

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
KONGESTIFE DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN AGATE BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Dr SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai saah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Pogram Studi DIII Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

Desi Puspitasari

NIM : AKX.16.163



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA**

BANDUNG

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Desi Puspitasari

NIM : AKX.16.163

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestife
Dengan Nyeri Akut di Ruangan Agate Atas Rumah Sakit Umum
Daerah Dr.Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, Agustus 2019
Yang Membuat Pernyataan



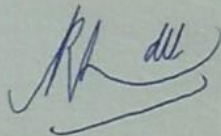
Desi Puspitasari
AKX.16.163

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF DENGAN NYERI AKUT
DI RUANGAN AGATE BAWAH
RSUD DR.SLAMET GARUT
OLEH :
DESI PUSPITASARI
AKX.16.163

Proposal penelitian ini telah disetujui oleh Panitia penguji pada tanggal 20 Agustus 2019

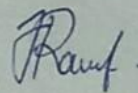
Menyetujui

Pembimbing Utama



Rizki Muliani,S.Kep.,Ners.,M.M
NIK: 10108089

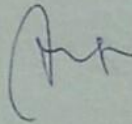
Pembimbing Pendamping



Irfan Safarudin A,S.Kep.,Ners
NIK: 10114152

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep
NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN AGATE BAWAH
RSUD DR.SLAMET GARUT
OLEH :

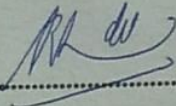
DESI PUSPITASARI

AKX.16.163

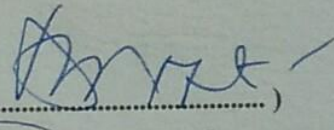
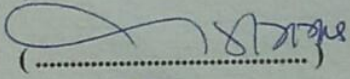
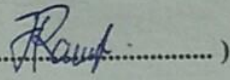
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima
sebagai satu syart menyelesaikan pendidikan pada program Studi Diploma III
Keperawatan

STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal, 20 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI


Ketua : Rizky Muliani, S.Kep., Ners., M.M (..... )

Anggota :

1. Penguji I
Agus Mirajd, S.Kep., Ners., M.Kes (..... )
2. Penguji II
Lia Nurlinawati, M.Kep (..... )
3. Pembimbing Pendamping
Irfan Safarudin A, S.Kep., Ners (..... )

Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung


R.Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIP. 10107064

ABSTRAK

Latar Belakang : Di RSUD Dr Slamet Garut Ruang Agate bawah penyakit gagal jantung termasuk ke dalam 10 penyakit terbanyak dan menjadi peringkat ke 4 pada bulan Januari 2019. Congestive Heart Failure (CHF) / Gagal Jantung adalah ketidak mampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan penurunan curah jantung. Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan penurunan suplai O₂ kardiokardium dan akan berdampak pada hipoksia dan perubahan metabolisme miokardium serta menimbulkan rasa nyeri. **Tujuan :** Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut. **Metode :** Penelitian menggunakan metode studi kasus dimana penulis melakukan pendekatan kualitatif terhadap klien dan mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif dengan Nyeri Akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan Nyeri Akut pada klien 1 dan 2 di dapatkan hasil penurunan skala nyeri. Hari pertama klien 1 dan 2 belum mengalami penurunan skala nyeri, hari kedua skala nyeri pada klien 1 turun dari 5 ke 4 dan klien 2 dari skala nyeri 4 ke 3, hari ke 3 penurunan skala nyeri klien 1 dari skala nyeri 4 ke 3 dan klien 2 dari 3 ke 2. **Diskusi :** Klien gagal jantung dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien. **Saran :** Diharapkan perawat mampu meningkatkan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien terutama pada pasien gagal jantung.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan , Nyeri Akut, Gagal Jantung Kongestif

Daftar Pustaka : 8 buku, 3 jurnal, 2 website, 1 artikel

Abstract

Background: In RSUD Dr Slamet Garut space Agate under the disease of heart failure belongs to the 10 most diseases and became ranked 4th in January 2019. Congestive Heart Failure (CHF)/heart failure is the heart's inability to pump enough blood throughout the body marked with a decrease in cardiac rainfall. Decreased cardiac rainfall can result in decreased supply of O₂ kardiokardium and will have an impact on hypoxia and changes in the metabolism of the myocardium and pain. Purpose: Able to perform nursing care on clients congestive heart failure with acute pain in RSUD Dr. Slamet Garut The Methods: Research uses a case study method whereby authors undertake a qualitative approach to the client and explore the nursing care issues of congestive heart failure with acute pain. Result: After nursing care by giving acute pain treatment intervention in Client 1 and 2 in Get pain reduction result. The first day of clients 1 and 2 have not experienced a decrease in pain scale, the second day of painful pain in the client 1 down from 5 to 4 and client 2 from pain scale 4 to 3, the 3rd Day of Pain Reduction Client 1 of Pain scale 4 to 3 and client 2 from 3 to 2. Discussion: Clients of heart failure with acute pain treatment problems do not necessarily have the same response. It is affected by the condition or the health status of the client. Tip: It is hoped that the nurse is able to perform a comprehensive care to address nursing problems in each Trutama patient in heart failure patients.

Keywords: congestive heart failure, acute pain, nursing care

Bibliography: 8 Books, 3 journals, 2 Wbsite, 1 article

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih di beri kekuatan dan pemikiran sehingga dapat menyelesaikan proposal yang berjudul **”ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT”** dengan sebaik – baiknya.

Maksud dan tujuan penulisan Proposal ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini, terutama kepada :

1. H.Mulyana,SH, M.Pd, MH.Kes selaku ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. dr.H.Maskut Farid MM selaku direktur utama rumah sakit umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
4. Tuti Suprapti,S,Kp.,Mkep selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Rizki Muliani,S.Kep.,Ners.,M.M selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Irfan Safarudin A,S.Kep.,Ner selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf Dosen dan Karyawan DIII Keperawatan Umum.

8. Apriyanto,S.Kep.,Ns.,M.M selaku CI Ruang Agate Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut
9. Untuk kedua orang tua tercinta yaitu Bapak Dadang sobari dan Ibu Sri Sulistiati yang berkerja keras siang dan malam agar penulis tetap bisa berjuang sejauh ini dan untuk kaka kaka saya Dicky Aprizal, Rizky Okaviani Puspitasari, Risa Apriani, dan Aditya Yanuar Restu serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat dan dukungan dengan tulus mendoakan keberhasilan penulis.
10. Untuk teman – teman seperjuangan DIII Keperawatan Umum yang selalu memberikan dukungan dan semangat yang tulus, yang memberikan saya pelajaran dan rasa kekeluargaan yang tinggi. Terutama Agnes Dara Dinanti, Siti Hanifah dan Rima Rahmawati yang menemani proses perjuangan penulis dari awal hingga berada di titik ini.
11. Untuk semua pihak yang membantu penulisan Karya Ilmiah ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Abstrak.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Gagal Jantung	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Sistem Anatomi Jantung	7
2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung	10
2.1.4 Etiologi	12
2.1.5 Patofisiologi	12

2.1.6 Pathway	16
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan	18
2.2 Konsep nyeri	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	25
2.3.1 Anamnesis	25
2.3.2 Pemeriksaan Fisik	30
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	37
2.3.4 Rencana Keperawatan.....	38
2.3.5 Implementasi	49
2.3.6 Evaluasi	50
BAB III METODE PENELITIAN	52
3.1 Desain Penelitian	52
3.2 Batasan Istilah	52
3.3 Partisipan / Responden / Subyek	53
3.4 Lokasi dan waktu penelitian	53
3.5 Pengumpulan Data	53
3.6 Uji Keabsahan Data	54
3.7 Analisis Data	55
3.8 Etika Penulisan KTI	56
BAB IV Hasil dan Pembahasan	59
4.1 Hasil	59
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data	59
4.1.2 Asuhan Keperawatan	60
4.1.3 Analisa Data	70

4.1.4 Diagnosa Keperawatan	75
4.1.5 Perencanaan Keperawatan	81
4.1.6 Implementasi Keperawatan	84
4.1.7 Evaluasi Keperawatan	87
4.2 Pembahasan	88
BAB V Kesimpulan dan Saran	99
5.1 Kesimpulan	99
5.2 Saran	100

