

BAB II

TINJAUAN PUSATAKA

2.1 *Congestive Heart Failure*

2.1.1 Pengertian

Congestive Heart Failure adalah ketidakmampuan jantung dalam memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan yang kaya akan oksigen dan nutrisi dalam tubuh. Sehingga, penderita *congestive heart failure* biasanya akan mengalami sesak nafas dikarenakan tidak terdapat oksigen yang cukup dalam tubuh (Brunner & Suddart, 2017).

Congestive Heart Failure merupakan salah satu penyakit dengan gangguan metabolisme yang terjadi karena terdapat penurunan kadar oksigen pada sirkulasi darah yang disebabkan oleh kegagalan jantung dalam mempertahankan proses pompa jantung (Nugraha & Ramdhanie, 2018).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Congestive Heart Failure* adalah kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh, yang dapat menyebabkan terjadinya sesak, kelemahan, edema pada daerah ekstremitas, dll.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Yasmara, 2016) terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya *congestive heart failure*, yaitu :

a. Penyakit arteri koroner

Penyakit arteri koroner menjadi penyebab utama terjadinya gagal jantung. Hal ini disebabkan karena penumpukan timbunan lemak di arteri yang mengurangi atau menghambat aliran darah dan menyebabkan serangan jantung.

b. Kardiomiopati

Kardiomiopati atau lemah jantung adalah gangguan yang terjadi pada otot jantung yang menyebabkan berkurangnya kemampuan jantung untuk memompa darah dikarenakan otot jantung menebal dan kaku. Kardiomiopati bersifat idiopatik yang belum diketahui penyebabnya dan tidak dapat disembuhkan namun dapat dikendalikan dengan obat-obatan, operasi, serta penyesuaian gaya hidup. Kardiomiopati dibedakan menjadi tiga bagian yaitu :

1) Hipertrofi

Kondisi ini disebabkan oleh penebalan dinding ventrikel kiri jantung dan otot jantung secara tidak normal yang mengakibatkan gangguan dan kesulitan memomp darah.

2) *Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy* (ARVC)

Kondisi ini terjadi akibat adanya jaringan parut di otot balik jantung kanan. Dampak yang ditimbulkan yaitu terjadinya aritmia (denyut jantung yang tidak beraturan) dan biasanya terjadi karena adanya kelainan genetic.

3) Restriktif

Kondisi ini terjadi karena otot jantung yang menjadi kaku dan tidak elastis. Sehingga, mengakibatkan jantung tidak bisa mengembang dan menampung darah dengan baik.

4) Dilatasi

Kondisi dimana ruang bilik kiri jantung melebar dan menipis sehingga jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara maksimal.

c. Infark miokard/Iskemia

Iskemia dapat menyebabkan disfungsi miokardial yang diakibatkan hipoksia dan asidosis akibat dari akumulasi asam laktat. Infark miokard dapat menyebabkan kematian otot sel jantung, kehilangan kontraktilitas otot jantung dan mengakibatkan penurunan daya pompa jantung. Luas infark berhubungan langsung dengan ringan dan beratnya gagal jantung.

d. Hipertensi

Kondisi hipertensi dapat meningkatkan beban jantung dan menyebabkan terjadinya hipertrofi otot jantung. Hal ini, mengganggu pengisian ventrikel diastol yang mengakibatkan curah jantung menurun dan menyebabkan gagal ginjal.

e. Penyakit katup jantung

Disfungsi katup jantung menyebabkan aliran darah terhambat, meningkatkan tekanan dalam ruang jantung dan meningkatkan kerja jantung. Kondisi tersebut memicu terjadinya gagal jantung diastolik.

