. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** mencatat jumlah cairan yang di minum, mencatat jumlah cairan obat, mencatat pengeluaran urin: selama 8 jam intake nacl drip norepinephrine 50cc air 3 gelas 660cc sedangkan output urine selama 8 jam 600 cc dan balance cairan = input-output = 110 ml. menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk tidak memberikan atau mengonsumsi makanan tinggi garam pada pasien, menganjurkan keluarga dan pasien untuk batasi asupan cairan seperti minum dalam sehari cukup 3 sampai 4 gelas saja. **E:** Keadaan umum

membaik, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan sesak berkurang, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Diagnosa 5

Pukul 14.30 **S:** Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang, namun aktivitas seperti makan, minum, mandi, toilet, berpaiakan, berpindah masih dibantu. **O:** aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah masih dibantu keluarga, **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** membantu pasien memposisikan setengah duduk dengan ganjalan bantal ketika pasien hendak makan. **E:** Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang, aktivitas masih dibantu keluarga, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Diagnosa 6

Pukul 14.30 **S:** pasien mengatakan nafsu makanya baik dan tidak merasa mual, porsi makan dihabiskan. **O:** ompreng makanan pagi tampak bersih dan tidak tersisa. **A:** masalah resiko kekurangan nutrisi dari kebutuhan tubuh tertasi. **P:** intevensi dipertahankan. **I:** Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap menyajikan makanan kepada pasien dalam keadaan hangat. **E:**

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, pasien mengatakan nafsu makanya baik, porsi makan dihabiskan, ompreng makanan pagi tampak bersih dan tidak tersisa, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6°C, spo2 96%, RR 20 x/m.

Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Ny R. L. di Ruangan Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny. R. L. ditemukan Pasien mengeluh sesak napas (dyspnea), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), mengeluh sesak saat berbaring (ortopnea), jantung terasa bedebur-debur (palpitasi) dan badan terasa lemah, nafsu makan berkurang, mengatakan saat sakit pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas di bantu keluarga, selain itu jika berjalan 3 hingga 4 langkah pasien merasa lemah. Adanya distensi vena jugularis, adanya acites, bunyi jantung S3 (gallop), akral teraba dingin.

Menurut Arna & dkk (2024) gejala CHF dapat bervariasi menurut lokasi kerusakan jantung kiri dan kanan yaitu kelelahan, pusing, sesak napas saat beraktivitas, bunyi Jantung yang tidak normal (irama Gallop), sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea), suhu kulit dingin, sianosis (Wana kulit kebiruan karena kekurangan oksigen).

kelemahan, akumulasi cairan atau edema, edema di tungkai bawah, distensi vena jugularis, takikardia, nyeri dada, pusing, nocturia (sering kencing pada malam hari), asites (Penumpukan cairan pada rongga abdomen), mual, kehilangan nafsu makan.

Menurut Arna & dkk (2024) salah satu manifestasi klinis congestive heart failure adalah pusing. Gejala pusing terjadi karena gagal jantung kiri sehingga kebutuhan oksigen dalam tubuh tidak terpenuhi dan dapat menimbulkan gejala pusing. Sedangkan pada Ny. R. L tidak mengeluh pusing karena terpasang oksigen Non-rebreathing mask (NRM) 12 LPM untuk memenuhi kebutuhan oksigen Ny. R. L dibuktikan dengan PCO₂ Ny R.L hari pertama adalah 95%, hari kedua 95% dan hari ketiga 96% sehingga Ny. R. L tidak mengeluh pusing.

Menurut Arna & dkk (2024) salah satu manifestasi klinis congestive heart failure adalah sianosis. Sianosis terjadi karena gagal jantung kiri sehingga kebutuhan oksigen dalam tubuh tidak terpenuhi dan dapat menimbulkan gejala sianosis. Sedangkan pada Ny. R. L tidak nampak sianosis karena terpasang oksigen Non-rebreathing mask (NRM) 12 LPM untuk memenuhi kebutuhan oksigen Ny. R. L dibuktikan dengan PCO₂ Ny R.L hari pertama adalah 95%, hari kedua 95% dan hari ketiga 96% sehingga Ny. R. L tidak nampak sianosis.

