

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANGAN AGATE ATAS RUMAH SAKIT
dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

DENA DWI AGISNI

AKX.16.161



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKes BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dena Dwi Agisni

NIM : AKX.16.161

Institusi : Diploma DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul : "Asuhan Keperawatan Pada klien Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut".

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

Bandung, 7 Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Dena Dwi Agisni

AKX.16.161

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI
RUANG AGATE ATAS RSUD dr SLAMET GARUT**

**OLEH
DENA DWI AGISNI
AKX.16.161**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

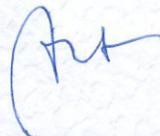
A.Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd

NIK : 10104025

NIK : 0409127702

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
KONGESTIF DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI
RUANG AGATE ATAS RSUD dr SLAMET GARUT**

**OLEH
DENA DWI AGISNI
AKX.16.161**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 7 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

(Pembimbing utama)

Anggota:

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

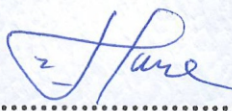
(Penguji 1)

2. Agus Miraj Darajat, S.Kep.,Ners.,M.Kes

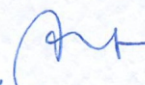
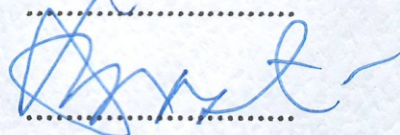
(Penguji 2)

3. A.Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd

(Pembimbing pendamping)



.....

.....



.....

**Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Ketua



Rd. Siti Jundiah S.kp.,M.kep

NIP: 1010706

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG AGATE ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT ” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terimakasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Mulyana, S.H.,M.pd.,M.H.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jubdiah, S.kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.kp.,M.Kep, selaku ketua Program Studi Diploma III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Vina Vitniawati, S.kep.,Ners.,M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. A.Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.pd, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Staf dosen dan karyawan program studi Diploma III keperawatan.

7. dr. H Maskut Farid, MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Wita Juwita, S.Kep.,Ners ,selaku CI ruangan Agate Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Agus Sukandar dan Ibunda Anih Rohaeni, kakak satu-satunya Nita Agnis Sukandar, nenek saya Eros Rosidah dan Ika Wartikah serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungn dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk teman-teman seperjuangan DIII keperawatan terutama sahabat saya Arip, Ernawati, Mivania Ayu Sahora, Rina Mardiana, Vani julfianty yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Untuk Ferdi Firman Sidik yang telah memberikan semangat serta do'a yang tulus.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tullis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tullis Ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya Tullis Ilmiah yang lebih baik.

Bandung, Juli 2019

Dena Dwi Agisni

ABSTRAK

Latar Belakang: Gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat. gagal jantung ditandai dengan gejala seperti dyspnea, fatigue, adema sistemik, dan anoreksia. Manifestasi utama dari penurunan curah jantung adalah kelemahan dan kelelahan dalam melakukan aktivitas. Hal ini menimbulkan adanya intoleransi aktivitas pada klien. **Tujuan:** Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD dr.Slamet Garut **Metode:** studi kasus dilakukan untuk mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien gagal jantung dan menyertakan dari berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien gagal jantung dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktifitas. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3 hari, masalah keperawatan Intoleransi Aktifitas pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dan mendapatkan hasil evaluasi sesuai dengan kriteria kedua klien. **Diskusi:** Klien gagal jantung dengan masalah keperawatan intoleransi aktifitas tidak selalu memiliki respon yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. **Saran:** Diharapkan perawat mampu melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien terutama pada pasien gagal jantung.

Kata Kunci: *Asuhan Keperawatan, Gagal Jantung Kongestif, Intoleransi Aktifitas*

Daftar Pustaka: 8 Buku (2007-2014), 1 Jurnal (2017), 2 Website

ABSTRACT

Background: *Congestive Heart Failure (CHF) is the inability of the heart to pump enough blood throughout the body which is characterized by dyspnea, physical weakness and systemic edema and anorexia. The main manifestation of the decrease in the heart's curwh are weakness and fatigue in carrying out activies. This result the intolerance of activity to the client.* **Objective:** *able to do nursing care for Congestive Heart Failure clients with nursing problems activity intolerance at Regional General Hospital dr.Slamet Garut.* **Method:** *Case study was conducted to explore nursing problems of heart failure clients and included from various source of information. This case study did to two heart failure patients with nursing problem intolerantion activitie.* **Results:** *After nursing care was provided by giving nursing intervention in 3 days, the problem of nursing care activity intolerance to client 1 and client 2 can be resolved and get evaluation results in accordance with the criteria of both clients.* **Discussion:** *heart failure clients with the problem of nursing care activity intolerance do not always have the same response. This is influenced by the previous condition or health status of client.* **Suggestions:** *Hopefully nurses able to make comprehensive care to deal nursing problems to each patient, especially to patients with Congestive Heart Failure.*

Keywords: *Activity intolerance, Congestive Heart Failure (CHF), Nursing Care*

Referencess: 8 Books (2007-2014), 1 Journal (2017), 2 Websites

DAFTAR ISI

Halaman Judul	Halaman
Surat pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata pengantar	iv
Abstract	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Penyakit	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Anatomi jantung	6
2.1.3 Fisiologi jantung	8
2.1.4 Etiologi.....	10
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Patway gagal jantung	14
2.1.7 Klasifikasi	15

2.1.8 Manifestasi klinis gagal jantung kongestif	16
2.1.9 Penatalaksanaan medis dan implikasi keperawatan.....	18
2.1.10 Pemeriksaan penunjang.....	18
2.2 Konsep asuhan keperawatan gagal jantung	20
2.2.1 Pengkajian keperawatan.....	20
2.2.2 Diagnosa keperawatan	33
2.2.3 Intervensi dan rasionalisasi keperawatan	35
2.2.4 Implementasi	63
2.2.5 Evaluasi	63
BAB III METODE PENELITIAN	64
3.1 Desain Penelitian	64
3.2 Batasan Istilah.....	64
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	65
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	65
3.5 Pengumpulan Data.....	66
3.6 Uji Keabsahan Data	67
3.7 Analisis Data.....	67
3.8 Etik Penulisan KTI.....	69
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	71
4.1 Hasil	71
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	71
4.1.2 Asuhan keperawatan	72
4.1.2.1 Pengkajian.....	72
4.1.2.2 Analisa Data.....	85
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	89
4.1.2.4 Intervensi keperawatan	94
4.1.2.5 Implementasi.....	96
4.1.2.6 Evaluasi.....	101
4.2 Pembahasan.....	102
4.2.1 Pengkajian.....	102
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	104
4.2.3 Intervensi Keperawatan	108

4.2.4 Implementasi	112
4.2.5 Evaluasi.....	115
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	117
5.1 Kesimpulan	117
5.2 Saran	118
Daftar Pustaka	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Jantung normal dan sirkulasinya	6
Gambar 2.2 Gagal jantung	12
Gambar 4.1 EKG	85

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Intervensi Actual/Resiko Tinggi Menurunnya Curah Jantung	35
Tabel 2.2	Intervensi Actual/Resiko tinggi nyeri dada	39
Tabel 2.3	Intervensi Actual/Resiko tinggi pertukaran gas	43
Tabel 2.4	Intervensi Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif	44
Tabel 2.5	Intervensi Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer	45
Tabel 2.6	Intervensi Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran	47
Tabel 2.7	Intervensi Actual/resiko terhadap kelebihan volume tinggi cairan...	48
Tabel 2.8	Intervensi Intoleransi Aktivitas	50
Tabel 2.9	Intervensi Actual/resiko tinggi perubahan nutris kurang dari kebutuhan tubuh	51
Tabel 2.10	Intervensi Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur	52
Tabel 2.11	Intervensi Actual/resiko tinggi cedera	54
Tabel 2.12	Intervensi Cemas	55
Tabel 2.13	Intervensi Koping individu tidak efektif	56
Tabel 2.14	Intervensi Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik	58
Tabel 4.1	Pengkajian	72
Tabel 4.2	Riwayat kesehatan	73
Tabel 4.3	Pola aktivitas sehari-hari	74
Tabel 4.4	Pemeriksaan fisik persistem	75
Tabel 4.5	Data Psikologis	81

Tabel 4.6	Konsep Diri	82
Tabel 4.7	Data Penunjang	83
Tabel 4.8	Program dan rencana pengobatan	84
Tabel 4.9	Analisa data	85
Tabel 4.10	Diagnosa keperawatan	89
Tabel 4.11	Intervensi Keperawatan	94
Tabel 4.12	Implementasi	96
Tabel 4.13	Evaluasi	101

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1.6 Pathway Gagal jantung	14
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lamiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lamiran II Lembar Persetujuan Menjadi Resonden
- Lamiran III Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran IV Leaflet
- Lampiran V Jurnal
- Lampiran VI Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung kongestif merupakan salah satu masalah kesehatan dalam system kardiovaskuler yang angka kejadiannya terus meningkat. Menurut *World Healt Organization* (WHO) Tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta atau 48% orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler terutama jantung. Menurut *American Heart Assosiation* (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika serikat yang menderita gagal jantung. Di Indonesia tahun 2013 mencapai 229.696 jiwa penderita yang menjalani rawat inap di rumah sakit, dan di provinsi Jawa Barat berjumlah 45.027 orang (PUSDATIN, 2013). Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD dr Slamet Garut khususnya di Ruang Agate Atas menduduki peringkat pertama sejak 3 bulan terakhir terhitung dari bulan Januari hingga Maret 2019, ditemukan 137 orang (30.3%) mengalami gagal jantung kongestif.

Gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat, Keluhan utama yang paling sering klien keluhkan meliputi dyspnea, kelemahan fisik, dan edema istemik.. Manifestasi utama dari penurunan curah jantung adalah kelemahan dan kelelahan dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena akibat curah jantung yang kurang, sehingga menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat meningkatnya

energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk. Gejala-gejala ini dapat diekserbasi oleh ketidakseimbangan cairan dan elektrolit atau anoreksia. Sehingga pemenuhan *activity daily living* pun mengalami perubahan. Hal ini berdampak pada 14 kebutuhan manusia menurut Henderson. Akibat dari kelemahan fisik inilah muncul diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas.

Perawat merupakan salah satu profesi keperawatan yang berpengaruh terhadap status kesehatan pasien dengan pasien gagal jantung kongestif. Salah satu cara mengatasi masalah intoleransi aktivitas ini melalui tindakan kolaborasi perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya meningkatkan istirahat, membatasi aktivitas dan memberikan aktivitas seenggang yang tidak berat. Hal ini dilakukan agar menurunkan kerja miokard/konsumsi oksigen (Muttaqin, 2012)

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut”.

1.2 Rumusan masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien yang mengalami Gagal Jantung Kongestif Dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas di Ruang Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas di ruangan Agate Atas RSUD dr.Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas

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 Gagal Jantung Kongestif dengan Intoleransi aktivitas

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 Gagal Jantung kongestif dengan Intoleransi aktivitas

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 Intoleransi aktivit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Jantung Kongestif

2.1.1. Definisi

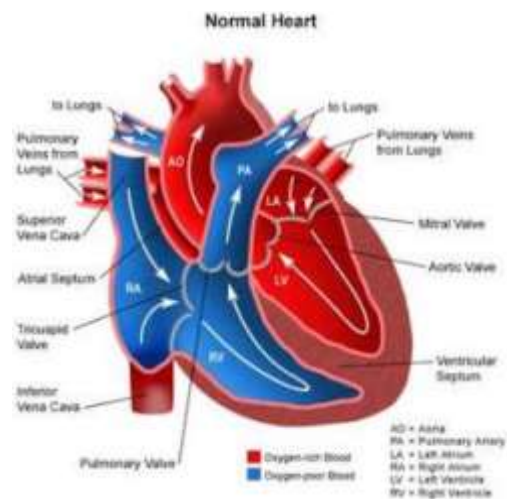
Gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal. Hal ini akan mengakibatkan hubungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru, atau organ lainnya sehingga tubuh klien menjadi bengkak (congestive) (Udjianti, 2010)

Gagal jantung kongestif adalah gagal serambi kiri atau kanan dari jantung mengakibatkan ketidakmampuan untuk memberikan keluaran yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan dan menyebabkan terjadinya kongesti pulmonal dan sistemik (Dongoes dkk, 2014)

Dari kedua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gagal jantung kongestif merupakan suatu keadaan dimana jantung gagal memompakan darah dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen pada beberapa organ.

2.1.2. Anatomi jantung

Jantung adalah organ otot yang berongga dan berukuran sebesar kepalan tangan. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum.



Gambar 2.1. Jantung normal dan sirkulasinya.

Batas-batas jantung:

- a. Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI)
- b. Kiri : ujung ventrikel kiri
- c. Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri

- d. Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis
- e. Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung
- f. Superior : apendiks atrium kiri

Darah dipompakan melalui semua ruang jantung dengan bantuan keempat katup yang mencegah agar darah tidak kembali ke belakang dan menjaga agar darah tersebut mengalir ke tempat yang dituju. Keempat katup ini adalah katup trikuspid yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, katup pulmonal, terletak di antara ventrikel kanan dan arteri pulmonal, katup mitral yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri dan katup aorta, terletak di antara ventrikel kiri dan aorta. Katup mitral memiliki 2 daun (*leaflet*), yaitu *leaflet* anterior dan posterior. Katup lainnya memiliki tiga daun (*leaflet*).

Jantung dipersarafi aferen dan eferen yang keduanya sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berasal dari saraf vagus melalui preksus jantung. Serabut post ganglion pendek melewati nodus SA dan AV, serta hanya sedikit menyebar pada ventrikel. Saraf simpatis berasal dari trunkus toraksik dan servikal atas, mensuplai kedua atrium dan ventrikel. Walaupun jantung tidak mempunyai persarafan somatik, stimulasi aferen vagal dapat mencapai tingkat kesadaran dan dipersepsi sebagai nyeri.

Suplai darah jantung berasal dari arteri koronaria. Arteri koroner kanan berasal dari sinus aorta anterior, melewati diantara trunkus pulmonalis dan apendiks atrium kanan, turun ke lekukan A-V kanan sampai mencapai lekukan interventrikuler posterior. Pada 85% pasien arteri berlanjut sebagai arteri posterior desenden/ *posterior descendens artery* (PDA) disebut dominan kanan. Arteri koroner kiri berasal dari sinus aorta posterior kiri dan terbagi menjadi arteri anterior desenden kiri/ *left anterior descenden* (LAD) interventrikuler dan sirkumfleks. LAD turun di anterior dan inferior ke apeks jantung.

Mayoritas darah vena terdrainase melalui sinus koronarius ke atrium kanan. Sinus koronarius bermuara ke sinus venosus sistemik pada atrium kanan, secara morfologi berhubungan dengan atrium kiri, berjalan dalam celah atrioventrikuler.

2.1.3 Fisiologi Jantung

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah

suatu proses yang berkesinambungan dan berkaitan sangat erat untuk asupan oksigen manusia demi kelangsungan hidupnya.

Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena (disebut darah biru) dan mengalirkan darah biru tersebut ke jantung sebelah kanan. Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmonal.

Darah yang biru tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru, selanjutnya darah ini menjadi berwarna merah. Darah merah ini kemudian menuju atrium kiri melalui keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta.

Tekanan arteri yang dihasilkan dari kontraksi ventrikel kiri, dinamakan tekanan darah sistolik. Setelah ventrikel kiri berkontraksi maksimal, ventrikel ini mulai mengalami relaksasi dan darah dari atrium kiri akan mengalir ke ventrikel ini. Tekanan dalam arteri akan segera turun saat ventrikel terisi darah. Tekanan ini selanjutnya dinamakan tekanan darah diastolik. Kedua atrium berkontraksi secara bersamaan, begitu pula dengan kedua ventrikel. (Udjianti, 2013)

2.1.4 Etiologi

Gagal jantung merupakan hasil dari suatu kondisi yang menyebabkan *overload* volume, tekanan dan disfungsi miokard, gangguan pengisian, atau peningkatan kebutuhan metabolic.

1. Overload volume.
 - a. *Over Tranfusion.*
 - b. *Left-to right shunts.*
 - c. *Hipervolemia*
2. Overload tekanan.
 - a. Stenosis aorta.
 - b. Hipertensi.
 - c. Hipertrofi kardiomiopati.
3. Disfungsi miokard.
 - a. Kardiomiopati.
 - b. Miokarditis.
 - c. Iskemik/infark.
 - d. Disritmia.
 - e. Keracunan.
4. Gangguan pengisian.
 - a. Stenosis mitral.
 - b. Stenosis trikuspidalis.
 - c. Tamponade kardial.
 - d. Perikarditis konstrikatif.

5. Peningkatan kebutuhan metabolic

- a. Anemia.
- b. Demam.
- c. Beri-beri.
- d. Penyakit Paget's.
- e. Fistula arteriovenous.

Berdasarkan klasifikasi etiologi diatas dapat pula dikelompokkan factor etiologi eksterna maupun interna.

1. *Factor eksterna* (diluar jantung) : hipertensi renal, hipertiroid, dan anemia kronis/berat.
2. *Factor interna* (dari dalam jantung).
 - a. Disfungsi katup : Ventricular Septum Defect (VSD), Atrial Septum Defect (ASD), stenosis mitral, dan insufiensi mitral.
 - b. Disritmia : atrial fibrilasi, ventrikel vibrilasi, heart block.
 - c. Kerusakan miokard : kardiomiopati, miokarditis, dan infark miokard.
 - d. Infeksi : endocarditis bacterial sub-akut (Udjianti, 2013)

2.1.5 Patofisiologi



2.2. Gambar gagal jantung

Peningkatan tekanan dinding akibat dilatasi menyebabkan peningkatan tuntutan oksigen dan pembesaran jantung (hipertropi) terutama pada jantung iskemik atau kerusakan yang menyebabkan kegagalan mekanisme pemompaan.