2.1.3 Patofisiologi

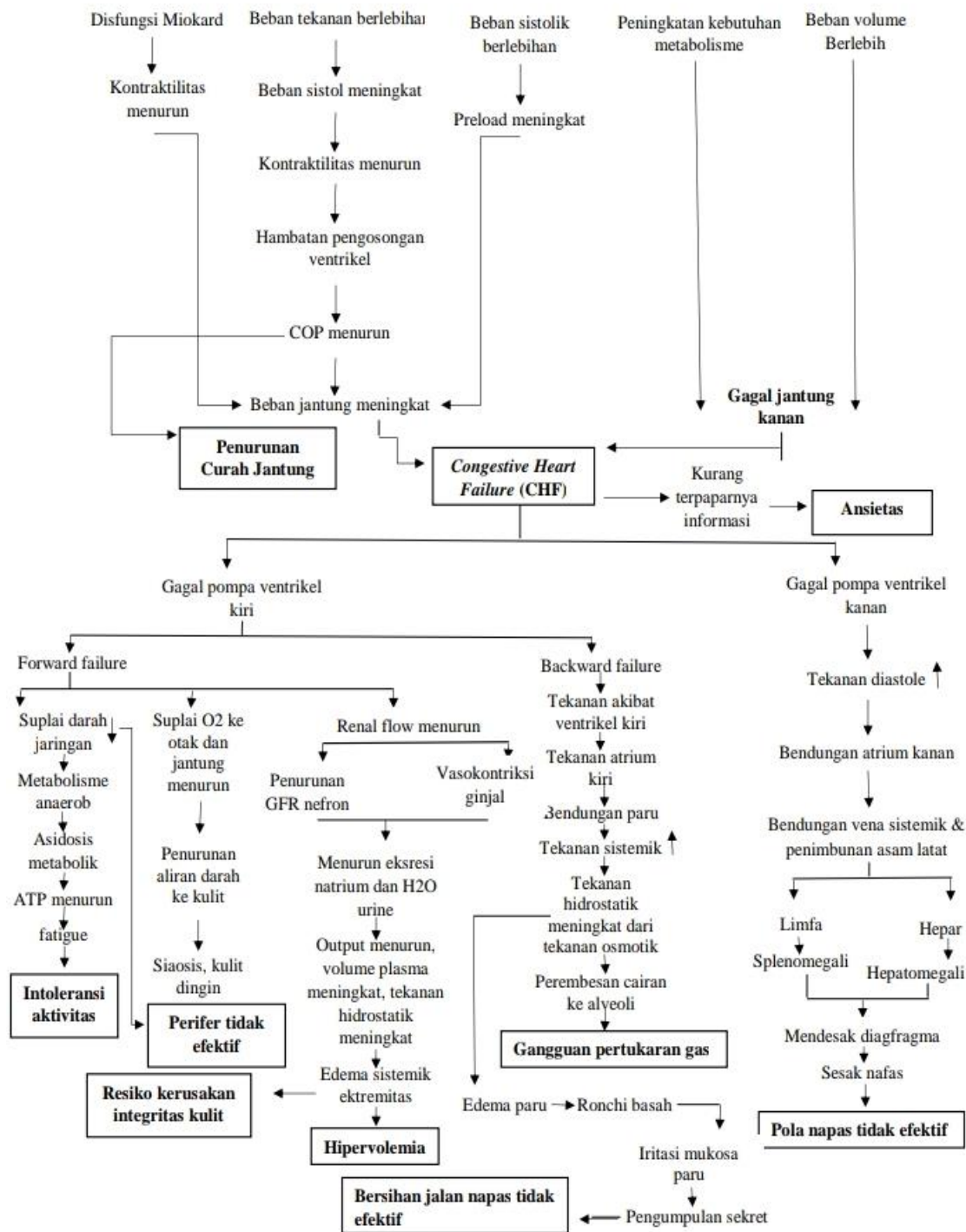
Terjadinya peningkatan tekanan jantung akibat dilatasi akan menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen dan hipertropi (pembesaran jantung) terutama terjadi pada jantung iskemik atau menyebabkan kerusakan akibatnya dapat mengalami kegagalan pemompaan.

Mekanisme dasar gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah. Bila terjadi penurunan curah jantung sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk meningkatkan curah jantung. Bila peningkatan curah jantung gagal maka volume sekuncup harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah dipompa ketika proses kontraksi yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *preload* (jumlah darah yang dipompa), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi) dan *afterload* (besarnya tekanan ventrikel untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang diimbulkan oleh tekanan arteri). Ketiga komponen ini sangat penting untuk meningkatkan curah jantung, apabila salah satu terganggu maka akan terjadi penurunan curah jantung (Kasron, 2016).

Kegagalan jantung kanan terjadi karena ketidakmampuan jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan. Penimbunan darah di vena hepatika dapat menyebabkan hepatomegali dan asites. Lalu, di ginjal akan terjadi penimbunan air dan natrium yang menyebabkan terjadinya edema pada daerah ekstremitas. Kegagalan jantung kiri terjadi akibat atrium kiri mengalami hambatan yang menyebabkan hipertrofi dan atrium kiri mengalami dilatasi. Akibatnya tekanan vena pulmonalis, kapiler dan arteri pulmonal meninggi sehingga

menyebabkan edema paru, sesak waktu beraktivitas serta *ortopneu* (sesak sewaktu istirahat).

Kegagalan jantung kanan dan kiri akibat dari kelanjutan gagal jantung kiri. Setelah terjadi hipertensi maka terjadi penimbunan darah ventrikel kanan yang selanjutnya mengakibatkan gagal jantung kanan. Mekanisme kompensasi jantung pada gagal jantung adalah upaya tubuh untuk mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia dan vasokonstriksi perifer, hipertrofi ventrikel, retensi garam dan peningkatan cairan pada tubuh, dan peningkatan ekstraksi oksigen. Kegagalan jantung kanan kiri akan menimbulkan tanda dan gejala pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru.



Bagan 2.1 Pathway Congestive Heart Failure

2.1.4 Tanda dan Gejala

a. Gagal jantung kanan

- 1) Edema pada daerah ekstremitas bawah, terjadi akibat penurunan kontraktibilitas yang menyebabkan proses pompa darah mengalami penurunan ke seluruh tubuh.
- 2) Hepatomegali dan nyeri pada daerah kuadran abdomen kanan atas karena pembesaran vena di daerah hepar
- 3) Anoreksia dan mual, kondisi ini terjadi akibat bilik kanan jantung mengalami kesulitan untuk memompa darah ke paru-paru sehingga mengakibatkan darah kembali ke pembuluh darah balik dan menyebabkan pembengkakan atau penumpukan cairan tubuh di perut atau bagian tubuh lainnya seperti pada daerah estremitas bawah.
- 4) Kelemahan pada tubuh, terjadi akibat berkurangnya pasokan aliran oksigen dan darah ke otak dan otot, jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk memenuhi ebutuhan jaringan.

b. Gagal jantung kiri

- 1) *Dyspnea* atau sesak napas, batuk, krekels pada paru, kadar saturasi oksigen dalam tubuh rendah, terdapat bunyi tambahan S3 atau gallop.
- 2) *Otrhopnea* dan *dypsnea nocturnal proximal*
- 3) Batuk kering dan tanpa dahak, namun dalam waktu panjang bisa menyebabkan batuk berdahak
- 4) Perfusi jaringan tidak memadai
- 5) Oliguria (sulit berkemih), terjadi akibat penurunan suplai darah ke ginjal.

