

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE*
(CHF) DI RUANG FLAMBOYAN RSUD ARIFIN ACHMAD
PEKANBARU**

LAPORAN TUGAS AKHIR

DEWI ITA SARI

NIM : P0315144005



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
PEKANBARU**

2018

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE*
(CHF) DI RUANG FLAMBOYAN RSUD ARIFIN ACHMAD
PEKANBARU

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Riau di Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

LAPORAN TUGAS AKHIR

DEWI ITA SARI

NIM : P0315144005



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
PEKANBARU

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Ita Sari

NIM : P0315144005

Program Studi : DIII Keperawatan

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir (LTA) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Pembimbing I



H. Husnan, SKP, MKM
NIP. 196505101985031008



Hj. Rutherfordina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP. 196504241988032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir oleh **Dewi Ita Sari (P0315144005)** telah diperiksa dan disetujui untuk di ujikan.

Pekanbaru, 25 Juni 2018

Pembimbing I



H. Husnan, S.Kp, MKM
NIP. 196505101985031008

Pembimbing II



Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP. 196504241983032002

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir oleh **Dewi Ita Sari (NIM. P0315144005)** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 26 Juni 2018.

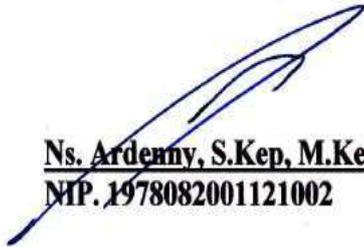
Mengetahui,

Penguji Ketua



H. Husnan, SKp, MKM
NIP. 196505101985031008

Penguji I



Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002

Penguji II



Ns. Tesha Hestiana Sari, S.Kep, M.Kep
NIP. -

Direktur



H. Kishorini, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP. 196504241988032002

Ketua Jurusan Keperawatan



Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep
NIP. 197410081997032001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Dewi Ita Sari

Nim : P0315144005

Tempat / Tanggal Lahir : Pekanbaru, 17 Agustus 1996

Alamat : Adi sucipto Gang.Gotong Royong No.2

Nama Orang Tua

Ayah : Nur Amin

Ibu : Atik

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1	SDN 028 Pekanbaru	Pekanbaru	2009
2	SMPN 21 Pekanbaru	Pekanbaru	2012
3	SMAN 4 Pekanbaru	Pekanbaru	2015
4	Poltekkes Kemenkes Riau	Pekanbaru	2018

ABSTRAK

Dewi Ita Sari (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru*. Laporan Tugas Akhir Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Pembimbing (I) H. Husnan S.Kp, M.KM (II) Hj. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes.

Congestive Heart Failure (CHF) adalah syndrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur dan fungsi jantung (Sudoyo dkk. 2015). Observasi yang dilakukan di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, di dapatkan bahwa CHF merupakan penyakit dengan angka tertinggi yaitu 224 kasus pada kardiovaskular. Tujuan studi kasus ini adalah mendeskripsikan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien CHF mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan dengan 1 subyek asuhan keperawatan yang dilakukan mulai tanggal 25-28 Mei 2018. Laporan tugas akhir ini dibuat dengan pendekatan pengumpulan data berdasarkan hasil wawancara, observasi, catatan medis dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data dilakukan 1 hari, kemudian dilakukan pengelolaan kasus berdasarkan data yang ada. Diagnosa dalam asuhan keperawatan pada pasien CHF yang di tegakan dari hasil pengkajian pada pasien Tn.S adalah resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung, cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan. Hasil Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam di dapatkan klien tidak ada nyeri dada, tidak mengalami kesulitan bernafas, tidak mengalami sesak nafas, tidak batuk, tidak mengalami kelemahan saat beraktivitas.

Kata kunci : *CHF, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 7 referensi (1996-2017)

ABSTRACT

Dewi Ita Sari (2018). *Nursing Care In Clients With Congestive Heart Failure (CHF) In Flamboyan Room Rsud Arifin Achmad Pekanbaru*. Report of Final Project Case Study, DIII Study Program of Nursing, Department of Nursing, Health Polytechnic of Ministry of Health of Riau. Counselor (I) H. Husnan S.Kp, M.KM (II) Hj. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes.

Congestive Heart Failure (CHF) is a clinical syndrome (a set of signs and symptoms), characterized by shortness of breath and fatigue (at rest or during activity) caused by structural abnormalities and heart function (Sudoyo et al., 2015). Observations conducted in Flamboyan Room RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, found that CHF is a disease with the highest number of 224 cases in the cardiovascular. The purpose of this case study is to describe the provision of nursing care to CHF patients ranging from assessment, nursing diagnoses, nursing planning, implementation and nursing evaluation with 1 subject of nursing care conducted from May 25-28, 2018. This final project report is made by collecting approach data based on interviews, observation, medical records and physical examination. Data collection is done 1 day, then done case management based on existing data. Diagnosis in nursing care in CHF patients in stature from assessment in patients with Tn.S is a high risk of decreased cardiac output associated with decreased left ventricular contractility, activity intolerance associated with an imbalance between the supply of tissue oxygen secondary needs from decreased cardiac output, anxiety associated with changes in health. Results After nursing care for 3x24 hours in the client get no chest pain, no difficulty breathing, not experiencing shortness of breath, not coughing, not experiencing weakness during the move.

Keywords : CHF, *Nursing Care*
References: 7 reverensi (1996-2017)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan berkat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Tugas Akhir ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG FLAMBOYAN RSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU”

Proposal Tugas Akhir ini ditulis untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan studi pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Riau, Dalam menyelesaikan tugas ini penulis banyak mendapatkan bantuan baik bersifat bimbingan, petunjuk maupun dukungan moril. Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan Proposal Tugas Akhir ini, diantaranya :

1. Ibu Hj. Rusherina, SPd, S.Kep, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Riau, sekaligus pembimbing II yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
2. Bapak H. Husnan, SKp, MKM selaku Pudir I, sekaligus sebagai Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, masukan, pengarahan, petunjuk, motivasi, kritik dan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
3. Bapak Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep dan Ibu Ns. Tesha Hestyana Sari, S.Kep, M.Kep selaku Penguji yang telah memberikan kritik dan saran dalam proses penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

4. Seluruh Dosen Poltekkes Kemenkes Riau Jurusan Keperawatan yang telah memberikan ilmu dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
5. Ayahanda Nur Amin dan Ibunda Atik yang telah memberikan kasih sayang, semangat, dorongan moril dan materil, serta doa yang tiada hentinya kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Abang Satria Kurniawan, Adik Nadia Arum Natalia dan Aldo Ales Satria yang telah memberikan kasih sayang, semangat, serta doa yang tiada hentinya kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Teman-teman yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan doa serta seluruh tingkat III Keperawatan yang telah saling mendukung dan memberikan semangat.

Penulis menyadari sepenuhnya Laporan Tugas Akhir ini masih belum sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Proposal Tugas Akhir nantinya. Akhir kata penulis do'akan semoga segala bentuk bantuan yang telah diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT. Semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat.

Pekanbaru, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Laporan Tugas Akhir	3
1.4 Manfaat Laporan Tugas Akhir.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit	5
2.1.1 Definisi CHF.....	5
2.1.2 Anatomi Fisiologi	6
2.1.3 Patofisiologi.....	12
2.1.4 Etiologi	18
2.1.5 Manifestasi Klinis	18
2.1.6 Komplikasi.....	20

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	21
2.1.8 Penatalaksanaan Medis.....	22
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	24
2.2.1 Pengkajian	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.2.3 Intervensi	37
2.2.4 Implementasi.....	54
2.2.5 evaluasi	54
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	56
3.2 Analisa Data	59
3.4 Diagnosa Keperawatan.....	60
3.5 Perencanaan Keperawatan.....	60
3.6 Implementasi Keperawatan	63
3.7 Evaluasi Keperawatan	65
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	67
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	67
4.3 Perencanaan	68
4.4 Pelaksanaan	68
4.5 Evaluasi	69
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	70
5.2 Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Struktur ruang jantung	6
--	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	59
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat kesediaan pembimbing
- Lampiran 2 Surat penentuan judul Laporan Tugas Akhir (LTA)
- Lampiran 3 Surat Rekomendasi Pembimbing
- Lampiran 4 Surat Survei Awal di Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data.
- Lampiran 6 Surat Izin Melakukan Asuhan Keperawatan
- Lampiran 7 Surat Izin Penggunaan Lahan Praktek Asuhan Keperawatan
- Lampiran 8 Surat Pernyataan/Penolakan Sebagai Objek Penelitian
- Lampiran 9 Surat Pernyataan Telah Selesai Melakukan Studi Kasus
- Lampiran 10 Lembar Konsul
- Lampiran 11 Lembar Pengajuan Ujian Hasil Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 12 Format Pengkajian
- Lampiran 13 Gambar Genogram
- Lampiran 14 Gambar EKG
- Lampiran 15 Gambar Pemeriksaan Laboratorium
- Lampiran 16 Gambar Rontagen Toraks
- Lampiran 17 Tabel Pemeriksaan Laboratorium
- Lampiran 18 Tabel Catatan Perkembangan
- Lampiran 20 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Congestive Heart Failure (CHF) adalah syndrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur dan fungsi jantung. CHF dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi distolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik) (Sudoyo dkk. 2015)

Congestive Heart Failure masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data Whorld Health Organization (WHO) pada tahun 2007 dilaporkan CHF mempengaruhi lebih dari 20 juta pasien di dunia dan meningkat seiring pertambahan usia dan pada umumnya mengenai pasien dengan usia sekitar lebih dari 65 tahun dengan presentase sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Pada tahun 2030 WHO memprediksi bahwa peningkatan penderita CHF mencapai ± 23 juta jiwa di dunia.

Adapun tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF antara lain dyspnea, fatigue dan gelisah. *Congestive Heart Failure* merupakan salah satu masalah khas utama pada beberapa negara industri maju dan negara berkembang seperti Indonesia (Austaryani, 2012 dalam Didik Aji Asmoro, 2017).

Dalam profil kesehatan Indonesia pada tahun (2005) CHF merupakan urutan ke 5 penyebab kematian terbanyak di Rumah Sakit seluruh Indonesia. Tingkat kematian untuk CHF sekitar 50% dalam waktu lima tahun (Arini, 2015). Pada tahun 2014 terdiri dari 1380 orang terdiri dari 667 laki-laki dan 713 perempuan. Pada tahun 2015 sampai dengan bulan Oktober terdiri dari 863 orang yang terdiri dari 375 perempuan dan 488 laki-laki. Dari tahun ketahun angka kejadian CHF terus mengalami peningkatan (Pranoto, 2015 dalam Didik Aji Asmoro, 2017).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes RI Tahun 2013, prevalensi penyakit CHF di Indonesia mencapai 0,13% dan yang terdiagnosis dokter sebesar 0,3% dari total penduduk berusia 18 tahun ke atas, prevelensinya yang terus meningkat akan memberikan masalah penyakit, kecacatan dan masalah sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat, dan Negara (Depkes RI 2014).

Data rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru pada tahun 2017 terdapat jumlah kasus CHF sebesar 224 kasus dan merupakan penyakit urutan pertama pada kasus kardiovaskular di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru (Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, 2017). Sehubungan dengan prevalensi kejadian CHF masih tinggi yang ditemukan serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat CHF maka peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengobati, mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien.

Agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara maksimal dan optimal maka diperlukan pemahaman tentang konsep dasar penyakit CHF dan proses keperawatannya. Maka penulis termotivasi untuk membahas lebih lanjut laporan tugas akhir ini yang akan menguraikan proses usaha keperawatan tentang CHF.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien dengan CHF Di RSUD Arifin Ahcmad Pekanbaru”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Penulis mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada pasien dengan CHF.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus

- 1) Mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan CHF.
- 2) Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien dengan CHF.
- 3) Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan CHF.
- 4) Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien dengan Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan CHF.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Manfaat teoritis bagi penulis yaitu untuk memberikan deskripsi tentang asuhan keperawatan kepada klien dengan diagnosa CHF di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru.

1.4.2 Manfaat praktis

Berhubungan dengan penulis manfaat yang ingin di capai pada klien dengan kondisi gagal jantung sebagai berikut :

- 1) Bagi Penulis Memperoleh pengalaman dalam melakukan penelitian, disamping itu meningkatkan pemahaman tentang memberikan dan menyusun penatalaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan CHF.
- 2) Bagi Klien Hasil penelitian ini dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan pada klien dengan CHF.
- 3) Bagi Institusi Mengevaluasi tingkat kemampuan mahasiswa dan sebagai cara untuk mengevaluasi materi yang telah diberikan kepada mahasiswa.
- 4) Bagi Rumah Sakit Hasil penelitian yang dilakukan dapat di jadikan sebagai masukan untuk profesi perawat dalam mengaplikasikan Asuhan Keperawatan dalam klien CHF

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

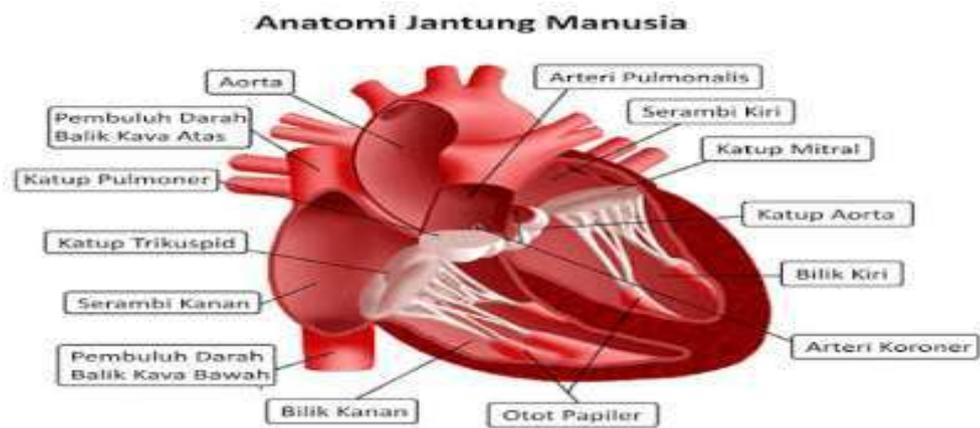
2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

- 1) CHF adalah syndrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur dan fungsi jantung. CHF dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi distolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik).(Sudoyo Aru,dkk 2009).
- 2) CHF adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal (Arif Muttaqin.2009)
- 3) CHF adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. CHF merupakan suatu keadaan dimana patologisnya yaitu kelainan fungsi jantung yang menyebabkan kegagalan jantung untuk memompa darah untuk memenuhi kebutuhan darah yang pada umumnya untuk metabolisme jaringan. Gangguan fungsi jantung dan metode-metode bantuan sirkulasi ditinjau dari efek-efeknya terhadap 3 perubahan penentu utama dari fungsi miokardium yaitu Preload, Afterload dan kontraktilitas miokardium (Udjianti, 2010 ; Ruhyanudin, 2007)

4) CHF adalah keadaan patofisiologik dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk matabolisme jaringan (Price, 2010).

2.1.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1. Struktur ruang jantung (Sumber: Simon dan Schuster,2003)

Anatomi Jantung

Jantung adalah organ berotot dengan empat ruang yang terletak dirongga dada, dibawah perlindungan tulang iga, sedikit kesebelah kiri sternum. Jantung terdapat didalam sebuah kantung longgar berisi cairan yang disebut pericardium.

1. Bentuk Jantung

Bentuk jantung menyerupai jantung pisang, bagian atasnya tumpul (pangkal jantung) dan disebut juga basis kordis. Disebelah bawah agak runcing yang disebut apeks kordis.

2. Letak

Didalam rongga dada sebelah depan (kavum mediastrium anterior), sebelah kiri bawah dari pertengahan rongga dada, diatas diafragma dan

pangkalnya terdapat dibelakang kiri antara kota V dan VI dua jari dibawah papila mammae pada tempet ini teraba adanya pukulan jantung disebut iktus kordis.

3. Ukuran

Ukuran jantung \pm sebesar genggam tangan kanan dan beratnya kira – kira 250 – 300 gr.