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi Jantung	8
Gambar 2.2 Ruang dan Katup Jantung	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Jantung Menurut NYHA	10
Tabel 2.2 Intervensi Penurunan Curah Jantung	34
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri	35
Tabel 2.4 Intervensi Ketidak Efektifan Pola Nafas	38
Tabel 2.5 Intervensi Ketidak Efektifan Perfusi Jaringan	39
Tabel 2.6 Intervensi Kelebihan Volume Cairan	40
Tabel 2.7 Intervensi Intoleran Aktivitas	41
Tabel 2.8 Intervensi Perubahan Nutrisi	43
Tabel 2.9 Intervensi Gangguan Pemenuhan Istirahat Tidur	44
Tabel 4.1 Identitas Klien	60
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	60
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit	61
Tabel 4.4 Perubahan Aktivitas Sehari – hari	62
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	63
Tabel 4.6 Data Psikologis	67
Tabel 4.7 Data Sosial	68
Tabel 4.8 Data Spiritual	68
Tabel 4.9 Data Knowledge	68
Tabel 4.10 Pemeriksaan Laboratorium	69
Tabel 4.11 Pemeriksaan EKG	69

Tabel 4.12 Program dan Rencana Pengobatan	69
Tabel 4.13 Analisa Data	70
Tabel 4.14 Diagnosa Keperawatan	75
Tabel 4.15 Perencanaan Keperawatan	81
Tabel 4.16 Implementasi Keperawatan	84
Tabel 4.17 Evaluasi Keperawatan	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gagal Jantung Terhadap Masalah Keperawatan	16
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Satuan Acara Pembelajaran Diet Gagal Jantung

Lampiran 4 Leaflet Diet Gagal Jantung

Lampiran 5 Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

- PTM : Penyakit Tidak Menular
- JKN : Jaminan Kesehatan Nasional
- CHF : *Congestive Heart Failure*
- WOA : Wawancara Observasi dan Analisis
- WHO : World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia saat ini tengah menghadapi transisi epidemiologi dalam masalah kesehatan, dimana penyakit menular belum seluruhnya dapat teratasi, sementara tren penyakit tidak menular (PTM) cenderung terus meningkat. Tren ini dapat berlanjut seiring dengan perubahan perilaku hidup yaitu pola makan dengan gizi tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok dan lain lain. Peningkatan prevalensi PTM juga berdampak pada peningkatan jumlah layanan rawat jalan dan rawat inap, serta berdampak pula dari segi ekonomi yang harus di tanggung negara melalui jaminan kesehatan nasional (JKN). Data menunjukkan bahwa tiga diantara lima layanan terbanyak JKN merupakan layanan untuk penyakit tidak menular. Maka diperlukannya pencegahan dan pengendalian PTM melalui upaya promotif dan preventif yang di perkirakan paling efektif dalam penerapan perilaku hidup sehat di masyarakat (Dinkes, 2012).

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global. Data WHO menunjukkan bahwa dari 57 juta kematian yang terjadi di dunia, sebanyak 36 juta atau hampir dua pertiganya disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular. PTM juga membunuh penduduk dengan usia yang lebih muda. Di negara-negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah, dari seluruh kematian yang terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun, 29% disebabkan oleh PTM, sedangkan di negara-negara maju, menyebabkan

13% kematian. Proporsi penyebab kematian PTM pada orang-orang berusia kurang dari 70 tahun, penyakit kardiovaskular merupakan penyebab terbesar (39%), diikuti kanker (27%), sedangkan penyakit pernafasan kronis, penyakit pencernaan dan PTM yang lain bersama-sama menyebabkan sekitar 30% kematian, serta 4% kematian disebabkan diabetes. Berdasarkan data di atas proporsi penyebab kematian PTM (Penyakit Tidak Menular) 30% yang diakibatkan penyakit kardiovaskuler yang merupakan penyebab terbesar (Dinkes, 2012).

Menurut Schilling (2014) Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung merupakan salah satu diagnosis kardiovaskular yang paling cepat meningkat jumlahnya. Pada tahun 2016 di dunia, 17,5 juta jiwa (31%) dari 58 juta angka kematian di dunia disebabkan oleh penyakit jantung. Dari seluruh angka tersebut, benua Asia menduduki tempat tertinggi akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah 712,1 ribu jiwa. Sedangkan di Asia Tenggara yaitu Filipina menduduki peringkat pertama akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki peringkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa

Menurut laporan data riskesdas pada tahun 2018 prevalensi penyakit jantung di Indonesia sebanyak 1.017.290 kasus pada semua umur dan di provinsi Jawa Barat ditemukan angka prevalensi penyakit jantung sebanyak 186.809 kasus untuk semua umur. Melihat data rekam medis Salah satu rumah sakit di Jawa Barat yaitu RSUD dr.Slamet Garut, menunjukkan data jumlah penderita penyakit jantung : *CHF (Congestive Heart failure)*

meningkat sebanyak 811 kasus pada laki laki dan 949 kasus pada perempuan, sedangkan angka kematian pada kasus CHF sebanyak 141 dan menduduki posisi ke 3 dari 10 penyakit terbanyak pada tahun 2018. Di salah satu ruangan di RSUD dr.Slamet Garut yaitu ruang Agate Bawah di temukan bahwa kasus *Congestive Heart Failure (CHF)* menduduki posisi ke 4 dari 10 penyakit terbanyak di ruang Agate dengan angka kejadian 282 kasus.

Menurut Muttaqin (2012), Gagal Jantung/Payah Jantung (fungsi jantung lemah) adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas pada saat beraktivitas dan/atau saat tidur terlentang tanpa bantal, dan/atau tungkai bawah membengkak. Keluhan utama yang paling sering klien keluhkan meliputi dyspnea, kelemahan fisik, dan edema istemik yang mengakibatkan terganggunya kebutuhan dasar manusia. Selain berdampak pada kondisi jantung tersendiri, akibat dari gagal jantung kongestif bisa merusak organ organ vital yang lain seperti ginjal dan otak yang di akibatkan kurangnya suplai oksigen dan penumpukan cairan di organ - organ yg lain.

Menurut penelitian yang di lakukan di Swiss pada 672 pasien yang mengeluh nyeri dada ditemukan Hampir 13% orang yang mengeluh nyeri dada di akibatkan penyakit jantung, namun untuk mengetahui faktor pencetus dari nyeri dada tersebut memerlukan pemeriksaan tindak lanjut. Salah satu manifestasi yang terjadi akibat Gagal jantung Kongestif adalah penurunan curah jantung hal ini mengakibatkan menurunnya suplai O₂ ke miokardium dan menimbulkan hipoksia jaringan miokardium hal ini akan merubah proses

metabolisme di miokardium yang mengakibatkan timbulnya respon nyeri. Nyeri yang di alami oleh penderita penyakit jantung harus segera di laporkan dan di tangani oleh petugas kesehatan di karnakan jika nyeri dibiarkan akan berakibat pada peningkatan beban jantung dan menimbulkan syok kardiogenik yang bisa berakibat pada kematian. Sehingga dalam hal ini perawat harus melakukan tindakan keperawatan secara komprehesif.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif melalui penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang di atas bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif dengan Nyeri Akut di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

- b. Menetapkan diagnosa Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.
- f. Melakukan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien Dengan Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Dengan Gagal Jantung Kongestife Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Jantung

2.1.1 Definisi

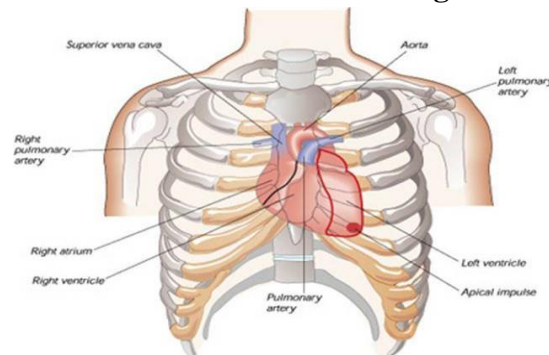
Gagal jantung kongestif adalah suatu sindrom klinis akibat kelainan jantung yang ditandai dengan suatu bentuk respon hemodinamik, renal, neural dan hormonal, serta suatu keadaan patalogis dimana kelainan fungsi jantung menyebabkan kegagalan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan (Muttaqin,2012).

2.1.2 Sistem Anatomi Jantung

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskuler,berotot dan berongga,terletak di rongga torak bagian mediastinum,diantara dua paru paru. Bentuk jantung seperti kerucut tumpuk,pada bagian bawah disebut apeks,letaknya lebih ke kiri dari garis medial,bagian tepi pada ruang interkosta V kiri atau kira kira 9 cm dari lineal medioclavicularis,sedangkan bagian atasnya disebut basis terletak agak kekanan tepatnya pada kosta ke III, 1 cm dari tepi lateral sternum.

Ukuran jantung kira kira panjangnya 12 cm,lebar 8 – 9 cm dan tebalnya 6 cm. Beratnya sekitar 200 sampai 425 gram,pada laki laki sekitar 310 gram,pada perempuan sekitar 225 gr.