Menurut Arna & dkk (2024) salah satu manifestasi klinis congestive heart failure adalah nyeri dada. Menurut Braunwald's Heart Disease (2019) Nyeri dada terjadi karena penumpukan darah di jantung dan paru-

paru hal ini menyebabkan peningkatan tekanan di ventrikel kiri dan sistem vaskular paru peningkatan tekanan ini memberi beban kerja tambahan pada jantung yang akhirnya bisa menimbulkan rasa nyeri. Namun disini Ny. R. L. tidak mengeluh nyeri dada karena saat di bawa ke rumah sakit dan mendapatkan perawatan di IGD pasien mendapatkan jenis obat diuretic yang dapat mengeluarkan cairan berlebihan melalui urine dan beban kerja jantung berkurang dalam memompa darah sehingga pasien tidak mengeluh nyeri dada.

Pada pasien Ny. R. L. ditemukan sesak napas di sebabkan oleh kegagalan jantung yang mengakibatkan jantung gagal memompa darah yang kaya akan oksigen sehingga pasien sesak napas selain itu ortopnea yaitu sesak nafas saat berbaring karena posisi baring membuat darah lebih mudah mengalir kembali ke paru-paru sehingga terjadi penumpukan cairan di paru-paru ini membuat pasien sesak nafas saat berbaring, adanya edema pada ekstermitas bawah dan atas ini dikarenakan jantung kanan gagal memompa darah sehingga darah kembali ke vena cava superior dan inferior sehingga terjadi peningkatan tekanan hidrostatik dan perpindahan cairan intravaskuler ke intritital sehingga pasien mengalami edema, adanya mudah lelah ini disebabkan oleh gagal jantung kiri tubuh mengalami penurunan O₂ dan kebutuhan O₂ ke jaringan tidak terpenuhi khususnya pada ekstermitas sehingga saat beraktivitas pasien mudah lelah.

Hal ini juga di temukan sejalan dengan studi kasus pasien dengan congestive heart failure ditemukan gejala seperti sesak napas (dyspnea, ortopnea), mudah lelah, palpitasi (denyut jantung cepat/berdebar), penurunan nafsu makan, asites (penimbunan cairan di perut), edema di ekstremitas (Putri, Kasih dan Ahyana, 2024).

Rekomendasi yang di berikan pada Ny. R. L. terkait sesak napas (dypsnea) maupun sesak saat berbaring (ortopnea) yaitu memberikan posisi setengah duduk dengan ganjalan bantal dan menganjurkan pada pasien untuk tetap memakai masker oksigen (non-rebreathing-mask) agar kebutuhan oksigennya tetap terpenuhi, terkait edema pada ekstermitas yaitu dengan membatasi asupan cairan mengajurkan kepada keluarga pasien untuk dalam sehari cukup memberikan 3 hingga 4 gelas air kepada pasien ($\pm 660/880$ cc) selain itu juga mencatat pemasukan dan pengeluaran cairan untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh pasien dan diberikan makanan yang tinggi kalori dan protein yang rendah garam, terkait mudah lelah pasien di batasi dan tidak boleh untuk melakukan aktivitas (bedrest).

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Panma & Dkk (2023) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Congestive Heart Failure adalah sebagai berikut : Penurunan curah jantung, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hiperorvolemi, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh,