4. Lapisan

Adapun lapisan jantung terdiri atas :

a. Endokardium

Endokardium merupakan lapisan jantung yang terdapat disebelah dalam sekali yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir yang melapisi permukaan rongga jantung.

b. Miokardium

Miokardium merupakan lapisan inti dari jantung yang terdiri dari otot – otot jantung, otot jantung ini membentuk bundalan – bundalan otot yaitu:

- 1) Bundalan otot atria, yang terdapat dibagian kiri / kanan dan basis kordis yang membentuk serambi / aurikula kordis.
- 2) Bundalan otot ventrikuler, yang membentuk bilik jantung yang dimulai dari cincin atrio ventrikuler sampai diapik jantung.
- 3) Bundaran otot atrio ventrikuler, yaitu merupakan dinding pemisah antara serambi dan bilik jantung

c. Perikardium

Perikardium merupakan lapisan jantung sebelah luar yang merupakan selaput pembungkus, terdiri dari dua lapisan yaitu lapisan parietal dan viseral yaitu bertemu dipangkal jantung membentuk kantung jantung. Antara dua lapisan jantung ini terdapat lendir sebagai pelicin untuk menjaga agar pergeseran antara perikardium pleura tidak menimbulkan gangguan terhadap jantung. Jantung di persyarafi oleh nervus simpatikus / nervus akselerantis, untuk menggiatkan kerja jantung dan nervus para simpatikus, khususnya cabang dari nervus vagus yang bekerja memperlambat kerja jantung.

5. Pergerakan Jantung

Jantung dapat bergerak yaitu mengembang dan menguncup disebabkan karena adanya rangsangan yang berasal dari susunan syaraf otonom. Rangsangan ini diterima oleh jantung pada simpul syaraf yang terdapat pada atrium dekstra dekat masuknya vena kava yang disebut nodus sino atrial (sinus knop simpul keith flak). Dari sisi rangsangan akan diteruskan kedinding atrium dan juga kebagian septum kordis oleh nodus atrio ventrikular atau simpul tawaran melalui berkas wenkebach.

Dari simpul tewara rangsangan akan melalui bundel atrio ventrikuler (berkas his) dan pada bagian cincin yaitu terdapat antar atrium dan ventrikel yang disebut anulus fibrosus, rangsangan akan terhenti kira – kira 1/10 detik.

Seterusnya rangsangan tersebut akan diteruskan kebagian apeks kordis dan melalui berkas purkinya di sebarkan ke seluruh dinding ventrikel dengan demikian jantung berkontraksi.

Dalam berkerja jantung mempunyai tiga periode :

- a. Periode konstiksi (periode distol). Suatu keadaan dimana jantung bagian ventrikel dalam keadaan mengatup. Katup bikus dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel dekstra mengalir ke arteri pulmonalis masuk keparu – paru kiri dan kanan, sedangkan darah dari ventrikel sinistra mengalir keaorta kemudian diedarkan keseluruh tubuh.
- b. Periode dilatasi (periode diastol). Suatu keadaan dimana jantung mengambang. Katup bikus dan trikuspidalis terbuka, sehingga darah dari atrium sinistra masuk ventrikel sinistra dan darah dari atrium dekstra masuk ke ventrikel dekstra. Selanjutnya darah yang ada paru – paru kiri dan kanan melalui vena pulmonalis masuk keatrium sinistra dan darah dari seluruh tubuh melalui vena kava masuk keatrium dekstra.
- c. Periode istirahat. Yaitu waktu antara periode konstiksi dan dilatasi dimana jantung berhenti kira – kira 1/10 detik. Pada waktu beristirahat jantung akan menguncup sebanyak 70 – 80 kali / menit. Pada tiap – tiap kontraksi jantung akan memindahkan darah ke aorta sebanyak 60 – 70 cc. Kalau kita bekerja maka jantung akan

lebih cepat berkontraksi sehingga darah lebih banyak dialirkan keseluruhan tubuh. Kerja jantung dapat diketahui dengan jalan memeriksa perjalan darah dalam arteri, oleh karena dinding arteri akan mengembang jika ke dalamnya mengalir gelombang darah. Gelombang darah ini menimbulkan denyutnya pada arteri. Sesuai dengan kuncupnya jantung yang disebut denyut nadi atau pulse. Baik buruknya dan teratur tidaknya denyut nadi tergantung dari kembang kempisnya jantung.

6. Siklus Jantung

Pembuluh darah pada peredaran darah kecil, terdiri atas :

- a. Arteri pulmonalis, merupakan pembuluh darah yang keluar dari ventrikel dekstra menuju keparu – paru. Mempunyai dua cabang yaitu dekstra dan sinistra untuk paru – paru kanan dan kiri yang banyak mengandung CO_2 di dalam darahnya.
- b. Vena pulmonalis, merupakan vena pendek yang membawa darah dari paru – paru masuk ke jantung bagian atrium sinistra. Di dalam berisi dalam yang banyak mengandung O_2 . Pembuluh darah pada peredaran darah besar, yaitu ; aorta, merupakan pembuluh darah arteri yang besar yang keluar dari jantung bagian vantrikel sinistra melalui aorta ascendens lalu membelok ke belakang melalui radiks pulmonolis sinistra, turun sepanjang kolumna vertebralis menembus diafragma lalu menurun ke bagian perut.

Jalannya arteri terbagi atas tiga bagian ;

- a. Aorta ascendens, aorta yang naik ke atas dengan panjangnya ± 5 cm, cabangnya arteri koronaria masuk ke jantung.
- b. Arkus aorta, yaitu bagian aorta yang melengkung arah kekiri, di depan trakea sedikit ke bawah sampai vena torakalis IV. Cabang – cabangnya : Arteri brakia sefalika atau arteri anomina, Arteri subklavia sinistra dan arteri karotis komunis sinistra.
- c. Aorta descendens, bagian aorta yang menurun mulai dari vertebra torakalis IV sampai vertebra lumbalis IV.

7. Bunyi Jantung

Bunyi jantung terdengar dua macam suara yaitu bunyi ritma disebabkan menutupnya katup atrio ventrikel dan bunyi kedua karena menutupnya katup aorta dan arteri pulmonar setelah kontraksi dari ventrikel. Bunyi pertama panjang yang kedua pendek dan tajam.

8. Daya Pompa Jantung

Dalam keadaan istirahat jantung beredar 70 kali/menit. Pada waktu banyak pergerakan, kecepatan jantung dicapai 150 kali/menit dengan daya pompa 20 – 25 liter/menit. Setiap menit sejumlah volume darah yang tepat sama sekali dialirkan dari vena ke jantung, apabila pengambalian dari vena tidak seimbang dan ventrikel gagal mengimbanginya dengan daya pompa jantung jadi membengkak berisi darah sehingga tekanan dalam vena naik dan dalam jangka waktu lama bisa menjadi edema.

9. Katup – katup Pada Jantung

Didalam jantung terdapat katup yang sangat penting artinya dalam susunan peredaran darah dan pergerakan jantung manusia.

- a. Valvula trikuspidalis, terdapat antara atrium dikstra dengan ventrikel dekstra yang terdiri dari 3 katup.
- b. Valvula bikuspidalis, terletak antara atrium sinistra dengan vantrikel sinistra yang terdiri dari 2 katup.
- c. Valvula semilunaris arteri pulmanalis, terletak antara ventrikel dekstra dengan arteri polmunalis dimana darah mengalir menuju keparu – paru.
- d. Valvula semilunaris aorta, terletak antara ventrikel sinistra dengan aorta dimana darah mengalir menuju keseluruh tubuh.

2.1.3 Patofisiologi

Bila cadangan jantung untuk berespons terhadap stress tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa, akibatnya terjadilah CHF. Jika reverasi jantung normal mengalami kepayahan dan kegagalan , respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung adalah penting. Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital tetap normal. Terdapat empat mekanisme respons primer terhadap CHF meliputi:

- 1) Meningkatnya aktivitas adregenik simpatis
- 2) Meningkatnya beban awal akibat aktivasi nerohormon.
- 3) Hipertrofi ventrikel.

4) Volume cairan berlebih

Keempat respon ini adalah upaya untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini dan pada keadaan istirahat. Tetapi, kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada saat beraktivitas. Dengan berlanjutnya CHF, maka kompensasi akan menjadi semakin kurang efektif.

1) Meningkatnya Aktivitas Adrenergik Simpatis

Menurunnya volume sekucup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatoris. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung akan meningkat secara maksimal untuk mempertahankan curah jantung. Arteri perifer juga melakukan vasokonstriksi untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang rendah metabolismenya seperti kulit dan ginjal.

Hal ini bertujuan agar perfusi ke jantung dan otak dapat dipertahankan. Venokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena ke sisi kanan jantung, untuk selanjutnya menambah kekuatan kontraksi sesuai dengan hukum Starling. Pada keadaan CHF, baroreseptor diaktivasi sehingga menyebabkan peningkatan aktivitas simpatis pada jantung, ginjal, dan pembuluh darah perifer. Angiotensin II dapat meningkatkan aktivitas simpatis tersebut. Aktivitas system saraf simpatis

yang berlebihan menyebabkan peningkatan kadar noradrenalin plasma, yang selanjutnya akan menyebabkan vasokonstriksi, takikardia, serta retensi garam dan air. Aktivitas simpatis yang berlebihan juga dapat menyebabkan nekrosis sel otot jantung. Perubahan ini dapat dihubungkan dengan observasi yang menunjukkan bahwa penyimpanan norepinefrin pada miokardium menjadi berkurang pada gagal jantung kronis.

2) Peningkatan Beban Awal Melalui Sistem RAA

Aktivasi system renin-angiotensin-aldosteron (RAA) menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel, dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan hukum Starling. Mekanisme pasti yang mengakibatkan aktivasi sistem RAA pada gagal jantung masih belum jelas. Sistem RAA bertujuan untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang adekuat serta mempertahankan tekanan darah.

Renin merupakan enzim yang disekresikan oleh sel-sel juxtaglomerulus, yang terletak berbatasan dengan arteriol renal aferen dan bersebelahan dengan makula densa pada tubulus distal. Renin merupakan enzim yang mengubah angiotensinogen (sebagian besar berasal dari hati) menjadi angiotensin I.

Angiotensin converting enzyme (ACE) yang terikat pada membran plasma sel endotel akan memecahkan dua asam amino dan angiotensin I untuk membentuk angiotensin II. Angiotensin II memiliki beberapa fungsi penting untuk memelihara homeostatis sirkulasi yaitu merangsang

konstriksi arteriol pada ginjal dan sirkulasi sistemis, serta mereabsorpsi natrium pada bagian proksimal nefron. Angiotensin II juga mentimulasi korteks adrenal untuk mensekresi aldosteron, yang akan merangsang reabsorpsi natrium (dalam pertukaran dengan kalium) pada bagian distal dari nefron, serta diusus besar, kelenjar air ludah dan kelenjar keringat. Renin disekresi pada keadaan menurunnya tekanan darah, kekurangan natrium dan peningkatan aktivitas simpatis ginjal (Stephen G. Ball *et al.*, 1996).

Angiotensin I sebagian besar diubah di paru-paru menjadi angiotensin II, suatu zat presor yang paten oleh *angiotensin converting enzyme* (ACE). ACE juga dapat memecah bradikinin dan bekerja pada sejumlah peptide lain. Angiotensin II dipecah secara cepat oleh enzim non-spesifik yang disebut angiotensinase. Angiotensin II memegang peran utama dalam SRAA karena meningkatkan tekanan darah dengan beberapa macam cara seperti: vasokonstriksi, retensi garam dan cairan serta takikardia.

Peptida natriuretik atrial (PNA) disekresikan oleh jantung kemudian masuk kedalam sirkulasi. Sekresinya terutama dipengaruhi oleh peningkatan pada dinding atrium atau vertikel, biasanya akibat peningkatan tekanan atrium dan vertikel. PNA menyebabkan dilatasi dari arteri yang mengalami konstriksi akibat neurohormon lain serta meningkatkan ekresi garam dan air.

3) Hipertrofi Ventrikel

Respons terhadap kegagalan jantung lainnya adalah hipertrofi ventrikel atau bertambahnya ketebalan dinding ventrikel. Hipertrofi meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium, bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial. Sebagai contoh, suatu beban tekanan yang ditimbulkan oleh adanya stenosis aorta, akan disertai penambahan ketebalan dinding tanpa penambahan ukuran ruang di dalamnya. Respons miokardium terhadap beban volume seperti pada regurgitasi aorta, ditandai dengan dilatasi dan bertambahnya ketebalan dinding. Kombinasi ini diduga merupakan akibat dari bertambahnya jumlah sarkomer yang tersusun secara serial.

4) Volume cairan berlebih

Remodelling jantung terjadi agar dapat menghasilkan volume sekuncup yang besar. Karena setiap sarkomer mempunyai jarak pemendekan puncak yang terbatas, maka peningkatan volume sekuncup dicapai dengan peningkatan jumlah sarkomer seri, yang akan menyebabkan peningkatan volume ventrikel. Pelebaran ini membutuhkan ketegangan dinding yang lebih besar agar dapat menimbulkan tekanan intraventrikel yang sama sehingga membutuhkan peningkatan jumlah miofibril paralel. Sebagai akibatnya, terjadi peningkatan ketebalan dinding ventrikel kiri. Jadi volume cairan berlebih menyebabkan pelebaran ruang dan hipertrofi eksentrik.

2.1.4 Etiologi

Faktor-faktor yang mengganggu pengisian vertikel seperti stenosis katup atrioventrikularis dapat menyebabkan gagal jantung. Keadaan-keadaan seperti pericarditis konstriktif dan tamponade jantung mengakibatkan gagal jantung melalui gabungan efek seperti gangguan pada pengisian vertikel dan ejsi ventrikel. Dengan demikian jelas sekali tidak ada satupun mekanisme fisiologis atau gabungan berbagai mekanisme yang bertanggung jawab atas terjadinya gagal jantung; efektivitas jantung sebagai pompa dapat dipengaruhi oleh berbagai gangguan patofisiologis. Faktor-faktor yang dapat memicu perkembangan gagal jantung melalui penurunan sirkulasi yang mendadak dapat berupa aritmia, infeksi, sistemis, infeksi paru-paru, dan emboli paru.

2.1.5 Manifestasi klinis

1. Kriteria major
 - a) Proksimal nocturnal dyspnea
 - b) Distensia vena leher
 - c) Ronki paru
 - d) Kardiomegali
 - e) Edema paru akut
 - f) Gallop S3
 - g) Peninggian vena jugularis
 - h) Refluks hepatojugular

2. Kriteria minor

- a) Edema ekstermitas
- b) Batuk malam hari
- c) Dipnea d'effort
- d) Hepatomegali
- e) Efusi pleura
- f) Penurunan kapasitas vital 1/3 dari normal
- g) Takikardia (>120/menit)

3. Major atau minor

Penurunan BB \geq 4.5 kg dalam 5 hari pengobatan diagnosa gagal jantung ditegakan minimal ada 1 kriteria major dan 2 kriteria minor (Sudoyo Aru,dkk 2009).

Pada anak dan bayi:

- 1. Takikardi (denyut jantung > 160 kali / menit pada anak umur dibawah 12 bulan;> 120 kali/menit pada umur 12 bulan-5 tahun
- 2. Hepatomegali, peningkatan vena jugularis dan edema perifer (tanda kongestif)
- 3. Irama derap dengan crackles/ronki pada basal paru
- 4. Pada bayi-napas cepat (atau berkeringat, terutama saat diberi makanan pada anak yang lebih tua-edema kedua tungkai, tangan atau muka, atau pelebaran vena leher.
- 5. Telapak tangan sangat pucat, terjadi bila gagal jantung disebabkan oleh anemia.

Klasifikasi fungsional gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA)

Kelas I : Tidak ada keterbatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan keletihan atau dispnea.

Kelas II : sedikit keterbatasan fisik. Merasa nyaman saat istirahat , tetapi aktifitas fisik biasa menyebabkan keletihan atau dyspnea.

Kelas III : keterbatasan nyata aktifitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan saat istirahat. Jika aktivitas fisik di lakukan, gejala meningkat.

Kelas IV : Tidak mampu melaksanakan aktivitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan pada saat istirahat, jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi akut gagal jantung meliputi :

1. Edema paru
2. Gagal ginjal akut
3. Aritmia

Komplikasi kronis meliputi :

1. Intoleransi terhadap aktivitas
2. Gangguan ginjal
3. Kakeksia jantung
4. Kerusakan metabolik dan Tromboembolisme

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

1. Ekokardiografi

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

2. Rontgen toraks

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

3. Elektrokardiografi

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

Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan gagal jantung dapat ditemukan kelainan EKG seperti berikut ini.

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

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi Oksigen

Pemberian oksigen ditujukan pada klien gagal jantung disertai dengan edema paru. Pemenuhan oksigen akan mengurangi kebutuhan miokardium dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen.

2. Terapi nitrat dan vasodilator

Penggunaan nitrat, baik secara akut maupun kronis, sangat dianjurkan dalam penatalaksanaan gagal jantung. Jantung mengalami *unloaded* (penurunan *afterload*-beban akhir), dengan adanya vasodilatasi perifer. Peningkatan curah jantung lanjut akan menurunkan pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vaskular pulmonal dan beratnya ventrikel kiri dan penurunan pada konsumsi oksigen miokardium.

