

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

ROFI FADILAH

AKX.15.127



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Rofi Fadilah
NPM : AKX.15.127
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Agate Atas RSUD DR.Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, Agustus 2018

Y  yataan
Rofi Fadilah

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

ROFI FADILAH

AKX.15.127

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 15 Agustus 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Ade Tika Herawati, M.kep

NIP : 10107069

Pembimbing Pendamping



Irfan Safarudin A ,S.Kep.,Ners

NIP : 10114152

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

Nama : ROFI FADILAH

NIM : AKX.15.127

Telah Diuji

Pada Tanggal 15 Agustus 2018

Panitia Penguji

Ketua : Ade Tika Herawati, M.kep
(Pembimbing Utama)

.....


Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Penguji 1)

.....


2. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
(Penguji 2)

.....


3. Irfan Safarudin A ,S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)

.....




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

NIP: 10107064

ABSTRAK

Latar Belakang : Di RSUD Dr Slamet Garut Ruang Agate atas penyakit gagal jantung termasuk kedalam 10 penyakit terbanyak dan menjadi peringkat pertama sejak 3 bulan terakhir terhitung dari bulan Januari hingga Maret. *Congestive Heart Failure (CHF)* /Gagal Jantung adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan adanya diyspneu, kelemahan fisik dan edema sistemik. Hal ini menimbulkan adanya intoleransi aktivitas pada klien. **Tujuan :** Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di Rsud Dr.Slamet Garut **Metode :** studi kasus dilakukan untuk mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien gagal jantung dan menyertakan dari berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien gagal jantung dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktifitas. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Intoleransi Aktifitas pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dan mendapatkan hasil evaluasi sesuai dengan kriteria kedua klien. **Diskusi :** Klien gagal jantung dengan masalah keperawatan intoleransi aktifitas tidak selalu memiliki respon yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. **Saran :** Diharapkan perawat mampu melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien terutama pada pasien gagal jantung.

Kata Kunci : *Congestive Heart Failure (CHF), Intoleransi Aktifitas, Asuhan Keperawatan*

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

ABSTRACT

Background: At Regional General Hospital Dr Slamet Garut in Agate Room for Congestive Heart Failure (CHF) included in the top 10 diseases and ranked first since the last 3 months from January to March.

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

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

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF DENGAN MASALAH KEPERAWATAN INTOLERANSI AKTITIVITAS DI RUANG AGATE ATAS RSUD DR SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

4. Ade Tika Herawati, M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.
5. Irfan Safarudin A, S.Kep.Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
6. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan
7. dr. H. Maskut Farid, MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Puji Faujiah, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan CI Agate Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr.Slamet Garut
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Ahmad Sobirin dan Ibunda Siti Aisyah, kakak-kakak saya Rosmanah, Lia Sholihah, Rika Rahmawati, Dian Hardiana dan Sofi Munawaroh serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk teman - teman seperjuangan DIII Keperawatan yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, Agustus 2018

Rofi Fadilah

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Sistem Kardiovaskular	7
2.2 Konsep Dasar Gagal Jantung Kongestif	9
2.2.1 Definisi Gagal Jantung Kongestif.....	9
2.2.2 Etiologi.....	10
2.2.3 Patofisiologi	11
2.2.4 Klasifikasi	12
2.2.5 Pemeriksaan Diagnostik.....	13

2.2.6	Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan	15
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.3.1	Pengkajian.....	15
2.3.2	Diagnosa Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung.....	28
2.3.3	Rencana Keperawatan.....	30
2.3.4	Implementasi Keperawatan.....	57
2.3.5	Evaluasi Keperawatan.....	57
2.4	Konsep Pijat Punggung	
2.4.1	Pengertian Pijat Punggung	59
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian	60
3.2	Batasan Istilah	61
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	62
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	62
3.5	Pengumpulan Data	63
3.6	Uji Keabsahan Data	64
3.7	Analisis Data	64
3.8	Etik Penulisan KTI.....	66
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	68
4.1.2	Pengkajian	69
4.1.3	Analisis Data.....	76
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	78
4.1.5	Perencanaan.....	80
4.1.6	Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif.....	82
4.1.7	Evaluasi Sumatif.....	85
4.2	Pembahasan	
4.2.1	Pengkajian	86
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	87
4.2.3	Perencanaan Keperawatan	93
4.2.4	Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif.....	96

4.2.5 Evaluasi Sumatif.....	99
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	101
5.2 Saran	103
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi jantung	7
----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Actual Resiko Tinggi Menurunnya Curah Jantung.....	31
Tabel 2.2 Intervensi Actual Resiko Tinggi Nyeri Dada.....	34
Tabel 2.3 Intervensi Actual Resiko Tinggi Pertukaran Gas.....	38
Tabel 2.4 Intervensi Actual Resiko Tinggi Pola Nafas Tidak Efektif	39
Tabel 2.5 Intervensi Actual Resiko Tinggi Gangguan Perfusi Perifer.....	41
Tabel 2.6 Intervensi Actual Resiko Tinggi Penurunan Tingkat Kesadaran.	43
Tabel 2.7 Intervensi Actual Resiko Tinggi Kelebihan Volume Cairan	44
Tabel 2.8 Intervensi Intoleransi Aktivitas	45
Tabel 2.9 Intervensi Actual Resiko Tinggi Perubahan Nutrisi	47
Tabel 2.10 Intervensi Gangguan Pemenuhan Istirahat dan Tidur.....	49
Tabel 2.11 Intervensi Actual Resiko Tinggi Cedera.....	50
Tabel 2.12 Intervensi Cemas.....	51
Tabel 2.13 Intervensi Koping Individu Tidak Efektif.....	52
Tabel 2.14 Intervensi Resiko Ketidapatuhan terhadap aturan teurapetik ..	54
Tabel 4.1 Identitas Klien	69
Table 4.2 Identitas Penanggung Jawab	69
Table 4.3 Riwayat Penyakit	69
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	70

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	71
Tabel 4.6 Data Psikologi	74
Tabel 4.7 Data Sosial	75
Tabel 4.8 Data Spiritual	75
Tabel 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	75
Tabel 4.10 Program dan Rencana Pengobatan.....	76
Tabel 4.11 Analisa Data.....	76
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan	78
Tabel 4.13 Perencanaan Keperawatan	80
Tabel 4.14 Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif	82
Tabel 4.15 Evaluasi Sumatif	85

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi gagal jantung terhadap masalah keperawatan	11
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi Penelitian
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Standar Operasional Prosedur Pijat Punggung
- Lampiran V Jurna

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit jantung koroner, Penyakit gagal jantung atau Payah jantung, Hipertensi dan Stroke. (Infodatin, 2014)

Pada tahun 2015 diperkirakan ada 20 juta kematian diseluruh dunia akibat penyakit jantung dan pembuluh darah dimana ini merupakan peningkatan yang pesat dari tahun 2005 yang lalu. Data statistic kematian di seluruh dunia pada tahun 2015 mencapai 31 %. Sementara itu penyebab kematian akibat penyakit jantung yaitu penyakit jantung coroner sebanyak 44%. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang.

Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%), sedangkan Provinsi Maluku Utara memiliki jumlah penderita paling sedikit, yaitu sebanyak 144 orang (0,02%). Berdasarkan diagnosis/ gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Kep. Bangka Belitung, yaitu sebanyak 945 orang (0,1%). Di Jawa Barat salah di RSUD Dr Slamet Garut Ruang Agate atas penyakit gagal jantung termasuk kedalam 10 penyakit terbanyak. Dari data yang diperoleh kasus gagal jantung menduduki peringkat pertama sejak 3 bulan terakhir terhitung dari bulan Januari hingga Maret. satunya Dari 452 kasus yang ditemukan 137 orang berkisar 30.3 % mengalami gagal jantung.

Menurut Muttaqin Arif (2012), Gagal Jantung/Payah Jantung (fungsi jantung lemah) adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas pada saat beraktivitas dan/atau saat tidur terlentang tanpa bantal, dan/atau tungkai bawah membengkak. Keluhan utama yang paling sering klien keluhkan meliputi dyspnea, kelemahan fisik, dan edema istemik. Manifestasi utama dari penurunan curah jantung adalah kelemahan dan kelelahan dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena akibat curah jantung yang kurang, sehingga menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat meningkatnya energy yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress

pernapasan dan batuk. Gejala-gejala ini dapat diekserbasi oleh ketidakseimbangan cairan dan elektolit atau anoreksia. Sehingga pemenuhan *activity daily living* pun mengalami perubahan. Hal ini berdampak pada 14 kebutuhan manusia menurut Henderson. Akibat dari kelemahan fisik inilah muncul diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas.

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

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestife melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut

1.3.2. Tujuan Khusus

- a.** Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut
- b.** Menetapkan diagnosa keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut
- c.** Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut
- d.** Melaksanakan tindakan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut
- e.** Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di RSUD Dr.Slamet Garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Gagal Jantung Congestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas.

c. Bagi Institusi Pendidikan

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

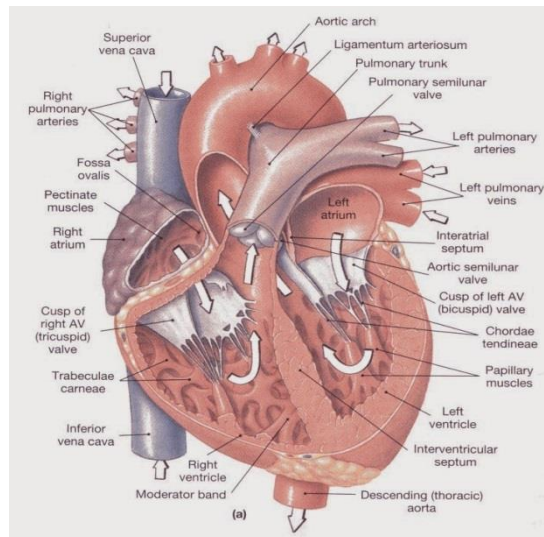
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 System Anatomi

Sistem kardiovaskular bertanggung jawab mengedarkan darah, yang kaya oksigen dan sari makanan, ke jaringan tubuh. Jantung memompa darah ke seluruh tubuh dimana darah membawa sari makanan dan oksigen, mengambil sisa metabolisme dan kemudian kembali ke jantung.

Gambar 2.1
Gambar Struktur Jantung dalam rongga dada



(Simon dan Schuster dalam buku Muttaqin 2012)

Jantung mempunyai empat bagian . dua bagian atas adalah atria kanan/serambi jantung kanan dan kiri, dua bagian bawah adalah ventrikel / bilik jantung kanan dan kiri. Ditengah, ada satu sekat, suatu dinding yang memisahkan jantung sebelah kanan dari jantung sebelah kiri. Katup *atrio ventricular* (AV) mengendalikan aliran darah antara jantung bagian atas dan bawah. Katup berujung tiga (*tricuspid*) ada pada sisi kanan, sedangkan katup mitral disisi kiri antara serambi dan bilik jantung. Katup paru-paru

mengendalikan aliran antara bilik jantung kanan dan nadi-nadi paru-paru, sedangkan katup aorta mengendalikan aliran antara bilik jantung kiri dan aorta (batang nadi).

Darah *unoxigenated* (yang tidak mengandung oksigen) kembali ke dalam serambi jantung kanan dari sirkulasi sistemik melalui pembuluh balik bawah dan pembuluh balik atas. Ketika serambi jantung kanan berkontraksi, katup berujung tiga membuka, mengizinkan darah mengalir ke dalam bilik jantung kanan. Saat bilik jantung kanan berkontraksi, katup paru-paru membuka, darah yang tidak mengandung oksigen masuk ke arteri paru-paru untuk menuju paru-paru dan mengambil oksigen. Setelah darah mengandung oksigen, darah kembali ke jantung melalui pembuluh bilik paru-paru dan masuk serambi jantung kiri. Ketika serambi jantung kiri berkontraksi, katup mitral terbuka, mengizinkan darah mengalir ke bilik jantung kiri. Ketika bilik jantung kiri berkontraksi, katup aorta terbuka, mengizinkan darah mengalir ke aorta dan sirkulasi sistemik. Darah akan kembali ke jantung dari tubuh bagian bawah via pembuluh balik bawah dan dari tubuh bagian atas. Kerja pada jantung kanan dan kiri terjadi secara stimulan. Jadi, ketika kita mendengar denyut jantung normal, suara yang kita dengar adalah suara katup yang menutup. Katup mitral dan katup berujung tiga membuat suara jantung pertama terdengar (S1), sedangkan katup aorta dan katup paru-paru menciptakan suara jantung kedua (S2).

Sistem konduksi elektrik dari jantung mulai di nodus *sino-atrial* (SA), yang berada di serambi jantung kanan. Sistem ini menginisiasi detak jantung, antara 60 sampai 100 denyut per menit, setiap hari, seumur hidup. Arus

elektrik berjalan melintasi kedua serambi, kemudian bertemu di nodus atrio-ventricular (AV), dimana arus melambat, sehingga serambi jantung akan repolarisasi. Nodus AV berada dibagian atas *ventricular septum*. Dibagian bawah terdapat *Budle of His*, kanan dan kiri, yang merupakan sekelompok otot jantung khusus yang mengirim impuls elektrik ke bilik jantung untuk membuat kontraksi jantung. Ini berakhir diserat *Purkinje* dan menyebar melalui bilik jantung. Arus yang melewati serat ini menyebabkan kontraksi ventricular, memompa darah dari bilik jantung kanan menuju paru-paru dan dari bilik jantung kiri menuju aorta, dan itulah sirkulasi sistemik.