Gambar 2.1 : Posisi Jantung



Sumber : Tarwonto (2015)

Terdapat tiga lapisan jantung yaitu lapisan bagian luar disebut *epikardium*, lapisan bagian tengah disebut *miokardium*, lapisan ini lebih tebal, tersusun atas otot lurik maupun berkontraksi dengan kuat. Sedangkan lapisan bagian dalam disebut endokardium, lapisan ini terdiri dari jaringan *endotelia* yang juga melapisi ruang jantung dan katup jantung.

Jantung dilapisi oleh dua membran untuk mencegah terjadinya trauma dan infeksi yaitu *Perikardium parietal* dan *Perikardium viseral*. Perikardium parietal merupakan membran lapisan jantung paling luar dan tersusun dari jaringan *fibrosa*. Sedangkan lapisan *perikardium viseral* merupakan lapisan pada bagian dalam yang melekat ke *miokardium* dan melapisi beberapa sentimeter *aorta* dan *arteri pulmonalis*. Diantara kedua lapisan tersebut terdapat 5 sampai 20ml cairan *perikardium* yang berfungsi sebagai pelumas untuk mencegah trauma.

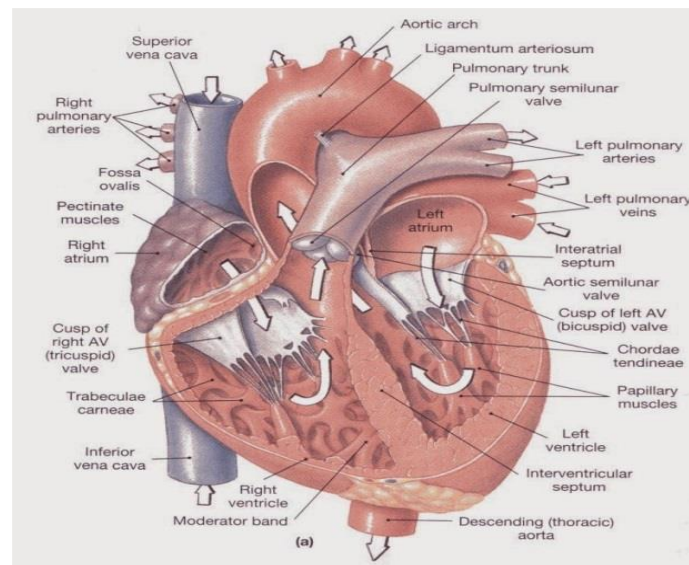
Ada empat ruang jantung yaitu, *atrium* kanan, *ventrikel* kanan, *atrium* kiri dan *ventrikel* kiri. *Atrium* kanan menerima darah yang kurang oksigen dari seluruh tubuh melalui *vena cava superior* (dari tubuh bagian atas) dan *vena cava inferior* (dari tubuh bagian bawah) kemudian darah mengalir

masuk ke ventrikel kanan dan selanjutnya di pompakan ke paru – paru melalui *arteri pulmonalis* untuk di oksigenisasi. Darah yang kaya oksigen dari paru paru melalui empat vena pulmonalis masuk ke atrium kiri dan selanjutnya dari atrium kiri darah mengalir ke ventrikel kiri untuk di pompakan ke seluruh tubuh melalui aorta.

Jantung memiliki 2 katup yaitu katup atrioventrikel dan katup seminular. Katup atrioventrikular terletak di antara atrium dan ventrikel yang terdiri dari katup trikuspidalis (penghubung atrium dan ventrikel kanan) dan bikuspidalis atau mitral (penghubung atrium dan ventrikel kiri). Katup anteriorventrikuler menutup pada saat ventrikel jantung berkontraksi pada saat systole untuk mencegah aliran balik darah ke atrium dan akan membuka pada saat jantung relaksasi atau diastole untuk mengalirkan darah dari atrium dan mengisi kembali ruang ventrikel.

Katup seminular terdiri atas katup pulmonal (terletak diantara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis) dan katup aorta (terletak diantara ventrikel kiri dan aorta) . katup seminular menutup pada saat diastole dan membuka pada saat systole.

Gambar 2.2 : Ruang dan Katup Jantung



Sumber : Muttaqin 2012

Jantung dapat memompa karna adanya implus dari listrik jantung, kemampuan serabut jantung untuk menghantarkan implus listrik dinamakan konduksi. Sistem konduksi jantung terdiri dari Sinoatrial Node (SA Node) , Atrioventrikuler Node (AV Node) , Bundel His dan Serat Purkinje.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung Kongestif ringan, sedang, dan berat di tentukan berdasarkan beratnya gejala, khususnya sesak nafas (dispnea) menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam (Muttaqin,2012) terdapat empat kelas untuk klasifikasi gagal jantung, yaitu:

Tabel 2.1 : Klasifikasi Gagal jantung kongestif Menurut NYHA

Kelas	Definisi	Istilah
I	Klien dengan kelainan jantung tetapi tanpa pembatasan aktivitas fisik	Disfungsi ventrikel kiri yang asistomatik
II	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik	Gagal jantung kongestif ringan
III	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik	Gagal jantung kongestifsedang
IV	Klien dengan kelainan jantung yang segala bentuk aktivitas fisiknya akan menyebabkan keluhan	Gagal jantung kongestifberat

Sumber : Muttaqin (2012)

Selain berdasarkan kelas, menurut Marton (2012) klasifikasi Gagal jantung kongestif dapat dilihat dari letaknya, yaitu :

1. Gagal jantung kongestif kanan

Merupakan kegagalan ventrikel kanan untuk memompa secara adekuat. Penyebab Gagal jantung kongestif kanan yang paling sering terjadi adalah Gagal jantung kongestif kiri. Tetapi Gagal jantung kongestif kanan dapat terjadi dengan adanya ventrikel kiri benar benar normal dan tidak menyebabkan Gagal jantung kongestif kiri. Gagal jantung kongestif kanan juga dapat di sebabkan oleh penyakit paru dan hipertensi arteri pulmonary primer.

2. Gagal jantung kongestif kiri

Merupakan kegagalan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengosongkan dapat dapat lebih lanjut diklasifikasikan menjadi disfungsi sistolik dan diastolik.

2.1.4 Etiologi

Faktor-faktor yang mengganggu pengisian ventrikel seperti stenosis katup atrioventrikularis dapat menyebabkan gagal jantung. Keadaan-keadaan seperti perikarditis konstruktif dan tamponade jantung mengakibatkan Gagal jantung kongestif melalui gabungan beberapa efek seperti gangguan pada pengisian ventrikel dan ejeksi ventrikel. dengan demikian jelas sekali bahwa tidak ada satupun mekanisme fisiologi atau gabungan berbagai mekanisme yang bertanggung jawab atas terjadinya gagal jantung. efektivitas jantung sebagai pompa dapat dipengaruhi oleh berbagai gangguan patofisiologi. faktor- faktor yang dapat memicu perkembangan Gagal jantung kongestif melalui penurunan sirkulasi yang mendadak dapat berupa aritmia, infeksi sistemis dan infeksi paru-paru , dan emboli paru (Muttaqin ,2012).

2.1.5 Patofisiologi

Bila cadangan jantung untuk berespon terhadap stres tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa akibatnya terjadilah gagal jantung. Jika cadangan jantung normal mengalami payah dan kegagalan respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung, maka ada tiga mekanisme respon primer untuk mempertahankan curah jantung, yaitu :

1. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis

Menurunnya curah jantung sekuncup pada Gagal jantung kongestif akan

Membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Meningkatkan aktivitas adrenergik simpatis merangsang pengeluaran ketakolamin dari saraf saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung akan meningkat secara maksimal untuk mempertahankan curah jantung. Juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ organ yang rendah metabolismenya (seperti ginjal dan kulit) agar perfusi ke jaringan dan otak dapat di pertahankan.

Pada keadaan gagal jantung, baroreseptor di aktivasi sehingga menyebabkan peningkatan aktivitas simpatis pada jantung, ginjal, dan pembuluh darah perifer. Angiotensin II dapat menyebabkan semakin meningkatnya aktivitas simpatis tersebut. Aktivitas yg berlebihan dari sistem saraf simpatis mengakibatkan peningkatan kadar noradrenalin plasma sebagai akibatnya terjadi vasokonstriksi, takikardia, serta retensi garam dan air. Juga dapat menyebabkan nekrosis sel otot jantung.