3. Terapi Diuretik

Selain tirah baring, klien dengan gagal jantung perlu pembatasan garam dan air serta diuretik baik oral atau parenteral. Tujuannya agar menurunkan *preload* (beban awal) dan kerja jantung. Diuretik memiliki efek antihipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Hal ini menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.

Jika garam natrium ditahan, air juga akan tertahan dan tekanan darah akan meningkat. Banyak jenis diuretik yang menyebabkan pelepasan elektrolit-elektrolit lainnya, termasuk kalium, magnesium, klorida dan bikarbonat. Diuretik yang meningkatkan ekresi kalium digolongkan sebagai diuretik yang tidak menahan kalium, dan diuretik yang menahan kalium disebut diuretik hemat kalium.

4. Digitalis

Digitalis adalah obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas. Digitalis diberikan dalam dosis yang sangat besar dan dengan cepat diulang. Klien dengan gagal jantung lebih berat mungkin mendapat keuntungan dengan terapi digitalis jangka panjang. Mempertahankan kadar obat serum 1,54 sampai 2,56 nmol/liter.

5. Inotropik positif

Dopamin bisa juga digunakan untuk meningkatkan denyut jantung pada keadaan bradikardi di saat tropin tidak menghasilkan kerja yang efektif pada dosis 5-20 mg/kg/menit. Dopamin sering kali diberikan

dalam bentuk campuran dengan konsentrasi 400-800 mg dalam 250 ml dekstrosa 5% dalam air dan diberikan secara IV melalui pompa infus volumetrik untuk mendapatkan dosis yang akurat. Dobutamin (dobutrex) adalah suatu obat simpatomimetik dengan kerja beta 1 adrenergik. Dobutamin yang sering digunakan adalah 1000 mg dicampur dalam 250 ml dekstrosa 5% dalam air atau normalsalin.

6. Terapi Sedatif

Pada keadaan gagal jantung berat, pemberian sedative untuk mengurangi kegelisahan dapat diberikan. Dosis phenobarbital 15-30 mg empat kali sehari dengan tujuan mengistirahatkan klien dan memberi relaksasi pada klien.

7. Diet

Rasional dukungan diet adalah mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara sesuai dengan selera dan pola makan klien dan pembatasan natrium.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1) Keluhan utama

Keluhan klien dengan CHF adalah kelemahan saat beraktivitas dan sesak napas.

2) Riwayat Penyakit saat ini

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien

Secara PQRST, yaitu:

- a. *Provoking Incident* : kelemahan fisik terjadi setelah melakukan aktivitas ringan sampai berat, sesuai derajat gangguan pada jantung
- b. *Quality of pain* : seperti apa keluhan kelemahan dalam melakukan aktivitas yang dirasakan atau digambarkan klien. Biasanya setiap beraktivitas klien merasakan sesak napas (dengan menggunakan alat atau otot bantu pernapasan)
- c. *Region radiation, relief*
- d. *Severity (scale) of pain*: kaji rentang kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Biasanya kemampuan klien dalam beraktivitas menurun sesuai derajat gangguan perfusi yang dialami organ.
- e. *Time*: sifat mula timbulnya (*onset*), keluhan kelemahan beraktivitas biasanya timbul perlahan. Lama timbulnya (durasi) kelemahan saat beraktivitas biasanya setiap saat, baik saat istirahat maupun saat beraktivitas.

3) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian RPD yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, hipertensi, iskemia miokardium, diabetes mellitus, dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu dan masih relevan dengan kondisi saat ini. Obat-obat ini meliputi diuretik, nitrat, penghambat beta, dan antihipertensi. Catat adanya efek samping yang

terjadi di masa lalu, alergi obat, dan tanyakan reaksi alergi apa yang timbul. Sering kali klien menafsirkan suatu alergi dengan efek samping obat.

4) Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal terutama pada usia produktif, dan penyebab kematiannya. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor risiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya.

5) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Perawat menanyakan situasi klien bekerja dan lingkungannya. Menanyakan kebiasaan dan pola hidup misalnya minum alkohol atau obat tertentu. Kebiasaan merokok dengan menanyakan tentang kebiasaan merokok, sudah berapa lama, berapa batang perhari, dan jenis rokok.

6) Pengkajian Psikososial

Perubahan integritas ego didapatkan klien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit atau perawatan yang tak perlu, khawatir dengan keluarga, pekerjaan dan keuangan. Kondisi ini ditandai dengan sikap menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri.

Interaksi sosial dikaji terhadap adanya stres karena keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, kesulitan coping dengan stressor yang ada. Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi

jaringan, stress akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat ditandai dengan insomnia atau tampak kebingungan.

7) Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien gagal jantung biasanya baik atau compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan perfusi system saraf pusat.

1. Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum klien gagal jantung biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau compos metis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi system saraf pusat.

B1 (Breathing)

1) Kongesti Vaskular Pulmonal

Gejala-gejala kongesti vascular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut.

2) Dispnea

Dispnea, di karakteristik dengan pernafasan cepat, dangkal, dan keadaan yang menunjukkan bahwa klien sulit mendapatkan udara yang cukup, yang menekan klien. Terkadang klien mengeluh adanya insomnia, gelisah, atau kelemahan, yang disebabkan oleh dispnea.

3) Ortopnea

Ortopnea adalah ketidakmampuan untuk berbaring datar karena dispnea, adalah keluhan umum lain dari gagal vertikel kiri yang

berhubungan dengan kongesti vaskular pulmonal. Perawat harus menentukan apakah ortopnea benar-benar berhubungan dengan penyakit jantung atau apakah peninggian kepala saat tidur adalah kebiasaan klien. Sebagai contoh bila klien menyatakan bahwa ia terbiasa menggunakan tiga bantal saat tidur. Tetapi, perawat harus menanyakan alasan klien tidur dengan menggunakan tiga bantal. Bila klien mengatakan bahwa ia melakukan ini karena menyukai tidur dengan ketinggian ini dan telah dilakukan sejak sebelum mempunyai gejala gangguan jantung, kondisi ini tidak tepat dianggap sebagai ortopnea.

4) Batuk

Batuk iritatif adalah salah satu gejala kongesti vascular pulmonal yang sering terlewatkan, tetapi dapat merupakan gejala dominan. Batuk ini dapat produktif, tetapi biasanya kering dan pendek. Gejala ini dihubungkan dengan kongesti mukosa bronkial dan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus.

5) Edema pulmonal

Edema pulmonal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vascular pulmonal. Ini terjadi bila tekanan kapiler pulmonal melebihi tekanan yang cenderung mempertahankan cairan di dalam saluran vaskular (kurang lebih 30 mmHg). Pada tekanan ini, terdapat transduksi cairan ke dalam alveoli, yang sebaliknya menurunkan tersediannya area untuk transport

normal oksigen dan karbondioksida masuk dan keluar dari darah dalam kapiler pulmonar. Edema pulmonal akut dicirikan oleh dispnea hebat, batuk, ortopnea, ansietas dalam, sianosis, berkeringat, kelainan bunyi pernapasan, sangat sering nyeri dada dan sputum berwarna merah mudah, dan berbusa dari mulut. Ini memerlukan kedaruratan medis dan harus ditangani.

B2 (Blood)

1) Inspeksi

Inspeksi tentang adanya parut pada dada, keluhan kelemahan fisik, dan adanya edema ekstermitas

2) Palpasi

Denyut nadi perifer melemah. *Thrill* biasanya ditemukan.

3) Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekucup. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya ditemukan apabila penyebab gagal jantung adalah kelainan katup

4) Perkusi

Batas jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali)

5) Penurunan Curah Jantung

Selain gejala-gejala yang diakibatkan gagal ventrikel kiri dan kongesti vascular pulmonal, kegagalan ventrikel kiri juga dihubungkan dengan gejala tidak spesifik yang berhubungan dengan

penurunan curah jantung. Klien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, apatis letargi, kesulitan berkonsentrasi, defisit memori, atau penurunan toleransi latihan. Gejala ini mungkin timbul pada tingkat curah jantung rendah kronis dan merupakan keluhan utama klien. curah jantung rendah kronis dan merupakan keluhan utama klien. Namun, gejala ini tidak spesifik dan sering dianggap sebagai depresi, neurosis atau keluhan fungsional.

6) Bunyi Jantung dan Crackles

Tanda fisik yang berkaitan dengan kegagalan vertikel kiri yang dapat dikenali dengan mudah adalah adanya bunyi jantung ketiga dan keempat (S3, S4) dan crackles pada paru-paru. S4 atau gallop atrium, dihubungkan dengan dan mengikuti kontraksi atrium dan terdengar paling baik dengan bell stetoskop yang ditempelkan dengan tepat pada apeks jantung. Klien diminta untuk berbaring pada posisi miring kiri untuk mendapatkan bunyi. Bunyi S4 ini terdengar sebelum bunyi jantung pertama (S1) dan tidak selalu merupakan tanda pasti kegagalan kongestif, tetapi bunyi jantung pertama (S1) dan tidak selalu merupakan tanda pasti kegagalan kongestif, tetapi dapat menunjukkan adanya penurunan complains (peningkatan kekakuan) miokardium. Bunyi S4 umumnya ditemukan pada klien dengan infark miokardium akut. S3 terdengar pada awal diastolik setelah bunyi jantung kedua (S2) dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Suara ini juga terdengar paling baik dengan bell

stetoskop yang diletakkan tepat apeks, akan lebih baik dengan posisi klien berbaring miring kiri, dan pada akhir ekspirasi. Crackles atau ronkhi basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru dan sering dikenali sebagai bukti gagal vertikel kiri. Sebelum crackles ditetapkan sebagai kegagalan pompa jantung, klien harus diinstruksikan untuk batuk dalam yang bertujuan membuka alveoli basilaris yang mungkin mengalami kompresi karena berada di bawah diafragma.

7) Disritmia

Karena peningkatan frekuensi jantung adalah respons awal jantung terhadap stress, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering ditemukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa jantung. Irama lain yang berhubungan dengan kegagalan pompa meliputi kontraksi atrium prematur, takikardia atrium proksimal, dan denyut vertikel prematur. Kapan pun abnormalitas irama terdeteksi, seseorang harus berupaya untuk menemukan mekanisme dasar patofisiologisnya, kemudian terapi dapat direncanakan dan diberikan dengan tepat.

8) Distensi Vena Jugularis

Bila vertikel kanan tidak mampu berkompensasi, maka akan terjadi dilatasi ruang, peningkatan volume dan tekanan pada diastolik akhir vertikel kanan, tahanan untuk mengisi vertikel, dan peningkatan lanjut pada tekanan atrium kanan. Peningkatan tekanan ini sebaiknya memantulkan ke hulu vena kava dan dapat diketahui dengan

peningkatan pada tekanan vena jugularis. Klien diinstruksikan untuk berbaring ditempat tidur dengan kepala tempat tidur ditinggikan antara 30 sampai 60 derajat, kolom darah di vena-vena jugularis eksternal akan meningkat. Pada orang normal, hanya beberapa millimeter di atas batas atas klavikula, namun pada klien gagal vertikel kanan akan tampak sangat jelas dan berkisar 1 sampai 2 cm.

9) Kulit dingin

Kegagalan arus darah ke depan (*forward failure*) pada ventrikel kiri menimbulkan tanda-tanda yang menunjukkan berkurangnya perfusi ke organ-organ. Karena darah dialihkan dari organ-organ nonvital ke organ-organ vital seperti jantung dan otak untuk mempertahankan perfusi organ-organ seperti kulit dan otot-otot rangka. Kulit tampak pucat dan terasa dingin karena pembuluh darah perifer mengalami vasokonstriksi dan kadar hemoglobin yang tereduksi meningkat. Sehingga akan terjadi sianosis.

10) Perubahan nadi.

Pemeriksaan denyut arteri selama gagal jantung menunjukkan denyut yang cepat dan lemah. Denyut jantung yang cepat atau takikardia, mencerminkan respons terhadap perangsangan saraf simpatis. Penurunan yang bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokonstriksi perifer mengurangi tekanan nadi (perbedaan antara tekanan sistolik dan diastolik), sehingga menghasilkan denyut yang lemah atau *theready pulse*.

Hipotensi sistolik ditemukan pada gagal jantung yang lebih berat. Selain itu, pada gagal jantung kiri yang berat dapat timbul *pulsus alternans* (suatu perubahan kekuatan denyut arteri). Pulsus alternans menunjukkan gangguan fungsi mekanis yang berat dengan berulangnya variasi denyut ke denyut pada curah sekuncup.

B3 (Brain)

Kesadaran klien biasanya compos mentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien meliputi wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

B4 (Bladder)

Pengukuran volume keluaran urine selalu dihubungkan dengan intake cairan. Perawat perlu memonitor adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah.

B5 (Bowel)

1) Hepatomegali

Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar. Bila proses ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh portal meningkat, sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, yaitu suatu kondisi yang dinamakan asites. Pengumpulan cairan dalam rongga abdomen ini dapat menyebabkan tekanan pada diafragma dan distress pernapasan.

2) Anoreksia

Anoreksia (hilangnya selera makan) dan mual terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen.

B6 (Bone)

1) Edema

Edema sering dipertimbangkan sebagai tanda gagal jantung ditandai dengan gagal vertikal kanan . Akibat ini terutama lansia yang menghabiskan waktu mereka untuk duduk di kursi dengan kaki tergantung sehingga terjadi penurunan turgor jaringan subkutan yang berhubungan dengan usia lanjut, dan mungkin penyakit vena primer seperti varikosis, edema pergelangan kaki dapat terjadi yang mewakili faktor ini daripada kegagalan ventrikel kanan. Bila edema tampak dan berhubungan dengan kegagalan di vertikal kanan, bergantung pada lokasinya. Bila klien berdiri atau bangun, edema akan ditemukan secara primer pada pergelangan kaki dan akan terus berlanjut ke bagian atas tungkai bila kegagalan makin buruk. Bila klien berbaring di tempat tidur, bagian yang bergantung adalah area sacrum. Manifestasi klinis yang tampak meliputi edema ekstermitas bawah (edema dependen), yang biasanya merupakan pitting edema, penambahan berat badan, hepatomegali (pembesaran hepar), distensi vena leher, asites (penimbunan cairan didalam rongga peritoneum), anoreksia dan mual, nokturia, serta kelemahan. Edema sakral sering jarang terjadi pada klien yang berbaring lama. Pitting edema adalah edema yang akan tetap

cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari, dan akan jelas terlihat setelah terjadi retensi cairan minimal 4,5 kg.

2) Mudah lelah

Klien dengan gagal jantung akan cepat merasa lelah, hal ini terjadi akibat curah jantung yang berkurang yang dapat menghambat sirkulasi normal dan suplai oksigen ke jaringan dan menghambat pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk. Perfusi yang kurang pada otot-otot rangka menyebabkan kelemahan dan keletihan. Gejala-gejala ini dapat dipicu oleh ketidakseimbangan cairan dan elektrolit atau anoreksia.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, irama, konduksi ektrikal.
2. Nyeri dada b.d kurangnya suplai darah ke miokardium, perubahan metabolisme, peningkatan produksi asam laktat
3. Resiko tinggi gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan perembesan cairan, kongesti paru akibat sekunder dari perubahan membran kapiler alveoli dan retensi cairan intertestial
4. Resiko tinggi ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan cairan di paru
5. Resiko tinggi gangguan perfusi perifer b.d menurunnya curah jantung

6. Resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran yang berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.
7. Resiko tinggi kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kelebihan cairan sistemis akibat sekunder dari penurunan curah jantung, gagal jantung kanan.
8. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung.
9. Resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake, mual, dan anoreksia.
10. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak nafas
11. Resiko tinggi cedera yang berhubungan dengan pusing dan kelemahan
12. Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, penurunan status kesehatan, situasi krisis, ancaman, atau perubahan kesehatan
13. Resiko tinggi konstipasi yang berhubungan dengan penurunan intake serat dan penurunan bising usus.
14. Ketidakefektifan koping individu yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah, perubahan peran.
15. Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.

2.2.3 Intervensi

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, irama, konduksi ektrikal.