2.2 Konsep Gagal Jantung Kongestif

2.2.1. Definisi

Jantung merupakan struktur kompleks yang terdiri atas jaringan fibrosa, otot-otot jantung, dan jaringan konduksi listrik. Jantung mempunyai fungsi utama untuk memompakan darah. Hal ini dapat dilakukan dengan baik bila kemampuan otot jantung untuk memompa cukup baik, system katup, serta irama pemompa yang baik. Bila ditentukan ketidaknormalan pada salah satu di atas, maka akan mempengaruhi efisiensi pemompaan dan kemungkinan dapat menyebabkan kegagalan memompa". (Muttaqin ,2012)

Gagal jantung adalah suatu sindrom klinis yang ditandai oleh sejumlah gejala dan tanda, serta disebabkan oleh berbagai kelainan jantung, seperti : gangguan irama jantung, gangguan endokardial, pericardial, valvular atau miokardial (Muttaqin,2012)

2.2.2 Etiologi

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

2.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi Gagal Jantung menurut (Morton, 2012) dalam (Nurarif dan Kusuma 2015) yaitu :

- 1) Klasifikasi Gagal Jantung menurut letaknya :
 1. Gagal jantung kiri merupakan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengosongkan dengan benar dan dapat lebih lanjut diklasifikasikan menjadi disfungsi sistolik dan diastolic.
 2. Gagal jantung kanan merupakan kegagalan ventrikel kanan untuk memompa secara adekuat. Penyebab gagal jantung kanan yang paling sering terjadi adalah gagal jantung kiri, tetapi gagal jantung kanan dapat terjadi dengan adanya ventrikel kiri benar-benar normal dan tidak menyebabkan gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan dapat juga disebabkan oleh penyakit paru dan hipertensi arteri pulmonary primer.
- 2) Klasifikasi gagal jantung menurut derajat sakitnya:
 1. Derajat 1 : Tanpa keluhan – Anda masih bias melakukan aktivitas fisik sehari-hari tanpa disertai kelelahan ataupun sesak napas.
 2. Derajat 2 : Ringan – aktivitas fisik sedang menyebabkan kelelahan atau sesak napas, tetapi jika aktivitas ini dihentikan maka keluhan pun hilang.

3. Derajat 3 : Sedang – aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan atau sesak napas, tetapi keluhan akan hilang jika aktivitas dihentikan.
4. Derajat 4 : Berat – tidak dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari, bahkan pada saat istirahat pun keluhan tetap ada dan semakin berat jika melakukan aktivitas walaupun aktivitas ringan.

2.2.5 Pemeriksaan Diagnostik

1. Elektro Kardiogram (EKG)

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

2. Uji Stress

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

3. Ekokardiografi

- Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional model M paling sering dipakai dan ditayangkan bersama EKG).
- Ekokardiografi dua dimensi (CT-Scan)
- Ekokardiografi Doppler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofagal terhadap jantung).

4. Kateterisasi jantung

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

5. Radiografi dada

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

6. Elektrolit

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

7. Oksimetri nadi

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

8. Analisa gas darah (AGD)

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

9. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin

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

10. Pemeriksaan tiroid

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

2.2.6 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi keperawatan

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi atas :

1. Terapi non farmakologi

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

2. Terapi farmakologi

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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Gagal jantung adalah suatu sindrom klinis yang ditandai oleh sejumlah gejala dan tanda, serta disebabkan oleh berbagai kelainan jantung , seperti: gangguan irama jantung;gangguan endocardial , pericardial, valvular, atau miokardial. Kelainan miokardial dapat bersifat sistolik (berhubungan dengan kontraksi dan pengsongan ventrikel), diastolic (berhubungan dengan relaksasi dan pengisian ventrikel), atau kombinasi keduanya.(Muttaqin, 2012)

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

1. Anamnesis

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

a. Keluhan Utama

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

b. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan dalam mendapatkan udara

yang cukup dan menekan klien) apakah mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia, gelisah, atau kelemahan yang disebabkan oleh dyspnea.

1. Ortopnea

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

2. Dyspnea Noktular Paroksimal

Dyspnea noktular paroksimal (DNP) adalah keluhan yang dikenal baik oleh klien. Klien terbangun ditengah malam karena napas pendek yang hebat. Dyspnea noktular paroksimal diperkirakan disebabkan oleh perpindahan cairan dari jaringan ke dalam kompartemen intravascular sebagai akibat posisi terlentang. Selama siang hari, tekanan pada vena tinggi khususnya pada bagian dependen tubuh. Hal ini terjadi karena gravitasi, peningkatan volume cairan,

dan peningkatan tonus simpatetik. Dengan peningkatan tekanan hidrostatis ini, beberapa cairan keluar masuk ke area jaringan. Dengan posisi terlentang, tekanan pada kapilerkapiler dependen menurun, dan cairan diserap kembali ke dalam sirkulasi. Peningkatan volume memberikan jumlah tambahan darah yang diberikan ke jantung untuk memompa tiap menit (peningkatan preload) dan memberikan beban tambahan pada dasar vascular pulmonal yang telah kongesti.

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

3. Keluhan Batuk

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

4. Edema Pulnomal

Edema pulnomal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vascular pulnomal. Ini terjadi bila tekanan kapiler pulnomal melebihi tekanan yang cenderung yang mempertahankan cairan di dalam

saluran vascular (kurang lebih 30 mmHg). Pada tekanan ini, terdapat transduksi cairan ke dalam alveoli, sebaliknya menurunkan tersedianya area untuk transport normal oksigen dan karbondioksida masuk dan keluar dari darah dalam kapiler pulmonal. Edema pulmonal akut dicirikan oleh dyspnea hebat, batuk, ortopnea, ansietas dalam, sianosis, berkeringat, kelainan bunyi pernapasan, sangat sering nyeri dada dan sputum berwarna merah muda, dan berbusa dari mulut. Ini memerlukan kadarurat medis dan harus ditangani dengan cepat dan sigap.

c. Riwayat Penyakit dahulu

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

d. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan factor risiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya.

e. Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Kebiasaan social menanyakan kebiasaan dalam pola hidup, misalnya mminum alcohol, atau obat tertentu. Kebiasaan merokok. Disamping pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas, maka data biografi juga merupakan data yang perlu diketahui, yaitu: nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, suku, dan agama yang diamati oleh klien. Dalam mengajukan pertanyaan kepada klien, hendaknya diperhatikan kondisi klien. Bila klien dalam keadaan kritis, maka pertanyaan yang diajukan bukan pertanyaan terbuka tetapi pertanyaan yang jawabannya adalah ya dan tidak. Atau pertanyaan yang dapat dijawab dengan gerak tubuh, yaitu mengangguk atau menggelengkan kepala saja, sehingga tidak memerlukan energy yang besar.

f. Psikososial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigensi jaringan, stress akibat kesakitan bernapas, dan pengetahuan

bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan.