2. Meningkatkan beban awal akibat aktivitas neurohormon (RAA)

Aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA) menyebabkan Retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel , serta regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan hukum startling. RAA bertujuan untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang adekuat serta mempertahankan tekanan darah. Renin adalah enzim yang mengubah angiotensinogen menjadi angiotensi I. Renin akan memecah empat asam

amino dari angiotensinogen dalam sirkulasi, suatu prekursor angiotensin peptida yang di hasilkan oleh hati membentuk angiotensi I. Angiotensi I sebagian besar diubah di paru paru menjadi angiotensi II, Angiotensin II memegang peran utama dalam SRAA karena meningkatkan tekanan darah dengan berbagai macam seperti : vasokonstriksi, retensi garam, dan cairan, serta takikardia. Efek efek ini berkerja secara langsung maupun tidak langsung melalui sistem saraf simpatis, antidiuretik hormone (ADH), aldosteron, atau penghambat vegal.

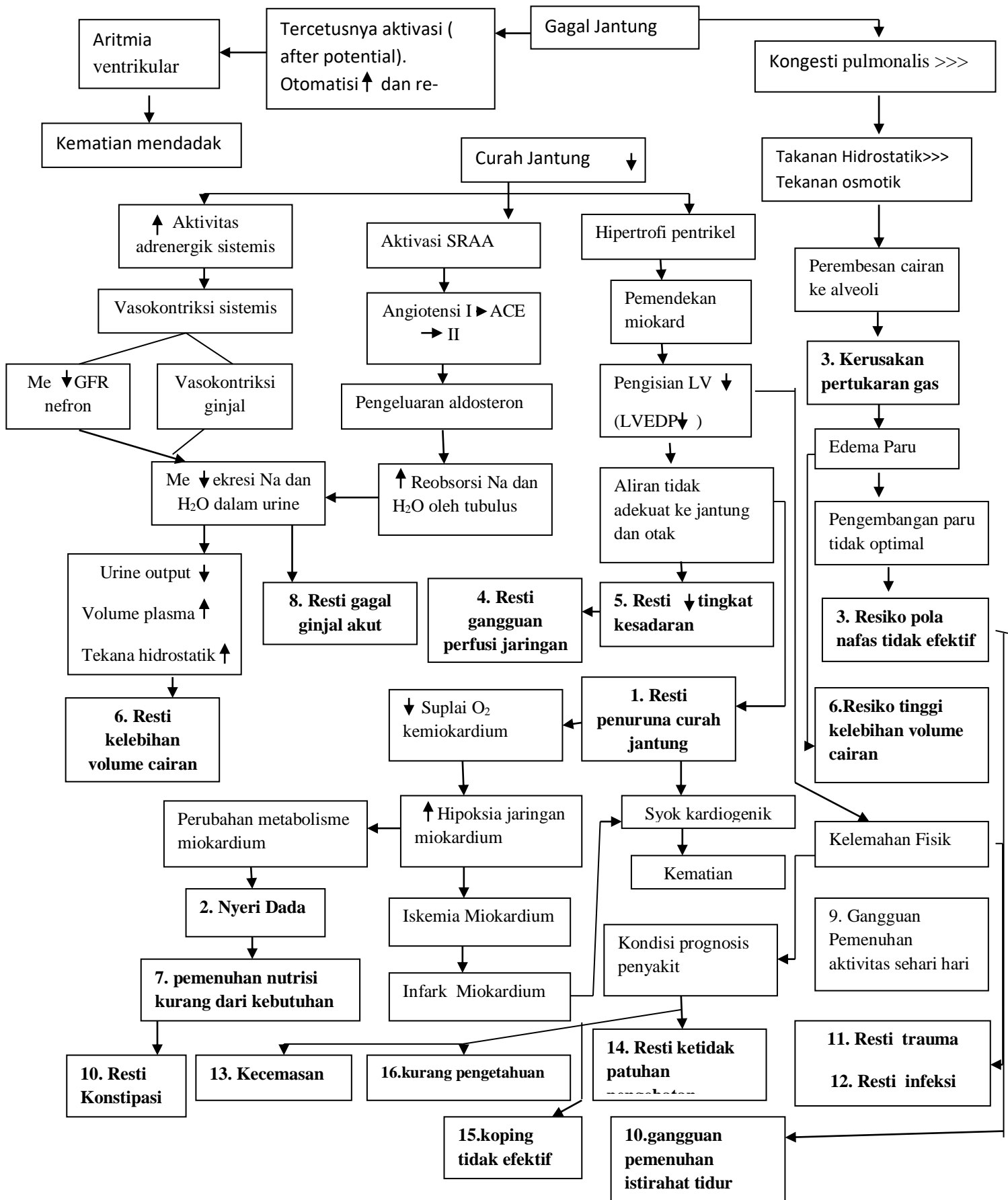
3. Hipertrofi ventrikel

Pola terjadinya hipertrofi ventrikel secara fungsional merupakan respon secara *remodelling* di mana pada jantung terjadi sebagai respon terhadap berbagai macam rangsangan patofisiologis. Rangsangan tersebut antara lain Overload Tekanan dan Overload Volume.

Overload Tekanan misalnya hipertensi dan stenosis aorta. *Remodelling* jantung terbentuk pada keadaan ini dengan tujuan agar ventrikel kiri dapat menghasilkan tekanan darah tinggi yang di butuhkan untuk mengatasi peningkatan impedansi aliran. *Remodelling* dapat tercapai dengan peningkatan miofibril paralel, yang kemudian menyebabkan peningkatan ketebalan dinding ventrikel sehingga dapat menimbulkan ketegangan dinding dan tekanan intraventrikel yang lebih besar. Jadi *overload* tekanan menyebabkan peningkatan ketebalan dinding ventrikel kiri yang biasanya disebut hipertrofi konsentrik. Overload Volume

keadaan curah jantung yang tinggi, *remodelling* jantung terjadi agar dapat dihasilkan isi sekuncup yang besar (Muttaqin,2012)

2.1.6 Pathway



2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

1. Ekokardiografi

Pemeriksaan ekokardiografi sifatnya tidak invasif dan segera dapat memberikan diagnosis disfungsi jantung serta informasi yang berkaitan dengan penyebabnya. Pemeriksaan ekokardiografi dapat digunakan untuk memperkirakan ukuran dan fungsi ventrikel kiri. Dimensi ventrikel kiri pada akhir diastolik dan sistolik dapat di rekam dengan ekokardiografi mode-M Standar.

2. Rontgen Dada

Foto sinar – X dada posterior – anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru atau kardiomegali.

3. Elektrokardiografi

Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan Gagal jantung kongestif dapat di temukan kelainan EKG seperti :

- a. *Left bundle branch block*, kelainan ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
- b. Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik
- c. Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang T terbalik menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi.
- d. Aritmia : deviasi aksis ke kanan, *right bundle branch block*, dan hipertrofi ventrikel kanan menunjukkan adanya disfungsi ventrikel kanan.

4. Elektrolit

Mungkin berubah karena perpindahan cairan / penurunan fungsi ginjal terapi diuretic

5. Blood Ureum Nitrogen (BUN) dan kreatinin

Peningkatan BUN dan Kreatini merupakan indikasi adanya gagal ginjal.

6. Analisa Gas Darah

Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkaliosis respiratori ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).

7. Oksimetri nadi

Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika Gagal jantung kongestif akut menjadi kronis

8. Kateterisasi Jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan Gagal jantung kongestif kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi.

9. Pemeriksaan kelenjar tiroid

Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktivitas tiroid sebagai pre pencetus Gagal jantung kongestif(Muttaqin, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

1. Terapi non farmakologis

Menganjurkan klien untuk merubah pola hidup dan mengontrol faktor pencetus. Klien dengan Gagal jantung kongestif di anjurkan untuk melakukan diet dan mengurangi natrium untuk meminimalkan kerja

dan ketegangan otot jantung dan status nutrisi terpelihara dengan selera dan pola makan klien serta untuk mencegah dan mengatur edema.

2. Terapi Farmakologis

Terapi yang dapat dilakukan antara lain pemberian diuretik, terpai nitrat dan vasodilator. Pemberian Digoksin, Dopamin, Dobutamin, serta pemberian sadatif untuk mengurangi kegelisahan (Muttaqin,2012).

2.2 Konsep Nyeri akut

2.2.1 Definisi nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan bersifat individual, stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan atau mental. Sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Mahon, 1995 ; Potter & Perry, 2006).

Sedangkan menurut Prasetyo (2010) mengungkapkan bahwa nyeri adalah sensori yang muncul akibat stimulus nyeri yang berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, sangat subjektif, dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mubarak, W.I., 2007).

2.2.2 Klasifikasi nyeri

Menurut NANDA (2015) nyeri diklasifikasikan menjadi 2 antara lain:

1. Nyeri Akut didefinisikan sebagai pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau

potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Association For the Study of Pain*) yang tiba tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi.