Ditandai dengan :

Peningkatan frekuensi jantung (takikardia), disritmia, perubahan gambaran pola EKG, perubahan tekanan darah (hipotensi/hipertensi), bunyi jantung ekstra (S3,S4) tidak terdengar, penurunan output urine, nadi perifer tidak teraba, kulit dingin (kusam), diaphoresis, otopnea, krakles, distensi vena jugularis, pembesaran hepar, edema ekstermitas, dan nyeri dada.

a. Tujuan

Dalam waktu 3x24 Jam, penurunan curah jantung dapat teratasi dan tanda vital dalam batas yang diterima (disritmia terkontrol atau hilang), dan bebas gejala gagal jantung (parameter hemodinamika dalam batas normal), output urine adekuat.

b. Kriteria evaluasi

Klien akan melaporkan penurunan episode dispneu, berperan dalam aktivitas yang dapat mengurangi beban kerja jantung, tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg, nadi 80x/menit), tidak terjadi aritmia, denyut jantung dan irama jantung teratur, CRT kurang dari 3 detik, produksi urine > 30 ml/jam

c. Intervensi

- 1) Kaji dan laporkan tanda penurunan curah jantung

Rasional : kejadian mortalitas dan morbiditas sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama.

- 2) Periksa keadaan klien dengan mengaukultasi nadi apical,kaji frekuensi, irama jantung (dokumentasi disritmia, bila tersedia telemetri)

Rasional : biasanya terjadi takikardi meskipun pada saat istirahat untuk mengompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel, KAP,PAT,MAT,PVC, dan AF disritmia umum berkenan dengan GJK meskipun lainnya juga terjadi.

- 3) Catat bunyi jantung

Rasional: S1 dan S2 mungkin lemah kaena menurunnya kerja pompa, irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah yang mengalir ke dalam serambi yang mengalami distensi, mumur dapat menunjukkan inkompetensi/stenosis mitral

- 4) Palpasi nadi perifer

Rasional : penurunan curah jantung dapat ditunjukkan dengan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis pedis, dan post tibial, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur saat dipalpasi dan gangguan palpasi (denyut kuat disertai dengan denyut lemah) mungkin ada.

- 5) Pantau adanya output urine, catat jumlah dan kepekatan/konsentrasi urine.

Rasional : ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorbsi natrium dan cairan, output urine biasanya menurun

selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila klien tidur.

6) Istirahatkan klien dengan tirah baring optimal

Rasional : karena jantung tidak dapat diharapkan untuk benar-benar istirahat saat proses pemulihan seperti luka pada patah tulang, maka hal terbaik yang dilakukan adalah dengan mengistirahatkan klien, sehingga melalui inaktivitas, kebutuhan pemompaan jantung diturunkan. Tirah baring merupakan bagian yang penting dari pengobatan gagal jantung kongestif, khususnya pada tahanan akut dan sulit disembuhkan. Selain itu untuk menurunkan seluruh kebutuhan kerja pada jantung, tirah baring membantu dalam menurunkan beban kerja dengan menurunkan volume intravascular induksi diuresis berbaring, meningkatkan tenaga cadangan jantung, dan menurunkan TD.

7) Atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus dinaikkan 20 sampai 30 cm (8-10 inci) atau klien didudukkan di kursi.

Rasional : untuk mengurangi kesulitan bernafas dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung yang dapat mengurangi kongesti paru.

8) Kaji perubahan pada sensorik, contoh letargi, cemas, depresi.

Rasional : dapat menunjukkan tidak adekuatnya perfusi serebral akibat sekunder dan penurunan curah jantung.

9) Berikan istirahat psikologi dengan lingkungan dengan tenang

Rasional : Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi, yang terkait dan meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi/kerja jantung.

10) Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker sesuai indikasi.

Rasional :meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokrdium melawan efek hipoksia/iskemia.

11) Hindari manuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepal-gepalkan tangan.

Rasional : berjongkok meningkatkan aliran balik vena dan resistensi arteri sistemis secara stimulan menyebabkan kenaikan volume sekuncup (stroke volume) dan tekanan atrial. Peregangan ventrikel kiri bertambah akan meningkatkan beban kerja jantung secara timulan.Latihan isometrik/ mengepal-gepalkan tangan secara terus-menerus 20-30 detik meningkatkan retensi aterial sistemis, TD, dan ukuran jantung dan akan meningkatkan beban kerja jantung.

12) Kolaborasi untuk pemberian diet jantung

Rasional : mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan klien.

13) Kolaborasi untuk pemberian obat

Rasional : untuk meningkatkan volume sekuncup , memperbaiki kontraktilitas, dan menurunkan kongesti. Diuretik, Furosemid (Lasix), Sprironolaktor (aldakton)

Rasional : obat yang dapat menurunkan preload Vasodilatator

a) Nitrat (isosorbide, dinitrat, isordil)

Rasional : untuk meningkatkan curah jantung, menurunkan volume sirkulasi dan tahanan vaskuler sistemik/ antridiatol kerja ventrikel.

b) Digoxin (lanoxin)

Rasional : untuk meningkatkan kekuatan miokardium dan memperlambat frekuensi jantung, menurunkan volume sirkulasi dan tahanan vaskuler sistem

c) Captopril (capoten)

d) Lisinopril (prinivil)

e) Enapril (vasotec)

Rasional : meningkatkan kekuatan kontraksi miokardium dan memperlambat frekuensi jantung dengan menurunkan konduksi dan memperlambat periode refraktori angiotensin dalam paru dan menurunkan vasokonstriksi, svr, dan TD.

14) Morfin sulfat

Rasional : menurunkan kerja miokardium, menurunkan cemas, dan mengistirahatkan sirkulasi umpan balik, pengeluaran katekolamin, vasokonstriksi.

15) Tranquilizer/sedatife

Rasional : meningkatkan istirahat dan menurunkan kebutuhan oksigen dan kerja miokardium.

14) Antikoagulan, contoh heparin dosis rendah, warfarin (Coumadin)

Rasional : untuk mencegah pembentukan thrombus/emboli pada adanya faktor risiko seperti statis vena, tirah baring, disritmia jantung, dan riwayat episode sebelumnya.

15) Pemberian cairan IV, pembatasan jumlah total sesuai dengan indikasi, hindari cairan garam.

Rasional : karena adanya peningkatan tekanan ventrikel kiri, klien tidak dapat menoleransi peningkatan volume cairan (preload), klien juga mengeluarkan sedikit natrium, yang menyebabkan retensi cairan dan meningkatkan kerja miokardium.

16) Pantau rangkaian gambaran EKG dan perubahan foto Rontagen toraks

Rasional : depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen. Foto rontagen toraks dapat menunjukkan pembesaran jantung dan perubahan kongesti pulmonal.

2. Resiko tinggi gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan perembesan cairan, kongesti paru akibat sekunder dari perubahan membran kapiler alveoli dan retensi cairan intertestial.

a. Tujuan

Dalam waktu 3x24 jam tidak ada keluhan sesak atau terdapat penurunan respon sesak napas

b. Kriteria evaluasi

Secara subjektif klien menyatakan penurunan sesak napas, secara objektif didapatkan tanda vital dalam batas normal (RR 16-20 x/menit), tidak ada penggunaan otot bantu napas, analisa gas darah dalam batas normal.

c. Intervensi

1) Berikan tambahan oksigen 6 liter/menit.

Rasional : untuk meningkatkan konsentrasi oksigen dalam pertukaran gas.

2) Pantau saturasi (oksimetri), Ph, Be, HCO₃ dengan analisa gas darah.

Rasional : untuk mengetahui tingkat oksigenisasi pada jaringan sebagai dampak adekuat tidaknya proses pertukaran oksigen.

3) Koreksi keseimbangan asam basah

Rasional : mencegah asidosis yang dapat memperberat fungsi pernapasan.

4) Cegah atelectasis dengan melatih batuk efektif dan napas dalam

Rasional : kongesti yang berat kan memperburuk proses penukaran gas sehingga berdampak pada timbulnya hipoksia.

5) Kolaborasi :

a) RL 500 cc/ 24c jam

b) Digoxin 1-0-0

Rasional : meningkatkan kontraktilitas otot jantung sehingga dapat mengurangi timbulnya edema sehingga dapat mencegah gangguan pertukaran gas.

c) Furosemide

Rasional : membantu mencegah terjadinya retensi cairan dengan menghambat ADH.

3. Resiko tinggi kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kelebihan cairan sistemis akibat sekunder dari penurunan curah jantung, gagal jantung kanan.

a. Tujuan

Dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemis.

b. Kriteria evaluasi

Klien tidak sesak napas, edema ekstermitas berkurang, pitting edema (-), produksi urine > 600 ml/hr.

c. Intervensi

1) Kaji adanya edema ekstermitas

Rasional : dugaan adanya gagal jantung kongestif/kelebihan volume cairan.

2) Kaji tekanan darah

Rasional : sebagai salah satu cara untuk mengetahui peningkatan jumlah cairan yang dapat meningkatkan jumlah cairan yang dapat

meningkatkan beban kerja jantung dan dapat diketahui dari meningkatnya tekanan darah.

3) Kaji distensi vena jugularis

Rasional : peningkatan cairan dapat membebani fungsi ventrikel kanan yang dapat dipantau melalui pemeriksaan vena jugularis

4) Ukur intake dan output

Rasional : penurunan curah jantung, mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/ air, dan penurunan output urine.

5) Timbang berat badan

Rasional : perubahan berat badan yang tiba-tiba menunjukkan gangguan keseimbangan cairan.

6) Beri posisi yang membantu drainase ekstermitas, lakukan latihan gerak pasif.

Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan mendorong berkurangnya edema perifer.

7) Kolaborasi

a) Berikan diet tanpa garam

Rasional : natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan meningkatkan kebutuhan miokardium.

b) Beriakan diuretik contoh : furosemide, sprinolakton, hipdronolakton.

Rasional : diuretik bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan sehingga menurunkan resiko terjadinya edema paru.

c) Pantau data laboratorium elektrolit kalium.

Rasional : hipokalemia dapat membatasi efektifitas terapi

4. Resiko tinggi gangguan perfusi perifer b.d menurunnya curah jantung

a. Tujuan

Dalam waktu 2x24 jam, perfusi perifer meningkat.

b. Kriteria evaluasi :

Klien tidak mengeluh pusing, tanda vital dalam batas normal, CRT <3 detik, urine > 600 ml/hari.

c. Intervensi

1) Auskultasi TD. Bandingkan kedua lengan, ukur dalam keadaan berbaring, duduk, atau berdiri bila memungkinkan

Rasional : hipotensi dapat terjadi sehubungan dengan disfungsi vertikal, hipertensi juga merupakan fenomena umum berhubungan dengan nyeri, cemas, pengeluaran katekolamin.

2) Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaphoresis secara teratur.

Rasional : mengetahui derajat hipoksemia dan peningkatan tahanan perifer.

3) Kaji kualitas peristaltik, jika perlu pasang selang nasogastric.

Rasional : mengetahui pengaruh hipoksia terhadap fungsi saluran pencernaan serta dampak penurunan elektrolit.

- 4) Kaji adanya kongesti hepar pada abdomen kanan atas.

Rasional : sebagai dampak gagal jantung kanan berat akan ditemukan adanya tanda kongesti pada hepar.

- 5) Pantau output urine

Rasional : penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya produksi urine, pemantauan yang ketat pada produksi urine <600 mL/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok kardiogenik.

- 6) Catat murmur

Rasional : menunjukkan gangguan aliran darah dalam jantung (kelainan katup, kerusakan septum, atau vibrasi otot papilaris).

- 7) Perlu frekuensi jantung dan irama

Rasional : perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia.

- 8) Beri makanan kecil dan mudah dikunyah, batasi intake kafein

Rasional : makanan besar dapat meningkatkan kerja jantung. Kafein dapat merangsang langsung ke jantung sehingga meningkatkan frekuensi jantung.

- 9) Kolaborasi : pertahankan jalur masuk pemberian heparin (IV) sesuai indikasi

Rasional : jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat.

5. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung.

a. Tujuan

Dalam waktu 3x24 Jam terdapat respons perbaikan dengan meningkatnya kemampuan beraktivitas klien.

b. Kriteria evaluasi

Klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala-gejala yang berat, terutama mobilisasi di tempat tidur, klien tidak mengalami sesak napas akibat sekunder dari beraktivitas.

c. Intervensi

1) Catat frekuensi jantung, irama dan perubahan TD, selama dan sesudah aktivitas.

Rasional : respon klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan penurunan oksigen miokardium.

2) Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas senggag yang tidak berat

Rasional : menurunkan kaji miokardium dan konsumsi oksigen

3) Anjurkan menghindari perilaku yang meningkatkan tekanan abdomen seperti mengejan saat defekasi.

Rasional : mengejan dapat mengakibatkan kontraksi otot dan vasokonstriksi pembuluh darah yang dapat meningkatkan preload, tahanan vascular sistemis, dan beban jantung.

4) Berikan diet sesuai program (pembatasan air dan natrium)

Rasional : mencegah retensi cairan dan edema akibat penurunan kontraktilitas jantung.

5) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

Rasional : meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk kebutuhan jantung sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan terjadinya iskemia.

6. Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, penurunan status kesehatan, situasi krisis, ancaman, atau perubahan kesehatan

a. Tujuan

Setelah 2x24 Jam di rawat, kecemasan berkurang

b. Kriteria evaluasi

Tidur 6-8 jam/hari, gelisah hilang, klien kooperatif, mengungkapkan perasaannya pada perawat tentang tindakan yang diprogramkan, klien dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang mempengaruhinya, menyatakan ansietas berkurang/hilang.

c. Intervensi

1) Kaji tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan.

Rasional : tingkat kecemasan dapat berkembang ke panik yang dapat merangsang respon simpatik dengan melepas katekolamin. Ini mengakibatkan peningkatan kebutuhan jantung akan oksigen.

2) Temanin klien selama periode kecemasan tinggi, beri kekuatan, gunakan suara tenang.

Rasional : pengertian yang empati merupakan pengobatan dan mungkin meningkatkan kemampuan coping klien.

- 3) Orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan

Rasional : orientasi dapat menurunkan kecemasan

- 4) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya

Rasional : dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan

- 5) Lakukan pendekatan dan konsumsi

Rasional : membina saling percaya

- 6) Beri kesempatan pada orang terdekat untuk mendampingi klien

Rasional : respon terbaik adalah klien mengungkapkan perasaan yang dihadapinya. Keluarga dapat membantu klien untuk mengungkapkan perasaan kecemasan

- 7) Berikan penjelasan tentang penyakit, penyebab serta penanganan yang akan dilakukan

Rasional : untuk memberikan jaminan kepastian tentang langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keluarga mendapatkan informasi yang lebih jelas.

- 8) Kolaborasi: berikan anticemas/hipnotik sesuai indikasi contohnya diazepam

Rasional : meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan.

7. Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.

a. Tujuan

Dalam waktu 1x24 jam, klien mengenal faktor-faktor yang menyebabkan peningkatan resiko kekambuhan.

b. Kriteria evaluasi

Klien secara subjektif menyatakan bersedia dan termotivasi untuk melakukan aturan terapeutik jangka panjang dan mau menerima perubahan pola hidup yang efektif, klien mampu mengulang faktor-faktor risiko kekambuhan.

c. Intervensi

1) Identifikasi faktor yang mendukung pelaksanaan terapeutik

Rasional: keluarga terdekat apakah istri/suami atau anak yang mampu mendapat penjelasan dapat menjadi pengawas klien dalam menjalankan pola hidup yang efektif selama klien di rumah dan memiliki waktu yang optimal dalam menjaga klien.

2) Berikan penjelasan penatalaksanaan terapeutik lanjutan

Rasional : setelah mengalami serangan akut, perawat perlu menjelaskan penatalaksanaan lanjutan dengan tujuan dapat membatasi progresivitas kegagalan jantung, meningkatkan perawatan diri, menurunkan kecemasan, mencegah aritmia dan komplikasi.

3) Menyarankan kepada keluarga agar memanfaatkan sarana kesehatan dimasyarakat

Rasional : untuk memudahkan klien dalam memantau status kesehatannya.

- 4) Ajarkan strategi menolong diri sendiri, ajurkan untuk memantau berat badan pada saat bangun tidur, sebelum makan pagi, dengan pakaian yang sama dan dengan timbangan yang sama, melaporkan peningkatan berat badan yang melebihi 1,5 kg dalam 1 minggu (tanpa perubahan pola makan)

- 5) Mengikuti latihan fisik rutin.

Rasional : latihan fisik rutin secara bertahap memberikan adaptasi pada ventrikel kiri dalam melakukan kompensasi kebutuhan suplai darah otot rangka.

- 6) Beri penjelasan tentang pemakaian obat nitrogliserin

Rasional : minum obat nitrogliserin (vasodilatasi perifer dan koroner) 0,4-0,6 mg tablet secara sublingual 3-5 menit sebelum melakukan aktivitas dengan tujuan untuk mengantisipasi serangan angina. Klien dianjurkan untuk selalu membawa obat tersebut setiap berada diluar rumah walaupun klien tidak merasakan gejala dari angina.

