

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Penyakit Jantung

2.1.1. Pengertian Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan kondisi dimana jantung tidak dapat lagi memompakan darah yang cukup ke jaringan tubuh. Keadaan ini timbul dengan atau tanpa penyakit jantung. Gangguan fungsi jantung berupa gangguan fungsi diastolik atau sistolik, gangguan irama jantung, atau ketidak sesuaian preload dan afterload. Gagal jantung dapat dibagi menjadi gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Gagal jantung juga dapat dibagi menjadi gagal jantung akut, gagal jantung kronis dekompensasi, serta gagal jantung kronis (Cristea and Schulz).

Gagal jantung kongestif adalah sindroma klinik yang ditandai oleh adanya kelainan pada struktur atau fungsi jantung yang mengakibatkan jantung tidak dapat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Gagal jantung ditandai dengan manifestasi klinik berupa kongesti sirkulasi, sesak, fatigue dan kelemahan (Mariyono).

Dapat disimpulkan bahwa penyakit gagal jantung atau *Congestif Heart Failure (CHF)* adalah ketidakmampuan jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan

2.1.2. Etiologi

Menurut (Mariyono) Gagal jantung kongestif adalah kondisi yang dapat menyebabkan kerusakan struktur dan fungsi jantung serta pembuluh darah baik di dalam maupun di luar sistem kardiovaskular. penyebab gagal jantung kongestif (CHF) di antaranya:

a. Penyakit Otot Jantung

Gagal jantung sering terjadi pada orang dengan penyakit otot jantung disebabkan oleh melemahnya kontraksi jantung.

b. Aterosklerosis Koroner

Akibatnya, disfungsi miokard karena penyumbatan aliran darah ke otot jantung. Hal ini menyebabkan hipoksia dan asidosis akumulasi asam laktat). Serangan jantung (kematian sel jantung) biasanya mendahului gagal jantung.

c. Hipertensi Sistemik atau Pulmonal (Peningkatan *Afterload*)

Ini meningkatkan beban kerja pada jantung Hipertrofi serat otot jantung.

d. Penyakit Miokard Inflamasi dan Degeneratif

Terkait dengan gagal jantung yang disebabkan oleh kondisi ini kerusakan langsung pada serat, mengurangi kontraksi.

e. Penyakit Jantung Lainnya

Terjadi sebagai akibat dari penyakit jantung nyata yang bertindak langsung pada hati. Mekanisme biasanya terlibat melibatkan gangguan aliran darah ke jantung (mis stenosis katup semilunar), ketidakmampuan jantung untuk terisi darah (misalnya tamponade, perikarditis, perikarditis, pemogokan atau stenosis atrioventrikular), peningkatan *afterload* yang tiba-tiba.

f. Faktor Sistemik

Ada berbagai faktor yang berperan Perkembangan dan tingkat keparahan gagal jantung. Meningkatkan kecepatan metabolisme (misalnya demam). Hipoksia dan anemia juga dapat

terjadi menurunkan suplai oksigen ke jantung. asidosis respiratorik atau Gangguan metabolisme dan elektrolit dapat mengurangi kontraksi jantung