- 6) Nokturia (sering berkemih di malam hari) penyebab terjadinya nokturia pada pasien gagal jantung dikarenakan efek samping dari obat diuretik
- 7) Takikardia, lemah, dan kelelahan.

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung kongestif menurut (*New York Heart Association (NYHA)*, 2017) terdiri dari :

1. Kelas I : Klien dengan kelainan jantung tetapi tanpa pembatasan pada aktivitas fisik.
2. Kelas II : Klien dengan kelainan jantung menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik.
3. Kelas III : Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan pembatasan aktivitas fisik yang nyata.
4. Kelas IV : Klien tidak mampu melakukan aktivitas fisik, gejala terjadi ketika istirahat dan gejala makin meningkat jika aktivitas dilakukan.

2.1.6 Komplikasi

Adapun, komplikasi yang ditimbulkan pada pasien *congestive heart failure* (Muttaqin, 2014) :

1. Edema paru akut yang disebabkan gagal jantung
2. Syok kardiogenik, yang disebabkan oleh kurangnya pasokan oksigen ke jantung yang mengakibatkan terjadinya kerusakan ventrikel jantung.
3. Trombolitik, yang disebabkan oleh imobilitas dan terjadi gangguan sirkulasi sehingga menyebabkan penggumpalan darah.

4. Efusi perikardial, terjadi karena cairan yang masuk ke dalam kantung perikardum.

Komplikasi pada pasien gagal jantung kongestif yaitu syok kardiogenik, tromboemboli karena pembentukan bekuan darah, efusi dan tamponade perikardium (cairan atau darah pada ruang otot jantung dengan selaput pembungkus jantung) (Isnaeni & Puspitasari, 2018).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- a. Elektrokardiografi (EKG)

Elektrokardiografi adalah pengukuran aktivitas listrik jantung yang dicatat dari sekumpulan elektroda yang dipasang di daerah dada, kaki, tangan untuk mewakili sinyal jantung (Aisuwarya, 2018). Berfungsi untuk mengetahui adanya hipertropi, iskemia, disaritmia dan penyimpangan aksis.

- b. Pemeriksaan Biomarker

Biomarker digunakan sebagai pemeriksaan yang membedakan sesak napas apakah berasal dari jantung atau dari penyakit bawaan yang lain.

- c. Radiografi dada

Menunjukkan pembesaran jantung, bayangan mencerminkan, dilatasi dan hipertropi serta perubahan pembuluh darah abnormal.

- d. Kateterisasi jantung

Membantu membedakan gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan serta stenosis katup.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut (Nurarif, 2015) penatalaksanaan untuk pasien *Congestive Heart Failure* terdiri dari penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis :

1. Terapi farmakologis

a. Glikosida jantung

Efek yang dihasilkan diantaranya ialah peningkatan curah jantung, peningkatan diuresis, penurunan tekanan darah vena dan mengurangi edema yang ada pada tubuh.

b. Terapi diuretik

Berfungsi untuk pengeluaran cairan dalam tubuh seperti natrium dan air melalui garam.

c. Terapi vasodilator

Berfungsi untuk memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan.

2. Terapi non farmakologis

a. Diet rendah garam

Dilakukan untuk mencegah, mengontrol dan mengurangi atau menghilangkan edema.

b. Membatasi asupan cairan

Menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh serta mengurangi beban jantung dalam memompa darah.

c. Manajemen stress

Respon psikologis mempengaruhi kerja jantung pada pasien gagal jantung kongestif.

d. Mengurangi aktivitas fisik

Aktivitas fisik perlu dibatasi untuk mengurangi kerja jantung atau untuk mengurangi peningkatan kerja jantung

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien sistem kardiovaskuler merupakan salah satu komponen yang harus dilakukan perawat dalam menggali masalah yang terjadi pada pasien (Muttaqin, 2014).

1. Pengumpulan data

Pada saat pengumpulan data, yang ditanyakan atau dikaji adalah keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu.

a. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, suku, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan no. *medrec*.

b. Identitas penanggung jawab :

Nama, umur, pekerjaan, alamat, pekerjaan dan hubungan dengan pasien/klien.

c. Keluhan utama

Keluhan utama pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler secara umum ialah :

1) Sesak napas atau *dyspnea*

Karakteristik *dyspnea* pada gagal jantung kongestif biasanya cepat dan dangkal. Terdapat beberapa keluhan yang disebabkan oleh *dyspnea* diantaranya sulit tidur, kelelahan, dan gelisah.

2) Batuk

Gejala batuk pada pasien gagal jantung kongestif terjadi karena kongesti bronkial dan berhubungan dengan peningkatan mukus.

3) Nyeri dada

4) Cepat lelah atau kelemahan fisik

5) Edema pada daerah ekstremitas.

d. Riwayat penyakit sekarang

Pertanyaan yang diajukan mengenai riwayat penyakit sekarang harus berdasarkan pada PQRST, yaitu :

P : *Provoking Incident*, keluhan fisik yang dialami oleh klien setelah melakukan aktivitas berat maupun ringan.

Q : *Quality of Pain*, keluhan kelemahan dalam melakukan aktivitas yang dirasakan klien.

R : *Region, relief, radiation*, apakah kelemahan fisik bersifat lokal atau mempengaruhi sistem otot rangka serta ada atau tidaknya ketidakmampuan dalam bergerak.