intoleransi aktivitas dan nyeri akut. Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny R. L. terdapat 6 yaitu: Penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas, resiko kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa keperawatan pada teori terdapat 9 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus terdapat 6 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah gangguan pertukaran gas tetapi pada kasus Ny R. L. tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak terdapat sianosis, dan PCO₂ pasien yaitu 98% yang menunjukkan hasil yang normal, hal ini juga didukung oleh pemeriksaan analisa gas darah yang tidak ada di rumah sakit. Pada teori terdapat masalah bersihan jalan napas tidak efektif tetapi pada kasus Ny R. L. tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak adanya suara napas tambahan serta lendir. pada teori terdapat masalah nyeri akut tetapi pada kasus tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena pasien tidak mengalami pembesaran hati atau hepatomegali yang dapat mendesak paru sehingga timbul rasa nyeri. Pada teori terdapat masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tetapi pada kasus diangkat masalah resiko kekurangan nutrisi dari kebutuhan tubuh karena pasien hari pertama dilakukan asuhan keperawatan nafsu makan menurun dan porsi makan tidak dihabiskan hanya 3 hingga 5 sendok saja dan IMT Ny R. L. 21,4 (ideal)

sehingga diangkat masalah resiko kekurangan nutrisi dari kebutuhan tubuh.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi diberikan bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hypervolemia, intoleransi aktivitas dan resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan berbagai macam tindakan seperti observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. untuk penurunan curah jantung 8 intervensi, Pola napas tidak efektif 4 intervensi, Perfusi perifer tidak efektif 5, Hipervolemi 6 intervensi, Intoleransi aktivitas 5 intervensi, Resiko kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 5 intervensi. Hal ini berarti bahwa tidak semua intervensi dapat direncanakan namun harus sesuai dengan masalah dan tersedianya fasilitas dan sarana pendukung lainnya.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat terdapat 1 rencana yang tidak dilakukan yaitu kolaborasi pemberian bronkodilator. Rencana tersebut tidak dilakukan karena dalam rekam medis obat-obatan yang diberikan pada Ny. R L. tidak terdapat daftar obat jenis bronkodilator. Namun dalam memenuhi kebutuhan oksigennya Ny. R. L terpasang atau diberikan oksigen Non-rebreathing mask (NRM) 12 lpm.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny R. L dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Ny R. L. dilakukan evaluasi bahwa masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi dengan hasil: Pasien mengatakan sesak (dyspnea) berkurang, sesak nafas malam hari (Paroxymal noctural Dyspnea) berkurang, pasien mengatakan sesak saat berbaring (ortopnea) berkurang, pasien mengatakan jantung terasa berdebar-debar (palpitasi) berkurang dan badan masih terasa lemah, Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m. tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 101/70 mmhg sedangkan posisi baring 110/75 mmhg, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, tangan kanan masih edema pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan kanan derajat 1 kedalaman ± 1 mm, edema pada abdomen menurun, wajah nampak pucat, palpitasi dengan frekuensi jantung 125 x/m, distensi vena jugularis menurun, bunyi jantung S3 gallop, akral masih teraba dingin, CRT > 3 detik. Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan sesak berkurang , Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m. masih terdapat retraksi dinding dada, pernapasan pursed-lip menurun, frekuensi napas 23 x/m. Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil :

Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, wajah masih nampak pucat, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun, edema pada abdomen menurun tekanan darah hipotensi ortostatik membaik posisi duduk 100/69 mmhg sedangkan posisi baring 109/71 mmhg, akral teraba dingin, CRT > 3 detik. Masalah hipervolemi teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan sesak berkurang keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, edema pada ekstermitas bawah dan atas yaitu kedua kaki dan tangan kiri menurun, edema tangan kanan menurun pitting edema ekstermitas atas yaitu tangan kanan derajat 1 kedalaman $\pm$ 1 mm, edema pada abdomen menurun, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan. Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dengan hasil : pasien mengatakan badan masih terasa lemah, Pasien mengatakan pasien masih tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah. Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, aktivitas secara mandiri seperti ke toilet, makan, minum, mandi, berpakaian maupun berpindah masih dibantu keluarga. Masalah resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi

dengan hasil : pasien mengatakan saat ini nafsu makanya membaik dan tidak merasa mual. Makan pagi prosi makan dihabiskan. Keadaan umum membaik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 104/73 mmhg, nadi 122 x/m, suhu 36,6⁰C, spo2 96%, RR 20 x/m, tampak ompreng berisi makanan bubur dan lauk tidak ada sisa.