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

g. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

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

2. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Pengkajian yang di dapat adalah adanya tanda kongesti vaskular pulmonal akut. Crackles atau ronki basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikenali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum crackles dianggap sebagai kegagalan pompa,

klien harus di instruksikan untuk batuk dalam guna membuka alveoli basilaris yang mungkin di kompresi dari bawah diafragma

b. Sistem kardiovaskular

1. Inspeksi

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

Distensi vena jugularis. Bila ventrikel kanan tidak mampu berkompensasi, maka akan terjadi dilatasi ruang, peningkatan volume dan tekanan pada diastolik akhir ventrikel kanan, tahanan untuk mengisi ventrikel dan peningkatan lanjut pada tekanan atrium kanan. Peningkatan tekanan ini sebaliknya memantulkan ke hulu vena kava dan dapat diketahui dengan peningkatan pada tekanan vena jugularis.

2. Palpasi

Oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan awal jantung terhadap stres, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering di temukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa

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

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

3. Auskultasi

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

bel stetoskop yang di tempelkan dengan tepat pada apeks jantung.

Posisi lateral kiri mungkin di perlukan untuk mendapatkan bunyi. Ini terdengar sebelum bunyi jantung pertama (S1) dan tidak selalu pasti ke gagal kongestif, tetapi dapat menurunkan complains(peningkatan kekakuan) miokard. Ini mungkin indikasi awal premonitori menuju kegagalan. Bunyi S4 adalah bunyi jantung yang umum terdengar pada klien dengan infark mikardium akut dan mungkin tidak mempunyai prognosis bermakna, tetapimungkin menunjukkan kegagalan yang baru terjadi.

S3 atau gallop ventrikel adalah tanda penting dari gagal ventrikel kiri dan pada orang dewasa hamper tidak pernah ada pada adanya penyakit jantung signifikan. Kebanyak dokter akan setuju bahwa tindakan pada gagal kongestif diindikasikan dengan adanya tanda ini. S3terdengar padaawal diastolic setelah bunyi jantung kedua (S2), dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Ini juga dapat didengar paling baik dengan bel stetodkop yang diletakan tepat di apeks, dengan klien pada posilateral kiri dan pada akhir

respirasi. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya didapatkan apabila penyebab gagal jantung karena kelainan katup.

4. Perkusi

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

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

c. Sistem persyarafan

Kesadaran *compos mentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian obyektif klien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

d. Sistem Perkemihan

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

e. Sistem Pencernaan

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

1) Hepatomegali

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

f. Sistem Integumen

Kulit dingin

Gagal depan pada ventrikel kiri menimbulkan tanda-tanda berkurangnya perfusi keorgan-organ. Oleh karena darah di alihkan dari organ-organ non-vital demi

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

g. Sistem Muskuloskeletal

a. Ekstremitas bawah

Edema pergelangan kaki berhubungan dengan kegagalan di ventrikel kanan. Edema dimulai pada kaki dan tumit (edema dependen dan secara bertahap bertambah ke atas tungkai yang pada akhirnya ke genitalia eksterna serta tubuh bagian bawah). Pitting edema adalah edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari.

2.3.2 Diagnosa yang Muncul pada Klien dengan Gagal Jantung Kongestif

Berdasarkan Muttaqin, 2012 diagnosa yang muncul pada klien dengan Gagal Jantung Kongestif adalah

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

8. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan sekunder penurunan curah jantung
9. Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake , mual, muntah dan anoreksia.
10. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas.
11. Actual/resiko tinggi cedera yang berhubungan dengan pusing dan kelemahan
12. Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, penurunan status kesehatan situasi krisis , ancaman atau perubahan kesehatan.
13. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit , gambaran diri yang salah dan perubahan peran
14. Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan dengan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.

2.3.3 Rencana Keperawatan

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

Tabel 2.1
Intervensi Actual/Resiko Tinggi Menurunnya Curah Jantung

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan penurunan kontraktilitas ventrikel kiri, perubahan frekuensi, iram adan konduksi elektrik.	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan curah jantung dapat teratasi - Menunjukkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima (disritmia terkontrol atau hilang dan - Bebas gejala gagal jantung (seperti parameter hemodinamik dalam batas normal, - Keluaran urine adekuat) <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien akan melaporkan penurunan episode dyspnea, - Berperan dalam aktivitas mengurangi beban kerja jantung, - Tekanan darah dalam batas normal. (120/80 mmhg), - Nadi 80 kali / menit, - Tidak terjadi aritmia, - Denyut jantung dan irama jantung teratur, - Crt < 3 detik, - Produksi urine >30ml/jam. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji dan laporkan tanda penurunan curah jantung - Periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apical : kali frekuensi, irama jantung (dokumentasi disritmia bila tersedia telemetri) - Catat bunyi jantung - Palpasi nadi perifer 	<ul style="list-style-type: none"> - Kejadian mortalitas dan mordibitas sedhubungan dengan mi yang lebih dari 24 jam pertama. - Biasanya terjadi takikardia meskipun pada saat istirahat untuk mengompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel, kap, pat,mat, pvc dan af disritmia umum berkenaan dengan gjk meskipun lainnya juga terjadi. - Catatan: disritmia ventrikel tidak responsip terhadap obat yang diduga aneurisme ventrikel S! Dan s2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa, irama gallop umum (s3 dan s4) dihasilkan sebagai aliran darah ke dalam serambi yang distensi murmur dapat menunjukkan inkopetensi atau stenosis mitral. - Penurunan curah jantung menunjukkan menurunnya nadi, radial, popliteal,
Ditandai dengan :			
- Peningkatan frekuensi jantung (takikardia),			
- Disritmia: perubahan gambaran pola ekg,			
- Perubahan tekanan darah (td) (hipotensi atau hipertensi),			
- Bunyi jantung ekstra s3,s4),			
- Penurunan pengeluaran urine,			
- Nadi perifer tidak teraba,			
- Kulit dingin (kusam, diaphoresis),			
- Ortopnea,			

<ul style="list-style-type: none"> - Krakles, - Distensi vena jugularis, - Pembesaran hepar, - Edema ekstremitas , - Nyeri dada 	<p>dorsalispedis, dan postibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk di palpasi, dan pulsus alteran (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pantau adanya keluaran urine, catat keluaran dan kepekatan atau konsentrasi urine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ginjal berespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium, keluaran urine biasanya menurun selama 3 hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat di malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur.
<ul style="list-style-type: none"> - Istirahatkan klien dengan tirah baring optimal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oleh karena jantung tidak dapat diharapkan untuk benar-benar istirahat untuk sembuh seperti luka pada patah tulang, maka hal terbaik yang dilakukan adalah mengistirahatkan klien . Melalui inaktifitas, kebutuhan pemompaan jantung di turunkan. Tirah baring merupakan bagian yang penting dari pengobatan gagal jantung kongestiv,