S : *Scale* atau skala, rentang kemampun klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

T : *Time*, lama (durasi) atau waktu timbulnya kelemahan saat beraktivitas.

e. Riwayat penyakit dahulu

Perawat menanyakan dan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama, seperti nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, diabetes melitus, dan hiperlipidemia (kelebihan lemak dalam darah). Tanyakan mengenai obat-obatan yang dikonsumsi klien pada masa lalu (Muttaqin, 2014).

f. Riwayat keluarga

Tanyakan penyakit menurun yang dialami oleh anggota keluarga. Misalnya riwayat penyakit iskemik pada anggota keluarga yang timbul pada usia muda merupakan faktor resiko utama terjadi penyakit yang sama pada keturunannya.

g. Riwayat pekerjaan dan pola hidup

Perawat menanyakan kebiasaan sosial (pola hidup merokok, pengkonsumsian alkohol ataupun obat-obatan tertentu yang dikonsumsi), (Setianingsih & Hastuti, 2022).

h. Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Perawat harus memperhatikan perubahan pola makan sebelum dan ketika sakit, penurunan turgor kulit, dan penurunan berat badan. Perawat juga harus mengkaji porsi yang dihabiskan, jenis makanan apa saja yang harus

dikonsumsi, adanya mual dan muntah yang dirasakan, nyeri pada bagian ulu hati, dan nafsu makan apakah terjadi penurunan atau peningkatan.

2) Pola eliminasi

Pada pasien *Congestive Heart Failure* biasanya akan mengalami peningkatan reabsorpsi pengeluaran natrium dalam tubuh sehingga akan mengakibatkan retensi urine.

3) Pola istirahat tidur

Pada pasien *Congestive Heart Failure* pola istirahat tidur akan mengalami gangguan atau penurunan karena terganggu dengan adanya sesak ataupun nyeri dada.

4) Personal hygiene

Kebersihan pada pasien *Congestive Heart Failure* cenderung akan mengalami penurunan dan dibantu oleh keluarga karena pasien harus *bedrest*.

5) Aktivitas

Pada pasien *Congestive Heart Failure* biasanya pemilihan latihan tepat dan kecil perlu dilakukan agar tidak terjadi penurunan kekuatan otot maupun kekakuan otot.

i. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum yang dilakukan pada pasien *Congestive Heart Failure* biasanya kesadaran *compos mentis* dan akan berubah ketika terjadi gangguan perfusi saraf pusat. Tanda-tanda vital umumnya akan mengalami peningkatan, respirasi biasanya didapatkan hasil lebih

cepat karena adanya sesak napas/dipsnea, tekanan darah umumnya akan mengalami penurunan karena terjadinya penurunan curah jantung dan suhu dalam rentang normal atau mengalami penurunan karena berkurangnya perfusi kapiler organ (Muttaqin, 2014).

2) Sistem penglihatan

Konjungtiva pucat atau merah muda, sklera berwarna ikterik atau kuning biasanya terjadi pada pasien gagal jantung karena adanya gangguan faal hati, dan gangguan visus yang terjadi akibat komplikasi hipertermi (Muttaqin, 2014).

3) Sistem pernafasan

Pengkajian pada pasien *Congestive Heart Failure* biasanya akan didapatkan hasil adanya tanda kongestif vaskular pulmonal yaitu *dispnea*, *ortopnea*, *dispnea nocturnal paroksimal*, batuk dan edema pulmonal akut. Terdapat *crakles* atau ronkhi basah yang terdengar pada daerah posterior paru. Hal ini sebagai bukti gagal jantung ventrikel kiri. Bentuk dada klien biasanya berbentuk *barrel chest* (Muttaqin, 2014).

4) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi :

Lihat apakah ada parut pasca pembedahan organ jantung, lihat adanya dampak penurunan curah jantung yang ditandai dengan klien akan mengeluh lemas, mudah lemah, letih, letargi dan edema pada daerah ekstremitas.

Palpasi :

Sinus takikardia yang sering ditemui pada pemeriksaan dengan kegagalan pompa jantung. Pemeriksaan denyut arteri selama gagal jantung menunjukkan denyut dangkal dan cepat krena terjadi vasokonraksi perifer yang mengurangi tekanan nadi yang menyebabkan denyut yang lemah.

Ventrikel kanan yang tidak mampu berkompensasi akan mengakibatkan dilatasi ruang, dimana terjadi peningkatan volume dan tekanan diastolik. Peningkatan ini akan sampai ke hulu vena cava yang mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan vena jugularis.

Auskultasi :

Bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur ditemukan pada penyebab gagal jantung akibat kelainan katup.

5) Sistem persyarafan

Kesadaran compos mentis, sianosis yang terjadi akibat gangguan perfusi jaringan yang berat. Data objektif yang di dapatkan : wajah tampak meringis, merintih, meregang, dan menggeliat (Muttaqin, 2014).

6) Sistem pencernaan

Ditemukan adanya hepatomegali, asites yang di akibatkan dari kegagalan jantung ventrikel kanan, biasanya terjadi peningkatan berat badan yang disebabkan oleh retensi cairan dalam tubuh (Muttaqin, 2014).

7) Sistem genitourinaria

Pengukuran keluaran dan masukan cairan dalam tubuh harus dilakukan perawat untuk memantau apakah terdapat oliguria yang menjadi tanda awal syok kardiogenik. Edema yang muncul pada daerah ekstremitas menandakan terjadi retensi urine (Muttaqin, 2014).

8) Sistem endokrin

Kelenjar tiroid akan menunjukkan adanya peningkatan vaskularisasi akibat dari hiperfungsi kelenjar tiroid (Muttaqin, 2014).