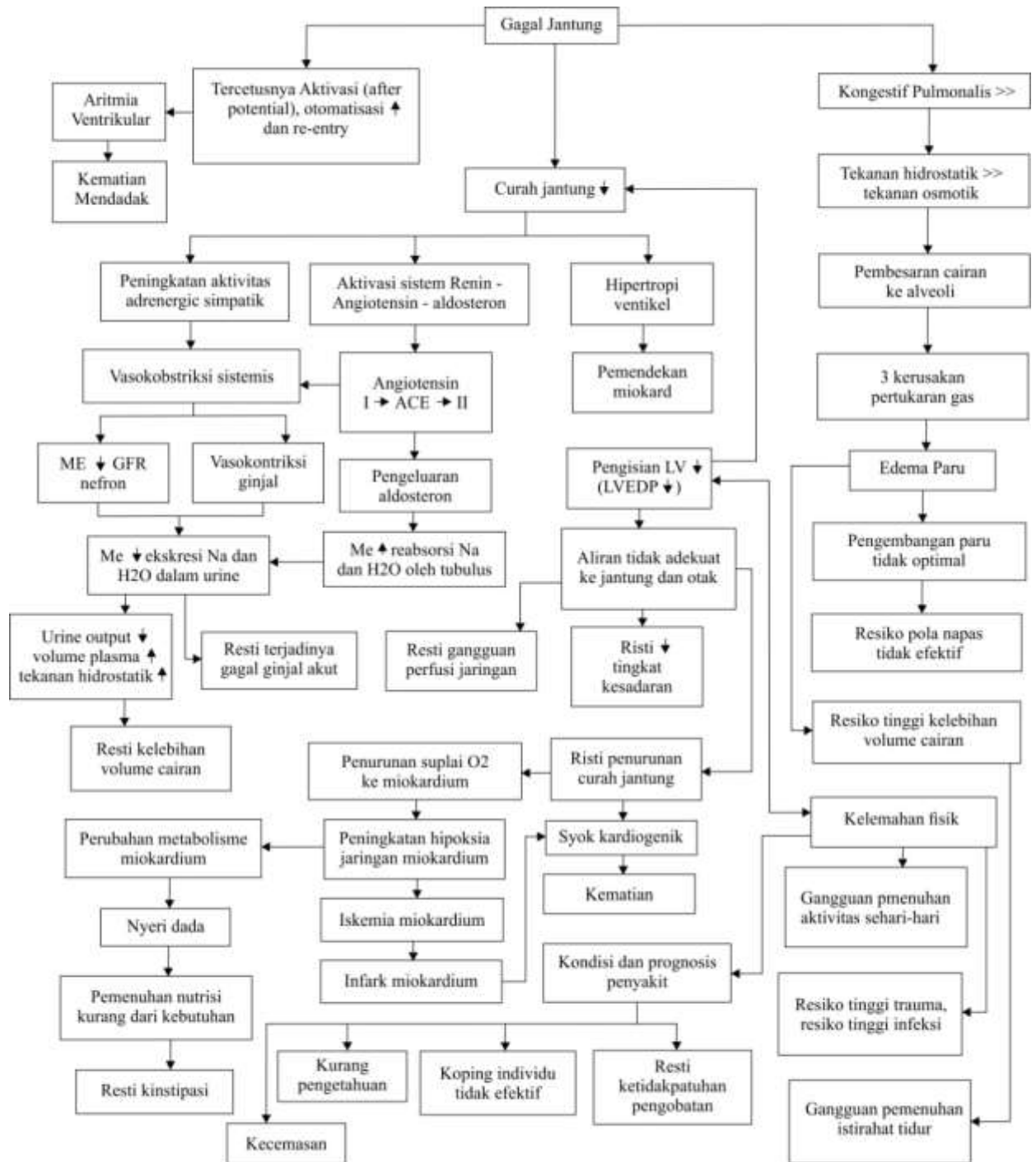
Kegagalan jantung dapat dinyatakan sebagai kegagalan sisi kiri jantung atau kegagalan sisi kanan jantung. Kegagalan pada salah satu sisi jantung dapat berlanjut dengan kegagalan sisi yang lain, dan manifestasi klinis sering menampilkan kegagalan pemompaan total. Kegagalan jantung kiri lebih kecil dibandingkan dengan volume yang di terima dari sisi kanan jantung. Peningkatan tekanan pengisian pulmonal yang menyebabkan transudasi cairan ke dalam jaringan intersiel paru-paru dan menyebabkan edema pulmonal. Kegagalan jantung kanan yang menyertai dapat terjadi apabila output

ventrikel kanan lebih rendah daripada volume darah yang diterima dari sirkulasi sistemik.

Kegagalan jantung dapat dinyatakan sebagai akut dan kronis. Kegagalan akut biasanya dipercepat dengan adanya stress yang melampaui mekanisme kompensasi dan kemungkinan menyebabkan syok kardiogenik. Kegagalan akut terjadi apabila ada suatu penurunan yang cepat fungsi ventrikel kiri, biasanya berkaitan dengan myocard infark dan disfungsi valvular akut.

Kegagalan jantung kronis, sering dianggap sebagai gagal jantung kongestif. Yang berjalan dalam periode tertentu dan biasanya berakhir dengan ketidakmampuan mekanisme fisiologis untuk berkompensasi. Gagal jantung kongestif biasanya menyebabkan adanya kegagalan miokardial. Untuk ini perlu diadakan pengawasan terutama pasien hipertensi, penyakit arteri koronaria dan miokardial infark. (Asih, 2008)

2.1.6 Pathway Gagal Jantung



(Mutaqin, 2012)

2.1.7 Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA)

1. Kelas 1 : Tidak ada keterbatasan fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan atau dispnea
2. Kelas 2 : Sedikit keterbatasan fisik. Merasa nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik biasa menyebabkan kelelahan atau dispnea
3. Kelas 3 : Keterbatasan nyata aktivitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan saat istirahat. Jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.
4. Kelas 4: Tidak mampu melakukan aktivitas fisik tanpa gejala, gejala terjadi pada saat istirahat, jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

Klasifikasi skala dyspnea menurut Modified Borg Scale

1. Skala 0 : tidak sesak sama sekali
2. Skala 1 : sesak sangat ringan
3. Skala 2 : sesak ringan
4. Skala 3 : sesak sedang
5. Skala 4 : sesak kadang berat
6. Skala 5-6 : sesak berat
7. Skala 7-9 : sesak sangat berat
8. Skala 10 : sesak sangat berat

(Subagyo, 2012)

2.1.8 Manifestasi klinis Gagal Jantung kongestif

Menurut (Oktavianus & Sari, 2014) manifestasi klinis atau tanda gejala dari gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut :

- a. Ortopnea yaitu sesak saat berbaring
- b. Dyspnea on effort (DOE) yaitu sesak bila melakukan aktivitas
- c. Paroximal nocturnal dyspnea (PND) yaitu sesak nafas tiba-tiba pada malam hari disertai batuk
- d. Batuk-batuk
- e. Berdebar-debar
- f. Lekas capek

Manifestasi klinis yang khusus berdasarkan ruang jantung yang terganggu menurut (padila, 2012) adalah :

- a. Gagal jantung kiri :

Kongesti paru menonjol pada gagal jantung kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru, sehingga peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke paru.

Manifestasi klinis yang terjadi pada gagal jantung kiri :

- 1) Dyspnea
- 2) Batuk
- 3) Mudah lelah
- 4) Insomnia
- 5) Kegelisahan dan kecemasan

b. Gagal jantung kanan

Kongesti perifer dan visceral menonjol. Karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena.

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu :

1) Edema ekstremitas bawah (edema dependen)

Biasanya edema pitting, penambahan berat badan

2) Distensial vena leher dan ascites

3) Hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran atas abdomen

Terjadi akibat pembesaran vena di hepar

4) Anoreksia dan mual

Terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen

5) Nokturia

Curah jantung membaik sehingga perfusi renal meningkat dan terjadi diuresis

6) Kelemahan

Kelemahan terjadi karena pembuangan produk sampah kataolisme yang adekuat

2.1.9 Penatalaksanaan Medis dan Implikasi keperawatan

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi atas :

1. Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi yaitu antara lain perubahan gaya hidup monitoring dan control factor risiko.

2. Terapi farmakologi

Terapi yang dapat dilakukan antara lain golongan diuretic, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), beta bloker Angiotensin Receptor Blocker (ARB), glikosida jantung, vasodilator, agonis beta, serta biperidin.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

1. Elektro Kardigram (EKG)

Hipertropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disritmia, takikardi, fibrilasi atrial.

2. Uji Sterss

Merupakan pemeriksaan non- invasive yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infark yang terjadi sebelumnya.

3. Ekokardiografi

- a. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional model M paling sering dipakai dan ditayangkan bersama EKG).

b. Ekokardiografi dua dimensi (CT-Scan)

c. Ekokardiografi Doppler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung).

4. Kateterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan gagal jantung kiri dan stenosis katup atau insufisiensi

5. Radiografi dada

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal.