- 7) Hindari merokok

Rasional : merokok akan meningkatkan adhesi trombosit dan merangsang pembentukan trombus pada arteri coroner. Hb lebih mudah berikatan dengan monoksida dibandingkan dengan oksigen sehingga akan menurunkan suplai oksigen secara umum, nikotin dan

tar mempunyai respon terhadap sekresi hormon vasokonstriktor sehingga akan meningkatkan beban kerja jantung.

8) Pendidikan kesehatan diet

Rasional : merupakan faktor pempitasi serangan sesak nafas dan edema ekstermitas.

9) Manuver dinamik

Rasional : klien menghindari seperti berjongkok, mengejan, dan terlalu menahan nafas, serta klien dianjurkan untuk menggunakan laktstif saat defekasi agar terhindar dari angina.

10) Pendidikan kesehatan seks

Rasional : jika hubungan seks merupakan pempitasi angina maka klien sebelum melakukan aktivitas seksual dianjurkan untuk meminum obat nitrogliserin atau sedative atau keduanya.

11) Stres emosional

Rasional : serangan sesak napas akibat gagal jantung kiri lebih mudah sering terjadi pada klien yang mengalami kecemasan, ketegangan, euforia atau kegembiraan yang berlebihan klien diberi obat sedative untuk mengurangi stress emosional

12) Beri dukungan secara fisiologis

Rasional : dapat membantu meningkatkan motivasi klien dalam mematuhi aturan terapeutik.

2.2.4 Implementasi

1. Mengkaji skala nyeri
2. Mengobservasi tanda tanda nyeri
3. Mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat analgetik
4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
5. Melakukan penyuluhan kesehatan sesuai indikasi.

2.2.5 Evaluasi

Hasil yang diharapkan pada proses perawatan klien dengan gagal jantung

1. Bebas dari nyeri
2. Terpenuhinya aktivitas sehari-hari
 - a) Tanda-tanda vital kembali normal
 - b) Terhindar dari risiko penurunan perfusi perifer
 - c) Tidak terjadi kelebihan volume cairan
 - d) Tidak sesak
 - e) Edema ekstermitas tidak terjadi
3. Menunjukkan peningkatan curah jantung
4. Menunjukkan penurunan kecemasan
5. Memahami penyakit dan tujuan perawatannya`
 - a) Mematuhi semua aturan medis
 - b) Mengetahui kapan harus meminta bantuan medis bila nyeri menetap atau sifatnya berubah.
 - c) Memahami cara mencegah komplikasi dan menunjukkan tanda-tanda bebas dari komplikasi

- d) Menjelaskan proses terjadinya gagal jantung
- e) Menjelaskan alasan tindakan pencegahan komplikasi
- f) Mematuhi program perawatan diri
- g) Menunjukkan pemahaman mengenai terapi farmakologi Kebiasaan sehari-hari penyesuaian gaya hidup.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S 25 mei 2018 pukul 11.00 WIB. Data diperoleh melalui observasi langsung kepada klien, wawancara dengan klien dan keluarga, pemeriksaan fisik serta dari catatan medis baik keperawatan ataupun dokter. Dari pengkajian tersebut didapatkan data antara lain identitas pasien, Nama Tn. S, umur 51 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat jln.hangtuh pekanbaru, suku jawa, status pernikahan kawin, agama islam, pekerjaan sopir, pendidikan SMP, tanggal masuk RS 21 Mei 2018, No. RM 787258, diagnosa medis CHF. Identitas penanggung jawab, nama Tn. R umur 25 tahun, alamat jln.hangtuh pekanbaru, pekerjaan Wiraswasta, hubungan dengan pasien adalah anak.

Keluhan utama yang dirasakan oleh Tn. S adalah mengeluh nyeri dada serta sesak nafas, P: nyeri timbul apabila Tn S melakukan aktifitas dan sesak semakin bertambah, Q : nyeri seperti ditekan-tekan, R: paru sebelah kiri, S: Skala nyeri 6, T: 5-10 menit.

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang didapatkan data sebelum masuk RS, saat ingin beraktifitas, klien tiba-tiba merasa sesak nafas dilanjutkan nyeri dada pada bagian paru sebelah kiri. Kemudian oleh keluarga dibawa ke RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dan masuk IGD. Pada saat di IGD tekanan darah klien adalah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernafasan 28x/menit dan suhu 36,8⁰C tidak ada mual, muntah

dan kejang. Klien diantar dari IGD ke ruang Flamoyan pada pukul 20.00 WIB. Pengkajian di ruang Flamboyan didapatkan hasil tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi pernafasan 28x/menit dan suhu 36⁰C, kesadaran composmentis , GCS E4V5M6. Pengkajian riwayat penyakit terdahulu, didapatkan data Tn. S mengatakan mempunyai pernah menderita penyakit jantung pada tahun 2015 dan keluarga klien mengatakan klien tidak mempunyai obat dan klien jarang berobat. Pengkajian riwayat penyakit keluarga didapatkan data keluarga mengatakan keluarganya pernah mengalami penyakit jantung yaitu ibu kandung Tn.S dan kakak perempuan Tn. S.

Pola sirkulasi klien mengatakan memiliki riwayat jantung. Untuk tekanan darah 130/80 mmHg, *capillary refill time* (CRT) < 3 detik. Pola integritas ego klien mengalami gangguan dalam psikologisnya, emosi klien tidak stabil, klien merasa cemas terhadap perubahan penyakitnya, klien tidak dapat mengekspresikan keadaannya saat ini kepada perawat. Pola eliminasi, klien mengatakan BAK 4-5x/ hari dan BAB 1x sehari, klien mengatakan tidak ada masalah dalam eliminasi. Untuk pola makanan dan cairan, pasien mengatakan tidak ada penurunan nafsu makan, pola makan 3x/hari dan tidak ada kesulitan menelan.

Pola neurosensori klien mengatakan tidak mengalami pusing dan klien mengatakan tenaganya lemah, cepat lelah, saat beraktivitas. Pola nyeri klien mengatakan nyeri pada bagian paru sebelah kiri. Pola pernafasan, saat pengkajian klien mengalami sesak yaitu 28x/menit dan tidak menggunakan

oksigen. Pola keamanan tidak ada masalah karena klien dapat memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri. Pola interaksi sosial baik dan tidak ada masalah dalam komunikasi. Pemeriksaan fisik didapatkan data untuk keadaan umum baik, tingkat kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, Tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 90 kali/menit, suhu klien 36,8 °C dan frekuensi pernafasan 28x/menit.

Untuk pemeriksaan head to toe, kepala mesocephal, tidak ada lesi ataupun pembesaran, tidak ada nyeri tekan pada kepala, kulit kepala bersih, rambut beruban. Untuk pemeriksaan mata, mata simetris, conjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.

Untuk pemeriksaan pada telinga didapatkan hasil normal, tidak ada lesi, sedikit serumen dan fungsi pendengaran baik. Hidung bentuknya simetris, tidak ada polif, tidak ada nafas cuping hidung, dan sekret tidak ada. Mulut dan tenggorokkan mukosa bibir kering, lidah sedikit kotor, gigi sedikit ompong. Pada leher tidak terjadi adanya pembesaran kelenjar tiroid. Pemeriksaan jantung palpasi *Ictus cordis* teraba di interkosta 4-5, perkusi dullness/redup, auskultasi S1 dan S2 reguler (lup dup).

Pemeriksaan pulmo, inspeksi : tidak ada ekspansi dinding dada, palpasi: vocal fremitus kanan dan kiri sama, perkusi : sonor, dan auskultasi : vesikuler. Abdomen, inspeksi : abdomen terlihat datar, palpasi : dinding abdomen teraba lemas, perkusi tympani. Untuk pemeriksaan ekstremitas, ekstremitas bagian atas terpasang infus RL di tangan kanan, tidak ada edema, dan dapat bergerak bebas. Kekuatan otot 5 Ekstremitas bawah tidak

terdapat edema, kaki kanan dan kaki kiri dapat bergerak bebas kekuatan otot

5. Genitalia tidak terpasang DC.

Pemeriksaan penunjang tanggal 25 Mei 2018 Na⁺ 140 mmol/L, K⁺ 4,3 mmol/L, CI 108 mmol/L. Program terapi tanggal 25 Mei 2018 ISDN 3x5 mg, nebu, salbutamol 3x25 mg pemberian oral, injeksi lovenox, injeksi ranitidin, CPG, armlet, EKG pada klien Tn. S gelombang P jumlahnya tidak dapat diidentifikasi, interval P-R tidak dapat dihitung, serta hasil rontagen toraks terdapat cardiomegaly.

3.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Data Subyektif : “Klien mengeluh nyeri dada pada saat beraktivitas dan kesulitan bernafas”</p> <p>Data Obyektif: wajah klien tampak meringis kesakitan. skala nyeri 6. Klien tampak sulit bernafas Tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi 90 x/menit.</p>	<p>Penurunan kontraktilitas ventrikel kiri</p>	<p>penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri.</p>
<p>Data Subyektif : “Pasien mengatakan tenaga nya lemah, cepat lelah, dan sesak nafas”</p> <p>Data Obyektif : Klien tampak berbaring di tempat tidur, keringat dingin, dan lemah.</p>	<p>ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung.</p>	<p>intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan.</p>

Data subyektif : “Klien mengatakan cemas terhadap penyakitnya” Data obyektif: Klien tampak terlihat cemas,klien susah tidur, klien tampak gelisah.	Perubahan kesehatan	Kecemasan dengan perubahan kesehatan
---	---------------------	--------------------------------------

3.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tanggal 25 Mei 2018 ditegakkan 3 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri ditandai dengan klien mengatakan nyeri dada pada saat beraktivitas dan kesulitan bernafas, wajah klien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 6 , klien tampak sulit bernafas.

Diagnosa yang kedua yaitu intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung. Ditandai dengan klien mengatakan tenaganya lemah,cepat lelah, dan sesak nafas,klien tampak berbaring di tempat tidur, keringat dingin, dan lemah.

Diagnosa yang ke tiga yaitu cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan. Ditandai dengan klien mengatakan cemas terhadap penyakitnya.

3.4 Perencanaan Keperawatan

Pada diagnosa pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, tujuan yang diharapkan

setelah tindakan keperawatan selama 3x24 Jam penurunan curah jantung dapat teratasi dan tanda vital dalam batas yang diterima (disritmia terkontrol atau hilang), dan bebas gejala gagal jantung (parameter hemodinamika dalam batas normal), dengan kriteria hasil yaitu output urine klien adekuat akan melaporkan penurunan episode dispneu, berperan dalam aktivitas yang dapat mengurangi beban kerja jantung, tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg, nadi 80x/menit), tidak terjadi aritmia, denyut jantung dan irama jantung teratur, CRT kurang dari 3 detik, produksi urine > 30 ml/jam.

Perencanaan yang disusun yaitu kaji dan lapor tanda penurunan curah jantung, periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apical, kaji frekuensi, irama jantung (dokumentasi disritmia, bila tersedia telemetri), catat bunyi jantung, palpasi nadi perifer, pantau adanya output urine, catat jumlah dan kepekatan/konsentrasi urine, istirahatkan klien dengan tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus dinaikkan 20 sampai 30 cm (8-10 inci) atau klien didudukkan di kursi, kaji perubahan pada sensorik, contoh letargi, cemas, depresi, berikan istirahat psikologi dengan lingkungan dengan tenang, berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker sesuai indikasi, hindari manuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepal-engepalkan tangan, kolaborasi untuk pemberian diet jantung, kolaborasi untuk pemberian obat nitrat (isosorbide, dinitrat, isordil), digoxin (lanoxin), captopril (capoten), lisinopril (prinivil), enapril (vasotec), Morfin sulfat, tranquilizer/sedatif, antikoagulan, contoh heparin dosis rendah, warfarin

(Coumadin), pemberian cairan IV, pembatasan jumlah total sesuai dengan indikasi, hindari cairan garam, pantau rangkaian gambaran EKG dan perubahan foto Rontagen toraks.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung. tujuan yang diharapkan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam terdapat respons perbaikan dengan meningkatnya kemampuan beraktivitas klien, kriteria hasil klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala-gejala yang berat, terutama mobilisasi di tempat tidur, klien tidak mengalami sesak napas akibat sekunder dari beraktivitas.

Perencanaan yang dibuat yaitu catat frekuensi jantung, irama dan perubahan TD, selama dan sesudah aktivitas, tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas senggag yang tidak berat, anjurkan menghindari prilaku yang meningkatkan tekanan abdomen seperti mengejan saat defekasi, berikan diet sesuai program (pembatasan air dan natrium), rujuk ke program rehabilitasi jantung.

Diagnosa ke tiga yaitu cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan. tujuan yang diharapkan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama setelah 2x24 jam di rawat, kecemasan berkurang dengan kriteria hasil tidur 6-8 jam/hari, gelisah hilang, klien kooperatif, mengungkapkan perasaannya pada perawat tentang tindakan yang

diprogramkan, klien dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang mempengaruhinya, menyatakan ansietas berkurang/hilang.

Perencanaan yang dibuat yaitu kaji tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan, temani klien selama periode kecemasan tinggi, beri kekuatan, gunakan suara tenang. orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya, lakukan pendekatan dan konsumsi, beri kesempatan pada orang terdekat untuk mendampingi klien, berikan penjelasan tentang penyakit, penyebab serta penanganan yang akan dilakukan, kolaborasi berikan anticemas/hipnotik sesuai indikasi contohnya diazepam.

3.5 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan dan perencanaan diatas, maka segala perencanaan yang telah dibuat untuk mengatasi masalah yang ada harus perlu dilaksanakan. Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 26 Mei 2018 adalah :

Untuk diagnosa pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri. Implementasi yang dilakukan yaitu istirahatkan klien dengan tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus dinaikkan 20 sampai 30 cm atau klien duduk dikursi, memberikan istirahat psikologis dengan lingkungan tenang dengan memberikan pengarahannya kepada pengunjung atau keluarga pasien yang ada diruangan untuk memberikan suasana yang tenang, menganjurkan

klien untuk menghindari maneuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepal-gepalkan tangan, melakukan kolaborasi tentang pemberian diet jantung pada pasien.

Untuk diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung dilakukan implementasi yaitu tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas senggang yang tidak berat, anjurkan menghindari perilaku yang meningkatkan tekanan abdomen seperti mengejan saat defekasi, berikan diet sesuai program (pembatasan air dan natrium) dengan cara mengajurkan klien mengkonsumsi bentuk makanan yang saring atau lunak, kurangi pemakaian garam saat memasak maksimal 6 gram asupan garam tiap harinya.

Untuk diagnosa ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan. tujuan yang diharapkan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama setelah 2x24 jam di rawat, kecemasan berkurang dengan kriteria hasil tidur 6-8 jam/hari, gelisah hilang, klien kooperatif, mengungkapkan perasaannya pada perawat tentang tindakan yang diprogramkan, klien dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang mempengaruhinya, menyatakan ansietas berkurang/hilang.

Implementasi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan, beri kekuatan, gunakan suara tenang. orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya, lakukan pendekatan dan

konsumsi, beri kesempatan pada orang terdekat untuk mendampingi klien, berikan penjelasan tentang penyakit, penyebab serta penanganan yang akan dilakukan.

3.6 Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pada tanggal 29 Mei 2018 pukul 14.30 WIB, didapatkan keadaan klien sebagai berikut : pada diagnosa pertama yaitu resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri ditandai dengan klien mengatakan nyeri dada pada saat beraktivitas dan kesulitan bernafas, wajah klien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 6, klien tampak sulit bernafas. Nyeri dada dan kesulitan bernafas sudah teratasi sejak 2 kali intervensi, dengan kriteria hasil tekanan darah Tn. S dalam batas normal yaitu 120/80 mmHg, nadi 80x/menit. Evaluasi subyektif yaitu klien mengatakan nyeri dada berkurang pada saat beraktivitas dan tidak mengalami kesulitan bernafas. Evaluasi obyektif wajah klien tidak tampak meringis kesakitan, skala nyeri 3, klien tidak tampak sulit bernafas, tekanan darah : 120/80 mmHg, nadi 80x/menit. Assesment yaitu masalah nyeri sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

Untuk diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung, dengan kriteria hasil klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala-gejala yang berat,

terutama mobilisasi di tempat tidur, klien tidak mengalami sesak napas akibat sekunder dari beraktivitas.

Evaluasi subyektif pasien mengatakan tenaganya tidak lemah, tidak lelah dan tidak sesak. Evaluasi obyektif klien sudah dapat bergerak dari tempat tidur, tidak keringat dingin, dan tidak lemah. Assesment yaitu masalah intoleransi aktivitas teratasi dan intervensi dihentikan.