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

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

Tabel 2.2
Intervensi Actual/Resiko tinggi nyeri dada

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/Resiko tinggi nyeri dada yang berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke oksigen miokardium, perubahan metabolisme dan produksi asam laktat	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada keluhan dan terdapat penurunan respons nyeri data <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secara subjektif klien menyatakan penurunan rasa nyeri dada - Secara objektif didapatkan TTV dalam batas normal - Wajah rileks - Tidak terjadi penurunan perfusi perifer - Urine >500 ml/hari 	<ul style="list-style-type: none"> - Catat karakteristik nyeri , lokasi, intensitas, lama dan penyebarannya - Anjurkan kepada klien untuk melaporkan nyeri dengan segera - Lakukan manajemen nyeri keperawatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi fisiologis 2. Istirahatkan klien 3. Berikan oksigen tambahan dengan nasala kanul 	<ul style="list-style-type: none"> - Variasi penampilan dari perilaku klien karena nyeri yang terjadi sebagai temuan pengkajian - Nyeri berat dapat menyebabkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian mendadak - Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O₂ ke jaringan yang mengalami iskemia - Istirahat akan menurunkan kebutuhan O₂ ke jaringan perifer sehingga kebutuhan miokardium menurun dan akan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke miokardium yang membutuhkan O₂ untuk menurunkan iskemia - Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium

	atau masker sesuai dengan indikasi		sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sampai dengan iskemia
4.	Manajemen lingkungan tenang dan batasi pengunjung	-	Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O ₂ ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang berada diruangan
5.	Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam	-	Meningkatkan asupan O ₂ sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan otak
6.	Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	-	Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi endorphin dan enkefalin yang dapat memblok reseptor nyeri untuk tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri
7.	Lakukan manajemen sentuhan	-	Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Messase ringan dapat meningkatkan

		aliran darah kemudian dengan otomatis membantu suplai darah dan oksigen ke area nyeri serta menurunkan sensasi nyeri.
-	Kolaborasi pemberian terapi farmakologis antiangina	- Obat antiangina bertujuan untuk meningkatkan aliran darah, baik dengan menambah suplai oksigen atau dengan mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen.
	• Antiangina (Nitrogliserin)	- Nitrat berguna untuk control nyeri dengan efek vasodilatasi coroner
	• Analgesic, morfin 2 – 5 mg intravena	- Menurunkan nyeri hebat, memberikan sedasi dan mengurangi kerja miokard
	• Penyekat beta. Contoh : atenolol, tonormin, pindolol, visken, propranolol (inderal)	- Penghambat (adrenergic) beta menghambat resptor beta 1 untuk pengontrol nyeri melalui efek hambatan rangsang simpatis, dengan demikian, denyut jantung akan berkurang. obat-obat ini berfungsi sebagai antiangina, antiaritmia, dan antihipertensi. Penghambat beta efektif sebagai antiangina karena mengurangi dneyut jantung
	• Penyekat salurn kalsium . contoh : verafamil	

(calan), diltiazem (prokardia)	dan kontraktilitas miokardium. Obat ini menurunkan kebutuhan pemakaian oksigen sehingga rasa nyeri angina mereda. - Kalsium mengaktivasi kontraksi miokardium serta menambah beban kerja dan keperluan jantung akan oksigen. Penghambat kalsium menurunkan kontraktilitas jantung (efek inotropic negative) dan beban kerja jantung sehingga mengurangi keperluan jantung akan oksigen. Obat ini efektif dalam mengendalikan angina varian dengan merelaksasikan arteri coroner dan dalam meredakan angina klasik dengan mengurangi kebutuhan oksigen.
--------------------------------------	---

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

Tabel 2.3
Intervensi Actual/Resiko tinggi pertukaran gas

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

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

Tabel 2.4
Intervensi Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
----------------------	---------------------------	------------	----------

<p>Actual/ Resiko tinggi pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal, kelebihan cairan paru</p>	<p>Tujuan : dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi perubahan pola nafas</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak sesak nafas - RR dalabatas normal 16-20 kali/menit - Respon batuk berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi nafas (krakles) - Kaji adanya edema - Ukur intake output - Timbang berat badan - Pertahankan pemasukan total cairan 2.000ml/24 jam dalam toleransi kardiovaskula - Kolaborasi - Berikan diet tanpa garam - Berikan diuretic. Contoh : furosemide , spironolakton dan hidrilonolakton 	<ul style="list-style-type: none"> - Indikasi edema paru sekunder akibat dekompensasi jantung - Curiga gagal kongesti/kelebihan volume cairan - Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal retensi natrium/air, dan penurunan keluaran urine - Perubahan tiba-tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan. - Memenuhi kebutuhan cairan tubuh orang dewasa tetapi memerlukan pembatasan dengan adanya dekompensasi jantung - Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan miokardium meningkat - Diuretic bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan jaringan, sehingga menurunkan risiko terjadinya
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - edema paru - Hypokalemia dapat membatasi keefektifan terapi.
	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau data laboratorium, elektrolit kalium

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

Tabel 2.5
Intervensi Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi gangguan perfusi perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung	<p>Tujuan :</p> <p>Dalam waktu 2 - 24 Perifer meningkat.</p> <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mengeluh pusing, - TTV dalam batas normal, - CRT < 3 detik - Urine > 600 ml/hari 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi TD, bandingkan kedua lengan: ukur dalam keadaan berbaring, duduk, atau berdiri bila memungkinkan - Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaphoresis secara teratur - Kaji kualitas peristaltic, jika perlu pasang sonde. - Kaji adanya kongesti hepar pada abdomen kanan atas. - Pantau urine output. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotensi dapat terjadi juga disfungsi ventrikel, hipertensi juga fenomena umum yang berhubungan dengan nyeri cemas karena pengeluaran katekolamin. - Mengetahui derajat hipoksemia dan peningkatan tahanan perifer. - Mengetahui pengaruh hipoksia terhadap fungsi saluran cerna serta dampak penurunan elektrolit. - Sebagai dampak gagal jantung kanan, jika berat akan ditemukan adanya tanda kongesti. - Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya produksi urine, pemantauan yang

		ketat pada produksi urine < 600 ml/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok kardiogenik.\
-	Catat adanya murmur	- Menunjukkan gangguan aliran darah jantung (kelainan katup, kerusakan septum, atau vibrasi otot papilar).
-	Pantau frekuensi jantung dan irama.	- Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia.
-	Berikan makanan kecil / mudah dikunyah, batasi asupan kafein.	- Makanan besar dapat meningkatkan kerja miokardium. Kafein dapat merangsang langsung ke jantung sehingga meningkatkan frekuensi jantung.
-	Kolaborasi Pertahankan cara masuk hoparin (IV) sesuai indikasi..	- Jalur yang paten paling penting untuk pembenan obat darurat.