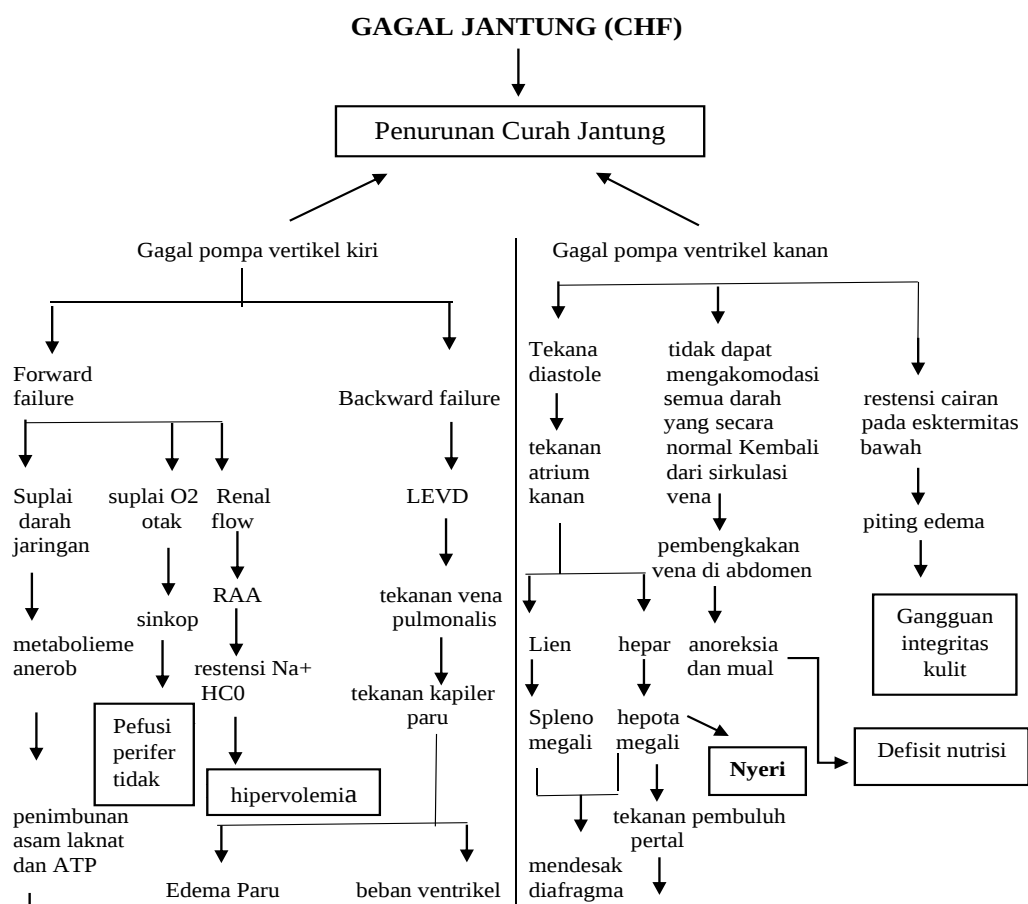
2.1.3. Patofisiologi

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 diimbuhkan oleh tekanan arteri). Ketiga komponen ini sangat penting untuk meningkatkan curah jantung, apabila salah satu terganggu maka akan terjadi penurunan curah jantung (Kasron).

Kegagalan jantung kanan terjadi karena ketidakmampuan jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan. Penimbunan darah di vena hepatica 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 meningkat 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 2.1.3. Pathway Congestive Heart Failure (CHF)



Sumber: (Karson, 2010) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam
(PPNI, 2017)

2.1.4. Tanda Dan Gejala

Menurut (Beckmann, 2013) ini adalah tanda yang lebih sederhana Gejala gagal jantung dibedakan menjadi dua Gagal Jantung Kiri dan Gagal Jantung Kanan:

1. Gagal Jantung Kiri

Gagal ventrikel kiri menyebabkan gejala seperti sesak ke paru-paru: sesak napas atau kesulitan bernapas; sesak napas jangka pendek aktivitas, ortopnea, nortural paroksismal sesak napas (PND) atau bangun tiba-tiba karena sesak napas disebabkan oleh perkembangan edema paru interstitial, batuk, dahak berbusa, retak di kedua paru-paru, oliguria dan nokturia, gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, kebingungan, kegelisahan, kecemasan, kulit pucat atau dingin dan takikardia.

2. Gagal Jantung Kanan

Pada gagal jantung kanan, tanda dan gejala seperti kemacetan lalu lintas di jaringan visceral dan perifer, edema ekstremitas bawah, hepatomegali, asites, kehilangan nafsu makan dan mual, kelemahan, penambahan berat badan melalui *crowding* cairan.

2.1.5. Klasifikasi

Klasifikasi Congestive Heart Failure(CHF) menurut New York Heart Association (NYHA) yaitu:

1. Grade I : timbul sesak pada saat aktivitas fisik berat.
2. Grade II : timbul sesak pada saat aktivitas fisik sedang.
3. Grade III : timbul sesak pada saat aktivitas fisik ringan.
4. Grade IV : timbul sesak pada saat aktivitas fisik sangat ringan atau istirahat.