Untuk diagnosa yang ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan. Dengan kriteria hasil cemas klien berkurang, gelisah hilang, klien kooperatif. Evaluasi subyektif klien mengatakan tidak cemas terhadap penyakitnya. Evaluasi obyektif klien terlihat tidak tampak terlihat cemas, klien sudah dapat tidur dengan teratur, klien tidak tampak gelisah. Assesment yaitu masalah kecemasan sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

Discharge planning yang dilakukan yaitu pasien dianjurkan istirahat yang cukup, menghindari kecemasan emosional, diet jantung, diet pembatasan natrium dan air, menganjurkan klien untuk tidak mengepal-gepalkan tangan dan berjongkok, dan menganjurkan klien untuk tidak merokok.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas mengenai kesenjangan yang penulis dapatkan antara konsep dasar teori dan kasus nyata Tn S di ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Pembahasan yang penulis lakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian penulis tidak banyak menemukan kesulitan. Karena penulis melakukan pendekatan dengan klien, keluarga klien, dan tenaga kesehatan untuk mengumpulkan data-data dalam melakukan pengkajian ini. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2018 dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi baik keperawatan maupun medis. Dari tinjauan kasus dan pengkajian yang ada di teori penulis buku (arif mutaqin, 2009) yang menjadi rujukan bagi penulis, terdapat beberapa kesamaan dan kesenjangan data. Pada saat dilakukan pengkajian, penulis tidak menemukan adanya edema khususnya pada pergelangan kaki Tn. S, klien juga tidak mengalami penurunan berat badan dan nafsu makan klien baik.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari 15 diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori dalam buku penulis (arif mutaqin, 2009) yang menjadi rujukan penulis dalam menulis. Ada 3 diagnosa keperawatan yang di temukan pada Tn.S diantaranya

penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung, dan cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan.

4.3 Perencanaan

Pada tahap perencanaan keperawatan terdapat perbedaan tinjauan pustaka dengan yang dilakukan di Rumah Sakit RSUD Arifin Acmad Pekanbaru pada tinjauan pustaka penulis, dalam buku (arif mutaqin, 2009) yang menjadi rujukan penulis dalam menulis dari 4 diagnosa keperawatan yang di temukan pada Tn. S , terdapat perbedaan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tidak sesuai dengan teori diantaranya terapi pemberian injeksi ranitidin, injeksi lovenox pada Tn. S. sedangkan perencanaan yang lainnya pada umumnya sudah sesuai antara teori dengan tinjauan kasus.

4.4 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan umumnya semua implementasi sudah terencana sesuai dengan tahap perencanaan, tetapi terdapat juga perbedaan tinjauan pustaka yang dilakukan di Rumah Sakit RSUD Arifin Acmad Pekanbaru dengan tinjauan pustaka penulis buku (arif mutaqin, 2009) yang menjadi rujukan bagi penulis, yang tidak sesuai dalam pelaksanaan yaitu pemberian ranitidin dan pemberian nebulizer, menurut Alvarez dan Debabrata 2011, pemberian ranitidin digunakan sebagai respon penekanan saluran cerna karena adanya hepatomegali akibat adanya retensi cairan berlebih terutama

pada pasien gagal jantung menurut rahmatika dwinur (dalam analisa tindakan pemberian nebulizer).

4.5 Evaluasi

Evaluasi tinjauan pustaka penulis buku (arif mutaqin,2009) yang menjadi rujukan bagi penulis, yang didapat dari Tn. S dalam 3 diagnosa keperawatan yang di laksanakan dalam waktu 3x24 jam, masing-masing assement 3 diagnosa keperawatan sudah teratasi, asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada klien Tn.S sudah sesuai dengan rencana, hasil evaluasi dari tindakan pemberian asuhan keperawatan pada Tn. S yaitu klien tidak mengalami nyeri, pernafasan klien kembali normal, klien tidak sesak dan batuk, pernafasan klien dalam batas normal, pasien tidak mengalami kelemahan, keletihan dan pasien tidak cemas. Adapun keterbatasan dari penulis yaitu alat medis yang tidak memadai dalam melakukan perencanaan asuhan keperawatan serta keterbatasan wewenang penulis kepada klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

CHF pada Tn. S dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi

1. Di dalam pengkajian pada Tn. S penulis menemukan data berupa klien mengalami nyeri dada, klien mengalami sesak nafas dan klien mengalami kelelahan saat melakukan aktivitas.
2. Dalam diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama yang muncul pada klien yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen jaringan yang kebutuhan akibat sekunder dari penurunan curah jantung, dan cemas yang berhubungan dengan perubahan kesehatan.
3. Rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang ada yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan dengan kriteria hasil yaitu tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg, nadi 80x/menit). Rencana untuk mengatasi masalah pada Tn. S yaitu kaji dan lapor tanda penurunan curah jantung, mengaukultasi nadi, kaji frekuensi, pantau irama jantung, catat bunyi jantung, palpasi nadi perifer, pantau adanya output urine, catat jumlah dan kepekatan/konsentrasi urine, istirahatkan klien dengan tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus

dinaikkan 20 sampai 30 cm atau klien didudukkan di kursi, berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker sesuai indikasi, hindari seperti berjongkok sewaktu BAB, mengepal-engepalkan tangan, kolaborasi untuk pemberian diet jantung, kolaborasi untuk pemberian obat nitrat hindari cairan garam, pantau rangkaian gambaran EKG dan perubahan foto Rontagen toraks.

4. Implementasi untuk diagnosa keperawatan yang prioritas (penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri) dalam kasus ini adalah istirahatkan klien dengan tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus dinaikkan 20 sampai 30 cm atau klien duduk dikursi, memberikan istirahat psikologis dengan lingkungan tenang dengan memberikan pengarahannya kepada pengunjung atau keluarga pasien yang ada diruangan untuk memberikan suasana yang tenang, menganjurkan klien untuk menghindari maneuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepal-engepalkan tangan, melakukan kolaborasi tentang pemberian diet jantung pada pasien.
5. Evaluasi atau respon klien Tn.S setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam, klien mengatakan tidak ada nyeri dada, tidak mengalami kesulitan bernafas, tidak mengalami sesak nafas, tidak batuk, Tn.S mengatakan tidak mengalami kelemahan saat beraktivitas. Dapat disimpulkan masalah pada Tn.S teratasi.

1.2 Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan Tn. S dengan CHF di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan yaitu :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan untuk menambahkan referensi tentang asuhan keperawatan khususnya pada klien CHF dan meningkatkan kemampuan mahasiswa terkait pemberian asuhan keperawatan melalui bimbingan di lapangan.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Perlu membaca referensi tambahan untuk mengoptimalkan dalam memberikan layanan asuhan keperawatan pada klien dengan CHF.

3. Bagi Rumah Sakit

Perawat dapat meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien CHF dan meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang menunjang pemeriksaan dan pengobatan pada pasien CHF.

DAFTAR PUSTAKA

Asmoro, Didik Aji.2017. “*ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN PENURUNAN CURAH JANTUNG MELALUI PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN DI RUANG ICU PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG*”.Sekolah tinggi ilmu kesehatan muhammadiyah gombong.

Mutaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* . Jakarta : Salemba Medika.

Mutaqin, Arif. 2009. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi* . Jakarta : Salemba Medika.

Nurarif, Amin Huda,dkk. 2015.*Keperawatan kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, A Patricia.1996. *Pengkajian Kesehatan Jilid 3*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

Sari, novitanimala.2017. *DEEP BREATHING EXERCISE DAN ACTIVE RANGE OF MOTION EFEKTIF MENURUNKAN DYSPNEA PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE.VOL 2.Nomor 2 November 2017* <https://media.neliti.com>.

Udjianti, Wajan Juni.2010. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika

FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : H. Husnan , S.Kp, MKM
2. NIP : 195051091985031008
3. Pangkat/golongan : 3.D
4. Jabatan : Dosen/ pudir 1
5. Asal Institusi :
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Kontak person :
 - a) Alamat rumah :
 - b) Telp/Hp : 0852 7193 87111
 - c) Alamat kantor :
 - d) Telp kantor :

Menyatakan (bersedia /tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa

Nama : Dewi Ita Sari

NIM : P0315144005

Dengan Judul :Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan
Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang
Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.

Pekanbaru, 21 Maret 2018



H. Husnan, S.Kp, MKM
NIP. 196505101985031008

FORMULIR
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dewi Ita Sari

NIM : P0315144005

Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas :

No.	Bidang/departemen	Judul
1.	KMB	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.
2.	KMB	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Angina Pectoris Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.
3.	Keperawatan Jiwa	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Harga Diri Rendah (HDR) di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.

Usulan nama pembimbing :

1. H. Husnan , S.Kp, MKM
2. Hj. Rusherina, S.Pd, M.Kes

Hari/Tanggal/Pengumpulan Rabu /21/03/2018

Pukul 15.07 WIB

Judul KTI yang disetujui Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.

Mengetahui

Pekanbaru, 21 Maret 2018

Kaprodi D III Keperawatan

Koordinator Studi D III Keperawatan


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002

REKOMENDASI PEMBIMBING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini pembimbing tugas akhir,

Nama : H. Husnan , S.Kp, MKM

NIP : 195051091985031008

Memberikan rekomendasi kepada mahasiswa yang tersebut di bawah ini untuk melaksanakan kegiatan observasi kasus :

No.	Mahasiswa	Judul Laporan Tugas Akhir
	Dewi Ita Sari NIM : P0315144005	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.

Selanjutnya kami teruskan ke bagian ADAK agar dikeluarkan surat izin melakukan kegiatan observasi kasus.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

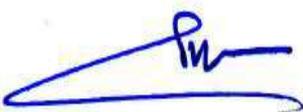
Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing Tugas Akhir


Ns. Ardeany, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002


H. Husnan, SKP, MKM
NIP. 196505101985031008

Ketua Jurusan Keperawatan



Ns. Wiwick Delvira, S.Kep, M.Kep
NIP. 197410081997032001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLTEKES KEMENKES RIAU



JURUSAN KEBIDANAN, JURUSAN KEPERAWATAN DAN JURUSAN GIZI
Jl. Melur Nomor 103 Pekanbaru Kode Pos. 28122 Telepon : (0761) 36581 Fax : (0761) 20656
Email : poltekkespekanbaru@yahoo.com, Website : www.poltekkesriau.ac.id

Nomor : PP.04.03/M.III.3-1/0429/2018
Lampiran : -
Hal : Survey Awal

Kepada Yth :
Direktur RSUD Arifin Achmad
di
Pekanbaru

Bersama surat ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswi Program Studi Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Riau Tahun Akademik 2017/2018 diwajibkan untuk membuat Laporan Tugas Akhir (LTA) yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sehubungan dengan hal ini tersebut diatas, kami mohon bantuan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswi Kami untuk melaksanakan survey awal yang diperlukan dalam membuat Laporan Tugas Akhir (LTA) tersebut.

Nama : Dewi Ita Sari
NIM : P0315144005
Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

Tempat : RSUD Arifin Achmad Pekanbaru

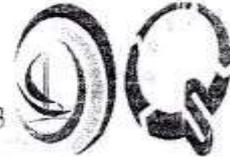
Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.





PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax ((761) - 20253
Pekanbaru.



Nomor : 177 /Diklit/Litbang/RSUD AA/IV/2018 Pekanbaru, 09 April 2018
Sifat : Biasa Kepada
Lampiran: - Yth. Kepala Instansi Rekam Medik
Hal : Izin pengambilan data Irna Medikal dan Irna Surgikal
di-
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Pembantu Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Nomor : PP.04.03/M.III.3-1/0429/2018, tanggal 22 Maret 2018, perihal izin Pengambilan Data untuk keperluan penyusunan skripsi yaitu :

Nama : Dewi Ita Sari
NIM : P0315144005
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.

Dengan ini pihak RSUD Arifin Achmad dapat memberikan izin pengambilan data dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Kepada yang bersangkutan tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
 2. Pengambilan data tidak melakukan tindakan teknis/medis secara langsung kepada responden (pasien)
 3. Pengambilan data berlaku selama 1 (satu) bulan terhitung dari tanggal penerbit surat ini.
 4. Pengambilan data ini tidak dibenarkan untuk memfoto, fotocopy dan menscanner.
 5. Pengambilan data hanya berlaku untuk data sekunder pasien
- Demikian disampaikan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ace Sulayani 13/12/2018
Pro Koordinator PON
Tg pengambilan data yg dibutuhkan

(Signature)

ASMETINAWATI, S.ND.P.

Tembusan Kepada Yth :
1. Wakil Direktur Keuangan
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
3. Arsip





KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLTEKES KEMENKES RIAU



JURUSAN KEBIDANAN, JURUSAN KEPERAWATAN DAN JURUSAN GIZI
Jl. Melur Nomor 103 Pekanbaru Kode Pos. 28122 Telepon : (0761) 36581 Fax : (0761) 20656
Email : poltekkespekanbaru@yahoo.com, Website : www.poltekkesriau.ac.id

Nomor : PP.04.03/M.III.3-1/0643/2018

2 Mei 2018

Lampiran : -

Hal : Izin Melakukan Asuhan Keperawatan

Kepada Yth :
Direktur RSUD Arifin Achmad
di

Tempat

Bersama surat ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswi Program Studi Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Riau Tahun Akademik 2017/2018 diwajibkan untuk membuat Laporan Tugas Akhir (LTA) yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sehubungan dengan hal ini tersebut diatas, kami mohon bantuan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswi Kami untuk melaksanakan survey awal yang diperlukan dalam membuat Laporan Tugas Akhir (LTA) tersebut.

Nam : Dewi Ita Sari

NIM : P0315144005

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

Tempat : RSUD Arifin Achmad Pekanbaru

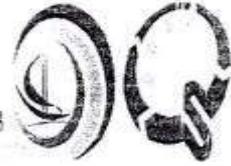
Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.





PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD

Jl. Diponegoro No. 2 Tel. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253
Pekanbaru.



NOTA – DINAS

Kepada : Kepala Instansi IRNA Medikal
Dari : Direktur RSUD Arifin Achmad
Tanggal : 18 Mei 2018
Nomor : 157/Diklit/Lat/RSUD/V/2018
Sifat : Penting
Lampiran : 1 Lembar
Hal : Izin Penggunaan Lahan Praktek Asuhan Keperawatan

Menindaklanjuti surat Pembantu Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau Nomor: PP.04.03/M.III.3-1/0634/2018, PP.04.03/M.III.3-1/0636/2018, PP.04.03/M.III.3-1/0638/2018, PP.04.03/M.III.3-1/0641/2018 dan PP.04.03/M.III.3-1/0643/2018 tanggal 2 Mei 2018 tentang Praktek Asuhan Keperawatan Mahasiswa D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau di ruangan Flamboyan RSUD Arifin Achmad, untuk itu diarpkan saudara memebantu pelaksanaan praktek tersebut yang dilaksanakan pada :

-Tanggal : 21 s.d 28 Mei (7 hari) : 5 orang

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.



Surat Persetujuan/Penolakan

Dalam Memberikan Tindakan Asuhan Keperawatan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Reko Wibowo (Laki-laki)

Umur/Tanggal lahir : 25 Tahun

Alamat : Jl. Hangtuah Pekanbaru

Telp :

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/sebagai orang tua/suami/istri/anak/wali dari:

Nama : Tn. S (Laki-laki)

Umur/Tanggal lahir : 51 tahun

Dengan ini menyatakan Setuju/Menolak untuk dilakukan tindakan asuhan keperawatan, dari penjelasan yang diberikan telah saya mengerti.