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

Tabel 2.6
Intervensi Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran yang berhubungan dengan	Tujuan : - dalam waktu 2 x 24 jam tidak terjadi penurunan tingkat kesadarn dan dapat mempertahankan cardiac output	- Kaji status mental klien secara teratur. - Observasi perubahan sensori dan tingkat kesadaran	- Mengetahui derajat hipoksia pada otak. - Bukti actual terhadap penurunan aliran darah ke jaringan sereblar adalah adanya perubahan

penurunan aliran darah ke otak.	secara adekuat guna meningkatkan perfusi jaringan otak.	pasien yang menunjukkan penurunan perfusi otak (gelisah, confuse / bingung, spatis, somnolen).	respons sensori dan penurunan tingkat kesadaran pada fase akut dari kegagalan yang harus diawasi secara ketat.
	Kriteria :		
	- klien tidak meluh pusing,		
	- TTV dalam batas normal,	- Kurangi aktivitas yang merangsang timbulnya respons valsava / aktivitas.	- Respons valsava akan meningkatkan beban jantung sehingga akan menurunkan curah jantung ke otak.
	- sesak napas,		
	- mual / muntah,		
	- tanda dialoresis dan pucat / sianosis hilang,	- Catat adanya keluhan pusing.	- Keluhan pusing merupakan manifestasi penurunan suplai darah ke jaringan otak yang parah.
	- akral hangat,		
	- kulit segar,		
	- B.I tunggal kuat,	- Pantau frekuensi jantung dan irama.	- Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia.
	- irama denyut sinus,		
	- produksi urine >30 ml/jam,		
	- respons verbal baik,		
	- EKG normal,		
	- JVP < 3cm H ₂ O,		
	- BUN / kreatinin normal.		
		- Jangan memberikan digitalis bila didapatkan perubahan denyut jantung, bunyi jantung, atau perkembangan toktalitas digitalis	- Efek dari toktalitas digitalis dengan peningkatan denyut jantung akan merangsang terjadinya desritmia, sehingga memerlukan pemantauan yang lebih ketat untuk menghindari penurunan tingkat kesadaran.
		Kalaborasi	
		- Pertahankan cara masuk heparin (IV) sesuai indikasi.	- Jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat.

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

Tabel 2.7
Intervensi Actual/resiko tinggi terhadap kelebihan volume cairan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi terhadap kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan perfusi organ..	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tidak sesak nafas - edema ekstremitas berkurang - pitting edema (-) - produksi urine >600ml/hr 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya edema ekstremitas. - Kaji tekanan darah. - Kaji distensi vena jugularis. - Ukur intake dan output - Timbang berat badan. - Beri posisi yang membantu drainase ekstremitas, lakukan latihan gerak pasif. - Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> • Berikan diet tanpa garam. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curiga gagal kongesti/kelebihan volume cairan - Sebagai salah satu untuk mengetahui peningkatan jumlah cairan yang dapat diketahui dengan meningkatkan beban kerja jantung yang dapat diketahui dari meningkatnya tekanan darah. - Peningkatan cairan dapat membebani fungsi ventrikel kanan yang dapat dipantau melalui pemeriksaan tekanan vena jugularis. - Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, refensi natrium/air, dan penurunan keluaran urine. - Perubahan tiba-tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan. - Meningkatkan venous return dan mendorong berkurangnya edema perifer. - Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan akan membuat kebutuhan

			miokardium meningkat.
	• Berikan diuretic, contoh : furosemide, sprinolakton, hidronolakton.	-	Diuretic bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan sehingga menurunkan risiko terjadinya edema paru.
	• Pantau data laboratorium elektrolit kalium.	-	Hypokalemia dapat membatasi keefektifsn terapi.

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

Tabel 2.8
Intervensi Intoleransi Aktivitas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen ke jaringan dengan kebutuhan sekunder penurunan curah jantung	Tujuan : aktivitas sehari-hari klien terpenuhi dan meningkatnya kemampuan beraktivitas. Kriteria : - Klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala-gejala yang berat, terutama mobilisasi di tempay tidur	- Catat frekuensi jantung irama, dan perubahan TD, selama dan sesudah aktivitas. - Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas, dan berikan aktivitas senggang yang tidak betar. - Anjurkan klien untuk menghindari peningkatan tekanan abdomen, missal :mengejan saat delekasi. - Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktivitas. Contoh : bangun	- Respon klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan adanya penurunan oksigen miokard. - Menurunkan kerja miokard/ konsumsi oksigen. - Dengan mengejan dapat mengakibatkan bradikardi, menurunkan curah jantung dan takikardia, serta peningkatan TD. - Aktivitas yang maju memberikan control jantung, meningkatkan tegangan, dan mencegah aktivitas

<p>dari kursi, bila taka da nyeri lakukan ambulasi, kemudian istirahat selama 1 jam setelah makan.</p>	<p>-</p>	<p>berlebihan.</p> <p>Untuk mengurangi beban jantung.</p>
<p>- Pertahankan klien pada posisi tirah baring sementara sakit akut.</p>	<p>-</p>	<p>Untuk meningkatkan venous return.</p>
<p>- Tingkatkan klien duduk di kursi dan tinggikan kaki klien.</p>	<p>-</p>	<p>Meningkatkan kontraksi otot sehingga membantu venous return.</p>
<p>- Pertahankan rentan gerak pasif selama sakit kritis.</p>	<p>-</p>	<p>Untuk mengetahui fungsi jantung bila dikaitkan dengan aktivitas.</p>
<p>- Evaluasi tanda vital saat kemajuan aktivitas terjadi.</p>	<p>-</p>	<p>Untuk mendapatkan cukup waktu resolusi bagi tubuh dan tidak memaksa kerja jantung.</p>
<p>- Berikan waktu istirahat di antara waktu aktivitas.</p>	<p>-</p>	<p>Untuk meningkatkan oksigenasi jaringan.</p>
<p>- Pertahankan penambahan O₂ sesuai kebutuhan.</p>	<p>-</p>	<p>Melihat dampak dan aktivitas teerhadap fumgsi jantung.</p>
<p>- Selam aktivitas kaji EKG, dispnea, sianosis, kerja dan frekuensi napas, serta Keluhan subjektif.</p>	<p>-</p>	<p>Untuk mencegah retensi cairan dan edema akibat penurunan kontraktilitas jantung.</p>
<p>- Berikan diet sesuai kebutuhan (pembatasan air dan Na).</p>	<p>-</p>	<p>Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus melindungi</p>