2.1.6. Komplikasi

Komplikasi pada penyakit congestif heart failure (CHF) yaitu hepatomegali yaitu peningkatan CVP (Central Venous Pressure) pada gagal jantung kanan dan menyebabkan akumulasi cairan di hati , Asites Komplikasi lanjut yang terjadi setelah terjadi retensi cairan di hati sehingamasuk ke rongga peritoneum dan odema paru (Volckers).

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Beckmann, 2016) menyatakan bahwa penelitian penunjang diimplementasikan dalam beberapa hal yaitu:

1. Penelitian laboratorium
 - a. Elektrolit: perubahan keseimbangan cairan dan gangguan fungsi ginjal.
 - b. Oksimetri nadi: saturasi oksigen rendah yaitu di bawah 70%.

- c. AGD: gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis gejala pernapasan atau hipoksemia dan peningkatan PCO₂.

2. Radiologi

- a. Ekokardiogram sonogram: pembesaran dapat menunjukkan ruang, perubahan dalam pengoperasian struktur katup, berkurang kontraksi ventrikel.
- b. Pemindaian jantung: gerakan dinding jantung menurun.
- c. Rontgen dada: pembesaran jantung, pembesaran atau hipertrofi ventrikel atau perubahan pembuluh darah atau proliferasi tekanan paru-paru.

2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut (Paul M. Muchinsky) mengatakan demikian Pengobatan dasar untuk pasien dengan CHF adalah sebagai berikut:

1. Pertahankan istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung.
2. Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung farmakologi, seperti terapi digital, terapi diuretik dan terapi vasodilator.
3. Menghilangkan akumulasi cairan tubuh yang berlebihan dengan pengobatan diuretik diet dan istirahat.

Ada 3 bentuk pengobatan untuk pasien gagal jantung (Suparyanto dan Rosad (2015) yaitu:

1. Non-farmakologi
 - a. Tingkatkan oksigenasi dengan memberikan oksigen dan mengurangi atau meningkatkan konsumsi oksigen saat istirahat keterbatasan fungsional.
 - b. Diet pembatasan natrium (<4000 mg/hari) untuk mengurangi pembengkakan.
 - c. Hentikan obat peningkat kinerja.

- d. Pembatasan cairan (keseimbangan cairan diukur sesuai pengukuran cairan tubuh yang diperlukan).
- e. Berolahraga secara teratur.
- f. Oksidasi (ventilasi mekanis).

2. Farmakologis

Termasuk pengobatan farmakologi gagal jantung (Beckmann, 2016) antara lain:

a. Digitizer

Digital meningkatkan kekuatan kontraksi jantung dan memperlambat detak jantung.

Efek yang dihasilkan adalah:

- 1) Meningkatkan curah jantung.
- 2) Penurunan tekanan vena dan volume darah.
- 3) Peningkatan diuresis, yang menghilangkan cairan dan mengurangi pembengkakan.

b. Pengobatan Diuretic

Diuretik dapat merangsang ekskresi natrium dan air oleh ginjal. Obat ini tidak diperlukan jika pasien bersedia untuk menanggapi Batasan aktivitas, digitalis dan diet natrium.

c. Pengobatan Vasodilatasi

Pengobatan vasodilatasi adalah obat yang digunakan untuk mengurangi Impedansi/tekanan versus ejeksi ventrikel sehingga mengurangi tekanan pengisian ventrikel kiri Kemacetan paru dapat dikurangi dengan cepat.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien (Maha).

1. Identitas

- a. Identitas pasien: nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnose medik.
- b. Identitas penanggung jawab: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

2. Keluhan Utama

- a. Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea.
- b. Lelah, pusing.
- c. Nyeri dada.
- d. Edema ekstremitas bawah.
- e. Nafsu makan menurun, mual, distensi abdomen.
- f. Urine menurun.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau

hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien

5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lain seperti DM, Hipertensi.