Pekanbaru, 25 Mei 2018

Ttd

Reko Wibowo

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Handarini, AMK

Jabatan : Ketua Tim Ruangan Flamboyan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dewi Ita Sari

Prodi : D III Keperawatan

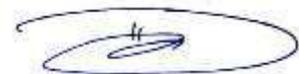
Institusi : Poltekkes Kemenkes Riau

Yang tersebut di atas selesai melakukan studi kasus asuhan keperawatan di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Ruangan Flamboyan dari tanggal 23 – 29 Mei 2018.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 23 Juni 2018

Ketua Tim Flamboyan



Handarini, AMK

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL/LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)
POLTEKKES KEMENKES RIAU

Nama : Dewi Ita Sari
 NIM : P0315144005
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru
 Pembimbing Utama : H. Husnan, S.Kp, MKM
 Pembimbing Pendamping : Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
 Penguji : 1. Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
 2. Ns. Tesha Hestyana Sari, S.Kep, M.Kep

NO	Tanggal Konsultasi	Hal/Bab Yang di Konsultasikan	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing Utama	Paraf Pembimbing Pendamping
1	21 Februari 2018	Pengarahan atau Konsultasi LTA	Banyak Baca Dan Belajar		
2	26 Februari 2018	Pengajuan Judul LTA dan Acc Judul	Acc Judul		
3	21 Maret 2018	Konsul Bab I Latar Belakang	Perbaikan		
4	26 Maret 2018	Revisi Bab I	Perbaikan		
5	02 April 2018	Revisi Bab I dan Konsul Bab II	Perbaikan		
6	03 April 2018	Konsul Penulisan Bab I dan Bab II	Perbaikan		

7	04 April 2018	Konsul Penulisan Bab I dan Bab II	Acc		
8	05 Juni 2018	Konsul Bab III, IV, dan V	Perbaikan		
9	22 Juni 2018	Revisi Bab III, IV, dan V	Perbaikan		
10	25 Juni 2018	Konsul Bab III, IV, dan V	Acc		
11	25 Juni 2018	Konsul Penulisan Bab III, IV, dan V	Acc		

LEMBAR PENGAJUAN UJIAN HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini bersedia menjadi Penguji Ujian Hasil Laporan Tugas Akhir :

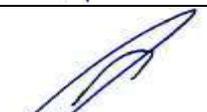
Judul :Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru

Oleh : Dewi Ita Sari NIM : P0315144005

Hari/Tanggal : Selasa/26 Juni 2018

Tempat : B.1.2

Dosen pembimbing/penguji

No.	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1.	H.Husnan, S.Kp, MKM	Penguji Ketua	
2.	Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep	Penguji I	
3.	Ns.Tesha Hestyana Sari, S.Kep, M.Kep	Penguji II	

Mengetahui,

Kaprodi D III Keperawatan

Pekanbaru, Selasa 26 Juni 2018

Koordinator MK LTA

Program Studi D III Keperawatan


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP. 1978082001121002

PRAKTEK BELAJAR KLINIK KEBUTUHAN

DASAR/MEDICAL SURGICAL

I. DATA DEMOGRAFI

A. Biodata

1. Nama (nama lengkap, nama panggilan) : Tn . S
2. Usia / tanggal lahir : 51 tahun
3. Jenis kelamin : laki - laki
4. Alamat (lengkap dengan no.telp) : Jln . Hangtuah Pekanbaru
5. Suku / bangsa : Jawa
6. Status pernikahan : kawin
7. Agama / keyakinan : Islam
8. Pekerjaan / sumber penghasilan : Sopir
9. Diagnosa medic : CHF
10. No. medical record : 787258
11. Tanggal masuk : 21 Mei 2018
12. Tanggal pengkajian : 25 Mei 2018
13. Therapy medik :

B. Penanggung jawab

1. Nama : Tn . R :
2. Usia : 25 tahun
3. Jenis kelamin : laki - laki

4. Pekerjaan / sumber penghasilan : *wiraswasta*
5. Hubungan dengan klien: : *Anak*

II. KELUHAN UTAMA

Keluhan klien sehingga dia membutuhkan perawatan medik, jika klien tidak mempunyai keluhan utama, lakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui penyebab sakitnya : *Mengeluh nyeri dada dan sesak nafas*

III. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat kesehatan sekarang

1. Waktu timbulnya penyakit, kapan? Jam? : *Pada hari Jumat, 17.00 WIB*
2. Bagaimana awal munculnya ? tiba-tiba? berangsur-angsur? : *Tiba-tiba*
3. Keadaan penyakit, apakah sudah membaik, parah atau tetap sama dengan sebelumnya : *Tetap sama dengan sebelumnya*
4. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan : *Berobat ke RS terdekat*
5. Kondisi saat dikaji → P Q R S T
P = nyeri timbul apabila m.s melakukan aktivitas dan sesak semakin bertambah
Q = nyeri seperti ditekan - tekan
R = Paru sebelah kiri
S = Skala nyeri 6
T = 5-10 menit

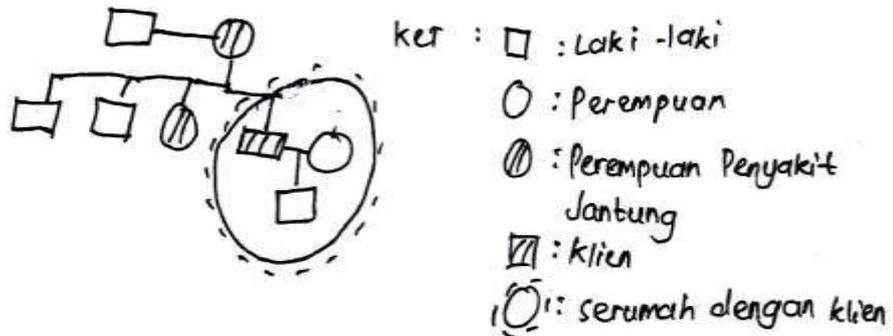
B. Riwayat kesehatan lalu

1. Penyakit pada masa anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami : *Tidak ada*
2. Imunisasi : *Tidak ada*
3. Kecelakaan yang pernah dialami : *Tidak pernah*
4. Prosedur operasi dan perawatan rumah sakit : *Tidak pernah*

5. Pengobatan dini (konsumsi obat-obatan bebas) : Tidak ada

C. Riwayat kesehatan keluarga

1. Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang umumnya menyerang : Ada
2. Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung, stroke, anemia, hemopilia, arthritis, migrain, DM, kanker dan gangguan emosional : Penyakit Jantung
3. Buat bagan dengan genogram :



IV. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

1. Identifikasi klien tentang kehidupan sosialnya : klien mengatakan baik dengan keadaan lingkungan tempat tinggalnya
2. Identifikasi hubungan klien dengan yang lain dan kepuasan diri sendiri : klien merasa puas terhadap diri sendiri
3. Kaji lingkungan rumah klien, hubungan dengan kondisi RS : lingkungan rumah klien tenang
4. Tanggapan klien tentang beban biaya RS : klien tidak merasa terbebani karena klien memakai BPJS
5. Tanggapan klien tentang penyakitnya : klien merasa cemas terhadap kesehatannya.

V. RIWAYAT SPIRITUAL

1. Kaji ketaatan klien beribadah dan menjalankan kepercayaannya : klien menjalankan sholat

2. Support system dalam keluarga : Baik
3. Ritual yang biasa dijalankan : sholat, wirid

VI. PEMERIKSAAN FISIK

A. Keadaan umum klien

1. Tanda-tanda dari distress : Ada
2. Penampilan dihubungkan dengan usia : baik
3. Ekspresi wajah, bicara, mood : Meringis, Jelas, baik
4. Berpakaian dan kebersihan umum : Baik
5. Tinggi badan, BB, gaya berjalan : 163 cm, 56 kg, baik

B. Tanda-tanda vital

1. Suhu : 36,8°C
2. Nadi : 90 x / menit
3. Pernafasan : 20 x / menit
4. Tekanan darah : 130 / 80 mm Hg

C. Sistem pernafasan

1. Hidung : kesimetrisan, pernafasan cuping hidung, adanya sekret/polip, passase udara : simetris, baik, tidak ada sekret/polip
2. Leher : Baik
3. Pembesaran kelenjar, tumor: tidak ada

4. Dada
5. Bentuk dada (normal, barrel, pigeon chest) : Baik/normal
6. Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversal : Baik
7. Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada retraksi) : Baik tidak ada retraksi
8. Keadaan prosesus xiphoideus : Baik
9. Suara nafas (trakhea, bronchial, bronchovesikular) : Bronchovesikular
10. Apakah ada suara nafas tambahan? :
11. Apakah ada clubbing finger

D. Sistem kardiovaskuler

1. Conjunctiva (anemia/tidak), bibir (pucat, cyanosis) : Tidak anemia
2. Arteri carotis : Baik/normal
3. Tekanan vena jugularis : Baik
4. Ukuran jantung : Tidak normal
5. Ictus cordis/apex : Teraba di intercosta 4-5
6. Suara jantung (mitral, tricuspidalis, S1, S2, bising aorta, murmur, gallop) :
7. Capillary refilling time : < 3 detik

E. Sistem pencernaan

1. Sklera (ikterus/tidak) : tidak ikterus
2. Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis) : kering
3. Mulut (stomatitis, apakah ada palatoskizis, jumlah gigi, kemampuan menelan, gerakan lidah) : Tidak ada Stomatitis, tak ada palatoskizis, jumlah gigi sedikit ompong - kemampuan menelan baik
4. Gaster (kembung, gerakan peristaltik) : Baik

5. Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran) : *Adanya Asites*
6. Anus (kondisi, spinkter ani, koordinasi) : *Baik*

F. Sistem indra

1. Mata

Kelopak mata, bulu mata, alis, lipatan epikantus dengan ujung atas : *Baik*

Visus (gunakan snellen card) : *Baik*

Lapang pandang : *Baik*

2. Hidung

Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : *Penciuman baik, perih dihidung, trauma mimisan tdk ada*
Sekret yang menghalangi penciuman : *tdk ada*

3. Telinga

Keadan daun telinga, operasi telinga : *Normal, tdk ada*

Kanal auditoris : *Baik*

Membrana tympani : *Baik*

Fungsi pendengaran : *Baik*

G. Sistem saraf

1. Fungsi cerebral

Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) : *Baik*

Kesadaran (eyes, motorik, verbal) dengan GCS : *GCS E 4 V 5 M 6*

Bicara (ekspresive dan reseptive) : *ekspresive*

2. Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII) : *Baik*

3. Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot) : *Baik tdk ada mass
tonus kekuatan otot baik*

4. Fungsi sensorik (suhu, nyeri, getaran posisi dan diskriminasi) : *Baik*

5. Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : *Baik*

6. Refleks (ekstremitas atas, bawah dan superficial) : *Baik*

7. Iritasi meningen (kaku kuduk, lasaque sign, kernig sign, brudzinski sign) : *Tidak ada
kaku kuduk, tdk terdadi lasaque sign, kernig sign,
brudzinski sign.*

H. Sistem muskuloskeletal

1. Kepala (bentuk kepala) : *Mesochepal*
2. Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : *Baik*
3. Pelvis (Thomas test, trendelenberg test, ortolani/barlow test, ROM) : *Baik*
4. Lutut (Mc Murray Test, Ballotement, ROM) : *Baik*
5. Kaki (keutuhan ligamen, ROM) : *Baik*
6. Bahu : *Normal*
7. Tangan : *Normal*

I. Sistem integumen

1. Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan)
: *tersebar rata, lembut, lembab, sedikit kotor*
2. Kulit (perubahan warna, temperatur, kelembaban, bulu kulit, erupsi, tahi lalat, ruam, texture) : *Baik / normal, lembab, tersebar rata*
3. Kuku (warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan) : *warna merah, agak cembung, tdk, bersih.*

J. Sistem endokrin

1. Kelenjar tiroid : Baik
2. Percepatan pertumbuhan : Tidak ada
3. Gejala kreatinisme atau gigantisme : tidak ada gejala kreatinisme/
gigantisme
4. Ekskresi urine berlebihan, polydipsi, poliphagi : tidak terjadi polydipsi,
poliphagi
5. Suhu tubuh yang tidak seimbang, keringat berlebihan, leher kaku : Tidak ada

6. Riwayat bekas air seni dikelilingi semut : Tidak ada

K. Sistem perkemihan

1. Edema palpebra : Tdk ada
2. Moon face : Baik
3. Edema anasarka : Tdk ada
4. Keadaan kandung kemih : Normal
5. Nocturia, dysuria, kencing batu : Tdk ada
6. Penyakit hubungan seksual : Tdk ada

L. Sistem reproduksi

1. Wanita

Payudara (putting, areola mammae, besar, perbandingan kiri dan kanan) :

a. Labia mayora dan minora :

b. Keadaan hymen :

c. Haid pertama :

d. Siklus haid :

2. Laki-laki

a. Keadaan gland penis (urethra) : *Baik*

b. Testis (sudah turun/belum) : *Belum*

c. Pertumbuhan rambut (kumis, janggut, ketiak) : *Baik*

d. Pertumbuhan jakun : *Baik*

e. Perubahan suara : *tdk ada perubahan suara*

M. Sistem imun

1. Alergi (cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia) : *Tdk ada*

2. Immunisasi : *tdk ada*

3. Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : *Tidak ada*

4. Riwayat transfusi dan reaksinya : *tdk pernah*

VII. AKTIVITAS SEHARI-HARI

A. Nutrisi

1. Selera makan : *Baik*

2. Menu makan dalam 24 jam : *nasi, sayur, dan daging*

3. Frekuensi makan dalam 24 jam : *3x sehari*

4. Makanan yang disukai dan makanan pantangan : *Tdk ada pantangan*

5. Pembatasan pola makanan : Tdk ada
6. Cara makan (bersama keluarga, alat makan yang digunakan) : Bersama keluarga dengan sendok
7. Ritual sebelum makan : Membaca doa

B. Cairan

1. Jenis minuman yang dikonsumsi dalam 24 jam : Air putih dan teh
2. Frekuensi minum : 8 gelas per hari
3. Kebutuhan cairan dalam 24 jam : 2 liter

C. Eliminasi (BAB & BAK)

1. Tempat pembuangan : Toilek / karkus
2. Frekuensi? Kapan? Teratur? : 1x perhari / Teratur
3. Konsistensi : Agak keras
4. Kesulitan dan cara menanganinya : Tidak ada
5. Obat-obat untuk memperlancar BAB/BAK : Tdk ada

D. Istirahat Tidur

1. Apakah cepat tertidur : Sulit
2. Jam tidur (siang/malam): 23.00 WIB
3. Bila tidak dapat tidur apa yang dilakukan : Memaksa memejamkan mata
4. Apakah tidur secara rutin : Iya

E. Olahraga

1. Program olahraga tertentu : Tdk ada
2. Berapa lama melakukan dan jenisnya : Tdk ada
3. Perasaan setelah melakukan olahraga : Tdk ada

F. Rokok / alkohol dan obat-obatan

1. Apakah merokok ? jenis ? berapa banyak ? kapan mulai merokok ?
Iya, Surya, 2 batang per hari, sejak muda
2. Apakah minum minuman keras ? berapa minum /hari/minggu ? jenis minuman ? apakah banyak minum ketika stress ? apakah minuman keras mengganggu prestasi kerja ? : Tidak
3. Kecanduan kopi, alkohol, tea atau minuman ringan ? berapa banyak /hari ? : 2 kali / perhari yaitu teh
4. Apakah mengonsumsi obat dari dokter (marihuana, pil tidur, obat bius) : Tidak ada

G. Personal hygiene

1. Mandi (frekuensi, cara, alat mandi, kesulitan, mandiri/dibantu) : 2 x sehari
2. Cuci rambut : 2 x seminggu
3. Gunting kuku : 1 x seminggu
4. Gosok gigi : 2 x sehari

H. Aktivitas / mobilitas fisik

1. Kegiatan sehari-hari : Baik
2. Pengaturan jadwal harian : Teratur
3. Penggunaan alat bantu untuk aktivitas : Tidak ada
4. Kesulitan pergerakan tubuh : Tidak ada mengalami kesulitan

I. Rekreasi

1. Bagaimana perasaan anda saat bekerja ? : Senang
2. Berapa banyak waktu luang ? : Banyak, setelah pulang kerja
3. Apakah puas setelah rekreasi ? : Puas
4. Apakah anda dan keluarga menghabiskan waktu senggang ? : Iya
5. Bagaimana perbedaan hari libur dan hari kerja ? : Sama saja

VIII. TEST DIAGNOSTIK

1. Laboratorium (tuliskan nilai normalnya) :
Na⁺ hasil 140 nilai normalnya 135-145 mmol/L
K⁺ hasil 4,3 nilai normalnya 3,5-5,5 mmol/L
Cl hasil 100 nilai normalnya 97-107 mmol/L

2. Ro foto :

3. CT Scan :

4. MRI, USG, EEG, ECG, dll.

IX. Therapy saat ini (tulis dengan rinci)

ISDN 3x5 mg

nebu

salbutamol 3x25 mg

Pemberian oral

Injeksi lovenox

Injeksi ranitidin

CPG

Arnlet

DATA FOKUS

(CP.1 A)

NAMA PASIEN : T.n.s.....NAMA MAHASISWA : Dewi Ita Sari

NO.REKAM MEDIK : 707250

DATA OBJEKTIF	DATA SUBJEKTIF
Do : wajah klien tampak meringis kesukitan, skala nyeri 6, klien tampak kesulitan bernafas, Tekanan darah 130/80mmHg, Nadi 90x/menit.	DS : klien mengeluh nyeri dada pada saat beraktivitas dan kesulitan bernafas.
Do : pasien tampak berbaring di tempat tidur, kedinginan, dan lemah	DS : pasien mengatakan tenaganya lemah, cepat lelah, dan sesak nafas
Do : klien tampak terlihat cemas, klien susah tidur, klien tampak gelisah.	DS : klien mengatakan cemas terhadap penyakitnya.

