

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi

Congestive Heart Failure (CHF) yaitu suatu keadaan patofisiologi adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau peningkatan tekanan pengisian diastolik dari ventrikel kiri atau keduanya, sehingga tekanan kapiler paru meningkat (M. Asikin, M. Nuralamsyah., 2016). Penyakit gagal jantung yang dalam istilah medisnya disebut dengan “*Heart Failure* atau *Cardiac Failure*” merupakan suatu keadaan darurat medis di mana jumlah darah yang dipompa oleh jantung seseorang setiap menitnya (curah jantung atau *cardiac output*) tidak mampu memenuhi kebutuhan normal metabolisme tubuh (Majid, 2018).

Berdasarkan definisi diatas, *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah keadaan dimana jantung tidak mampu memompa darah sehingga tidak mencukupi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan untuk melakukan metabolisme.

2.1.2. Etiologi

Menurut Hariyono (2020), gagal jantung disebabkan oleh enam faktor, antara lain:

- a. Kelainan pada otot jantung, pasien dengan kelainan otot jantung mengakibatkan gagal jantung. Penyebabnya adalah menurunnya kemampuan memompa atau kontraktilitas jantung. Kondisi yang menjadi penyebab kelainan pada fungsi otot yakni aterosklerosis koroner, hipertensi arterial serta penyakit degeneratif maupun inflamasi.
- b. Aterosklerosis atau sumbatan koroner, berakibat pada disfungsi atau gangguan miokardium dalam memompa, disebabkan terganggunya aliran darah ke otot jantung, biasanya mendahului terjadinya gagal jantung sehingga kontraktilitas menurun.
- c. Hipertensi, hipertensi meningkatkan beban kerja jantung yang kemudian mengakibatkan hipertrofi otot jantung dan akhirnya menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung.
- d. Peradangan dan penyakit myocardium degeneratif, berhubungan dengan penyakit gagal jantung sebab kondisi tersebut secara langsung dapat merusak serabut jantung.
- e. Penyakit jantung yang lain, gagal jantung merupakan akibat penyakit jantung yang sebenarnya dan secara langsung mempengaruhi jantung. mekanismenya mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung kelainan katup jantung, gangguan pada irama jantung (*Aritmia*).
- f. Faktor sistemik, meningkatnya laju metabolisme, seperti: demam, tirotoksikosis, hipoksia dan anemia diperlukan untuk meningkatkan curah jantung agar kebutuhan oksigen sistemik terpenuhi. Hipoksia

serta anemia dapat menurunkan suplai oksigen yang menuju ke jantung sehingga terjadi penurunan kontraktilitas jantung.

2.1.3. Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat keseluruhan bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress fisiologis. Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan :

a. *Preload* (beban awal)

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan konstruksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. *Afterload* (beban akhir)

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Seseorang yang menderita gagal jantung, apabila salah satu/lebih dari keadaan di atas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada Infark miokardium dan kelainan otot jantung.