2. Nyeri kronis di definisikan sebagai pengalam sensorikdan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai suatu kerusakan (*International Association For the Study of Pain*) yang tiba tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung lebih dari tiga bulan.

2.2.3 Penatalaksanaan nyeri

Menurut Tamsuri (2006), penatalaksanaan nyeri adalah sebagai berikut :

1. Pendekatan Farmakologis

Dengan menggunakan Analgetik Opid (Narkotik), Nonopid/NSAIDs (*Nonsteroid Anti Inflammation Drugs*) dan adjuvat dan Ko – Analgesik.

2. Pendekatan non Farmakologis

Metode pendekatan nyeri non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah, meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat obatan. Tindakan non farmakologis mungkin diperlukan atau tidak sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Dalam hal ini terutama saat nyeri hebat yang berlangsung berjam - jam atau sehari - hari.

Mengkombinasikan teknik non farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri.

Stimulasi Fisik :

- a. *Massage Kulit*, memberikan efek penurunan kecemasan dan ketegangan otot. Rangsangan massase ini dipercaya akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu memblok atau menurunkan implus nyeri.
- b. Stimulasi kontralateral, memberi stimulasi pada daerah kulit yang disisi berlawanan dari daerah yang terjadi nyeri.
- c. *AcuPressure / Pijat refleksi*, dengan menggunakan system akupuntur, tetapi memberi tekanan jari-jari pada berbagai titik organ
- d. *Range Of Motion*, untuk melemaskan otot – otot, memperbaiki sirkulasi darah, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengan kelakuan dan immobilitas.

Intervensi kognitif perilaku :

- a. *Distraksi*
Pengalihan dari focus perhatian terhadap nyeri ke stimulus lain, misal melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, merupakan distraksi visual. Sedangkan distraksi pendengaran diantaranya mendengar musik yang disukai serta gemericik air.
- b. *Relaksasi* dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

- c. Umpan balik tubuh (*biofeedback*) adalah mengatasi nyeri dengan memberikan informasi kepada klien tentang respon fisiologis terhadap nyeri yang di alami.
- d. Sentuhan terapeutik.

2.2.4 Massage

1. Definisi *Massage*

Massage adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligament, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Mander, 2004 dalam Andarmoyo 2013).

Cara *Massage* adalah tindakan keperawatan dengan cara memberi *massage* pada klien dalam memenuhi keutuhan rasa nyaman (nyeri) pada daerah superfisial atau pada otot/tulang. Tindakan *massage* ini untuk mengurangi rangsangan nyeri akibat terganggunya sirkulasi (Hidayat, 2005).

2. Manfaat *massage*

Menurut Pupung (2009), manfaat atau efek *massage* adalah untuk memperlancar peredaran darah, membantu pembentukan penerapan dan pembuangan sisa – sisa pembakaran / metabolisme dalam jaringan – jaringan, membantu pengaliran cairan limpa lebih cepat, membanyu kelancaran pengaliran cairan limpa didalam pembuluh limpa kecil ke limpa yang lebih besar yang dapat menurunkan intensitas nyeri.

3. Prosedure Massage

Persiapan sebelum melakukan pijat punggung menurut (Kozier, 2004) :

a. Kaji kulit klien

Jika kulit klien terdapat kemerahan dan terdapat lecet atau tanda infeksi segera dokumentasikan, serta hindari massage pada daerah luka.

b. Lotion khusus yang digunakan

Tanyakan kepada klien adakah klien mempunyai lotion khusus atau tidak dan tanyakan pula apakah klien memiliki alergi terhadap lotion tertentu.

c. Tanyakan posisi yang dapat di toleransi oleh keadaan klien

Posisi pronasi atau tegkurap direkomendasikan untuk menggosok punggung, namun posisi miring dapat dilakukan jika klien tidak dapat tengkurap.

d. Atur lingkungan yang tenang tanpa interupsi untuk meningkatkan efek pijat punggung yang maksimal.

e. Cuci tangan dan pantau pengendalian infeksi yang tepat (jika ada)

f. Bantu klien untuk berpindah ke dekat sisi tempat tidur dan sesuaikan tinggi tempat tidur agar nyaman untuk berkerja guna mencegah ketegangan otot.

g. Tentukan posisi yang di sukai klien.

h. Buka bagian punggung dari bahu sampai area sakralis inferior. Tutup bagian tubuh yang lain untuk mencegah kedinginan dan minimalkan pemajaman.

i. Pijat punggung

- 1) Tuangkan sedikit lotion ke telapak tangan, tempat lotion dapat di simpan di dalam waskom mandi yang berisi air hangat. Preparat gosokan punggung yang dingin cenderung tidak membuat klien nyaman.
- 2) Dengan menggunakan telapak tangan gosok di area sakralis dengan menggunakan pijitan lembut memutar
- 3) Gerakan tangan ke atas menuju ke pusat punggung kemudian di teruskan ke kedua scapula
- 4) Gerakan tangan menuruni bagian sisi punggung
- 5) Pijat pada area krista illiaka kiri dan kanan
- 6) Berikan tekanan berkelanjutan yang mantap tanpa memutuskan kontak dengan kulit klien
- 7) Ulangi gerakan diatas selama 3 sampai 5 menit dengan lebih banyak lotion sesuai kebutuhan
- 8) Saat memijat kaji kemerahan kulit
- 9) Keringkan lotion yang berlebih dengan handuk
- 10) Dokumentasikan pijat punggung, dan kaji respon klien terhadap pemberian pijat punggung.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Gagal Jantung

Pengkajian pada klien dengan Gagal jantung kongestif merupakan salah satu aspek

penting dalam proses keperawatan. Hal ini penting untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian sistem kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistemis pasien mencakup riwayat cermat, khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala. Terjadi kelemahan fisik secara umum, seperti : nyeri dada, sulit bernafas (dispnea), palpitasi, pingsan (sinkop), atau keringat dingin (diaforesis). Masing masing gejala harus di evaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankan (Muttaqin, 2012).

2.3.1 Anamnesis

Pada anamnesis, bagian yang dikaji adalah keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu.

1. Keluhan Utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan, meliputi dispnea, kelemahan fisik, dan edema sistemik (Muttaqin, 2012).

2. Riwayat penyakit sekarang (RPS)

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama. Pengkajian yang di dapat dengan adanya gejala – gejala kongesti vaskular

pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dipsnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut. Pada pengkajian dispnea (di karakteristik oleh pernapasan cepat, dangkal, dan sensasi sulit dalam mendapatkan udara yang cukup dan menekan klien) apakah mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia, gelisah, atau kelemahan yang disebabkan oleh dispnea (Muttaqin, 2012).

a. Ortopnea

Ketidak mampuan untuk berbaring datar karena dipsnea, adalah keluhan umum lain dari gagal venrikel kir yang berhubungan dengan kongesti vaskular pulmonal. Ini penting untuk menentukan apakah ortopnea benar benar berhubungan dengan penyakit jantung atau apakah peninggian kepala untuk tidur adalah kebiasaan belaka. Sebagai contoh, bila klien menyatakan bahwa ia biasa tidur pada tiga bantal dan klien menyukai tidur dengan ketinggian ini dan telah dilakukan sejak sebelum mempunyai gejala gagal jantung, kondisi ini tidak tepat dikatakan sebagai ortopnea.

b. Dipsnea Nokturnal Paroksimal

Dipsnea Nokturnal Paroksimal (DNP) adalah keluhan yang dikenal oleh klien. Klien terbangun ditengah malam karena napas pendek yang hebat. Dipsnea nokturnal paroksimal diperkirakan disebabkan oleh perpindahan cairan dari jaringan kedalam kompartemen intravaskular sebagai akibat posisi terlentang. Selama siang hari, tekanan vena tinggi khususnya pada bagian dependen tubuh. Hal ini

terjadi karena gravitasi, peningkatan volume cairan, dan peningkatan tonus simpatis. Dengan peningkatan tekanan hidrostatik ini, beberapa cairan keluar masuk ke area jaringan. Dengan posisi terlentang, tekanan pada kapiler kapiler dependen menurun, dan cairan kembali diserap ke dalam sirkulasi. Peningkatan volume memberikan jumlah tambahan darah yang diberikan ke jantung untuk memompakan menit (peningkatan *preload*) dan memberikan beban tambahan pada dasar vaskular pulmonal yang lebih kongesti. DNP terjadi bukan hanya pada malam hari tetapi juga pada kapan saja selama perawatan di rumah sakit yang memerlukan tirah baring lama.

c. Keluhan Batuk

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

d. Edema pulmonal

Edema pulmonal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vaskular pulmonal. Ini terjadi bila karena kapiler pulmonal melebihi tekanan yang cenderung mempertahankan cairan di dalam saluran vaskular (kurang dari 30mmHg). Pada tekanan ini terdapat transduksi cairan ke alveoli,

yang sebaliknya menurunkan tersedianya area untuk transport normal oksigen dan karbondioksida masuk dan keluar dari darah dalam kapiler pulmonal. Edema pulmonal akut dicirikan oleh dispnea hebat, batuk, ortopnea, ansietas dalam, sianosis, berkeringat, kelainan bunyi pernapasan, sangat sering nyeri dada dan sputum berwarna merah muda, dan berbusa dari mulut. Ini memerlukan kedaruratan medis dan harus ditangani dengan cepat dan sigap.

3. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)

Pengkajian RPD yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan. Obat-obat ini meliputi obat diuretik, nitrat, penghambat beta, serta obat-obat anti hipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu, dan tanyakan adanya alergi obat, tanyakan reaksi alergi apa yang timbul. Sering kali klien mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat (Muttaqin, 2012).

4. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Penyakit jantung iskemik pada

orang tua yang timbul pada usia muda merupakan faktor resiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya (Muttaqin, 2012).

5. Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat berkerja dan lingkungannya.

Kebiasaan sosial : menanyakan kebiasaan dalam pola hidup, misalnya minum alkohol, atau obat tertentu. Kebiasaan merokok : menanyakan tentang kebiasaan merokok, sudah berapa lama, berapa batang sehari, dan jenis rokok. Dismping pertanyaan tersebut di atas , maka data biografi juga merupakan data yang perlu di ketahui, yaitu : nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, suku dan agama yang dianut oleh klien. Dalam mengajukan pertanyaan kepada klien, hendaknya diperhatikan kondisi klien. Bila klien dalam keadaan kritis maka pertanyaan yang diajukan bukan pertanyaan terbuka tetapi pertanyaan yang jawabannya adalah ya atau tidak. Atau pertanyaan yang dapat dijawab dengan gerakan tubuh, yaitu mengangguk atau menggelengkan kepala saja. Sehingga tidak memerlukan energi yang besar (Muttaqin, 2012).

6. Psikososial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenisasi jaringan, stres akibat kesakitan bernapas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan. Terdapat perubahan integritas ego didapatkan klien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit yang perlu, khawatir dengan keluarga,

kerja, dan keuangan. Tanda : menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri. Interaksi sosial : stress karena keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, kesulitan coping dengan stresor yang ada (Muttaqin, 2012).

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

Menurut Muttaqin (2009) Pemeriksaan fisik terdiri dari :

1. Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum klien Gagal jantung kongestif biasanya di dapatkan kesadaran yang baik atau compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat.

2. Pemeriksaan Fisik pesistem

- a. Sistem Pernapasan

Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda kongestif vaskular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dipsnea nokturnal paroksimal, batuk dan edema pulmonal akut. Crekles atau ronki basah halus terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikenali dengan bukti gagal ventrikel kiri sebelum crekles dianggap sebagai kegagalan pompa, klien harus diinstruksikan untuk batuk dalam guna membuka alveoli basilaris yang mungkin di kompresi dari bawah diafragma (Muttaqin,2009).

b. Sistem Kardiovaskular

Inspeksi adanya parut pasca pembedahan jantung. Lihat adanya dampak penurunan curah jantung, klien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, apatis, letargi, kesulitan berkonsentrasi, defisit memori, dan penurunan toleransi latihan. Lihat apakah ada distensi vena jugularis bila ventrikel kanan tidak mampu berkompensasi, maka akan terjadi dilatasi ruangan, peningkatan volume dan tekanan pada diastolik akhir ventrikel kanan, tahanan untuk mengisi ventrikel, dan peningkatan lanjut pada tekanan atrium kanan. Peningkatan tekanan ini sebaliknya memantulkan ke hulu vena kava dan dapat di ketahui dengan peningkatan pada tekanan vena jugularis. Inspeksi adanya tanda tanda edema, edema sering dipertimbangkan sebagai tanda yang dapat dipercaya. Banyak orang, terutama lansia yang meghabiskan waktu mereka untuk duduk dikursi dengan kaki tergantung dan akibatnya 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 dari pada kegagalan ventrikel kanan. Manifestasi klinis yang tampak terjadi meliputi edema ekstermitas bawah (edema dependen), yang biasanya merupakan pitting edema, penambahan berat badan, hepatomegali (pembesaran hepar), distensi vena leher, asites (

penimbunan cairan di dalam rongga peritoneum), anoreksia dan mual, nokturia, serta kelemahan.

Palpasi, pemeriksaan denyut arteri selama Gagal jantung kongestif menunjukkan denyut yang cepat dan lemah. Denyut jantung yang cepat atau takikardia, mencerminkan respon terhadap perangsangan saraf simpatis. Penurunan yang bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokonstriksi perifer mengurangi tekanan nadi (perbedaan antara tekanan sistolis dan diastolik) sehingga menghasilkan denyut yang lemah atau *thready pulse*. Hipotensi sistolik ditemukan pada Gagal jantung kongestif yang lebih berat. Selain itu pada Gagal jantung kongestif 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.

Auskultasi, tanda fisik yang berkaitan dengan kegagalan ventrikel kiri dapat dikenal dengan mudah dibagian yang meliputi binti jantung ketiga dan keempat (S3, S4) serta *crackles* pada paru paru. S1 atau gallop atrium mengikuti kontraksi atrium. Bunyi S4 adalah bunyi yang umum terdengar pada klien dengan infark miokardium akut dan mungkin tidak mempunyai prognosis bermakna, tetapi mungkin menunjukkan kegagalan yang baru terjadi. S3 atau gallop ventrikel adalah tanda penting dari gagal ventrikel kiri dan pada orang dewasa hampir tidak pernah ada pada adanya penyakit

jantung signifikan, kebanyakan dokter akan setuju bahwa tindakan terhadap Gagal jantung kongestif diidentifikasi dengan adanya tanda ini. S3 terdengar pada awal diastolik serta bunyi jantung kedua (S2), dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Ini juga dapat didengar paling baik menggunakan bel stetoskop yang diletakan tepat di apeks, dengan klien pada posisi lateral kiri dan pada ekspirasi.

Perkusi, batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (Muttaqin, 2012)

c. Sistem Persyarafan

Kesadaran biasanya compos mentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien : wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat (Muttaqin, 2012).

1) Test Nervus Cranial

a) Nervus Olfactorius

Nervus olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghidung (Penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (Hiposmia)

b) Nervus Optikus

Penangkap rangsangan cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus.

c) Nervus Okulomotorius, Trochlearis, Abducent (N.III,IV,VI)

Fungsi Nervus III, IV, VI saling berkaitan dan diperiksa bersamaan. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil.

d) Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (parsia mayor) dan bagian motorik (Parsio minor). Bagian motorik mengurus otot mengunyah.

e) Nervus Facialis (N.VII)

Nervus Fasialis merupakan saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatik ke kelenjar ludah dan lakrimalis termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

f) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

g) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (Sensorik + Motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

h) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

i) Nervus Assesorius

Gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

j) Nervus Hipoglosus

Saraf ini menginervasi otot intrinsik dan ekstrinsik lidah.

d. Sistem Pencernaan

Klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan (Muttaqi,2012)

e. Sistem Geniotourinaria

Pengukuran volme keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah.

f. Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksaan dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Muttaqin, 2009).

g. Sistem Integumen

Kulit dingin diakibatkan gagal ventrikel kiri yang menimbulkan tanda tanda berkurangnya perfusi ke organ-organ.

h. Sistem Muskuloskeletal

Mudah lelah akibat penurunan curah jantung yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen dan menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme.

i. Sistem Pendengaran

Pada asien gagal jantung cenderung jarang ditemukan kerusakan dalam pendengaran akibat gagal jantung.

j. Sistem Penglihatan

Pada mata biasanya terdapat :

- 1) Konjungtiva pucat merupakan manifestasi anemia
- 2) Konjungtiva kebiruan meruakan manifestasi sianosis sentral

- 3) Sklera berwarna putih merupakan gangguan faal hati pada pasien gagal jantung
- 4) Gangguan visus mengidentifikasi kerusakan pembuluh darah retina yang terjadi akibat komplikasi hipertensi (Udjianti,2011)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan Yang Muncul Pada Klien Dengan Gagal jantung Kongestif

Berdasarkan patofisiologi dan dari pengkajian diagnosis keperawatan utama untuk klien Gagal jantung kongestif sebagai berikut (Muttaqin,2012 dan Nanda,2018) :

1. Aktual/resiko tinggi penurunan curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, irama,perubahan *afterload* dan perubahan volume sekuncup.
2. Nyeri yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke miokardium,perubahan metabolisme, dan peningkatan produksi asam laktat.
3. Ketidak efektifan pola nafas yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan volume cairan.
4. Aktual/resiko ketidak efektifan perfusi jaringan yang berhubungan dengan rendahnya kadar HB.
5. Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
6. Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai O₂ ke jaringan dengan kebutuhan O₂.