- Rujuk ke program rehabilitasi jantung.	ke	ketidaknyamanan sampai dengan iskernia.
- Pijat Punggung	-	Pijat punggung dapat menstimulasi reseptor parasimpatis di area punggung secara langsung sehingga pasien merasa rileks (Nugraha, Fatimah dan Kurniawan. 2017)

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

Tabel 2.9
Intervensi Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan intake, mual, muntah dan anoreksia.	<p>Tujuan : dalam waktu 3 x 24 jam terdapat peningkatan dalam pemenuhan nutrisi.</p> <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien secara subjektif termotivasi untuk melakukan pemenuhan nutrisi sesuai anjuran, - Asupan meningkat pada porsi makan yang disediakan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tentang manfaat makan bila dikaitkan dengan kondisi klien saat ini. - Anjuran agar klien memakan makanan yang disediakan di rumah sakit. - Beri makanan dalam keadaan hangat dan porsi kecil serta diet TKTPRG. - Libatkan keluarga pasien dalam pemenuhan nutrisi tambahan yang tidak bertentangan dengan penyakitnya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan pemahaman klien akan lebih kooperatif mengikuti aturan. - Untuk menghindari makan yang justru dapat mengganggu proses penyembuhan klien. - Untuk meningkatkan selera dan mencegah mual, mempercepat perbaikan kondisi, serta mengurangi beban kerja jantung. - Klien kadang kala mempunyai selera makan yang sudah terbiasa sejak di rumah. Dengan bantuan keluarga dalam pemenuhan

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

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

Tabel 2.10
Intervensi Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur yang berhubungan dengan adanya sesak napas	Tujuan : dalam waktu 3 x 24 jam keluhan gangguan pemenuhan tidur berkurang. Kriteria : - Klien tidak mengeluh mengantuk, - Ttv dalam batas normal,	- Catat pola istirahat dan tidur klien siang dan malam hari. - Atur posisi fisiologis.	- Variasi penampilan dan perilaku klien dalam pemenuhan istirahat serta tidur sebagai temuan pengkajian. - Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O ₂ dan rasa nyaman. Serta memperoleh kualitas tidur yang baik (Melanie,2012)

- Mata merah,	tidak	- Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi.	- Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan dan terjadi iskemia.
- Tidur jam/hari..	6-8	- Manajemen lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengunjung.	- Lingkungan tenang akan menurunkan stimulasi nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu klien dalam melakukan istirahat psikologis.
		- Ajarkan teknik distraksi sebelum tidur.	- Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan persepsi nyeri dan efektif pada klien yang sudah mengalami penurunan tingkat sesak.
		- Lakukan manajemen sentuhan.	- Manajemen sentuhan pada klien yang insomnia berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan stimulasi eksternal. Masase ringan dapat meningkatkan aliran darah dan dengan otomatis membantu proses oksigenasi.
		- Kolaborasi pemberian obat sedative.	- Meningkatkan istirahat / relaksasi dan membantu klien dalam memenuhi kebutuhan tidur.

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

Tabel 2.11
Intervensi Actual/resiko tinggi cedera

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Actual/resiko tinggi cedera yang berhubungan	Tujuan : dalam waktu 3 x 24 jam tidak terjadi cedera pada klien.	Catat pola istirahat dan tidur klien siang dan malam hari.	Variasi penampilan dan perilaku klien dalam pemenuhan istirahat dan tidur

dengan pusing dan kelemahan	Kriteria : - Klien tidak terjatuh, - TTV dalam batas normal..	- Pantau adanya pengaman pada tempat tidur klien. - Atur posisi fisiologis. - Manajemen lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengunjung.	sebagai temuan pengkajian. - Tempat tidur dengan adanya pengamn / pagar tempat tidur dapat mencegah klien jatuh pada saat gelisah dan mengalami kelemahan. - Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O ₂ dan rasa nyaman. - Lingkungan tenang akan meningkatkan stimulasi nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu klien dalam melakukan istirahat psikologis.
-----------------------------	---	---	--

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

Tabel 2.12
Intervensi Cemas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, penurunan status kesehatan situasi krisis , ancaman atau perubahan kesehatan.	Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam kecemasan klien berkurang. Kriteria : - Klien menyatakan kecemasan berkurang , - Klien mengenal penasarannya dengan mengidentifikasi penyebab atau factor yang memengaruhinya, - Kooperatif terhadap tindakan dan wajah rileks.	- Bantu klien mengekspresikan perasaan marah, kehilangan, dan takut. - Kaji tanda verbal dan nonverbal kecemasan, damping klien, dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak. - Hindari konfrontasi	- Cemas berkelanjutan memberikan dampak serangan jantung selanjutnya. - Reaksi verbal / nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah. - Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah, menurunkan kerja sama, dan

		mungkin memperlambat penyembuhan.
- Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan.	-	Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.
Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat		
- Tingkatkan control sensasi klien.	-	Control sensasi klien (dalam menurunkan ketakutan) dengan cara membeikan informasi mengenai keadaan klien, menekankan pada penghargaan terhadap sumber-sumber koping (pertahanan diri) yang positif, membantu latihan relaksasi dan teknik-teknik pengalihan, serta memberikan respons baik yang positif.
- Orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan.	-	Orientasi dapat menurunkan kecemasan.
- Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya.	-	Dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan.
- Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat.	-	Memberi waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas, dan perilaku adaptasi. Adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih klien untuk melayani aktivitas dan pengalihan (misalnya membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi.
- Kolaborasi berikan anticemas sesuai indikasi,	-	Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan.

contohnya diazepam.

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

Tabel 2.13
Intervensi Koping individu tidak efektif

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah dan perubahan peran	<p>Tujuan : dalam waktu 1 x 24 jam klien mampu mengembangkan koping yang positif.</p> <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif pada setiap intervensi keperawatan mampu menyatakan atau mengomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi, - Mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi, - Mengakui dan menggabungkan perubahan ke dalam konsep diri dengan cara yang akurat tanpa harga diri yang negative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan. - Identifikasi arti kehilangan atau disfungsi pada klien. - Anjurkan klien untuk mengekspresikan perasaan, termasuk permusuhan dan kemarahan. - Catat ketika klien menyatakan terpengaruh seperti sekarat atau mengingkari dan menyatakan inilah kematian. - Pernyataan pengakuan terhadap penolakan tubuh, 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan bantuan individual dalam menyusun rencana perawatan atau pemilihan intervensi - Beberapa klien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri. Sedangkan yang lain mempunyai kesulitan membandingkan, mengenal, dan mengatur kekurangan. - Menunjukkan penerimaan, membantu klien untuk mengenal, dan mulai menyesuaikan dengan perasaan tersebut. - Mendukung terhadap penolakan terhadap bagian tubuh atau perasaan negative terhadap gambaran tubuh dan kemampuan yang menunjukkan kebutuhan dan intervensi serta dukungan emosional. - Membantu klien untuk melihat bahwa perawat menerima kedua bagian sebagai bagian dari seluruh