6. Pengkajian Data

- a. Riwayat diet: intake gula, garam, lemak, kafein, cairan alcohol.
- b. Riwayat penyakit: renal, angina, infark, miokard kronis, diabetes mellitus, bedah jantung, dan distritmia.
- c. Riwayat pengobatan: toleransi obat-obatan, obat penekan fungsi jantung, steroid, jumlah cairan per IV, alergi terhadap obat tertentu.
- d. Pola eliminasi urine; oliguria, nocturia.
- e. Merokok: perokok, jumlah batang perhari, jangka waktu.
- f. Postur, kegelisahan, kecemasan.
- g. Faktor predisposisi atau prespitasi, obesitas, asma, atau COPD yang merupakan factor pencetus peningkatan kerja jantung dan mempercepat perkembangan CHF.

7. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien.
- b. Tanda-tanda vital:
 - 1) Tekanan Darah Nilai normalnya: nilai rata-rata sistolik 110-140 mmHg.
 - 2) Nilai rata-rata diastolik: 80-90 mmHg.
 - 3) Nadi nilai normalnya: frekuensi 60-100x/menit (bradikardi atau takikkardi).
 - 4) Pernapasan nilai normalnya: frekuensi : 16-20 x/menit, pada pasien (respirasi meningkat, dipsnea pada saat istirahat /aktivitas).

5) Suhu Badan Metabolisme menurun, suhu menurun

a) Sistem Pernapasan

Dispneu, RR $>22x$, penggunaan otot bantu napas, penggunaan oksigen, napas dangkal, batuk sputum, bunyi napas ronchi, Krekel terjadi oleh gerakan udara melalui cairan dan menunjukkan terjadinya kongesti paru. Frekuensi dan dalamnya pernapasan juga harus dicatat atau dilaporkan. Paroksimal nocturnal dispneu.

b) Sistem Kardiovaskuler

Hipotensi/hipertensi, takikardi/bradikardi, sianosis, Distensi Vena Jugular. Jantung diauskultasi mengenai adanya bunyi S3 atau S4. Adanya tanda tersebut berarti bahwa pompa mulai mengalami kegagalan dan pada setiap denyutan, darah yang tersisa di dalam ventrikel makin banyak.

c) Sistem Pencernaan

Kaji apakah ada anoreksia, mual muntah, BB meningkat, ansietas, konstipasi/diare, gangguan menelan, gangguan reabsorpsi usus, penurunan peristaltik usus.

d) Sistem Persyarafan

Pada pasien gagal jantung dengan penurunan kesadaran akan mengalami fungsi sirkulasi serebral terganggu sehingga akan terjadi penurunan kognitif dan disorientasi.

e) Sistem Endokrin

Penurunan fungsi kelenjar tiroid, gangguan sekresi insulin, hiperglikemi/hiperglikemia.

f) Sistem Integument

Akral dingin dan berkeringat hingga basah, sianosis, turgor jelek, ada edema (pitting/non pitting), edema.

g) Sistem musculoskeletal

Kelemahan, kekuatan otot menurun, aktivitas dibantu, tirah baring, edema ekstremitas, penurunan fungsi anggota gerak

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupan yang dialaminya baik aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah:

1. Penurunan Curah Jantung (D.0008)

Definisi : ketidak adekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab : perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas

2. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab : hambatan upaya napas (mis: Nyeri saat bernapas).

3. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : kelemahan.

4. Hipervolemia (D.0022)

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi.

5. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis: iskemia)

6. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler.

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler.

7. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab : penurunan aliran arteri dan/atau vena.

8. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab : kurang terpapar informasi.

9. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab : ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan).

10. Resiko Gangguan integritas kulit (D.0139)

Definisi : beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen)

Faktor risiko: kekurangan/kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait: gagal jantung kongestif.