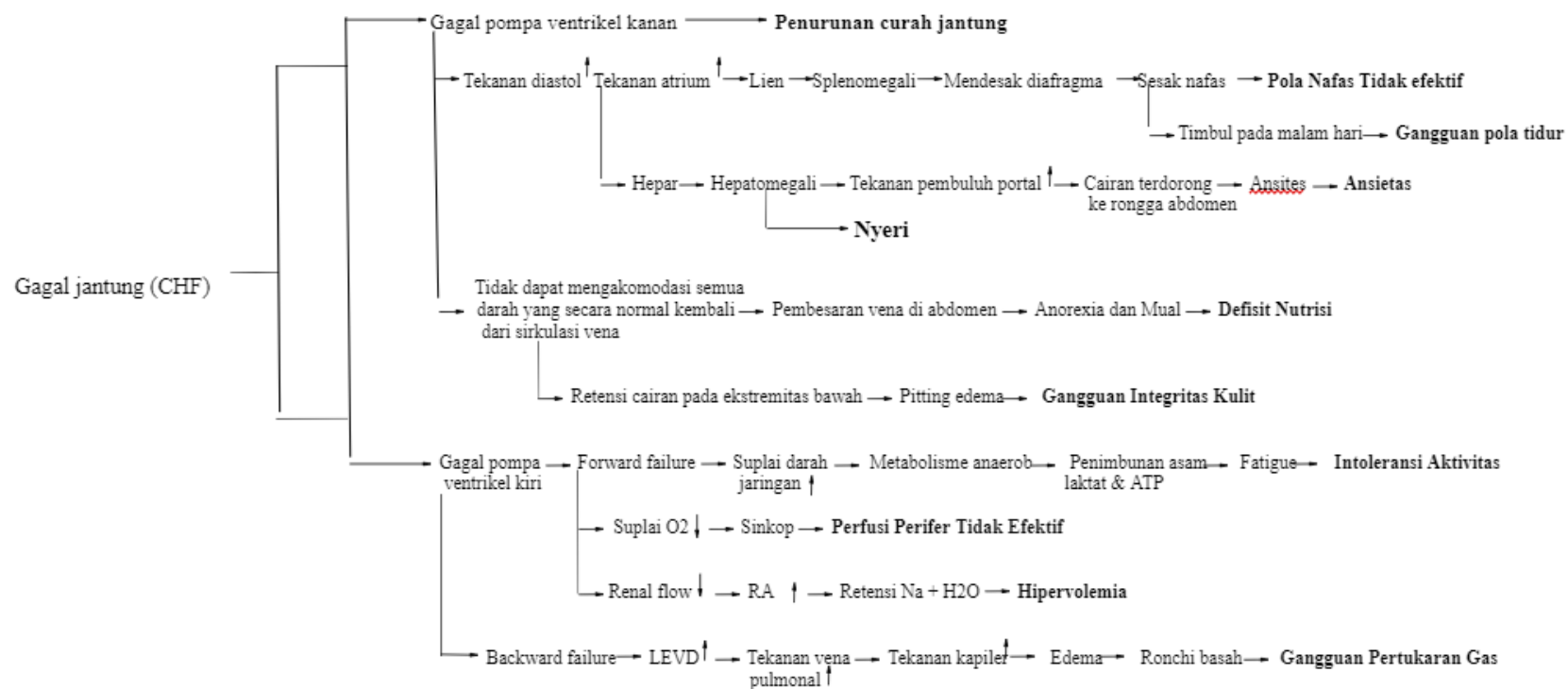
Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontraksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstitial. Proses ini timbul masalah seperti nokturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia.

Terganggunya suplai darah di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru paru yang dapat menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida antara udara dan darah di paru-paru.

Sehingga oksigen arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO_2 , yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi

apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru paru (Wicaksana & Rachman, 2018).

Bagan 2.1 Pathway



Sumber : Web Of Caussion (WOC) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

2.1.4. Tanda dan Gejala

Menurut (PERKI, 2020) (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia), tanda gejala gagal jantung kongestif yaitu :

1. Gejala khas gagal jantung : Terjadinya sesak nafas saat istirahat maupun beraktivitas, kelelahan serta terjadi edema pada tungkai.
2. Tanda khas gagal jantung: Takikardi, takipnea, ronki paru, efusi pleura, peningkatan pada vena jugularis, edema perifer serta hepatomegali.
3. Tanda objektif gangguan struktural maupun fungsional jantung saat istirahat, kardiomegali, murmur jantung, suara jantung tiga, abnormalitas pada gambaran ekokardiografi serta naiknya konsentrasi peptida natriuretik.

**Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Congestive Heart Failure (CHF)
(PERKI, 2020)**

Tanda	Gejala
Tipikal	Spesifik
1. Sesak nafas	1. Peningkatan JVP
2. Ortopnea	2. Refluks hepatojugular
3. Paroxysmal nocturnal dyspnea	3. Suara jantung S3 (gallop)
4. Toleransi aktivitas menurun	4. Aspek jantung bergeser
5. Mudah lelah	ke lateral murmur jantung
6. Bengkak pada pergelangan kaki	5. Murmur
Kurang tipikal	Kurang tipikal
1. Batuk malam/pagi hari	1. Edema perifer

2. Mengi	2. Krepitasi pulmonal
3. Kenaikan berat badan > 2 kg/minggu	3. Kekakuan pada dasar paru paru terjadi pada saat diperkusi
4. Penurunan berat badan	4. Takikardi
5. Kembung/begah	5. Aritmia
6. Kehilangan selera makan	6. Nafas cepat
7. Perasaan bingung (dalam pasien usia lanjut)	7. Hepatomegali
8. Depresi	8. Asites
9. Berdebar	
10. Pingsan	

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi *Congestive Heart Failure* (CHF) menurut Karson (2016).