<p>mengingat kembali fakta kejadian tentang realitas bahwa masih dapat menggunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat.</p>	<p>tubuh, mengizinkan klien untuk merasakan adanya harapan dan mulai menerima situasi baru.</p>
<p>- Bantu dan anjurkan perawatan yang baik serta perbaiki kebiasaan</p>	<p>- Membantu meningkatkan perasaan harga diri dan mengenal lebih dari satu area kehidupan.</p>
<p>- Anjurkan orang yang terdekat untuk mengizinkan klien melakukan sebanyak-banyaknya hal-hal untuk dirinya.</p>	<p>- Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta memengaruhi proses rehabilitas.</p>
<p>- Dukung perilaku atau usaha seperti peningkatan minat atau partisipasi dalam aktivitas rehabilitas.</p>	<p>- Klien dapat beradaptasi terhadap perubahan dan pengertian tentang peran individu di masa mendatang.</p>
<p>- Dukung penggunaan alat-alat yang dapat mengadaptasikan klien, tongkat, alat bantu jalan, tas panjang untuk katoler.</p>	<p>- Meningkatkan kemandirian untuk membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan menunjukkan posisi untuk lebih aktif dalam kegiatan social.</p>
<p>- Awasi adanya gangguan tidur peningkatan kesulitan konsentrasi, letargi, dan menarik diri</p>	<p>- Dapat mengindikasikan terjadinya depresi. Umumnya terjadi sebagai pengaruh dari stroke di mana memerlukan intervensi dan evaluasi lebih lanjut.</p>
<p>- Kolaborasi : rujuk pada ahli neuropsikologi dan konseling bila ada</p>	<p>- Dapat memfasilitasi perubahan peran yang penting untuk perkembangan perasaan.</p>

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

Tabel 2.14
Intervensi Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan dengan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai.	<p>Tujuan : dalam waktu 1 x 24 jam klien mengenal factor-faktor yang menyebabkan peningkatan risiko kekambuhan.</p> <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien secara subjektif menyatakan bersedia dan termotivasi untuk melakukan aturan terapeutik jangka panjang dan mau menerima perubahan pola hidup yang efektif, - Klien mampu mengulang factor-faktor risiko kekambuhan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi factor yang mendukung pelaksanaan terapeutik. - Berikan penjelasan penatalaksanaan terapeutik lanjutan. - Menyarankan kepada keluarga agar memanfaatkan sarana kesehatan di masyarakat. - Ajarkan strategi menolong diri sendiri - Anjurkan untuk memantau berat badan 	<ul style="list-style-type: none"> - Tanyakan keluarga terdekat apakah suami/istri anak yang mampu mendapat penjelasan dan menjadi pengawas klien dalam menjalankan pola hidup yang efektif selama klien di rumah dan memiliki waktu yang optimal dalam menjaga klien. - Setelah mengalami serangan akut, perawat perlu menjelaskan penatalaksanaan lanjutan dengan tujuan dapat : <ul style="list-style-type: none"> - Membatasi progresivitas kegagalan jantung: - Meningkatkan perawatan diri : - Menurunkan kecemasan : - Mencegah aritmia dan komplikasi. - Untuk memudahkan klien dalam memantau status kesehatannya. - Peningkatkan berat badan merupakan factor yang meningkatkan beban jantung dalam melakukan kontraksi

<p>pada saat bangun tidur, sebelum makan pagi, dengan pakaian yang sama, dan dengan timbangan yang sama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan peningkatan berat badan yang melebihi 1,5 kg dalam 1).minggu (tanpa perubahan pola makan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengikuti latihan fisik rutin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan rutin secara bertahap memberikan adaptasi pada ventrikel kiri dalam melakukan kompensasi kebutuhan suplai darah otot rangka.
<ul style="list-style-type: none"> - Beri penjelasan tentang pemakaian obat nitrogliserin 	<ul style="list-style-type: none"> - Beri penjelasan tentang pemakaian obat nitrogliserin 	<ul style="list-style-type: none"> - Exertion. Aktivitas yang berlebihan dapat menjadi presipitasi serangan angina kembali. Klien dianjurkan untuk mengurangi kualitas dan kuantitas kegiatan fisik dari yang biasa klien lakukan sebelum keluhan gagal jantung. - Minum obat nitrogliserin (veno diatasi perifer dan coroner) 0.4 – 0.6 mg tablet secara sublingual 3 – 5 menit sebelum melakukan aktivitas daengan tujuan untuk mengantisipasi serangan angina. Klien dianjurkan untuk selalu membawa obat tersebut setiap keluar rumah meskipun klien tidak merasakn gejala angina. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan kesehatan diet. 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<p>Konsumsi banyak makan garam merupakan salah satu factor presipitasi serangan sesak napas dan edema ekstremitas. Aktivitas yang dilakukan setelah makan yang cukup banyak dapat meningkatkan risiko angina. Klien dianjurkan agar beraktivitas setelah paling kursng satu jam setelah makan. Pemberian makanan sedikit tapi sering akan mempermudah saluran pencernaan dalam mencerna makanan sangat dianjurkan pada klien setelah mengalami serangan angina.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Maneuver dinamik. 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<p>Klien dianjurkan untuk menghindari maneuver dinamik (lihat bab 2) seperti berjongkok, mengejan, dan terlalu lama menahan napas yang merupakan factor presipitasi timbulnya angina. Dalam melakukan detekasi klien dianjurkan pemberian laxantia agar dapat mempermudah pola defekasi klien.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan kesehatan seks. 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<p>Jika hubungan seks merupakan salah satu factor presipitasi angina pada klien, maka sebelum melakukan aktivitas seksual klien dianjurkan untuk meminum obat nitrogliselin atau sedative atau keduanya. Pengaturan sedikit aktivitas fisik pada klien dalam</p>

		melakukan aktivitas seksual dapat dijelaskan pada pasangannya.
- Stress emosional	-	Serangan sesak napas dari gagal jantung kiri lebih sering terjadi pada klien yang mengalami kecemasan, ketegangan, serta euforia atau kegembiraan yang berlebihan. Pemberian obat sedative ringan seperti diazepin dapat mengurangi respons lingkungan yang memberi dampak stress emosional. Klien dianjurkan untuk melakukan curah pendapat dengan perawat dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.
- Beri dukungan secara psikologis.	-	Dapat membantu meningkatkan motivasi klien dalam mematuhi apa yang telah diberikan penjelasan.

2.3.4 Implementasi

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

2.3.5 Evaluasi

Hasil yang diharapkan pada proses keperawatan kklien dengan gagal jantung

1. Bebas dari nyeri

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