2.2.3. Perencanaan

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

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan irama jantung dan konduksi elektrik.	Curah jantung (L.002008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keadekuatan jantung memompa darah meningkat. Dengan kriteria hasil : a. Tekanan darah menurun b. CRT <3 detik c. Palpitasi menurun d. Distensi vena jugularis menurun e. Gambaran EKG aritmia menurun f. Lelah menurun 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 <i>Terapeutik :</i> 1. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki lebih redah dan bisa posisikan miring kanan 2. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup <i>Kolaborasi :</i>	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 muncul 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. 5. Posisi semi fowler/fowler ataupun miring kanan diberikan agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik 6. 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.

	1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu	7. Antiaritmia adalah obat yang digunakan untuk menangani kondisi arootmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat atau terlalu lambat dan tidak teratur.
--	---	---

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

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Pola napas 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 <i>Edukasi :</i> 1. Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	1. Penurunan bunyi napas dapat menyebabkan ateletaksis, 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, kenta; disebabkan kerusakan paru atau luka bronkial. 1. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. 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. 1. Untuk memantau pemasukan cairan yang masuk ke

	2. Ajarkan teknik batuk efektif	dalam tubuh dan pengeluaran yang dikeluarkan
	<i>Kolaborasi :</i>	2. Memudahkan untuk pengeluaran dahak
	1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	1. Untuk memudahkan intervensi selanjutnya yang akan dilakukan

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

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 5. Dipsnea saat melakukan aktivitas menurun 6. Dipsnea sesudah melakukan aktivitas menurun 7. Jarak berjalan meningkat 8. Perasaan lemah menurun 9. Aritmia sebelum dan setelah beraktivitas menurun	Manajemen Energi (I.12379) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <i>Terapeutik :</i> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.	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 4. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas . 1. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 2. Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstremitas pasien 3. Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien 4. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat

Edukasi :			
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
Kolaborasi :			
1.	Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.	1.	Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien.

4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena (mis. kortikosteroid, chlorpropamide, dll).

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik 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 d. Asupan makanan meningkat e. Edema menurun f. Dehidrasi menurun g. Asites menurun	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis orthopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positive, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin)	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 4. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas .

h.	Konfusi menurun	5.	Monitor kecepatan infus secara ketat	5.	Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien dan memantau intake yang masuk.
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, spironolakton, morphine, dan nifedipin).	1.	Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap.

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

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).	Tingkat nyeri (I.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator : a. Keluhan nyeri menurun	Manajemen nyeri (I.08238) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kelitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien

- b. Meringis dalam keadaan cukup menurun
- c. Sikap protektif cukup menurun
- d. Kesulitan tidur cukup menurun

3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh hidup terhadap kualitas nyeri
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

1. Berikan teknik 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

Edukasi :

1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

3. Mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien
 4. Mengurangi faktor yang dapat memperparahh nyeri
 5. Mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan
 6. Karena budaya dapat mempengaruhi bgaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri
 7. Untuk mnecegah terjadinya penurunan kualitas hidup
 8. Mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer
 9. Ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita menghentikam pemberian obat analgetik
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
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

	4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	dilakukan 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

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

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. Dipsnea 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 2. Monitor pola napas (<i>bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, biot</i>) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray thorak <i>Terapeutik :</i> 1. Atur interval pemantauan respirasi	1. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan 2. Untuk mnegtahui sejauh mana penurunan bunyi napas 3. Untuk mengetahui sejauh mana batuk efektif dapat membantu mengeluarkan dahak, bila ada 4. Untuk memahami sejauh mana klien memahami produksi sputum 5. Untuk menunjang proses sumbatan jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas 7. Untuk mengetahui keabnomalan bunyi napas 8. Untuk mengetahui penurunan status oksigen yang dapat menyebabkan hipoksis 9. Untuk penunjang kesembuhan 10. Untuk mempercepat proses penyembuhan

	2. Dokumentasikan hasil pemantauan	<i>Terapeutik :</i> 1. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 2. Untuk memantau sejauh mana keadaan dan perkembangan pasien
	<i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan pemantauan	
	2. Informasikan hasil pemantauan	1. Untuk mengetahui tujuan dan bagaimana prosedur pemantauan yang akan diberikan 2. Untuk memberitahukan pasien sejauh mana hasil pemantauan.