NIM : 20315144005

RUANG RAWAT : Flamboyan.....

ANALISA DATA

(CP.1 B)

NAMA PASIEN : M.S

NAMA MAHASISWA: DEWI ITA SARI

NO.REKAM MEDIK: 70 72 50

NIM: .R0310144005

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Ds: klien mengeluh nyeri pada saat beraktivitas dan kesulitan bernafas Do: wajah klien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 6, klien tampak kesulitan bernafas, Tekanan darah 130/80 mmHg	Penurunan curah jantung	
2.	Ds: pasien mengatakan teraganya lemah, cepat lelah dan sesak nafas Do: pasien tampak berbaring ditempat tidur, keringat dingin dan lemah	Intoleransi aktivitas	
3.	Ds: klien mengatakan cemas thdp penyakitnya Do: klien tampak terlihat cemas, klien susah tidur, klien tampak gelisah.	Kecemasan	

DIANGNOSA KEPERAWATAN

(CP.2)

NO.REKAM MEDIK : 707258 NAMA MAHASISWA : DEWI ITASARI,

RUANG RAWAT : Flamboyan NIM: 20315144008

NO	MASALAH/DIAGNOSA	TGL.DITEMUKAN	TGL.TERATASI
1.	penurunan curah jantung	26 Mei 2018	
2.	intoleransi diet - vitas	26 Mei 2018	
3.	kecemasan	28 Mei 2018	

RENCANA KEPERAWATAN

(CP.3)

NAMA PASIEN : TM.S NAMA MAHASISWA : DEWI ITA SARY

NO.REKAM MEDIK : 707250 NIM : 20315144008

DIAGNOSA MEDIK : CHF

TGL	NDX. DAN DATA PENUNJANG	TUJUAN	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
26/08	I.	<p>output urin klien adekuat klien akan melaporkan penurunan episode dispneu, beres peran dlm aktivitas yg dpt mengurangi beban kerja jantung. TD dlm bts normal, tak terjadi aritmia, denyut jantung dan iraman jantung normal CRT kurang 3 detik produksi urin > 30ml/jam</p>	<p>periksa keadaan klien dgn mengauskultasi hati apikal, kaji frekuensi irama jantung, catat bunyi jantung, palpasi hati perifer, pantau adanya output urine, catat jumlah dan kepadatan konsentrasi urine, istirahatkan klien dgn tirah baring optimal, atur posisi tirah baring yg ideal, tempat tidur harus dinaikkan</p>	

			<p>klien dididik kanditkurs i, kaji peruba- han pada sensorik, Berikan istia- hat Psikologis, Berikan desig- gen tambahan dgn kanula nasal/masker hindari maneu dina- mik, hindari cairan garam, Pantau rang- kain gam- baran EKG dan perubahan foto rontagen toraks.</p>
2	<p>Klien men- Jukkan ke- mampuan beraktivitas tanpa gejala gejala yg berat ter- utama mda rsasi di tempat tidur Klien tidak mengalami Sesak napas akibat sekunde dari berakti- tas</p>	<p>catat frekua- si jantung, irama & peru- bahannya TD, selama & sesu- dah aktivitas, senggang yg tidak berat, anjurkan menghindari Aktivitas yg meningkat- kan tekanan abdomen sepe- rti mengejan saat defekasi, berikan diet sesak program, rujuk ke program rehabilitasi</p>	

	<p>3</p>	<p>11/01/2020 Jam 1 hari, gelisah hilang, klien kooperatif, mengungkapkan perasaan adanya pd perawatan ttg tindakan yg diprogramkan, klien dpt mengidentifikasi penyebab atau faktor yg mempengaruhi menyitakani ansietas berkurang.</p>	<p>kali tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan, temanin klien selama periode kecemasan tinggi, beri dukungan, gunakan suara tenang, orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yg diharapkan, beri kesempatan, kpd klien utk mengungkapkan kecemasannya, lakukan pendekatan dan konsumsi, beri kesempatan pd org terdekat utk mendampingi klien, berikan penjelasan ttg penyakit, penyebab serta penanganan yg akan dilakukan, kolaborasi berikan</p>
--	----------	--	---

			anticensas / hipnotik sesuai indikasi contohnya diazepam	
--	--	--	---	--

CATATAN TINDAKAN

(CP.4)

NAMA PASIEN : Tn. S NAMA MAHASISWA : DEWI ITA SARI

NO.REKAM MEDIK : 207200 NIM : 20315144005

RUANG RAWAT : Flamboyan

TGL	KODE NDx	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN DAN HASIL
26/05/20	1	08:00 WIB	Istirahatkan klien dgn tirah baring optimal, atur posisi tirah baring ideal. Kepala tempat tidur dinaikkan 30cm memberikan istirahat psikologis dgn lingkungan yg tenang menganjurkan klien utk menghindari maneuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepalkan tangan Hasil : Klien mengartikan nyaman saat kepala tempat tidur dinaikkan klien sudah mengerti anjuran untuk tdk mengepalkan tangan dan berjongkok.

	2	<p>Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan memberikan aktivitas senggong yg tak berat Hasil: klien melakukan dlm membatasi aktivitas Menghimbau klien utk menghindari perilaku yg meningkatkan tekanan abdomen seperti mengejan saat defekasi Hasil: klien sudah mengerti anjuran yg diberikan perawat</p>
	3	<p>Melakukan pengkajian tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan, memberikan kekuatan pada klien, gunakan suara tenang, Mengorientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan ansietasnya lakukan pendekatan dan konsumsi Beri kesempatan pd org terdekat utk mendampingi klien Berikan penjelasan ttg penyebab penyebab serta penanganan yg akan dilakukan. Hasil: klien sudah mulai tenang, klien tak tampak cemas, klien mengerti dgn penyakitnya, klien dpt mengungkapkan ansietasnya, tidur kren sudah GJain/tert</p>

	1	<p>Memberikan diet Jantung pada pasien Hasi: klien sudah mengerti penjelasan dari perawat</p>
	2	<p>Memberikan diet sesuai program (pembatasan air dan natrium) Hasi: klien sudah mengerti penjelasan dari perawat</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

(CP.5)

NAMA PASIEN : TM - S NAMA MAHASISWA: DEWI ITA

NO.REKAM MEDIK : 78 7250 NIM : P0318144005

RUANG RAWAT : ...ftambayan.....

TGL	KODE NDx	JAM	EVALUASI / SOAP
26/05/19	4	10:00	S: Pasien mengatakan nyeri dada berkurang O: skala nyeri berkurang menjadi 3 (ringan), TD: 120/80 mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1	10:30	S: klien mengatakan nyaman saat kepala tempat tidur dinaikkan O: klien tdk mengalami kesulitan bernapas A: pemantauan curah jantung P: (Intervensi dilanjutkan)

CATATAN PERKEMBANGAN

(CP.5)

NAMA PASIEN : TM.S NAMA MAHASISWA: DEWI ITA SA

NO.REKAM MEDIK : 707250 NIM : 00315144005

RUANG RAWAT : Flambayan.....

TGL	KODE NDx	JAM	EVALUASI / SOAP
26/05/18	1	16:00 WIB	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dada berkurang</p> <p>O: skala nyeri berkurang menjadi 3 (tinggi), TD: 120/80 mmHg, N: 80x/mnt</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
	1	16:30 WIB	<p>S: klien mengatakan nyaman saat kepala tempat tidur ditinggikan</p> <p>O: klien tidak mengalami kesulitan bernapas</p> <p>A: pemantauan curah jantung</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

28/05/18	2		<p>Oleh perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yg di derita klien.</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <p>S: klien mengatakan sudah mengerti anjuran diet pembatasan cairan dan natrium yg diberikan oleh perawat</p> <p>O: klien tampak memahami penjelasan anjuran diet yang diberikan oleh perawat</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
28/05/18	1		<p>S: klien mengatakan sudah mengerti anjuran untuk tidak mengepalkam tangan dan berjongkok.</p> <p>O: klien tampak memahami penjelasan yg diberikan oleh perawat</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan dgn penyuluhan diet jantung</p>
28/05/18	2		<p>S: klien mengatakan sudah mengerti anjuran yg di berikan oleh perawat diet jantung</p> <p>O: klien tampak memahami penjelasan yg diberikan oleh perawat ttg diet jantung</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

RESUME KEPERAWATAN

(CP.6)

1. NAMA : M. S
2. NO. REKAM MEDIK : 707250
3. UMUR : 51 thn
4. RUANG RAWAT : Plombayan
5. JENIS. KELAMIN : Laki - Laki
6. TGL. MASUK RS : 21 Mei 2010
7. AGAMA : Islam
8. ALAMAT : Jln. Hangtuah Pekanbaru

1. Masalah keperawatan pada saat pasien dirawat :

penurunan curah jantung
intoleransi aktivitas
kecemasan

2. Tindakan keperawatan selama dirawat

Mengistirahatkan klien dgn tirah baring optimal, atur posisi tirah baring ideal, kepala tempat tidur dinaikkan 30cm,
Memberikan istirahat psikologis dgn lingkungan yg tenang
Menganjurkan klien untuk menghindari manuver dinamik seperti berjongkok sewaktu melakukan BAB dan mengepakkan tangan dan berjongkok.

Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas seenggang yg tdk berat, menganjurkan klien utk menghindari priaku yang meningkatkan abdomen seperti mengejan saat defekasi

metafora pengkajian tanda-tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan, memberikan kekuatan pada klien, gunakan suara tenang, mengorientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan ansietasnya, lakukan pendekatan dan konsumsi, Beri kesempatan pd org terdekat utk mendampingi klien berikan penjelasan ttg penyakit penyebab serta penanganan yg akan dilakukan. Memberikan diet jantung pada pasien, memberikan diet sesuai program (pembatasan air dan natrium), Menganjurkan klien untuk tidak mengepalkan tangan dan berjongkok.

3. Evaluasi :

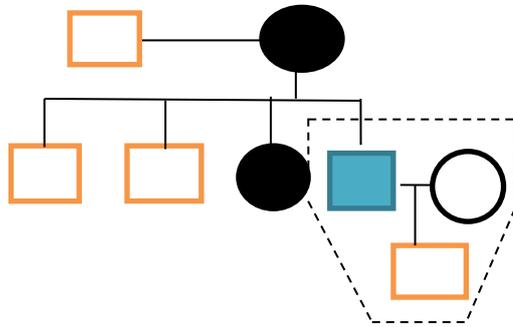
klien tdk nyeri lagi, pernafasan klien dim batas normal, pasien tdk mengalami kelemahan, keletihan, dan pasien tdk cemas.

4. Nasehat pada waktu pasien pulang : pasien dianjurkan utk istirahat, diet jantung, diet natrium dan air, anjuran untuk tidak mengepalkan tangan dan berjongkok, dan mengandurkan klien utk tdk merokok, dan menghindari kecemasan emosional.

NAMA MHS : DEWI LITA SARI

NIM : 0315144005

Gambar Genogram :



Keterangan :

 : laki-laki

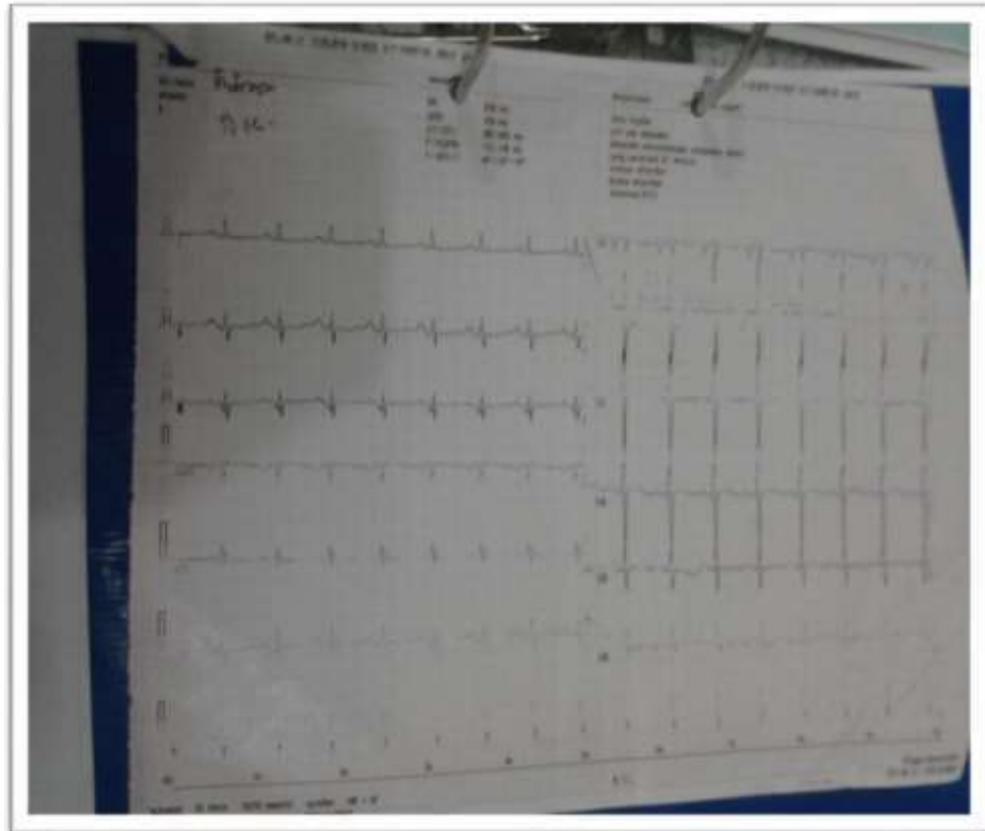
 : Perempuan

 : perempuan penyakit jantung

 : klien

----- : Yang tinggal serumah dengan pasien

Gambar EKG



Gambar Rontagen toraks



NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	KET
	AGDA			
1.	Ph		7.35 -7.45	
2.	PCo2		35 – 45 mmHg	
3.	pO2		80 – 100 mmHg	
4.	HC03		22 - 26 mmol/L	
5.	TCO2		24 – 30 mmol/L	
6.	B E		(-2) – (+2)	

Tabel Pemeriksaan Laboratorium

7.	SO ₂ c		>95%	
ELEKTROLIT				
1.	Na ⁺	140	135– 145 mmol/L	
2.	K ⁺	4,3	3.5 – 5.5 mmol/L	
3.	Ca ⁺⁺		0.90 – 1.08 mmol/L	
4.	Cl	108	97 -107 mmol/L	
5.	Lactat		0,2 – 15,0 mmol/L	

Tabel Catatan Perkembangan

Tanggal	KODE NDx	Jam	Evaluasi/SOAP
26/05/2018	1	10:00 WIB	S : Pasien mengatakan nyeri dada berkurang. O : Skala nyeri berkurang menjadi 3 (ringan), Tekanan Darah 120/80 mmHg. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
26/05/2018	1	10:30 WIB	S : Klien mengatakan nyaman saat kepala tempat tidur dinaikkan. O : Klien tidak mengalami kesulitan bernafas. A : Penurunan curah jantung

			P : Intervensi dilanjutkan
26/05/2018	1	10:30 WIB	S : Klien mengatakan sudah mengerti anjuran untuk tidak mengepal-engepalkan tangan dan berjongkok. O : Klien tampak memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat. A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan penyuluhan diet jantung.
26/05/2018	3	11:00 WIB	S : Klien mengatakan tidak cemas terhadap penyakitnya. O : Klien terlihat tidak tampak terlihat cemas, klien sudah tidur teratur, klien tidak gelisah. A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan.
27/05/2018	2		S : Pasien mengatakan tenaga sudah tidak lemah lagi dan tidak sesak O : Klien dapat beraktivitas ringan seperti duduk di tempat tidur A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan.

DOKUMENTASI



Gambar 1 pengkajian pasien



Gambar 2 memanyakan keluhan pasien
Tn



Gambar 3 pada hari pertama melakukan pemeriksaan fisik pada Tn.S



Gambar 4 pemeriksaan TTV yaitu tekanan darah, pernapasan, nadi, suhu melakukan pemeriksaan suhu, RR, nadi



Gambar 5 melakukan pemeriksaan auskultasi bunyi jantung



Gambar 6 melakukan palpasi pada bagian abdomen Tn. S



Gambar 7 melakukan pemeriksaan ulang auskultasi bunyi jantung.



Gambar 8 penyuluhan diet jantung pada klien dan keluarga klien.