6. Elektrolit

Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretic.

7. Oksimetri Nadi

Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.

8. Analisa Gas Darah (AGD)

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

9. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin

Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi gagal ginjal.

10. Pemeriksaan tiroid

Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pre pencetus gagal jantung.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Jantung

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada klien dengan gagal jantung merupakan salah satu aspek penting dalam proses perawatan. Hal ini penting untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian system kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat, khususnya yang berhubungan langsung dengan gambaran gejala. Terjadi kelemahan fisik keringat dingin (diaphoresis). Masing-masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta factor yang mencetuskan dan meringankan. (Muttaqin, 2012)

1. Anamnesis

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

a. Keluhan Utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan, meliputi: dyspnea , keluhan fisik, dan edema sistematik yang diakibatkan oleh adanya penekanan arteri paru yang meningkat sebagai respons terhadap peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonary meningkatkan tekanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. (Muttaqin, 2012)

b. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan dalam mendapatkan udara yang cukup dan menekan klien apakah mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia, gelisah, atau kelemahan yang disebabkan oleh dyspnea.

1. Ortopnea

Ortopnea adalah ketidakmampuan untuk berbaring datar karena dyspnea, adalah keluhan umum lain dari gagal ventrikel kiri yang berhubungan dengan kongesli vascular pulmonal. Ini penting untuk menentukan apakah ortopnea benar-benar berhubungan dengan penyakit jantung, atau apakah peninggian kepala untuk tidur adalah kebiasaan klien 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 gangguan jantung, kondisi ini tidak tepat dikatakan sebagai ortopnea.

2. Dyspnea Noktular Paroksimal

Dyspnea noktular paroksimal (DNP) adalah keluhan yang dikenal baik oleh klien. Klien terbangun ditengah malam karena napas pendek yang hebat. Dyspnea noktular paroksimal diperkirakan disebabkan oleh perpindahan cairan dari jaringan ke dalam kompartemen intravascular sebagai akibat posisi terlentang. Selama siang hari, tekanan pada vena tinggi khususnya pada bagian dependen tubuh. Hal ini terjadi karena gravitasi, peningkatan volume cairan, dan peningkatan tonus simpatetik. Dengan peningkatan tekanan hidrostatis ini, beberapa cairan keluar masuk ke area jaringan. Dengan posisi terlentang, tekanan pada kapilerkapiler dependen menurun, dan cairan diserap kembali kedalam sirkulasi. Peningkatan volume memberikan jumlah tambahan darah yang diberikan ke jantung untuk memompa tiap menit (peningkatan preload) dan memberikan beban tambahan pada dasar vascular pulmonal yang telah kongesti.

DNP terjadi bukan hanya pada malam hari, tetapi juga pada ada kapan saja selama perawatan akut di rumah sakit yang memerlukan tirah baring.

3. Keluhan Batuk

Batuk iritasi 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 mucus.

4. Edema Pulnomal

Edema pulnomal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vascular pulnomal. Ini terjadi bila tekanan kapiler pulnomal melebihi tekanan yang cenderung yang mempertahankan cairan di dalam saluran vascular (kurang lebih 30 mmHg). Pada tekanan ini, terdapat transduksi cairan ke dalam alveoli, sebaliknya menurunkan tersedianya area untuk transport normal oksigen dan karbondioksida masuk dan keluar dari darah dalam kapiler pulmonal. Edema pulnomal akut dicirikan oleh dyspnea 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 kadarurat medis dan harus ditangani dengan cepat dan sigap.

c. Riwayat Penyakit dahulu

Pengkajian RPD yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, dan hyperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan. Obat-obat ini meliputi obat diuretic, nitrat, penghambat beta, serta obat-obat antihipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Juga harus tanyakan adanya alergi obat, dan tanyakan reaksi apa yang timbul. Serung kali klien mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat.

d. 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 timbulnya pada usia muda merupakan factor risiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya.

e. Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Kebiasaan social menanyakan kebiasaan dalam pola hidup, misalnya mminum alcohol, atau obat tertentu. Kebiasaan merokok. Disamping pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas, maka data biografi juga merupakan data yang perlu diketahui, yaitu: nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, suku, dan agama yang diamati 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 dan tidak. Atau pertanyaan yang dapat dijawab dengan gerak tubuh, yaitu mengangguk atau menggelengkan kepala saja, sehingga tidak memerlukan energy yang besar.

f. Psikososial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigensi jaringan, stress akibat kesakitan bernapas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan.

Terdapat integritas ego didapatkan klien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit yang tak perlu, khawatir dengan keluarga, kerja, dan keuangan. Tanda : menolak, menangkai, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, focus pada diri sendiri. Interaksi social: stress karena keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, kesulitan coping dengan stressor yang ada.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

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

2. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Pengkajian yang di dapat adalah adanya tanda kongesti vaskular pulmonal akut. Crackles atau ronki basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikenali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum crackles dianggap sebagai kegagalan pompa, klien harus di instruksikan untuk batuk dalam guna membuka alveoli basilaris yang mungkin di kompresi dari bawah diafragma.

b. Sistem cardiovascular

1. Inspeksi

Inspeksi adanya parut pasca pembedahan jantung. Lihat adanya dampak penurunan curah curah jantung. Klien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, apatis, letargi, kesulitan konsentrasi, defisit memori, dan penurunan toleransi latihan.

Distensi vena jugularis. Bila ventrikel kanan tidak mampu berkompensasi, maka akan terjadi dilatasi ruang, 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 diketahui dengan peningkatan pada tekanan vena jugularis.

2. Palpasi

Oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan awal jantung terhadap stres, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering di

temukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa jantung. Irama lain yang berhubungan dengan kegagalan pompa meliputi: kontraksi atrium prematur, takikardia atrium proksimal, dan denyut ventrikel prematur.

Perubahan nadi. Pemeriksaan denyut arteri selama gagal jantung menunjukkan denyut yang cepat dan lemah. Penurunan bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokontraksi perifer mengurangi tekanan nadi (perbedaan antara sistolik dan diastolik), sehingga menyebabkan denyut yang lemah atau *thready pulse*. Selain itu, pada jantung kiri terdapat timbul *pulsus alternans* (suatu perubahan kekuatan denyut arteri).

3. Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan isi sekuncup. Tanda fisik yang berkaitan dengan kegagalan ventrikel kiri dapat dikenali dengan mudah dibagian yang meliputi: bunyi jantung ketiga dan keempat (S3,S4) serta *crakles* pada paru-paru. S4 atau *gallop atrium*, mengikuti kontraksi atrium dan terdengar paling

baik dengan bel stetoskop yang di tempelkan dengan tepat pada apeks jantung.

Posisi lateral kiri mungkin di perlukan untuk mendapatkan bunyi. Ini terdengar sebelum bunyi jantung pertama (S1) dan tidak selalu pasti ke gagal kongestif, tetapi dapat menurunkan complains(peningkatan kekakuan) miokard. Ini mungkin indikasi awal premonitori menuju kegagalan. Bunyi S4 adalah bunyi jantung yang umum terdengar pada klien dengan infark mikardium 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 hamper tidak pernah ada pada adanya penyakit jantung signifikan. Kebanyak dokter akan setuju bahwa tindakan pada gagal kongestif diindikasikan dengan adanya tanda ini. S3 terdengar pada awal diastolic setelah bunyi jantung kedua (S2), dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Ini juga dapat didengar paling baik dengan bel

stetodkop yang diletakan tepat di apeks, dengan klien pada posilateral kiri dan pada akhir respirasi. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya didapatkan apabila penyebab gagal jantung karena kelainan katup.

4. Perkusi

Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali).

Mudah lelah terjadi akibat curah jantung yang kurang, sehingga menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernafasan dan batuk. Perfusi yang kurang pada otot-otot rangka menyebabkan kelemahan dan kelelahan. Gejala-gejala ini dapat diekskusi oleh ketidak seimbangan cairan dan elektrolit atau anoreksia.

c. Sistem persyarafan

Kesadaran *compos mentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat.

Pengkajian obyektif klien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

d. Sistem Perkemihan

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

e. 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.