1. Syok kardiogenik yaitu kondisi dimana fungsi jantung tidak berfungsi sehingga tidak dapat memompa darah ke otak dan organ penting lainnya.
2. Episode tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah.
3. Efusi dan tamponade jantung.
4. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat – obatan digitalis.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Firly Rahmatiana & Hertuida Clara, 2020) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus *Congestive Heart Failure* (CHF) diantaranya :

- a. Elektrokardiogram Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan gagal jantung dapat ditemukan kelainan EKG seperti berikut ini.
 1. *Left bundle branch block*, kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
 2. Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik.
 3. Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik, menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi.
 4. Aritmia
 5. Deviasi aksis ke kanan, *right bundle branch block*, dan hipertrofi ventrikel kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.
- b. Pemeriksaan Laboratorium: meliputi pemeriksaan elektrolit serum yang mengungkapkan kadar natrium yang rendah.
- c. Ekokardiografi Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesia seluruh dinding ventrikel.
- d. Analisa gas darah: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan (dini) atau hipoksia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).
- e. *Blood ureum nitrogen* (BUN) dan kreatinin: Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal.

- f. Pemeriksaan tiroid: Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktivitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Zahra & Bayu (2022), penatalaksanaan yang dapat dilakukan berdasarkan kelasnya sebagai berikut :

- a. Kelas I: Diet rendah garam, membatasi cairan, menurunkan dan mengontrol berat badan, menghindari rokok maupun alkohol, melakukan aktivitas fisik serta manajemen stress.
- b. Kelas II dan Kelas III: Terapi pengobatan, yaitu: Diuretik (membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine), vasodilator (dapat melebarkan pembuluh darah sehingga darah mengalir dengan lancar), ACE inhibitor (membuat dinding darah lebih rileks sehingga tekanan darah yang semula naik dapat turun), digitalis (untuk memperkuat kontraksi otot pada jantung), dopaminergik atau dopamine (meningkatkan kekuatan memompa jantung dan suplai darah menuju ginjal serta untuk meningkatkan fungsi jantung ketika jantung tidak cukup memompa), oksigen (persentase kadar oksigen yang diikat oleh hemoglobin atau sel darah merah untuk ditransportasikan ke seluruh jaringan tubuh, sehingga kadar saturasi oksigen mencakup 95%-100%, hal ini berdampak pada pengurangan sesak nafas penderita gagal jantung kongestif.
- c. Kelas IV: Kombinasi diuretik, digitalis, ACE inhibitor, seumur hidup.

Menurut Firly Rahmatiana & Hertuida Clara (2020), terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis, terapi farmakologis, prosedur pembedahan, dan pemasangan alat medis. Terapi yang diberikan berguna untuk merelaksasikan, nyaman saat melakukan aktivitas fisik dan bisa memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidup pada pasien dengan gagal jantung. Tujuan dari adanya terapi diantaranya untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan memperbaiki harapan.

a. Terapi non-farmakologis

Terapi non-farmakologi pada penderita gagal jantung berbentuk manajemen perawatan mandiri yang artinya sebagai tindakan yang bertujuan untuk menjaga kestabilan fisik serta menghindari perilaku yang mungkin dapat memperburuk kondisi dan juga mendeteksi gejala awal saat perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri ini ada beberapa terapi seperti kepatuhan minum obat, pemantauan berat badan, pemantauan asupan nutrisi, dan latihan fisik.

b. Terapi farmakologis

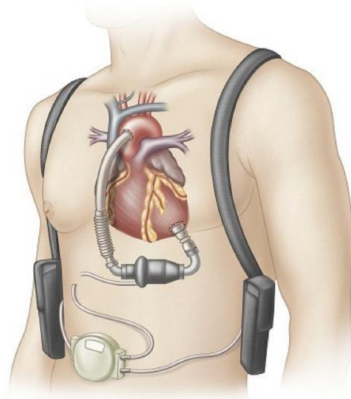
Sedangkan terapi farmakologis memiliki tujuan untuk mengatasi gejala akibat penyakit gagal jantung, seperti kongesti dan mengurangi kompensasi. Selain untuk mengurangi gejala akibat gagal jantung, terapi farmakologis juga digunakan untuk memperlambat perburukan kondisi jantung dan mengatasi terjadinya kejadian akut akibat respon kompensasi jantung.

c. Prosedur pembedahan

1. Penggantian atau perbaikan katup jantung Valvuloplasti (perbaikan katup) ataupun penggantian katup dengan katup prostetik apabila valvuloplasti tidak memungkinkan untuk dilakukan. Tindakan bedah ini dapat meningkatkan kualitas hidup penderita.
2. Transplantasi jantung
3. Myectomy Ahli bedah akan mengeluarkan otot septal yang berkembang dengan cepat di jantung untuk menurunkan sumbatan yang terjadi karena gagal jantung akibat dari hipertrofi kardiomiopati.