9) Sistem integument

Kulit biasanya terlihat pucat dan dingin dikarenakan vasokonstriksi perifer, penurunan curah jantung dan meningkatnya kadar haemoglobin tereduksi yang mengakibatkan sianosis. Demam ringan dan keringat berlebih ditemukan karena vasokonstriksi kulit menghambat kemampuan tubuh untuk melepaskan panas (Muttaqin, 2014).

10) Sistem muskuloskeletal

Dilakukan pemeriksaan apakah ada kesulitan saat bergerak, nyeri tulang dan sendi, apakah terdapat fraktur atau tidak pada bagian ekstremitas atas dan bawah, serta kekuatan otot

2.2.1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klien mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupan yang dialaminya baik aktual maupun potensial (PPNI. Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia, 2017).

Diagnosa yang muncul pada pasien *Congestive Heart Failure*, menurut (Kasron, 2016) yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload* dan perubahan *afterload*.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup monoton.
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena (mis. kortikosteroid, chlorpropamide, dll).
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
6. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membran kapiler alveoli.
7. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, kurangnya aktivitas fisik.

8. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan), ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.
9. Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri, ancaman kematian, kekhawatiran mengalami gagal, kurang terpapar informasi.
10. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan.

2.2.2 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tolak ukur yang digunakan sebagai panduan menyusun intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis (PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

Adapun intervensi pada pasien *Congestive Heart Failure* (Kasron, 2016), yaitu

:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload* dan perubahan *afterload*.

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan penurunan curah jantung

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan <i>preload</i> dan perubahan <i>afterload</i> .	Curah jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keadekuatan jantung memompa darah meningkat. Dengan kriteria hasil : a. Tekanan darah menurun (5) b. CRT <3 detik (5) c. Palpitasi menurun (5) d. Distensi vena jugularis menurun (5) e. Gambaran EKG aritmia menurun (5) f. Lelah menurun (5) g. TTV dalam rentang normal - Tekanan darah Sistol: 100 - 120 mmhg - Diastol : 70 – 10 mmhg - Nadi : 60 - 100 x/menit - Suhu : 36.5 – 37.5° c - Respirasi : 16 - 24 x/menit	Perawatan jantung (I.020275) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi gejala penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor keluhan nyeri dada 4. Monitor nilai laboratorium	1. Penurunan curah jantung dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul meliputi dyspnea, kelelahan, oedema, ortopnea dan adanya peningkatan CVP 2. Tekanan darah pada pasien dengan curah jantung perlu dimonitor karena penting untuk membantu penegakan dignostik 3. Nyeri dada yang munvul pada pasien dengan penurunan curah jantung, biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang terjadi berhubungan dengan sistem koroner 4. Nilai laboratorium sangat diperlukan untuk menegakan diagnostik yang sesuai.

Terapeutik :

- | | |
|--|--|
| 1. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki lebih redah dan bisa posisikan miring kanan | 1. Posisi semi fowler/fowler ataupun miring kanan diberikan agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik |
| 2. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup | 2. Gaya hidup yang sehat dapat membantu perubahan pola hidup, sehingga pasien dapat tetap ada dalam ruang lingkup seha jika gaya hidup diubah menjadi lebih sehat. |

Kolaborasi :

- | | |
|---|--|
| 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu | 1. Antiaritmia adalah obat yang digunakan untuk menangani kondisi arootmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat atau terlalu lambat dan tidak teratur (Muttaqin, 2014). |
|---|--|
-

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan pola nafas tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).	Pola napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah pola napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil : a. <i>Dyspnea</i> menurun b. Penggunaan obat bantu napas menurun c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun d. Frekuensi napas membaik e. Kedalaman napas membaik	Manajemen jalan napas (I.010011) <i>Observasi :</i> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitor sputum <i>Terapeutik :</i> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	1. Penurunan bunyi napas dapat menyebabkan atelektasis, roncho, mengi yang menyebabkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja napas 2. Untuk mengetahui suara tambahan (<i>wheezing</i> , broncovesikuler, <i>ronchi</i> , dll) 3. Sputum berdarah, kental; disebabkan kerusakan paru atau luka bronkial. 1. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan. 2. Mencegah obstruksi dan aspirasi 3. Dahak menjadi encer 4. Memudahkan untuk mengetahui daerah terjadinya penumpukan sekret 5. Untuk mengeluarkan dahak dan mencegah terjadinya penumpukan dahak.

		<i>Edukasi :</i>	
	1. Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	1. Untuk memantau pemasukan cairan yang masuk ke dalam tubuh dan pengeluaran yang dikeluarkan	
	2. Ajarkan teknik batuk efektif	2. Memudahkan untuk pengeluaran dahak	
		<i>Kolaborasi :</i>	
	1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	1. Untuk memudahkan intervensi selanjutnya yang akan dilakukan (Muttaqin, 2014).	

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup monoton.

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan intoleransi aktivitas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas dan gaya hidup monoton.	Toleransi aktivitas (L.05047) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan aktivitas dalam dilakukan secara penuh. Dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat 4. Keluhan lelah menurun	Manajemen Energi (I.12379) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional	1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien

5. Dipsnea saat melakukan aktivitas menurun	3. Monitor pola tidur	3. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak
6. Dipsnea sesudah melakukan aktivitas menurun	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	4. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas .
7. Jarak berjalan meningkat		
8. Perasaan lemah menurun		
9. Aritmia sebelum dan setelah beraktivitas menurun		
<i>Terapeutik :</i>		
	1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)	1. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien
	2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif	2. Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstremitas pasien
	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	3. Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien
	4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.	4. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat
<i>Edukasi :</i>		
	1. Anjurkan tirah baring	1. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat.
	2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	2. Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap
	3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan berkurang	3. Agar perawat bisa dengan segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa diberikan

4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	4. Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dengan mudah
<i>Kolaborasi :</i>	
1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.	1. Untuk memksimalkan proses penyembuhan pasien (Muttaqin,2014).