7. Ketidak seimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake, mual, dan anoreksia.
8. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas.

2.3.4 Rencana keperawatan

1. Aktual/resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, irama, dan konduksi elektrik.

Tabel 2.2 : Intervensi Penurunan Curah Jantung

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Aktual/resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, irama, dan konduksi elektrik.</p> <p>Ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan frekuensi Jantung (Takikardia) - Disritmia - Perubahan gambaran EKG - Perubahan tekanan darah (Hipotensi/hipertensi) - Bunyi jantung ekstra (S3, S4) - Penurunan pengeluaran urine - Nadi perifer tidak teraba - Kulit dingin (Kusam, diaforesis) - Ortopnea - Krekels - Distensi vena juglaris - Pembesaran hepar - Edema ekstermitas 	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan curah jantung dapat teratasi - Tanda tanda vital dalam batas yang dapat diterima - Disritmia terkontrol atau hilang - Bebas gejala Gagal jantung kongestif(parameter, hemodinamik dalam batas normal, keluaran urine adekuat) <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien akan melaporkan penurunan episode dipsnea - Berperan dalam aktivitas mengurangi beban kerja jantung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji dan laporkan tanda penurunan curah jantung - Periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apikal : kaji frekuensi,irama jantung (dokumentasi jika distrimia bila tersedia telemetri) - Catat bunyi jantung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kejadian mortalitas dan mordibilitas shubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam - Biasanya terjadi taki kardia meskipun pada saat istirahat untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel, KAP. PAT, MAT, PVC, dan AF disritmia umum berkenaan dengan GJK meskipun lainnya juga terjadi - S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja poma,irama gallop umum (s3 dan s4) dihasilkan sebagai aliran darah kedalam serambi yang distensi murmur dapat menunjukkan inkompensasi/stenosis aorta

<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri dada 	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah dalam batasan normal (120/80mmHg) - Nadi 80x/menit - Tidak terjadi aritmia - Denyut dan irama jantung teratur - CRT <3detik - Produksi urin >30ml/jam 	<ul style="list-style-type: none"> - Palpasi nadi perifer 	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan curah jantung menunjukkan menurunnya nadi radial popliteal, dorsalis pedis, dan postibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk di palpasi dan pulsus alteran (Denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada
		<ul style="list-style-type: none"> - Pantau adanya keluaran urine, catat keluaran, kepekatan/konsentrasi urine 	<ul style="list-style-type: none"> - Ginjal berespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium. Keluaran urine biasanya menurun selama 3 hari karna perpindahan ke jaringan namun dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur
	<ul style="list-style-type: none"> - Istirahatkan klien dengan tirah baring optimal 		<ul style="list-style-type: none"> - Melalui inaktivitas, kebutuhan pemompaan jantung diturunkan

2. Nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke miokardium, perubahan metabolisme, dan peningkatan produksi asam laktat.

Tabel 2.3 : Intervensi nyeri

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Aktual/resiko tinggi nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke miokardium, perubahan metabolisme, dan peningkatan produksi asam laktat.	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam tidak ada keluhan dan terdapat penurunan respon nyeri dada.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menyatakan penurunan rasa nyeri dada - Didapatkan TTV dalam batas normal - Wajah klien rileks - Tidak terjadi penurunan perfusi perifer - Urine >600 ml/hari 	<ul style="list-style-type: none"> - Catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lama, dan penyebaran - Anjurkan klien untuk melaporkan nyeri dengan segera - Lakukan manajemen nyeri keperawatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi fisiologis 2. Istirahatkan klien 3. Berikan oksigen tambahan 4. Menajemen lingkungan : 	<ul style="list-style-type: none"> - Variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri terjadi sebagai temuan pengkajian - Nyeri berat dapat mengakibatkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian mendadak. <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O₂ ke jaringan yang mengalami iskemia 2. Istirahat akan menurunkan kebutuhan O₂ jaringan perifer, sehingga kebutuhan miokardium menurun dan akan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke miokardium yang membutuhkan O₂ sehingga akan menurunkan iskemia. 3. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sampai dengan iskemia 4. Lingkungan tenang

	lingkungan tenang batasi jumlah pengunjung	akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan O ₂
	5. Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam	5. Meningkatkan asupan O ₂ sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan otak
	6. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	6. Distraksi (pengalihan nyeri) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi edorfin dan onkefalin yang dapat memblok resptor nyeri untuk tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri.
	7. Lakukan manajemen sentuhan	7. Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Masase rigan dapat meningkatkan aliran darah kemudian dengan otomatis membantu suplai darah dan oksigenisasi ke area nyeri serta menurunkan sensasi nyeri.
	- Kolaborasi pemberian farmakologis dalam terapi	- Obat-obatan anti angina bertujuan untuk meningkatkan aliran darah
	1. Antiangina (nitrogliserin)	1. Nitrat berguna untuk kontrol nyeri dengan efek vasodilatasi koroner
	2. Analgetik, morfin 2 –	

5 mg	2. Menurunkan nyeri hebat,memberikan sedasi, dan mengurangi kerja miokard
3. Penyekat beta, contoh : atenol, tonormin, pindolol, visken propranolol	3. Menghambat reseptor beta untuk pengontrolan nyeri melalui efek hambatan rangsangan simpatis.
4. Penyekat saluran kalsium, contoh : verafamil (calan), dilitiazem (prokardial).	4. Kalsium mengaktivasi kontraksi miokardium serta menambah beban kerja dan keperluan jantung akan oksigen.

3. Ketidak efektifan pola nafas yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan volume cairan.

Tabel 2.4 : Intervensi ketidak efektifan pola nafas

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Aktual/resiko tinggi pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan volume cairan.	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi perubahan pola napas</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak sesak - RR dalam batas normal (16 – 20 x/menit) - Respon batuk berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi napas - Kaji adanya edema - Ukur intake dan output - Timbang berat badan - Pertahankan pemasukan total cairan 2000ml/24 jam dalam toleransi 	<ul style="list-style-type: none"> - Indikasi edema paru sekunder akibat dekompensasi jantung - Curiga gagal kongetif/kelebihan volume cairan - Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natruim/air, dan penurunan keluaran urine - Perubahan tiba tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan caian - Memenuhi keutuhan cairantubuh orang dewasa, tetapi memerlukan

kardiovaskular	pembatas dengan adanya dekomposisi jantung.
- Kolaborasi	1. Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak pada peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan miokardium meningkat.
1. Berikan diet tanpa garam	2. Diuretik bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan. Sehingga menurunkan resiko terjadinya edema paru.
2. Berikan diuretik, contoh (furosemid, sprinolakton, dan hidronolakton)	3. Hipokalemia dapat membatasi keefektifan terapi
3. Pantau data laboratorium elektrolit kalium	

4. Aktual/resiko ketidak efektifan perfusi jaringan yang berhubungan dengan rendahnya kadar HB.

Tabel 2.5 : Intervensi Ketidak efektifan Perfusi Jaringan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Aktual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung.	dalam waktu 2 x 24 jam perfusi perifer meningkat Dengan kriteria hasil : - Klien tidak mengeluh pusing - TTV dalam batas normal - Konjungtiva tidak anemis - wajahtidakpucat - Hasil HB normal	- Auskultasi TD, bandingkan di kedua tangan - Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaforesis secara teratur - Kaji kualitas peristaltik - Kaji adanya kongesti hepar pada abdomen kanan atas - Catat adanya murmur - Pantau frekuensi jantung dan irama - Berikan makanan kecil/mudah di kunyah, batasi asupan kafein - Kolaborasi Pertahankan cara masuk heparin secara iv sesuai indikasi - Awasi pemeriksaan laboratorium	- Hipertensi juga dapat terjadi disfungsi ventrikel, hipertensi juga fenomena umum yang berhubungan dengan nyeri, cemas, karna pengeluaran ketakolamin derakat - Mengetahui hipoksemia dan peningkatan tekanan perifer - Mengetahui pengaruh hiposia terhadap fungsi saluran cerna, serta dampak penurunan elektrolit. - Sebagai dampak Gagal jantung kongestif kanan, jika berat akan ditemukan adanya tanda kongesti - Menunjukkan gangguan aliran darah dalam jantung (kelainan katup, kerusakan septum, atau vibrasi otot papilar). - Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia - Makanan besar dapat meningkatkan kerja miokardium. Kafein dapat merangsang langsung ke jantung sehingga meningkatkan frekuensi jantung - Jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat - Mengidentifikasi kebutuhan pengobatan