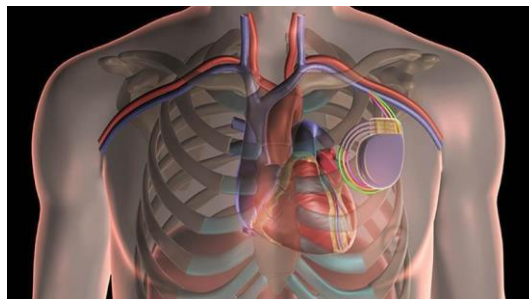
d. Pemasangan alat medis

1. VAD (*Ventricular Assisting Devices*) Digunakan sebagai pompa yang dapat digunakan untuk memompa darah. Pasien yang menggunakan alat ini biasanya adalah pasien yang sedang menunggu untuk transplantasi jantung atau untuk terapi permanen bagi orang yang tidak ingin transplantasi jantung.



Gambar 2. 1 Ventricular Assist Devices (Eman A. Hamad, 2020)

2. CRT (*Cardiac Resynchronization Therapy*) Alat ini berguna untuk mengirimkan impuls listrik ke ruang jantung. CRT cocok digunakan oleh orang yang menderita gagal jantung kongestif dan konduksi kelistrikan jantung yang abnormal.



Gambar 2. 2 Cardiac Resynchronization Therapy (Barawal, 2023)

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CHF

2.2.1. Pengkajian

Menurut Zahra & Bayu, (2022), pengkajian keperawatan yang penting pada pasien gagal jantung kongestif meliputi :

- a. Identitas
 1. Identitas Pasien Nama, usia, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, bangsa atau suku, agama, status perkawinan, tanggal masuk Rumah Sakit atau MRS, nomor register dan diagnosa medik.
 2. Identitas Penanggung Jawab Nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan dan hubungan dengan pasien.

b. Keluhan utama

Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksismal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen.

c. 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 klien.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Penderita CHF sering disebabkan oleh penyakit yang diderita sebelumnya seperti Hipertensi, DM atau hiperlipidemia, infark miokardium.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Penderita CHF akibat hipertensi berhubungan dengan penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi primer, diabetes melitus.

f. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku klien.

2. Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah

Nilai normalnya: Nilai rata-rata sistolik: 110 - 140 mmHg. Nilai rata-rata diastolik: 80 - 90 mmHg.

Pada pasien : Terjadi peningkatan tekanan darah, hipertensi.

b) Nadi : Nilai normalnya: Frekuensi: 60 - 100 x/menit

Pada pasien : Bradikardi atau Takikardi.

c) Respirasi :

Nilai normalnya: Frekuensi: 16-20 x permenit.

Pada pasien : Terjadi peningkatan respirasi, dispnea saat istirahat maupun saat beraktivitas

d) Suhu

Saat metabolisme menurun, yang terjadi adalah suhu tubuh menurun.

3. Pemeriksaan fisik

Menurut Wicaksana & Rachman (2018), pemeriksaan fisik persistem terdiri dari :

a) Sistem pernafasan

Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda kongesti vaskular pulmonal adalah sesak, ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, batuk dan edema pulmonal akut. Crackles atau ronki basah halus terdengar pada dasar posterior paru.

b) Sistem Kardiovaskular

- 1) Inspeksi : Adanya parut pada dada, kelemahan fisik, dan adanya edema ekstremitas.
 - 2) Palpasi : Oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan respons awal jantung terhadap stres, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering ditemukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa jantung
 - 3) Auskultasi : Bunyi jantung tambahan bunyi gallop dan murmur akibat kelainan katup biasanya ditemukan apabila pada penyebab gagal jantung adalah kelainan katup.
 - 4) Perkusi : Batas jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali).
- c) Sistem persyarafan
- Kesadaran compos mentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien : wajah meringis, menangis, merintih, mengerang dan menggeliat.
- d) Sistem Pencernaan
- Biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan stasis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.
- e) Sistem Genitourinaria

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

f) Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (*Malignancy*).

g) Sistem Integumen

Pemeriksaan wajah pada klien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit jantung yang dialaminya. Tanda-tanda yang dapat ditemukan pada wajah antara lain Pucat di bibir dan kulit wajah, Kebiruan pada mukosa mulut, bibir dan lidah, Edema periorbital, Grimace (tanda kesakitan dan tanda kelelahan).

h) Sistem Muskuloskeletal

Kebanyakan klien yang mengalami congestive heart failure juga mengalami penyakit vaskuler atau edema perifer. Pengkajian sistem muskuloskeletal pada gangguan Kardiovaskuler congestive heart failure, mungkin ditemukan :

kelemahan fisik, kesulitan tidur, aktivitas terbatas dan personal hygiene.

i) Wicara dan THT

Kebanyakan klien dengan congestive heart failure tidak mengalami gangguan wicara dan THT.

j) Sistem Penglihatan

Pada mata biasanya terdapat :

1. Konjungtiva pucat merupakan manifestasi anemia.
2. Konjungtiva kebiruan adalah manifestasi sianosis sentral.
3. Sklera berwarna putih yang merupakan gangguan faal hati pada pasien gagal jantung.
4. Gangguan visus mengindikasikan kerusakan pembuluh darah retina yang terjadi akibat komplikasi hipertensi.