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

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 : a. Kekuatan nadi perifer meningkat b. Penyembuhan luka meningkat c. Sensasi meningkat d. Warna kulit pucat menurun e. Edema perifer menurun f. Nyeri ekstremitas menurun g. Parastesia menurun h. Kelemahan otot menurun i. Pengisian kapiler membaik j. Akral membaik k. Tekanan darah sistol dan diastole membaik	Perawatan sirkulasi (I.02079) <i>Observasi :</i> 1. Periksa sirkulasi perifer (edema, nadi, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, perokok, diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada daerah ekstremitas <i>Terapeutik :</i> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan	1. Mengetahui kondisi sirkulasi perifer 2. Mengetahui faktor resiko yang akan dialami 3. Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas 1. Mencegah terjadinya infiltrasi 2. Menghindari nyeri pada pasien 3. Mengontrol tekanan agar

	keterbatasan perfusi	dalam kondisi normal
3.	Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera	4. Agar tekanan darah dapat terkontrol secara efektif
4.	Lakukan pencegahan infeksi	5. Untuk memperbaiki sirkulasi
5.	Lakukan hidrasi	
<i>Edukasi :</i>		Mengetahui dan memberikan petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut
1.	Anjurkan berolahraga rutin	
2.	Anjurkan mengecek obat penurunan tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol, 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.	

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

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,	L.03030 Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pemenuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat	I.03119 Manajemen Nutrisi <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai	1. Mengidentifikasi status nutrisi pasien 2. Mengetahui alergi makanan dan mengetahui apa yang tidak disukai 3. Meningkatkan nafsu makan

ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.	b.	Kekuatan otot mengunyah meningkat	4.	Monitor asupan makanan	4.	Memperhatikan asupan makanan pasien
	c.	Kekuatan otot menelan meningkat	5.	Monitor berat badan	5.	Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah adanya konstipasi
	d.	Nyeri abdomen menurun	6.	Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	6.	Mengetahui keabnormalan yang terdapat dalam tubuh
	e.	Diare menurun	<i>Terapeutik :</i>			
	f.	Berat badan membaik	1.	Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan, jika perlu		
	g.	IMT membaik	2.	Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	1.	Menambah nafsu makan
	h.	Frekuensi makan membaik	3.	Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	2.	Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah adanya konstipasi
	i.	Nafsu makan membaik	4.	Berikan suplemen, jika perlu	3.	Memberikan makanan tinggi kalori dan protein untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dalam tubuh
	j.	Membrane mukosa membaik	<i>Edukasi :</i>		4.	Nafsu makan meningkat
			1.	Anjurkan posisi duduk, jika mampu		
			2.	Ajarkan diet yang di programkan		
			<i>Kolaborasi :</i>			
			1.	Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetic), jika perlu	1.	Mencegah resiko aspirasi ketika makan
			2.	Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.	2.	Nutrisi tubuh terpenuhi
					1	Berolaborasi untuk pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
					2	Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori yang akan dibutuhkan

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

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri, ancaman kematian, kekhawatiran mengalai gagal,	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan cemas berkurang dengan kriteria hasil :	Reduksi ansietas (I.09314) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)	1. Mengetahui tingkatan ansietas (mis.kondisi, waktu,stressor) 2. Mengetahui kemampuan pasien