1) Hepatomegali

Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar merupakan manifestasi dari kegagalan jantung. Bila proses ini berkembang, maka tekanan pada pembuluh portal meningkat, sehingga cairan terdorong keluar karena rongga abdomen, yaitu suatu kondisi yang dinamakan asites. Pengumpulan cairan pada rongga

abnomen ini dapat menyebabkan tekanan pada diafragma dan distress pernapasan.

f. Sistem Integumen

Kulit dingin

Gagal depan pada ventrikel kiri menimbulkan tandatanda berkurangnya perfusi keorgan-organ. Oleh karena darah di alihkan dari organ-organ non-vital demi empertahankan perfusi ke jantung dan otak, maka manifestasi paling dini paling depan adalah berkurangnya perfusi organ-organ seperti kulit dan otototot rangka. Kulit yang pucat dan dingin di akibatkan oleh vasokonstriksi perifer, penurunan lebih lanjut dari curah jantung dan meningkatnya kadar hemoglobin tereduksi mengakibatkan sianosis. Vasokonstriksi kulit menghambat kemampuan tubuh untuk melepaskan panas. Oleh karena itu, demam ringan dan keringat yang berlebihan dapat ditemukan.

g. Sistem Muskuloskeletal

a. Ekstremitas bawah

Edema pergelangan kaki berhubungan dengan kegagalan di ventrikel kanan. Edema dimulai pada kaki dan tumit (edema dependen dan

secara bertahap bertambah ke atas tungkai yang pada akhirnya ke genitalia eksterna serta tubuh bagian bawah). Pitting edema adalah edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Secara teori menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan menurut buku sumber dari (Muttaqin, 2012) diagnosa yang mungkin timbul pada klien gagal jantung ada 14 diagnosa, yaitu :

1. Actual/Resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, iram dan konduksi elektrikal.
2. Actual/Resiko tinggi nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke oksigen miokardium, perubahan metabolisme dan produksi asam laktat.
3. Actual/Resiko tinggi pertukaran gas yang berhubungan dengan perembesan cairan, kongesti paru sekunder, perubahan membrane kapiler alveoli , dan retensi cairan interstisial.
4. Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan cairan paru.
5. Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung.

6. Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran yang berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.
7. Actual/resiko tinggi terhadap kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan perfusi organ.
8. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan sekunder penurunan curah jantung.
9. Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake , mual, muntah dan anoreksia.
10. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas.
11. Actual/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. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit , gambaran diri yang salah dan perubahan peran
14. Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan dengan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.

2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan

1. Actual/Resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, iram dan konduksi elektrik.

Tabel 2.1 Intervensi Actual/Resiko Tinggi Menurunnya Curah Jantung

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, iram dan konduksi elektrik.	Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam 1. Penurunan curah jantung dapat teratasi 2. Menunjukkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima (disritmia terkontrol atau hilang 3. Bebas gejala gagal jantung (seperti parameter hemodinamik dalam batas normal, 4. Keluaran urine adekuat)	1. Kaji dan laporkan tanda penurunan curah jantung 2. Periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apical : kali frekuensi, irama jantung (dokumentasi disritmia bila tersedia telemetri) 3. Catat bunyi jantung	1. Kejadian mortalitas dan mordibitas sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama. 2. Biasanya terjadi takikardia meskipun pada saat istirahat untuk mengompensas penurunan kontraktilitas ventrikel, KAP, PAT, MAT, PVC dan AF disritmia umum berkenaan dengan gjk meskipun lainnya juga terjadi. Catatan: disritmia ventrikel tidak responsip terhadap obat yang diduga aneurisme ventrikel 3. S1 Dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa, irama gallop umum (s3 dan s4) dihasilkan sebagai aliran darah ke dalam serambi yang distensi murmur dapat menunjukkan
Ditandai dengan : 1. Peningkatan frekuensi jantung (takikardia), 2. Disritmia: perubahan gambaran pola ekg 3. Dyspnea 4. Perubahan tekanan darah (TD) (hipotensi atau hipertensi), 5. Bunyi jantung ekstra s3,s4), 6. Penurunan pengeluaran urine, 7. Nadi perifer tidak teraba, 8. Kulit dingin (kusam, diaphoresis,	Kriteria: 5. Klien akan melaporkan penurunan episode dyspnea, 6. Berperan dalam aktivitas mengurangi beban kerja jantung, 7. Tekanan darah dalam batas normal. (120/80 mmhg), 8. Nadi 80 kali/menit, 9. Tidak terjadi aritmia, 10. Denyut jantung dan irama jantung teratur, 11. CRT < 3 detik, 12. Produksi urine >30ml/jam.		

<p>9. Ortopnea, 10. Krakles, 11. Distensi vena jugularis, 12. Pembesaran hepar, 13. Edema ekstremitas, 14. Nyeri dada</p>	<p>4. Palpasi nadi perifer</p>	<p>inkopetensi atau stenosis mitral. 4. Penurunan curah jantung menunjukkan menurunnya nadi, radial, popliteal, dorsalispedis, dan postibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk di palpasi, dan pulsus alteran (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.</p>
	<p>5. Pantau adanya keluaran urine, catat keluaran dan kepekatan atau konsentrasi urine.</p>	<p>5. Ginjal berespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium, keluaran urine biasanya menurun selama 3 hari akrena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat di malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur.</p>
	<p>6. Istirahatkan klien dengan tirah baring optimal.</p>	<p>6. Oleh karena jantung tidak dapat diharapkan untuk benar-benar istirahat untuk sembuh seperti luka pada patah tulang, maka hal terbaik yang dilakukan adalah mengistirahatkan klien. Melalui inaktifitas, kebutuhan</p>

pemompaan jantung di turunkan. Tirah baring merupakan bagian yang penting dari pengobatan gagal jantung kongestiv, khususnya pada tahap akut dan sulit disembuhkan. Selain itu, untuk menurunkan seluruh kebutuhan kerja jantung, tirah baring membantu dalam menurunkan beban kerja dengan menurunkan volume intravascular melalui induksi diuresis berbaring. Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung, dan menurunkan tekanan darah. Lamanya berbaring merangsang diuresis, karena berbaring akan memperbaiki perfusi ginjal. Istirahat juga mengurangi kerja otot pernafasan dan penggunaan oksigen. Frekuensi jantung menurun yang akan memperpanjang periode diastole pemulihan, sehingga

	memperbaiki efisiensi kontraksi jantung
7. Atur posisi tirah baring yang ideal. Kepala tempat tidur harus dinaikan 20-30cm (8-10 inci) atau klien di dudukan di kursi.	7. klien dengan gagal jantung kongestif dapat berbaring dengan posisi semi fowler untuk mengurangi kesulitan bernafas dan mengurangi jumlah darah ang kembali ke jantung senga dapat mengurangi kongestif paru.pada posisi ini aliran balik vena ke jantung (pre load) dan kongestif paru berkurang, serta penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal. Lengan di bawah harus disokong dengan bantal untuk mengurangi kelelahan otot bahu akibat berat lengan yang menarik secara terus menerus. Klien yang dapat bernafas hanya pada posisi tegap (ortopnea) dapat di dudukan di sisi tempat tidur dengan kedua kaki disokong kursi, kepala, dan lengan diletakan di meja tempat tidur dan fertebra lumbosacral disokong dengan bantal. Bila terdapat kongestif paru, maka lebih baik klien di dudukan di kurdi, karena posisi ini dapat memperbaiki perpindahan cairan

		dari paru. Edema yang biasanya terdapat di bagian tubuh berpindah ke daerah sacral ketika klien dibaringkan di tempat tidur.
8. kaji perubahan pada sensorik. Contoh : letargi, cemas, dan depresi.		8. dapat menunjukkan tidak adekuatnya perfusi serebral sekunder terhadap penurunan curah jantung.
9. berikan istirahat psikologi dengan lingkungan yang tenang.		9. stres emosi menghasilkan vasokonstriksi yang terkait, meningkatkan tekanan darah, dan meningkatkan frekuensi atau kerja jantung
10. berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi.		10. meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokardium guna melawan efek hipoksia atau iskemia.

2. Actual/Resiko tinggi nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke oksigen miokardium, perubahan metabolisme dan produksi asam laktat

Tabel 2.2 Intervensi Actual/Resiko tinggi nyeri dada

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/Resiko tinggi nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke oksigen miokardium, perubahan metabolisme dan	Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam 1. Tidak ada keluhan dan terdapat penurunan respons nyeri data Kriteria : 2. Secara subjektif klien menyatakan penurunan rasa nyeri dada 3. Secara objektif didapatkan TTV dalam	1. Catat karakteristik nyeri , lokasi, intensitas, lama dan penyebarannya 2. Anjurkan kepada klien untuk melaporkan nyeri dengan segera	1. Variasi penampilan dari perilaku klien karena nyeri yang terjadi sebagai temuan pengkajian 2. Nyeri berat dapat menyebabkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian mendadak

produksi asam laktat	batas normal	Lakukan manajemen nyeri keperawatan
	4. Wajah rileks	
	5. Tidak terjadi penurunan perfusi perifer	
	6. Urine >600 ml/hari	
		3. Atur posisi fisiologis
		3 Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O ₂ ke jaringan yang mengalami iskemia
		4. Istirahatkan klien
		4. Istirahat akan menurunkan kebutuhan O ₂ ke jaringan perifer sehingga kebutuhan miokardium menurun dan akan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke miokardium yang membutuhkan O ₂ untuk menurunkan iskemia
		5. Berikan oksigen tambahan dengan nasala kanul atau masker sesuai dengan indikasi
		5. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sampai dengan iskemia
		6. Manajemen lingkungan tenang dan batasi pengunjung
		6. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O ₂ ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang berada diruangan
		7. Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam
		7. Meningkatkan asupan O ₂ sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan otak

8. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	8. Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi endorphin dan enkefalin yang dapat memblok reseptor nyeri untuk tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri - Manajamen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Messase ringan dapat meningkatkan aliran darah kemudian dengan otomatis membantu suplai darah dan oksigen ke area nyeri serta menurunkan sensasi nyeri.
9. Kolaborasi pemberian terapi farmakologis antiangina	9. Obat antiangina bertujuan untuk meningkatkan aliran darah , baik dengan menanmbah suplai oksigen atau dengan mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen.
10. Antiangina (Nitrogliser in)	10. Nitrat berguna untuk control nyeri dengan efek vasodilatasi coroner
11. Analgesic, morfin 2–5mg intravena	11. Menurunkan nyeri hebat , memberikan sedasi dan mengurangi kerja miokard
12. Penyekat beta. Contoh : atenolol,	12. Penghambat (adrenergic) beta menghambat

tonormin, pindolol, visken propranolol (inalderal)	resptor beta 1 untuk pengontrol nyeri melalui efek hambatan rangsang simpatis, dengan demikian, denyut jantung akan berkurang. obat- obat ini berfungsi sebagai antiangina, antiaritmia, dan antihipertensi. Penghambat beta efektif sebagai antiangina karena mengurangi denyut jantung dan kontraktilitas miokardium. Obat ini menurunkan kebutuhan pemakaian oksigen sehingga rasa nyeri angina mereda.
13. Penyekat saluran kalsium . contoh : verafamil aliran	13. Kalsium mengaktivasi kontraksi miokardium serta menambah beban kerja dan keperluan jantung akan oksigen. Penghambat kalsium menurunkan kontraktilitas jantung (efek inotropic negative) dan beban kerja jantung sehingga mengurangi keperluan jantung akan oksigen. Obat ini efektif dalam mengendalikan angina varian dengan merelaksasikan arteri coroner dan dalam meredakan angina klasik dengan mengurangi kebutuhan oksigen.

3. Actual/Resiko tinggi pertukaran gas yang berhubungan dengan perembesan cairan, kongesti paru sekunder, perubahan membrane kapiler alveoli, dan retensi cairan interstitial

Tabel 2.3 Intervensi Actual/Resiko tinggi pertukaran gas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/Resiko tinggi pertukaran gas yang berhubungan dengan perembesan cairan, kongesti paru sekunder, perubahan membrane kapiler alveoli , dan retensi cairan interstitial	<p>Tujuan : dalam waktu 3 x24 jam tidak ada keluhan sesak atau terdapat penurunan respon sesak nafas</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara subjektif klien menyatakan penurunan sesak nafas 2. Secara objektif didapatkan TTV dalam batas normal 3. RR 16-20x/menit) 4. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas 5. Analisis gas darah dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan tambahan O² 6 Liter/menit 2. Pantau saturasi (oksimetri) Ph, BE, HCO₂ (dengan BGA) 3. Koreksi keseimbangan asam basa 4. Cegah atelectasis dengan melatih batuk efektif dan nafas dalam 5. Kolaborasi RL 500 cc / 24 jam 6. Digoxin 1-0-0 Furosemide 2-1-0 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan konsentrasi O₂ dalam proses pertukaran gas 2. Untuk mengetahui tingkat oksigenasi pada jaringan sebagai dampak adekuat tidaknya proses pertukaran gas 3. Mencegah asidosis yang dapat memeperberat fungsi pernafasan 4. Kongesti yang berat akan memperburuk proses pertukaran gas sehingga berdampak pada timbulnya hipoksia 5. Meningkatkan kontraktilitas otot jantung sehingga dapat mengurangi timbulnya edema dan dapat mencegah gangguan pertukaran gas. 6. Membantu mencegah terjadinya retensi cairan dengan menghambat ADH.

4. Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan cairan paru

Tabel 2.4 Intervensi Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan cairan paru	<p>Tujuan : dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi perubahan pola nafas</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak sesak nafas 2. RR dalabatas normal 16-20 kali/menit 3. Respon batuk berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi bunyi nafas (krakles) 2. Kaji adanya edema 3. Ukur intake output 4. Timbang berat badan 5. Pertahankan pemasukan total cairan 600ml/24 jam dalam toleransi kardiovaskula 6. Kolaborasi Berikan diet tanpa garam 7. Berikan diuretic. Contoh: furosemide, spironolakton dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikasi edema paru sekunder akibat dekompensasi jantung 2. Curiga gagal kongestif/kelebihan volume cairan 3. Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal retensi natrium/air, dan penurunan keluaran urine 4. Perubahan tiba-tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan. 5. Memenuhi kebutuhan cairan tubuh orang dewasa tetapi memerlukan pembatasan dengan adanya dekompensasi jantung 6. Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan miokardium meningkat 7. Diuretic bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan

hidrilonolakton	menurunkan retensi cairan jaringan, sehingga menurunkan risiko terjadinya edema paru
8. Pantau data laboratorium, elektrolit kalium	8. Hypokalemia dapat membatasi keefektifan terapi.

5. Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung.

Tabel 2.5 Intervensi Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 2 - 24 Perifer meningkat.</p> <p>Kriteria :</p> <p>1. Klien tidak mengeluh pusing,</p> <p>2. TTV dalam batas normal,</p> <p>3. CRT < 3 detik</p> <p>4. Urine > 600 ml/hari</p>	<p>1. Auskultasi TD, bandingkan kedua lengan: ukur dalam keadaan berbaring, duduk, atau berdiri bila memungkinkan</p> <p>2. Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaphoresis secara teratur</p> <p>3. Kaji kualitas peristaltic, jika perlu pasang sonde.</p> <p>4. Kaji adanya kongesti hepar</p>	<p>1. Hipotensi dapat terjadi juga disfungsi ventrikel, hipertensi juga juga fenomena umum yang berhubungan dengan nyeri cemas karena pengeluaran katekolamin.</p> <p>2. Mengetahui derajat hipoksemia dan peningkatan tahanan perifer.</p> <p>3. Mengetahui pengaruh hipoksia terhadap fungsi saluran cerna serta dampak penurunan elektrolit.</p> <p>4. Sebagai dampak gagal jantung</p>

pada abdomen kanan atas.	kanan, jika berat akan ditemukan adanya tanda kongesti.
5. Pantau urine output.	5. Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya produksi urine, pemantauan yang ketat pada produksi urine < 600 ml/hari merupakan tandatanda terjadinya syok kardiogenik./
6. Catat adanya murmur	6. Menunjukkan gangguan aliran darah jantung (kelainan katup, kerusakan septum, atau vibrasi otot papilar).
7. Pantau frekuensi jantung dan irama.	7. Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia.
8. Berikan makanan kecil / mudah dikunyah, batasi asupan kafein.	8. Makanan besar dapat meningkatkan kerja miokardium. Kafein dapat merangsang langsung ke jantung sehingga meningkatkan

	frekuensi jantung.
9. Kolaborasi	9. Jalur yang paten
Pertahankan cara	paling penting
masuk hoparin	untuk pembenan
(IV) sesuai	obat darurat.
indikasi.	

6. Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran yang berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.

Tabel 2.6 Intervensi Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran yang berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.	<p>Tujuan: Dalam waktu 2 x 24 jam tidak terjadi penurunan tingkat kesadarn dan dapat mempertahankan cardiac output secara adekuat guna meningkatkan perfusi jaringan otak.</p> <p>Kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien tidak meluh pusing, TTV dalam batas normal, sesak napas, mual / muntah, tanda dialoresis dan pucat / sianosis hilang, akral hangat, kulit segar, B.I tunggal kuat, irama denyut sinus, produksi urine >30 ml/jam, respons verbal baik, EKG normal, JVP < 3cm H₂O, BUN / kreatinio normal. 	<ol style="list-style-type: none"> Kaji status mental klien secara teratur. Observasi perubahan sensori dan tingkat kesadaran pasien yang menunjukkan penurunan perfusi otak (gelisah, confuse / bingung, spatis, somnolen). Kurangi aktivitas yang merangsang timbulnya respons valsava / aktivitas. Catat adanya keluhan pusing. Pantau frekuensi jantung dan irama. 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui derajat hipoksia pada otak. Bukti actual terhadap penurunan aliran darah ke jaringan sereblar adalah adanya perubahan respons sensori dan penurunan tingkat kesaadaran pada fase akut dari kegagalan yang harus diawasi secara ketat. Respons valsava akan meningkatkan beban jantung sehingga akan menurunkan curah jantung ke otak. Keluhan pusing merupakan manifestasi penurunan suplai darah ke jaringan otak yang parah. Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan

9. Jangan memberikan digitalis bila didapatkan perubahan denyut jantung, bunyi jantung, atau perkembangan toktalitas digitalis	komplikasi disritmia. 9. Efek dari toktalitas digitalis dengan peningkatan denyut jantung akan merangsang terjadinya desritmia, sehingga memerlukan pemaantauan yang lebih ketat untuk menghindari penurunan tingkat kesadaran.
10. Kalaborasi - Pertahankan cara masuk heparin (IV) sesuai indikasi.	10. Jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat.