4. Aktivitas sehari hari

a) Nutrisi

Porsi yang dihabiskan, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri ulu hati sebelum atau pada waktu masuk rumah sakit.

b) Eliminasi

Pada klien dengan congestive heart failure biasanya terjadi retensi urine akibat reabsorpsi natrium di tubulus distal meningkat.

c) Pola Istirahat

Pola istirahat tidak teratur karena klien sering mengalami sesak nafas.

d) *Personal Hygiene*

Kebersihan tubuh klien kurang karena klien lebih sering bedrest.

e) Aktivitas

Aktivitas terbatas karena terjadi kelemahan otot.

5. Pemeriksaan penunjang

a) Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegakkan diagnosa CHF

b) EKG dapat mengungkapkan adanya *tachycardia*, hipertrofi bilik jantung dan iskemia (jika disebabkan AMI), ekokardiogram

c) Pemeriksaan laboratorium :Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin meningkat, peningkatan bilirubin dan enzim hati.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan. Menurut Wicaksana & Rachman, (2018) adalah :

- a. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)

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

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Dispnea
2. Objektif : PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan 31 31

Kriteria minor :

1. Subjektif : Pusing, penglihatan kabur
2. Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun. Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

- b. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekspresi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab : hambatan upaya nafas (mis: Nyeri saat bernafas) Batasan

karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Dispnea
2. Objektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal

Kriteria minor :

1. Subjektif : Ortopnea
2. Objektif : Pernafasan pursed, pernafasan cuping hidung, diameter toraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah. Kondisi klinis terkait : Trauma Thorax

- c. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas (D.0008)

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

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

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Lelah

2. Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun

Kriteria minor :

1. Subjektif : -
2. Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

d. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (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)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Mengeluh nyeri
2. Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Kriteria minor :

1. Subjektif : -

2. Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait : Cedera Traumatis

e. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

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

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Ortopnea, dyspnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)
2. Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor :

1. Subjektif : -
2. Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

f. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)

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

Penyebab : penurunan aliran arteri dan/atau vena

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : -
2. Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria minor :

1. Subjektif : Parestesia, nyeri ekstremitas (klaudikasio intermiten)
2. Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle- brachial

g. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : kelemahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Mengeluh lelah
2. Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

1. Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

2. Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

- h. Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi (D.0080)

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

Penyebab : kurang terpapar informasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
2. Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria minor :

1. Subjektif : Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya
2. Objektif : Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi klinis terkait : Penyakit Akut

- i. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

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

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : -
2. Objektif : Berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal

Kriteria minor :

1. Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
2. Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

j. Resiko Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan (D.0139)

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

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

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif.

k. Gangguan pola tidur b.d sesak dan lingkungan yang asing bagi klien

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1. Subjektif : mengeluh susah tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

2. Objektif : -

Batasan karakteristik :

Kriteria minor :

1. Subjektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.
2. Objektif : -

2.2.3. Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.	(Pemantauan Respirasi I.01014) Observasi

Kriteria hasil :	- Monitor frekuensi,
(Pertukaran gas L.01003)	irama, kedalaman dan upaya nafas
1. Dispnea menurun	- Monitor pola nafas
2. Bunyi nafas tambahan	(seperti bradipnea,
3. Takikardia menurun	takipnea, hiperventilasi,
4. Pusing menurun	Kusmaul, Cheyne-
5. Penglihatan kabur menurun	Stokes, Biot, ataksik)
6. Diaforesis menurun	- Monitor kemampuan
7. Gelisah menurun	batuk efektif
8. Nafas cuping hidung	- Monitor adanya
menurun	produksi sputum
9. PCO2 membaik	- Monitor adanya
10. PO2 membaik	sumbatan jalan nafas
11. Sianosis membaik	- Palpasi kesimetrisan
12. Pola nafas membaik	ekspansi paru
13. Warna kulit membaik	- Auskultasi bunyi napaf
	- Monitor saturasi oksigen
	- Monitor nilai AGD
	- Monitor hasil x-ray
	toraks
	Terapeutik
	- Atur interval
	pemantauan respirasi
	sesuai kondisi pasien
	- Dokumentasikan hasil
	pemantauan
	Edukasi
	- Jelaskan tujuan dan
	prosedur pemantauan
	- Informasikan hasil
	pemantauan, jika perlu

Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: nyeri saat bernafas)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil :	(Manajemen jalan nafas I.01011) Observasi
	(pola nafas L.01004)	- Monitor posisi selang endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi - Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam - Monitor kulit area stoma trakeostomi (mis. kemerahan, drainase, perdarahan)
	1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Ortopnea menurun 5. Pernafasan pursed lip menurun 6. Pernafasan cuping hidung menurun 7. Frekuensi nafas membaik 8. Kedalaman nafas membaik 9. Ekskursi dada membaik 10. Ventilasi semenit membaik 11. Kapasitas vital membaik 12. Diameter thorax anterior posterior membaik 13. Tekanan ekspirasi membaik 14. Tekanan inspirasi membaik	Terapeutik 1. Kurangi tekanan balon secara periodik tiap shift 2. Pasang oropharyngeal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit 3. Cegah ETT terlipat (kinking) 4. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan. 5. Berikan volume pre-oksigenasi (bagging atau ventilasi mekanik) 1,5 kali volume tidal 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan

		(bukan secara berkala/rutin)
		7. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam
		8. Ubah posisi ETT secara bergantian (kiri dan kanan) setiap 24 jam
		9. Lakukan perawatan mulut (mis.dengan sikat gigi, kasa, pelembab bibir)
		10. Lakukan stoma trakeostomi
		Edukasi
		11. Jelaskan pasien dan/atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan
		Kolaborasi
		12. Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk mucous plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan
Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Ejection fraction (EF) meningkat	(Perawatan jantung I.02075) Observasi 13. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)

3. Cardiac index (CI) meningkat	14. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
4. Left ventricular stroke work index (LVSWI) meningkat	15. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
5. Stroke volume index (SVI) meningkat	16. Monitor intake dan output cairan-Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
6. Palpitasi menurun	17. Monitor saturasi oksigen
7. Bradikardia menurun	18. Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, lokasi, radiasi, durasi, previtasi yang mengurangi nyeri)
8. Takikardia menurun	19. Monitor EKG 12 sadapan
9. Gambaran EKG aritmia menurun	20. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
10. Lelah menurun	21. Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BNP, NT pro-BNP)
11. Edema menurun	22. Monitor fungsi alat pacu jantung
12. Distensi vena jugularis menurun	
13. Dispnea menurun	
14. Oliguria menurun	
15. Pucat/sianosis menurun	
16. Dispnea nokturnal paroksismal (PND) menurun	
17. Ortopnea menurun	
18. Batuk menurun	
19. Suara jantung S3 menurun	
20. Suara jantung S4 menurun	
21. Murmur jantung menurun	
22. Hepatomegali menurun	

23. Pulmonary vascular resistance menurun	23. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
24. Systemic vascular resistance menurun	
25. Tekanan darah membaik	24. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis, beta blocker, ACE inhibitor calcium channe; blocker, digoksin)
26. Pengisian kapiler membaik	
27. Berat badan membaik	
28. Tekanan vena sentral (CVP) membaik	
29. Tekanan baji arteri pulmonal (PAWP) membaik	Terapeutik
	1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
	2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis, batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
	3. Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermittent, sesuai indikasi
	4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
	5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
	6. Berikan dukungan emosional dan spiritual-

Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Edukasi

7. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
8. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
9. Anjurkan berhenti merokok
10. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
11. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi

12. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
13. Rujuk ke program rehabilitasi jantung

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (Mis: Iskemia)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.	(Manajemen nyeri I.08238)
	Kriteria hasil :	Observasi
	Tingkat nyeri (L.08066)	- Insentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
	1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal
	2. Keluhan nyeri menurun	- Identifikasi faktor yang memperberat dan
	3. Meringis menurun	memperingan nyeri

4. Sikap protektif menurun	-	Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
5. Gelisah menurun		
6. Kesulitan tidur menurun	-	Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Menarik diri menurun		
8. Berfokus pada diri sendiri menurun	-	Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
9. Diaforesis menurun		
10. Perasaan depresi (tertekan) menurun	-	Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	-	Monitor efek samping penggunaan analgetik
12. Anoreksia menurun		Terapeutik
13. Perineum terasa tertekan menurun	-	Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
14. Uterus teraba membulat menurun		
15. Ketegangan otot menurun		
16. Pupil dilatasi menurun		
17. Muntah menurun		
18. Mual menurun		
19. Frekuensi nadi meningkat	-	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
20. Pola napas meningkat		
21. Tekanan darah meningkat		
22. Proses berpikir meningkat	-	Fasilitasi istirahat dan tidur
23. Fokus Fungsi berkemih meningkat	-	Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam

		24. Perilaku meningkat	pemilihan strategi
		25. Nafsu makan meningkat	meredakan nyer
		26. Pola tidur meningkat	Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hipervolemia	b.d	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.	(Manajemen hipervolemia I.03114)
gangguan mekanisme regulasi		Kriteria hasil :	Observasi
		(keseimbangan cairan L. 03020)	
		1. Asupan cairan meningkat	- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
		2. Output urin meningkat	- Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis penyakit kampu Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
		3. Membran mukosa lembab meningkat	- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, m
		4. Asupan makanan meningkat	

5. Edema menurun	pandangan kabur, sakit
6. Dehidrasi menurun	kepala)
7. Asites menurun	- Monitor intake dan
8. Konfusi menurun	output cairan
9. Tekanan darah	- Monitor keton urin,
membaik	kadar analisa gas darah,
10. Frekuensi nadi	elektrolit, tekanan darah
membaik	ortostatik dan frekans
11. Kekuatan nadi	nadi
membaik	
12. Tekanan arteri rata-	- Berikan asupan cairan
rata membaik	oral
13. Mata cekung	- Konsultasi dengan
membaik	medis jika tanda dan
14. Turgor kulit membaik	gejala hiperglikemia
15. Berat badan membaik	tetap ada atau
	memburuk
	- Fasilitasi ambulasi jika
	ada hipotensi ortostatik

Terapeutik

Edukasi

- Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
 - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
 - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
 - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
-

		- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cair penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)
		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu - Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu - Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu
Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat. Kriteria hasil : perfusi perifer (L.02011) 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parestesia menurun 8. Kelemahan otot menurun	(Perawatan sirkulasi I.02079) Observasi - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle- brachial index) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik - Hindari pemasangan infus atau pengambilan

9. Kram otot menurun	darah di area
10. Bruit femoralis menurun	keterbatasan perfusi
11. Nekrosis menurun	- Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
12. Pengisian kapiler membaik	- Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
13. Akral membaik	- Lakukan pencegahan infeksi
14. Turgor kulit membaik	- Lakukan perawatan kaki dan kuku
15. Tekanan darah sistol membaik	- Lakukan hidrasi
16. Tekanan darah diastol membaik	
17. Membaik Indeks ankle-brachial	

Edukasi

- Anjurkan berhenti merokok
 - Anjurkan berolahraga rutin
 - Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
 - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol jika perlu
 - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
-

		- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki.) - Anjurkan program rehabilitasi vaskular - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047) 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kecepatan berjalan meningkat 3. Jarak berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat	(Manajemen energi I.050178) Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

		5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Toleransi menaiki tangga meningkat 7. Keluhan lelah menurun 8. Dispnea saat aktivitas menurun 9. Dispnea setelah aktivitas menurun 10. Aritmia saat aktivitas menurun 11. Aritmia setelah aktivitas menurun 12. Sianosis menurun 13. Perasaan lemah menurun 14. Frekuensi nadi membaik 15. Warna kulit membaik 16. Tekanan darah membaik 17. Saturasi oksigen membaik 18. Frekuensi nafas membaik 19. EKG iskemia membaik Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
Ansietas b.d kurang terpapar informasi	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun. Kriteria hasil :	(Reduksi Ansietas I.09314) Observasi

(Tingkat ansietas L.09093)

1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihindari menurun
3. Perilaku gelisah menurun
4. Perilaku tegang menurun
5. Keluhan pusing menurun
6. Anoreksia menurun
7. Palpitasi menurun
8. Diaforesis menurun
9. Tremor menurun
10. Pucat menurun
11. Konsentrasi membaik
12. Pola tidur membaik
13. Frekuensi pernapasan membaik
14. Frekuensi nadi membaik
15. Tekanan darah membaik
16. Kontak mata membaik
17. Pola berkemih membaik
18. Orientasi membaik