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kebihan asupan natrium, gangguan aliran baik vena (mis. kortikosteroid, chlorpropamide,dll).

Table 2.1 Intervensi keperawatan hipervolemia

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kebihan asupan natrium, gangguan aliran baik vena (mis. kortikosteroid, chlorpropamide,dll).	Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keseimbangan cairan stabil, dengan kriteria hasil : a. Asupan cairan meningkat b. Haluaran urine meningkat c. Kelembapan membran mukosa meningkat	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis othropheia, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positive, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan	1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien 3. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak

d.	Asupan makanan meningkat	4.	Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin)	4.	Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas
e.	Edema menurun				
f.	Dehidrasi menurun				
g.	Asites menurun	5.	Monitor kecepatan infus secara ketat	5.	Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien dan memantau intake yang masuk.
h.	Konfusi menurun				
i.	Tekanan darah menurun				
<i>Terapeutik :</i>					
		1.	Timbang berat badan tiap hari dengan waktu yang tetap	1.	Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstremitas pasien
		2.	Tinggikan kepala untuk memperbaiki ventilasi sesuai kebutuhan	2.	Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien
		3.	Reposisi pasien dengan edema dependet secara teratur, sesuai kebutuhan	3.	Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat
<i>Edukasi :</i>					
		1.	Instruksikan pasien dan keluarga mengenai intervensi yang direncanakan untuk menangani hipervolemia	1.	Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat.
<i>Kolaborasi :</i>					
		1.	Berikan obat yang diresepkan untuk mengurangi preload (mis. Furosemide, sprinolakton, morphine, dan nirtogliserin)."	1.	Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap (Muttaqin,2014).

5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).

Tabel 2.5 Intervensi keperawatan nyeri akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).	Tingkat nyeri (I.08066)	Manajemen nyeri (I.08238)	
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator :	<i>Observasi :</i>	
	a. Keluhan nyeri menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kelitas, intensitas nyeri	1. Untuk mngetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
	b. Meringis dalam keadaan cukup menurun	2. Identifikasi skala nyeri	2. Mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien
	c. Sikap protektif cukup menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal	3. Mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien
	d. Kesulitan tidur cukup menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4. Mengurangi faktor yang dapat memperparahh nyeri
		5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	5. Mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan
		6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	6. Karena budaya dapat mempengaruhi bgaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri
		7. Identifikasi pengaruh hidup terhadap kualitas nyeri	7. Untuk mnecegah terjadinya penurunan kualitas hidup
		8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	8. Mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer
		9. Monitor efek sampng penggunaan analgetik	9. Ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita

	menghentikan pemberian obat analgetik
<i>Terapeutik :</i> 1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhurungan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	1. Dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan cara non farmakologis 2. Agar nyeri yang dirasakan tidak menjadi lebih buruk 3. Kebutuhan tidur pasien terpenuhi 4. Agar tidakana yang akan diberikan sesuai dengan sumber dan jenis nyeri serta mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
<i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	1. Agar pasiem dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secra mandiri 3. Agar pasien memberitahukan keluarga maupun tenaga medis untuk dilaukan tindakan secara lanjut 4. Agar pasien dapat menghilangkan rasa nyeri
<i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	1. Agar rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang atau hilang (Kasron, 2016).

6. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membran kapiler alveoli.

Tabel 2.6 Intervensi keperawatan gangguan pertukaran gas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membran kapiler alveoli.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan keluhan sesuai dengan kriteria hasil : a. Tingkat kesadaran meningkat b. Dyspnea menurun c. Bunyi napas tambahan menurun d. Pusing menurun e. Gelisah menurun f. PCO2 membaik g. PO2 membaik h. Pola napas membaik	Pemantauan respirasi I.01014 <i>Observasi :</i>	
		1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas	1. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan
		2. Monitor pola napas (<i>bradipnea</i> , <i>takipnea</i> , hiperventilasi, kusmaul, biot)	2. Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas
		3. Monitor kemampuan batuk efektif	3. Untuk mengetahui sejauh mana batuk efektif dapat membantu mengeluarkan dahak, bila ada
		4. Monitor adanya produksi sputum	4. Untuk memahami sejauh mana klien memahami produksi sputum
		5. Monitor adanya sumbatan jalan napas	5. Untuk menunjang proses sumbatan jalan napas
		6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru	6. Untuk mengetahui kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas
		7. Auskultasi bunyi napas	7. Untuk mengetahui keabnormalan bunyi napas
		8. Monitor saturasi oksigen	8. Untuk mengetahui penurunan status oksigen yang dapat menyebabkan hipoksis
		9. Monitor nilai AGD	9. Untuk menunjang kesembuhan

10. Monitor hasil <i>x-ray thorak</i>	10. Untuk mempercepat proses penyembuhan
<i>Terapeutik :</i>	<i>Terapeutik :</i>
1. Atur interval pemantauan respirasi	1. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan	2. Untuk memantau sejauh mana keadaan dan perkembangan pasien
<i>Edukasi :</i>	
1. Jelaskan prosedur dan tujuan pemantauan	1. Untuk mengetahui tujuan dan bagaimana prosedur pemantauan yang akan diberikan
2. Informasikan hasil pemantauan	2. Untuk memberitahukan pasien sejauh mana hasil pemantauan (Muttaqin, 2014).

7. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, kurangnya aktivitas fisik.

Tabel 2.7 Intervensi keperawatan perfusi perifer tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, kurangnya aktivitas fisik.	Perfusi perifer (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan perfusi kapiler meningkat dengan kriteria hasil : - Kekuatan nadi perifer meningkat - Penyembuhan luka meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - Edema perifer menurun - Nyeri ekstremitas menurun - Parastesia menurun - Kelemahan otot menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Tekanan darah sistol dan diastole membaik	Perawatan sirkulasi (I.02079) <i>Observasi :</i> - Periksa sirkulasi perifer (edema, nadi, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) - Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, perokok, diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) - Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada daerah ekstremitas <i>Terapeutik :</i> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera - Lakukan pencegahan infeksi - Lakukan hidrasi	- Mengetahui kondisi sirkulasi perifer - Mengetahui faktor resiko yang akan dialami - Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas - Mencegah terjadinya infiltrasi - Menghindari nyeri pada pasien - Mengontrol tekanan agar dalam kondisi normal - Agar tekanan darah dapat terkontrol secara efektif - Untuk memperbaiki sirkulasi

Edukasi :

1. Anjurkan berolahraga rutin
 2. Anjurkan mengecek obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, jika perlu
 3. Anjurkan meminum obat penurun tekanan darah secara rutin
 4. Anjurkan program rehabilitasi vascular
 5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa.
- Mengetahui dan memberikan petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut (Muttaqin, 2014).
-

8. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan), ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.

Tabel 2.8 Intervensi keperawatan defisit nutrisi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan), ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.	L.03030 Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pemenuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Kekuatan otot mengunyah meningkat c. Kekuatan otot menelan meningkat d. Nyeri abdomen menurun e. Diare menurun f. Berat badan membaik g. IMT membaik h. Frekuensi makan membaik i. Nafsu makan membaik j. Membrane mukosa membaik	I.03119 Manajemen Nutrisi <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <i>Terapeutik :</i> 1. Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	1. Mengidentifikasi status nutrisi pasien 2. Mengetahui alergi makanan dan mengetahui apa yang tidak disukai 3. Meningkatkan nafsu makan 4. Memperhatikan asupan makanan pasien 5. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah adanya konstipasi 6. Mengetahui keabnormalan yang terdapat dalam tubuh 1. Menambah nafsu makan 2. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah adanya konstipasi 3. Memberikan makanan tinggi kalori dan protein untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dalam tubuh

4. Berikan suplemen, jika perlu	4. Nafsu makan meningkat
<i>Edukasi :</i>	
1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu	1. Mencegah resiko aspirasi ketika makan
2. Ajarkan diet yang di programkan	2. Nutrisi tubuh terpenuhi
<i>Kolaborasi :</i>	
1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetic), jika perlu	1 Berolaborasi untuk pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.	2 Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori yang akan dibutuhkan (Kasron, 2016).

9 Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri, ancaman kematian, kekhawatiran mengalami gagal, kurang terpapar informasi.

Tabel 2.9 Intervensi keperawatan ansietas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri, ancaman kematian, kekhawatiran mengalami gagal, kurang terpapar informasi.	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan cemas berkurang dengan kriteria hasil : a. Menyingkirkan tanda kecemasan b. Tidak terdapat perilaku gelisah c. Frekuensi napas menurun d. Frekuensi nadi menurun e. Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas f. Konsentrasi membaik g. Pola tidur membaik	Reduksi ansietas (L.09314) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <i>Terapeutik :</i> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Motivasi situasi yang memicu kecemasan 5. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	1. Mengetahui tingkatan ansietas (mis.kondisi, waktu,stresor) 2. Mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan 3. Mengetahui tanda ansietas yang dirasakan baik secara verbal maupun non verbal. 1. Pasien percaya dan mampu mengungkapkan apa yang dirasakan 2. Agar pasien tidak terlalu cemas 3. Memberikan pasien kesempatan untuk mengungkapkan kecemasan yang sedang dirasakan 4. Agar dapat menghindari pemicu cemas dan tidak memperburuk kondisi pasien 5. Pasien mengetahui dan menghindari peristiwa yang akan datang

-
- | | |
|--|---|
| 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan | 6. Pasien percaya dan mampu bercerita mengenai apa yang sedang dirasakan. |
|--|---|

Edukasi :

- | | |
|--|---|
| 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang akan dirasakan | 1. Pasien dan keluarga paham mengenai pengobatan, sensasi, mekanisme koping yang harus dilakukan untuk mengurangi kecemasan pasien. |
| 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis | 2. Mengetahui apa itu ansietas, pengobatan apa saja yang dilakukan |
| 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu | 3. Untuk mendapat dukungan dari orang terdekat |
| 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi | 4. Kecemasan berkurang dengan mengeluarkan perasaan yang sedang dirasakan |
| 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan | 5. Kecemasan teralihkan ketika melakukan kegiatan pengalihan seperti mengajak ngobrol |
| 6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat | 6. Agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan |
| 7. Latih tehnik relaksasi | 7. Untuk menenangkan pasien ketika sedang cemas |

Kolaborasi :

- | | |
|---|--|
| 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu | 1. Membantu mengurangi kecemasan (Muttaqin, 2014). |
|---|--|

10. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan.