-
- Berikansel darah merah lengkap/packed produk darah sesuai indikasi
 - Tranfusi darah di harapkan dapat meningkatkan kadar HB
-

5. Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

2.6 : Tabel Intervensi kelebihan volume cairan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Aktual/resiko tinggi kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik Kriteria hasil : Klien tidak ada sesak napas, edema ekstermitas berkurang, pitting edema (-), produksi urine >600 ml/hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya edema ekstermitas 2. Kaji tekanan darah 3. Kaji distensi vena jugularis 4. Ukur intake dan output 5. Timbang berat badan 6. Beri posisi yang membantu drainase ekstermitas, lakukan latihan gerak pasif 7. Berikan diet tanpa garam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curiga gagal kongestif/kelebihan volume cairan 2. Sebagai salah satu cara untuk mengetahui peningkatan jumlah cairan yang dapat diketahui dengan meningkatkan beban kerja jantung yang dapat diketahui dari meningkatnya tekanan darah 3. Peningkatan cairan dapat membebani fungsi ventrikel kanan yang dapat dipantau melalui pemeriksaan tekanan vena jugularis 4. Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air dan penurunan keluaran urine. 5. Perubahan tiba tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan. 6. Meningkayakan <i>venous return</i> dan mendorong berkurangnya edema perifer. 7. Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang

		berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan miokardium meningkat.
	8. Berikan diuretik, contoh : furosemide, sorinolakton, hidronolakton.	8. Diuretik bertujuan untuk menurunkan voume plasma dan menurunkan retensi di jaringan sehingga menurunkan resiko terjadinya edema paru
	9. Pantau data laboratorium elektrolit kalium.	9. Hipokalemia dapat membatasi keefektifan terapi.

6. Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai O₂ ke jaringan dengan kebutuhan O₂.

Tabel 2.7 : Intervensi Intoleran aktivitas

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai O ₂ ke jaringan dengan kebutuhan O ₂ .	Tujuan dalam 3x24 jam aktivitas klien sehai hari terpenuhi dan meningkatkan kemampuan beraktivitas Dengan kriteria hasil : Klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala gejala yang berat, terutama mobilitas di tempat tidur.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat ferkuensi jantung : irama dan perubahan TD, selama dan sesudah aktivitas. 2. Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas dan berikan aktivitas senggang yang tidak berat 3. Anjurkan klien untuk menghindari peningkatan tekanan abdomen, misal : mengejan saat defekasi. 4. Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktivitas, contoh : bangun dari kursi, bila tidak ada nyeri lakukan ambulasi, kemudian istirahat selama 1 jam setelah makan. 5. Pertahankan klien pada posisi tirah baring sementara sakit akut 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan adanya penurunan oksigen miokardium. 2. Menurunkan kerja miokard/konsumsi oksigen. 3. Dengan mengejan dapat mengakibatkan bradikardi, menurunkan curah jantung dan takikardia, serta peningkatan D. 4. Aktivitas yang maju memberikan kontrol jantung, meningkatkan regangan dan mencegah aktivitas berlebih 5. Untuk mengurangi beban jantung

-
- | | |
|--|---|
| 6. Tingkatkan klien duduk di kursi dan tinggikan kaki klien | 6. Untuk meningkatkan venous return |
| 7. Pertahankan rentang gerak pasif selama sakit kritis | 7. Meningkatkan kontraksi otot sehingga membantu venous return |
| 8. Evaluasi tanda tanda vital saat kemajuan aktivitas terjadi | 8. Untuk mengetahui fungsi jantung bila dikaitkan dengan aktivitas |
| 9. Berikan waktu istirahat di antara waktu aktivitas | 9. Untuk mendapatkan cukup waktu resolusi bagi tubuh dan tidak terlalu memaksa kerja jantung |
| 10. Pertahankan penambahan O ₂ sesuai kebutuhan | 10. Untuk meningkatkan oksigenasi jaringan |
| 11. Selama aktivitas kaji EKG dispnea, sianosis, kerja dan frekuensi napas, serta keluhan subjektif. | 11. Melihat dampak dari aktivitas terhadap fungsi jantung |
| 12. Berikan diet sesuai kebutuhan (pembatasan air dan Na) | 12. Untuk mencegah retensi cairan dan edema akibat penurunan kontraktilitas jantung |
| 13. Rujuk ke program rehabilitasi jantung. | 13. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sampai dengan iskemia. |
-

7. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake, mual, dan anoreksia

Tabel 2.8 : Intervensi perubahan nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Aktual/resiko tinggi perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake, mual, dan anoreksia	Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam terdapat peningkatan dalam pemenuhan nutrisi Dengan kriteria hasil : klien secara subjektif termotivasi untuk melakukan pemenuhan nutrisi sesuai anjuran, asupan meningkat pada porsi makan yang disediakan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang manfaat makan bila dikaitkan dengan kondisi klien saat ini 2. Anjurkan agar klien memakan makanan yang disediakan di rumah sakit 3. Beri makanan dalam keadaan hangat dan porsi kecil serta diet TKTPRG 4. Libatkan keluarga pasien dalam pemenuhan nutrisi tambahan yang tidak bertentangan dengan penyakitnya 5. Lakukan dan ajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah intervensi/pemeriksaan peroral 6. Beri motivasi dan dukungan psikologis 7. Kolaborasi dengan nutrisi tentang pemenuhan diet klien. 8. Pemberian multivitamin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan pemahaman klien akan lebih kooperatif mengikuti aturan 2. Untuk menghindari makanan yang justru dapat mengganggu proses penyembuhan klien 3. Untuk meningkatkan selera dan mencegah mual, mempercepat perbaikan kondisi, serta mengurangi beban kerja jantung. 4. Klien kadangkala mempunyai selera makan yang sudah terbiasa sejak dirumah. Dengan bantuan keluarga dalam pemenuhan nutrisi dengan tidak bertentangan dengan pola diet akan meningkatkan pemenuhan nutrisi. 5. Higiene oral yang baik akan meningkatkan nafsu makan klien 6. Meningkatkan secara psikologis 7. Meningkatkan pemenuhan sesuai dengan kondisi klien 8. Memenuhi asupan vitamin yang kurang dari penurunan asupan nutrisi secara umum dan memperbaiki daya tahan.

8. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas.

Tabel 2.9 : Intervensi Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas.	Dalam waktu 3x2 jam keluhan gangguan pemenuhan tidur berkurang Dengan kriteria hasil : Klien secara subjektif tidak mengeluh mengantuk, TTV dalam batas normal, mata tidak merah, tidur 8 jam/hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat pola istirahat dan tidur klien siang dan malam hari 2. Atur posisi fisiologis 3. Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi 4. Manajemen lingkungan tenang dan batasi pengunjung. 5. Ajarkan teknik distraksi sebelum tidur 6. Lakukan manajemen sentuhan 7. Kolaborasi pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variasi penampilan dan perilaku klien dalam pemenuhan istirahat tidur sebagai temuan pengkajian 2. Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O₂ dan rasa nyaman. 3. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan dan terjadi iskemia. 4. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulasi nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu klien dalam melakukan istirahat psikologis. 5. Distraksi dapat menurunkan observasi nyeri efektif pada klien yang sudah mengalami penurunan tingkat sesak 6. Manajemen sentuhan pada klien yang insomnia berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan stimulus eksternal 7. Meningkatkan istirahat/relaksasi dan membantu klien dalam memenuhi kebutuhan tidur.

2.3.5 Implementasi

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan, implementasi mengacu kepada pelaksanaan rencana keperawatan yang di susun.

2.3.6 Evaluasi

Hasil yang diharapkan pada proses perawatan klien dengan gagal jantung

1. Bebas dari nyeri
2. Terpenuhinya aktivitas sehari hari
3. Menunjukkan peningkatan curah jantung
 - a. Tanda – tanda vital kembali normal
 - b. Terhindar dari resiko penurunan perfusi perifer
 - c. Tidak terjadi kelebihan volume cairan.
 - d. Tidak sesak.
 - e. Edema ekstermitas tidak terjadi.
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 farmakologis.
 - h. Kebiasaan sehari – hari mencerminkan penyesuaian gaya hidup.