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang

peristiwa yang akan datang

Edukasi

- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan,	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan	(Manajemen gangguan makan I.03111) Observasi
--	---	---

faktor psikologis (mis:stress,keengganan untuk makan)	diharapkan status nutrisi membaik. Kriteria hasil : (status nutrisi L.03030)	- Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
	1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11. Sikap terhadap makanan/minuman	Terapeutik - Timbang berat badan secara rutin - Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai - Lakukan kontrak perilaku (mis. target berat badan, tanggung jawab perilaku) - Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan - Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku - Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak - Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling) Edukasi - Anjurkan membuat catatan harian tentang

	sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat	perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)
12.	Perasaan cepat kenyang menurun	
13.	Nyeri abdomen menurun	
14.	Sariawan menurun	- Ajarkan pengaturan diet yang tepat
15.	Rambut rontok menurun	- Ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan
16.	Diare menurun	
17.	Berat badan Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik	Kolaborasi
18.	Frekuensi makan membaik	- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
19.	Nafsu makan membaik	
20.	Bising usus membaik	
21.	Tebal lipatan kulit trisep membaik	
Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria hasil : (Integritas kulit dan jaringan L.14125) 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun	(Edukasi Edema I.12370) Observasi - Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi - Monitor kemampuan dan pemahaman pasien dan keluarga setelah edukasi Terapeutik - Persiapkan materi dan media edukasi (mis. formulir balans cairan) Jadwalkan waktu yang

5. Kerusakan lapisan kulit menurun	tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
6. Nyeri menurun	sesuai kesepakatan
7. Perdarahan menurun	- Berikan kesempatan
8. Kemerahan menurun	pasien dan keluarga
9. Hematoma menurun	bertanya
10. Pigmentasi abdomen menurun	Edukasi
11. Jaringan perut menurun	- Jelaskan tentang
12. Nekrosis menurun	definisi, penyebab
13. Abrasi korean menurun	(penurunan fungsi
14. Suhu kulit membaik	ginjal,
15. Sensasi membaik	hipoalbuminemia, gagal
16. Tekstur membaik	jantung, retensi
17. Pertumbuhan rambut membaik	natrium), gejala dan
	tanda edema (kenaikan
	BB yang drastis,
	penurunan output urine,
	albumin darah kurang
	dari normal, pitting
	edema)
	- Jelaskan cara
	penanganan dan
	pencegahan edema (mis.
	timbang BB tiap hari,
	balans cairan, obat
	diuretik, diet tinggi
	protein, diet rendah
	garam, antihipertensi)
	- Instruksikan pasien dan
	keluarga untuk
	menjelaskan kembali
	definisi, penyebab,
	gejala dan tanda,

		penanganan dan pencegahan edema
Gangguan pola tidur b.d sesak dan lingkungan yang asing bagi klien	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur menurun Kriteria hasil : 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang - Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

-
- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak menggunakan supresor terhadap tidur REM
 - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
 - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
-

2.2.4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Wicaksana & Rachman, 2018).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017).

2.3. Konsep Penurunan Curah Jantung

2.3.1. Pengertian Penurunan Curah Jantung

Penurunan curah jantung merupakan suatu keadaan dimana ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penurunan curah jantung merupakan ketidak adekuatan volume darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, ditandai dengan dispnea, edema perifer (Zubaili et al., 2022).

2.3.2. Etiologi penurunan curah jantung

Etiologi dari penurunan curah jantung pada gagal jantung kongestif menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan irama jantung

- b. Perubahan frekuensi jantung
- c. Perubahan kontraktilitas
- d. Perubahan *preload*
- e. Perubahan *afterload*

2.3.3. Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penatalaksanaan dari penurunan curah jantung pada *Congestive Heart Failure* berdasarkan SIKI yaitu (Perawatan Jantung I.02075) yang terdiri dari Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan juga kolaborasi. Menurut beberapa jurnal penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF) salah satunya yaitu pemberian posisi *semi fowler* untuk mengurangi sesak dan juga untuk meningkatkan saturasi oksigen. Pengaruh posisi tidur semi Fowler 45° terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure*. Penelitian ini merekomendasikan agar pasien *Congestive Heart Failure* dengan penurunan saturasi oksigen diberikan posisi tidur semi Fowler 45° (Wijayanti, S., Ningrum, D. H., & Putrono, 2019). Adapun posisi *semi fowler* pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan sesak nafas dapat meningkatkan saturasi oksigen, dengan adanya peningkatan saturasi sebanyak 4-5% (Pambudi & Widodo, 2020). Selain itu perubahan posisi *semi fowler* menunjukkan efektifitas dengan adanya

peningkatan saturasi sebanyak 2% (Kanine et al., 2022). Berdasarkan hasil penerapan pemberian posisi *semi fowler* menunjukan adanya dampak pada kenaikan saturasi oksigen sebesar 3-4% (Putri Sinta & Widodo, 2023). Diharapkan tindakan ini dapat digunakan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) untuk mengurangi sesak nafas dan juga dapat meningkatkan saturasi oksigen.