Tabel 2.10 Intervensi keperawatan risiko gangguan integritas kulit

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan.	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Dengan kriteria hasil : a. Elastisitas meningkat b. Hidrasi meningkat c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Perdarahan menurun e. Nyeri menurun f. Hemtoma menurun	Edukasi Edema (I.12370) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Monitor kemampuan pasien dan keluarga setelah edukasi <i>Terapeutik :</i> 1. Persiapkan materi dan media edukasi 2. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan tentang definisi , penyebab (gagal jantung, retensi urine), gejala dan tanda edema (kenaikan berat badan drasitis, retensi urine, terdapat pitting edema) 2. Jelaskan cara pencegahan dan penanganan edema (mis. Timbang BB, diet tinggi protein, asupan cairan, diet rendah garam, obat anti diuretik) Instruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, tanda dan gejala, penanganan serta pencegahan edema	1. Untuk menegtahai apakah keluarga dan pasien siap untuk menerima informasi 2. Untuk megetahui sejauh mana pasien memahami informasi yang diberikan 1. Memudahkan pasien mengerti 2. Untuk mengetahui ketidakpahaman mengenai informasi yang telah disampaikan 1. Agar pasien mnegetahui informasi mengenai edema 2. Pasien dan keluarga mampu memahami cara pencegahan dan pengobatan edema 3. Mengevaluasi pasien maupun keluarga mengenain pemahaman informasi yang sudah diberikan mengenai edema

2.2.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan atau Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan setelah dilakukannya perencanaan.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, 2015).

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang digunakan untuk mengumpulkan data atau hasil selama kegiatan atau rencana berlangsung daari awal dan disepanjang proses pembelajaran atau edukasi. Evaluasi formatif digunakan untuk memantau dan memperbaiki proses yang sedang dilakukan dan sevagai capaian pembelajaran.

Evaluasi sumatif adalah sebuah penilaian yang berfungsi untuk menilai efektifitas pencapaian program yang sudah dilakuka. Evaluasi sumatif seabimnya dilkuakn keika pembelajaran sudah berakhir.

Evaluasi sumatif adalah Evaluasi disusun berdasarkan :

1. S : Subjektif, ungkapan klien ataupun keluarga mengenai keluhan yang dirasakan.
2. O : Objektif, keadaan yng dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif atau data yang dilihat atau ditemukan oleh perawat.
3. A : Analisis, setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.
4. P : Perencanaan, dialkukan setelah melakukan analisis dan merencanakan kembali rencana keperawatan yang belum tercapai.

Adapun evaluasi yang diharapkan setelah dilakukan tindakan pada pasien CHF adalah :

1. Terpenuhinya aktivitas sehari-hari
 2. Menunjukkan peningkatan curah jantung
 - b. Tanda vital dalam keadaan normal
 - c. Sesak tidak ada
 - d. Tidak terjadi hipervolemia dan tidak ada edema pada daerah ekstremitas
- Menunjukkan penurunan kecemasan

2.3 Konsep Intoleransi Aktivitas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

2.3.1 Definisi Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak memiliki kecukupan energi untuk mempertahankan atau menyelesaikan kegiatan sehari-hari (Herdman, 2015).

2.3.2 Etiologi

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) terdapat beberapa penyebab terjadinya intoleransi aktivitas, di antaranya yaitu :

- a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Tirah baring
- c. Kelemahan
- d. Imobilitas
- e. Gaya hidup monoton

Hal- hal yang mengakibatkan timbulnya masalah intoleransi aktivitas yaitu gaya hidup yang kurang baik seperti mengkonsumsi alkohol, obat-obatan, merokok serta aktivitas yang kurang dan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen yang dibutuhkan tubuh (Herdman & Kamitsuri, 2015).

2.3.4 Tanda dan Gejala

Pada pasien dengan masalah intoleransi aktivitas pada gagal jantung kongestif (PPNI. Standar Diagnosa perawatan Indonesia, 2016) :

1. Data Mayor

Subjektif :

Mengeluh sesak

Objektif :

Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat.

2. Data minor

Subjektif :

- a. *Dispnea* saat atau setelah aktivitas
- b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c. Merasa lemah

Objektif :

- a. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat.
- b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah beraktivitas.
- c. Gambaran EKG menunjukan iskemia
- d. Sianosis

2.3.5 Penatalaksanaan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* dengan Intoleransi aktivitas

1. Posisi tirah baring

Pada pasien *Congestive Heart Failure* dapat diberikan posisi tirah baring dengan cara kepala tempat tidur dinaikkan 20 – 30 cm atau pasien duduk di kursi. Posisi ini alirkan balik vena ke jantung (*preload*) atau paru berkurang dan penekanan hepar ke diafragma berkurang.

2. Aktivitas bertahap

Metode yang bisa digunakan untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* adalah pemberian aktivitas bertahap. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan (Herdman, 2015). Aktivitas bertahap bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, memberi penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktifitas fisik serta pemberian aktivitas bertahap juga mampu mengatasi penurunan dinding dada dan tirah baring yang lama pada pasien.

Aktivitas bertahap bisa dilakukan dengan cara memfasilitasi duduk di samping tempat tidur, membantu memilih aktivitas sesuai dengan kemampuan klien.

3. Meluangkan waktu istirahat

Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung. Istirahat juga mengurangi kerja otot pernafasan dan penggunaan oksigen serta frekuensi jantung menurun, yang akan memperpanjang periode diastole yang dapat memperbaiki efisiensi kontraksi jantung.