kurang terpapar informasi.	a. Menyingkirkan tanda kecemasan	2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan	dalam mengambil keputusan
	b. Tidak terdapat perilaku gelisah	3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	3. Mengetahui tanda ansietas yang dirasakan baik secara verbal maupun nonverbal.
	c. Frekuensi napas menurun		
	d. Frekuensi nadi menurun		
	e. Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas	<i>Terapeutik :</i>	1. Pasien percaya dan mampu mengungkapkan apa yang dirasakan
	f. Konsentrasi membaik	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	2. Agar pasien tidak terlalu cemas
	g. Pola tidur membaik	2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu	3. Memberikan pasien kesempatan untuk mengungkapkan kecemasan yang sedang dirasakan
		3. Pahami situasi yang membuat ansietas	4. Agar dapat menghindari pemicu cemas dan tidak memperburuk kondisi pasien
		4. Motivasi situasi yang memicu kecemasan	5. Pasien mengetahui dan menghindari peristiwa yang akan datang
		5. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	6. Pasien percaya dan mampu bercerita mengenai apa yang sedang dirasakan.
		6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	
		<i>Edukasi :</i>	1. Pasien dan keluarga paham mengenai pengobatan, sensasi, mekanisme koping yang harus dilakukan untuk mengurangi kecemasan pasien.
		1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang akan dirasakan	2. Mengetahui apa itu ansietas, pengobatan apa saja yang dilakukan
		2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	3. Untuk mendapat dukungan dari orang terdekat
		3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	4. Kecemasan berkurang dengan mengeluarkan perasaan yang sedang dirasakan
		4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	5. Kecemasan teralihkan ketika

- | | |
|--|--|
| 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan | 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 |
| <i>Kolaborasi :</i> | 1. Membantu mengurangi kecemasan |
| 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu | |

10. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0139).

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0139)	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,	 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

-
- | | |
|---|---|
| diet tinggi protein, asupan cairan, diet rendah garam, obat anti diuretik) | |
| 3. Instruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, tanda dan gejala, penanganan serta pencegahan edema | 3. Mengevaluasi pasien maupun keluarga mengenai pemahaman informasi yang sudah diberikan mengenai edema |

2.2.4. Pelaksanaan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

Intervensi keperawatan untuk meningkatkan kebutuhan oksigen pasien gagal jantung kongesif ini melibatkan banyak upaya nonfarmakologi. Upaya ini terdiri atas pemberian terapi oksigen sesuai intruksi, mengobservasi suara napas, dan pola napas pasien (Nirmalasari et al.).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi tahap akhir dari proses keperawatan penilaian didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu terjadi adaptasi pada individu. (Maha) Evaluasi disusun berdasarkan SOAP:

1. S: subjektif, ungkapan klien ataupun keluarga mengenai keluhan yang dirasakan.
2. O: Objektif, keadaan yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektis atau data yang dilihat atau ditemukan oleh perawat.
3. A: Analisis, setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

4. P: Perencanaan, dilakukan setelah melakukan analisis dan merencanakan kembali rencana keperawatan yang belum tercapai.

2.3. Konsep Pola Napas Tidak Efektif

2.3.1. Pengertian Pola Napas Tidak Efektif

Pola napas tidak efektif adalah keadaan ketika seseorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernapasan (Carpenito, Lynda Juall 2007 hal. 383).

Pola napas tidak efektif adalah ketidakmampuan proses sistem pernapasan: inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.2. Manifesklinis Pola Napas Tidak Efektif

Pola napas yang tidak efektif pada pasien gagal jantung disebabkan karena pasien mengalami peningkatan kongesti pulmonalis, yaitu keadaan dimana terdapat darah secara berlebihan atau peningkatan jumlah darah di dalam pembuluh darah pada daerah paru kemudian yang diikuti dengan peningkatan tekanan hidrostatik, kemudian akan terjadi perembesan cairan ke alveoli dan akan terjadi kerusakan pertukaran gas. Perembesan cairan ke alveoli menyebabkan edema paru sehingga pengembangan paru tidak optimal dan akan terjadi pola napas tidak efektif pada penderitanya. (Muttaqin Arif, 2014).

2.3.3. Penerapan Posisi Semi Fowler Pada Pola Napas Tidak Efektif

Klien CHF atau gagal jantung dengan ketidakefektifan pola napas perlu diberikan posisi semi fowler karena gagal jantung yang klinis ditandai dengan sesak napas saat istirahat atau saat aktivitas yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Tujuan diberikan posisi ini untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang

maksimal, sehingga ketidakefektifan pola napas klien lebih optimal pada pasien CHF (Ahmad Muzaki). Posisi Semi Fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal, bagian lutut ditekuk dan ditopang dengan bantal, serta bantalan kaki harus mempertahankan kaki pada posisinya (Nirmalasari et al.).