7. Actual/resiko tinggi terhadap kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan perfusi organ.

Tabel 2.7 Intervensi Actual/resiko terhadap kelebihan volume tinggi cairan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi terhadap kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan perfusi organ.	Tujuan: Dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik Kriteria : 1. klien tidak sesak nafas 2. edema ekstremitas berkurang 3. pitting edema (-) 4. produksi urine >600ml/hr	1. Kaji adanya edema ekstremitas. 2. Kaji tekanan darah. 3. Kaji distensi vena jugularis.	1. Curiga gagal kongesti/kelebihan volume cairan 2. Sebagai salah satu 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. Ukur intake dan output	4. Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, refensi natrium/air, dan penurunan keluaran urine.
5. Timbang berat badan.	5. Perubahan tiba-tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan.
6. Beri posisi yang membantu drainase ekstremitas, lakukan latihan gerak pasif.	6. Meningkatkan venous return dan mendorong berkurangnya edema perifer.
7. Kolaborasi Berikan diet tanpa garam.	7. Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan miokardium meningkat.
8. Berikan diuretic, contoh: furosemide, sprinolakton, hidronolakton.	8. Diuretic bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan sehingga menurunkan risiko terjadinya edema paru.
9. Pantau data laboratorium elektrolit kalium.	9. Hypokalemia dapat membatasi keefektifsn terapi.

8. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan sekunder penurunan curah jantung

Tabel 2.8 Intervensi Intoleransi Aktivitas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan sekunder penurunan curah jantung	Tujuan: Aktivitas sehari-hari klien terpenuhi dan meningkatnya kemampuan beraktivitas. Kriteria : Klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala yang berat, terutama mobilisasi di tempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat frekuensi jantung irama, dan perubahan TD, selama dan sesudah aktivitas. 2. Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas senggang yang tidak benar. 3. Anjurkan klien untuk menghindari peningkatan tekanan abdomen, missal :mengejan saat delesi. 4. Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktivitas. Contoh: bangun dari kursi, bila tak ada nyeri lakukan ambulasi, kemudian istirahat selama 1 jam setelah makan. 5. Pertahankan klien pada posisi tirah baring sementara sakit akut. 6. Tingkatkan klien duduk di kursi dan tinggikan kaki klien. 7. Pertahankan rentan gerak pasif selama sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan adanya penurunan oksigen miokard. 2. Menurunkan kerja miokard/ konsumsi oksigen. 3. Dengan mengejan dapat mengakibatkan bradikardi, menurunkan curah jantung dan takikardia, serta peningkatan TD. 4..Aktivitas yang maju memberikan control jantung, meningkatkan tegangan, dan mencegah aktivitas berlebihan. 5.Untuk mengurangi beban jantung. 6. Untuk meningkatkan venous return. 7. Meningkatkan kontraksi otot sehingga membantu

	kritis.	venous return.
	8. Evaluasi 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 memaksa kerja jantung.
	10. Pertahankan penambahan O ² sesuai kebutuhan.	10. Untuk meningkatkan oksigenasi jaringan

9. Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake , mual, muntah dan anoreksia.

Tabel 2.9 Inetrvensi Actual/resiko tinggi perubahan nutris kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake , mual, muntah dan anoreksia.	Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam terdapat peningkatan dalam pemenuhan nutrisi. Kriteria : 1. Klien secara subjektif termotivasi untuk melakukan pemenuhan nutrisi sesuai anjuran, 2. Asupan meningkat pada porsi makan yang disediakan.	1. Jelaskan tentang manfaat makan bila dikaitkan dengan kondisi klien saat ini. 2. Anjuran 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	1. Dengan pemahaman klien akan lebih kooperatif mengikuti aturan. 2. Untuk menghindari makan yang justru dapat mengganggu proses penyembuhan klien. 3. Untuk meningkatkan selera dan mencegah mual, mempercepat perbaikan kondisi, serta mengurangi beban kerja jantung. 4. Klien kadang kala mempunyai selera makan yang sudah terbiasa sejak

yang bertentangan dengan penyakitnya.	tidak di rumah. Dengan bantuana keluarga dalam pemenuhan nutriwi dengan tidak bertentangan dengan pola diet akan meningkatkan pemenuhan nutrisi.
5. Lakukan dan ajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan setra sebelum dan sesudah intervensi / pemeriksaan per oral.	5. Hygiene oral yang baik akan meningkatkan nafsu makan klien
6. Beri motivasi dan dukungan psikologis. Kolaborasi	6. Meningkatkan secara psikologis.
7. Dengan nutrisi tentang pemenuhan diet klien.	7. Meningkatkan pemenuhan sesuai kondisi klien.
8. Pemberian multivitamin.	8. Memenuhi asupan vitamin yang kurang dari penurunan asupan nutrisi secara umum dan memperbaiki daya tahan.

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

Tabel 2.10 Intervensi Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas	Tujuan: dalam waktu 3x24 jam keluhan gangguan pemenuhan tidur berkurang. Kriteria: 1. Klien tidak mengeluh mengantuk, 2. TTV dalam batas normal, 3. Mata tidak merah, 4. Tidur 6-8 jam/hari.	1. Catat pola istirahat dan tidur klien siang dan malam hari. 2. Atur posisi fisiologis.	1. Variasi penampilan dan perilaku klien dalam pemenuhan istirahat serta tidur sebagai temuan pengkajian. 2. Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O ₂ dan rasa nyaman. Serta

	memperoleh kualitas tidur yang baik (Melanie, 2012)
3. Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi.	3.Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan dan terjadi iskemia.
4. Manajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung.	4. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulasi nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu klien dalam melakukan istirahat psikologis.
5.Ajarkan teknik distraksi sebelum tidur.	5. Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan persepsi nyeri dan efektif pada klien yang sudah mengalami penurunan tingkat sesak.
6. Lakukan manajemen sentuhan.	6. Manajemen sentuhan pada klien yang insomnia berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan stimulasi eksternal. Masase ringan dapat meningkatkan aliran darah dan dengan otomatis membantu proses oksigenasi.
7. Kolaborasi pemberian obat sedative.	7. Meningkatkan istirahat/relaksasi dan membantu klien dalam memenuhi kebutuhan tidur.

11. Actual/resiko tinggi cedera yang berhubungan dengan pusing dan kelemahan

Tabel 2.11 Intervensi Actual/resiko tinggi cedera

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi cedera yang berhubungan dengan pusing dan kelemahan	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi cedera pada klien.</p> <p>Kriteria:</p> <p>1. Klien tidak terjatuh,</p> <p>2. TTV dalam batas normal.</p>	<p>1. Catat pola istirahat dan tidur klien siang dan malam hari.</p> <p>2. Pantau adanya pengaman pada tempat tidur klien.</p> <p>3. Atur posisi fisiologis.</p> <p>4. Manajemen lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengujung.</p>	<p>1. Variasi penampilan dan perilaku klien dalam pemenuhan istirahat dan tidur sebagai temuan pengkajian.</p> <p>2. Tempat tidur dengan adanya pengamn / pagar tempat tidur dapat mencegah klien jatuh pada saat gelisah dan mengalami kelemahan.</p> <p>3. Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O² dan rasa nyaman.</p> <p>4. Lingkungan tenang akan meningkatkan stimulasi nyeri eksternal dan pembatasan pengujung akan membantu klien dalam melakukan istirahat psikologis.</p>

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

Tabel 2.12 Intervensi Cemas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian,	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam kecemasan klien berkurang. Kriteria:</p> <p>1. Klien menyatakan</p>	<p>1. Bantu klien mengekspresikan perasaan marah, kehilangan, dan takut.</p>	<p>1. Cemas berkelanjutan memberikan dampak serangan jantung selanjutnya.</p>

<p>penurunan status kesehatan situasi krisis , ancaman atau perubahan kesehatan.</p>	<p>kecemasan berkurang, 2. Klien mengenal penasarannya dengan mengidentifikasi penyebab atau factor yang memengaruhinya, 3. Kooperatif terhadap tindakan dan wajah rileks.</p>	<p>2. Kaji tanda verbal dan nonverbal kecemasan, damping klien, dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak.</p>	<p>2. Reaksi verbal/ nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah.</p>
		<p>3. Hindari konfrontasi</p>	<p>3. Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah, menurunkan kerja sama, dan mungkin memperlambat penyembuhan.</p>
		<p>4. Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat</p>	<p>4. Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.</p>
		<p>5. Tingkatkan control sensasi klien.</p>	<p>5. Control sensasi klien (dalam menurunkan ketakutan) dengan cara membeikan informasi mengenai keadaan klien, menekankan pada penghargaan terhadap sumber sumber koping (pertahanan diri) yang positif, membantu latihan relaksasi dan teknik-teknik pengalihan, serta memberikan respons baik yang positif.</p>
		<p>6. Orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan.</p>	<p>6. Orientasi dapat menurunkan kecemasan.</p>
		<p>7. Beri kesempatan kepada klien</p>	<p>7. Dapat menghilangkan ketegangan</p>

untuk mengungkapkan kekhawatiran yang tidak diekspresikan.	terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan.
8. Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat.	8. Memberi waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas, dan perilaku adaptasi. Adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih klien untuk melayani aktivitas dan pengalihan (misalnya membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi. contohnya diazepam.
Kolaborasi berikan anticemas sesuai indikasi, contohnya diazepam.	

13. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah dan perubahan peran.

Tabel 2.13 Intervensi Koping individu tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah dan perubahan peran	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3x24 jam klien mampu mengembangkan koping yang positif.</p> <p>Kriteria:</p> <p>1. Klien kooperatif pada setiap intervensi keperawatan mampu menyatakan atau mengomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi,</p> <p>2. Mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi,</p> <p>3. Mengakui dan menggabungkan perubahan ke dalam konsep diri dengan cara</p>	<p>1. Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan.</p> <p>2. Identifikasi arti kehilangan atau disfungsi pada klien.</p> <p>3. Anjurkan klien untuk</p>	<p>1. Menentukan bantuan individual dalam menyusun rencana perawatan atau pemilihan intervensi</p> <p>2. Beberapa klien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri. Sedangkan yang lain mempunyai kesulitan membandingkan, mengenali, dan mengatur kekurangan.</p> <p>3. Menunjukkan penerimaan,</p>

yang akurat tanpa harga diri yang negative.	mengekspresikan perasaan, termasuk permusuhan dan kemarahan.	membantu klien untuk mengenal, dan menyesuaikan dengan perasaan tersebut.
	4. Catat ketika klien menyatakan terpengaruh seperti sekarat atau mengingkari dan menyatakan inilah kematian.	4. Mendukung terhadap penolakan terhadap bagian tubuh atau perasaan negative terhadap gambaran tubuh dan kemampuan yang menunjukkan kebutuhan dan intervensi serta dukungan emosional.
	5. Pernyataan pengakuan terhadap penolakan tubuh, mengingatkan kembali fakta kejadian tentang realitas bahwa masih dapat menggunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat.	5. Membantu klien untuk melihat bahwa perawat menerima kedua bagian sebagai bagian dari seluruh tubuh, mengizinkan klien untuk merasakan adanya harapan dan mulai menerima situasi baru.
	6. Bantu dan anjurkan perawatan yang baik serta perbaiki kebiasaan	6. Membantu meningkatkan perasaan harga diri dan mengenal lebih dari satu area kehidupan.
	7. Anjurkan orang yang terdekat untuk mengizinkan klien melakukan sebanyakbanyaknya halhal untuk dirinya.	7. Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta memengaruhi proses rehabilitas.
	8. Dukung perilaku atau usaha seperti peningkatan minat atau partisipasi dalam aktivitaas rehabilitas.	8. Klien dapat beradaptasi terhadap perubahan dan pengertian tentang peran individu di maasaa mendatang.

9. Dukung penggunaan alat-alat yang dapat mengadaptasikan klien, tongkat, alat bantu jalan, tas panjang untuk katoler.	9. Meningkatkan kemandirian untuk membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan menunjukkan posisi untuk lebih akut dalam kegiatan social.
10. Awasi adanya gangguan tidur peningkatan kesulitan konsentrasi, letargi, dan menarik diri	10. Dapat mengindikasikan terjadinya depresi. Umumnya terjadi sebagai pengaruh dari stroke di mana memerlukan intervensi dan evaluasi lebih lanjut.
11. Kolaborasi: rujuk pada ahli neuropsikologi dan konseling bila ada indikasi.	11. Dapat memfasilitasi perubahan peran yang penting untuk perkembangan perasaan.

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

Tabel 2.14 Intervensi Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik.

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan dengan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.	Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam klien mengenal factor-faktor yang menyebabkan peningkatan risiko kekambuhan. Kriteria: 1. Klien secara subjektif menyatakan bersedia dan termotivasi untuk melakukan aturan terapeutik jangka panjang dan mau menerima perubahan pola hidup yang efektif, 2. Klien mampu mengulang factor-faktor risiko kekambuhan.	1. Identifikasi factor yang mendukung pelaksanaan terapeutik. 2. Berikan penjelasan penatalaksanaan terapeutik	1. Tanyakan keluarga terdekat apakah suami/istri anak yang mampu mendapat penjelasan dan menjadi pengawas klien dalam menjalankan pola hidup yang efektif selama klien di rumah dan memiliki waktu yang optimal dalam menjaga klien. 2. Setelah mengalami serangan akut, perawat perlu

lanjutan.	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 di masyarakat.	3.Untuk memudahkan klien dalam memantau status kesehatannya.
4.Anjurkan 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.	4.Peningkatkan berat badan merupakan factor yang meningkatkan beban jantung dalam melakukan kontraksi Latihan rutin secara bertahap memberikan adaptasi pada ventrikel kiri dalam melakukan kompensasi kebutuhan suplai darah otot rangka.
6.Mengikuti latihan fisik rutin.	6.Exertion. Aktivitas yang berlebihan dapat menjadi presipitasi serangan angina kembali. Klien dianjurkan untuk mengurangi kualitas dan kuantitas kegiatan fisik dari yang biasa klien lakukan sebelum keluhan gagal jantung.
7. Beri penjelasan tentang pemakaian obat nitrogliserin	7. Minum obat nitrogliserin (veno diatasi perifer dan coroner) 0.4–

	<p>0.6mg tablet secara sublingual 3–5 menit sebelum melakukan aktivitas daengan tujuan untuk mengantisipasi serangan angina. Klien dianjurkan untuk selalu membawa obat tersebut setiap keluar rumah meskipun klien tidak merasakn gejala angina.</p>
8.Pendidikan kesehatan diet.	<p>8.Konsumsi banyak makan garam merupakan salah satu factor presipitasi serangan sesak napas dan edema ekstremitas. Aktivitas yang dilakukan setelah makan yang cukup banyak dapat meningkatkan risiko angina. Klien dianjurkan agar beraktivitas setelah paling kursng satu jam setelah makan. Pemberian makanan sedikit tapi sering akan mempermudah saluran pencernaan dalam mencerna makanan sangat dianjurkan pada klien setelah mengalami serangan angina.</p> <p>- Konsumsi banyak makan garam merupakan salah satu factor presipitasi serangan sesak napas dan edema ekstremitas. Aktivitas yang dilakukan setelah makan yang cukup banyak dapat</p>

	meningkatkan risiko angina. Klien dianjurkan agar beraktivitas setelah paling kurang satu jam setelah makan. Pemberian makanan sedikit tapi sering akan mempermudah saluran pencernaan dalam mencerna makanan sangat dianjurkan pada klien setelah mengalami serangan angina.
9. Maneuver dinamik	9. Klien dianjurkan untuk menghindari maneuver dinamik (lihat bab 2) seperti berjongkok, mengejan, dan terlalu lama menahan napas yang merupakan factor presipitasi timbulnya angina. Dalam melakukan deteksi klien dianjurkan pemberian laxantia agar dapat mempermudah pola defekasi klien.
10.Pendidikan kesehatan seks	10.Jika hubungan seks merupakan salah satu factor presipitasi angina pada klien, maka sebelum melakukan aktivitas seksual klien dianjurkan untuk meminum obat nitroglicerlin atau sedative atau keduanya. Pengaturan sedikit aktivitas fisik pada klien dalam melakukan aktivitas seksual dapat dijelaskan pada pasangannya.
11.Stress	11.Serangan sesak

1.2.4	emosional	<p>napas dari gagal jantung kiri lebih sering terjadi pada klien yang mengalami kecemasan, ketegangan, serta eforia atau kegembiraan yang berlebihan. Pemberian obat sedative ringan seperti diazepin dapat mengurangi respons lingkungan yang memberi dampak stress emosional. Klien dianjurkan untuk melakukan curah pendapat dengan perawat dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.</p>
	12. Beri dukungan secara psikologis.	<p>12. Dapat membantu meningkatkan motivasi klien dalam mematuhi penjelasan.</p>

2.2.4 Implementasi

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun

2.2.5 Evaluasi

Hasil yang diharapkan pada proses keperawatan klien dengan gagal jantung

1. Terpenuhinya aktivitas sehari-hari
2. Menunjukkan peningkatan curah jantung
 - Tanda-tanda vital kembali normal

- Terhindar dari risiko penurunan perfusi perifer
 - Tidak terjadi kelebihan volume cairan
 - Tidak sesak
 - Edema ekstremitas tidak terjadi
3. Menunjukkan penurunan kecemasan
 4. Memahami penyakit dan tujuan perawatannya.
 - Mematuhi semua aturan medis
 - Mengetahui kapan harus meminta bantuan medis bila nyeri menetap atau sifatnya berubah
 - Memahami cara mencegah komplikasi dan menunjukkan tanda-tanda bebas dari komplikasi
 - Menjelaskan proses terjadinya gagal jantung
 - Menjelaskan alasan tindakan pencegahan komplikasi.
 - Mematuhi program perawatan diri.
 - Menunjukkan pemahaman mengenai terapi farmakologi.
 - Kebiasaan sehari-hari mencerminkan penyesuaian gaya hidup.