

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG  
AGATE BAWAH 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 :

**WATINI**

**AKX.15.132**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Watini  
NPM : AKX.15.132  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Congestive Heart Failure (CHF)* Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di 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, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**

Asuhan Keperawatan Pada Klien *Congestive Heart Failure (CHF)* Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di RSUD  
Dr. Slamet Garut

Watini  
AKX 15.132

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

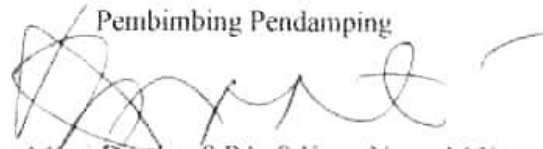
TANGGAL, 27 Juli 2018

Oleh  
Pembimbing Ketua



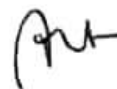
A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners  
NIK : 0420107704

Pembimbing Pendamping



Agus Miraj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes  
NIK : 10105036

Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

*Asuhan Keperawatan Pada Klien Congestive Heart  
Failure (CHF) Dengan Masalah Keperawatan  
Ketidakefektifan Pola Nafas Di RSUD*

Dr.Slamet Garut

Oleh :

Nama : WATINI

NIM : AKX.15.132

Telah Druji  
Pada tanggal, 6 Agustus 2018

Penitia Penguji


Ketua : Aep Indarna, S.Pd., S.Kep.,Ners  
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sumbara, M.Kep  
(Penguji 1)
2. Angga Satria Pratama, M.Kep  
(Penguji 2)
3. Agus Miraj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes.  
(Pembimbing Pendamping)

Paraf/td

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
**NIP: 101070641**

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Banyaknya angka kejadian *Congestive Heart Failure (CHF)* di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari sampai April 2018 adalah 101 orang. Dari kasus *Congestive Heart Failure (CHF)* menimbulkan dampak ketidakefektifan pola nafas pada klien. *Congestive Heart Failure (CHF)* adalah ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh yang disebabkan kelainan sekunder dari abnormalitas struktur jantung dan atau fungsi (yang diwariskan atau didapat) yang merusak kemampuan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengeluarkan darah. .

**Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

**Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi.

**Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas pada kasus 1 teratasi sebagian sampai hari ketiga sedangkan pada kasus 2 dapat teratasi pada hari ketiga.

**Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah ketidakefektifan pola nafas. Adapun perbedaan hasil dari intervensi lakukan pemberian semifowler. Pada kedua klien dengan hasil pada klien satu masalah teratasi sebagian sedangkan pada klien dua masalah dapat teratasi. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan pemberian posisi semifowler pada klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai *Congestive Heart Failure (CHF)* dan ketidakefektifan pola nafas sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

**Keyword** : *Congestive Heart Failure (CHF)*, Ketidakefektifan pola nafas, Asuhan keperawatan

**Daftar Pustaka** : 3 Buku (2014-2016), 6 Jurnal (2013 dan 2015)

## **ABSTRACT**

*Background: Number of incidence of Congestive Heart Failure (CHF) in RSUD Dr. Slamet Garut from January to April 2018 is 101 people. From the case of Congestive Heart Failure (CHF) cause the impact of inefficiency of breath pattern on client Congestive Heart Failure (CHF) is the inability of the heart to pump blood to meet the oxygen and nutritional needs of body tissues caused by secondary abnormalities of cardiac structural abnormalities and / or inherited or acquired functions that impair the ability of the left ventricle to fill or remove blood.. Objectives: To gain experience in nursing care on a Congestive Heart Failure client (CHF) with nursing ineffectiveness issues of breath pattern. Method: The case study is to explore a problem with detailed constraints, have a deep data retrieval and include various sources of information. Results: This case study was conducted on two Congestive Heart Failure (CHF) clients with respiratory pattern ineffectiveness problems. After nursing care by giving intervention, nursing problems ineffective breath pattern in case 1 resolved sebgiaan until the third day while in case 2 can be resolved on the third day. Discussion: In both clients found the problem of pattern ineffectiveness. The difference of result from intervention do giving semifowler to both client that is on second day with result of client one problem is partially resolved while on client two problem can be overcome. The authors suggest to the hospital to improve the service in giving nursing care, especially involvement in the implementation of semifowler positioning on the client and to the educational institution is expected to be able to meet the availability of new publishing literature, especially about Congestive Heart Failure (CHF) and ineffectiveness of breath pattern so that add insight into student scholarship.*

*Keyword: Congestive Heart Failure (CHF), Inefficiency of breath pattern, Nursing care  
Bibliography: 3 Books (2014-2016), 6 Journals (2013 and 2015)*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN DI RSUD DR.SLAMET”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program 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 Bandung 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. 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.
4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep.,Ners. selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Agus Miraj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Umum.
8. Apriyanto, S.Kep., Ners, selaku CI Ruangan Agate Bawah 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 Unang dan Ibunda Juwati, adik Fikri Yana, Abah Ade Komarudin, Emak Umi Sukmini, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk teman - teman seperjuangan Angkatan 2015 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Untuk sahabat saya Anggun Pranata, Ania Aprillian, Ernawati, Nadia Fajria Nuragnia yang sudah memberikan semangat dan do'a yang tulus.



12. Untuk teman – teman saya di rumah Lina E, Nira Sukma L, Ratna Nur Amala, Tanti F, serta Wulan Yustika yang sudah memberikan semangat dan do'a yang tulus.

13. 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, 29 Juli 2018

PENULIS

**DAFTAR ISI**

	<b>Halaman</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
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 .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Sistem Kardiovaskuler .....	8
2.1.1 Kontrol Fisiologis Sistem Kardiovaskular .....	8
2.1.2 Komponen Sistem Kardiovaskular .....	9
2.1.3 Jantung .....	9
2.1.4 Fungsi Aktivitas Jantung .....	10
2.1.5 Mekanisme Jantung Sebagai Pompa .....	11
2.1.6 Struktur Mikro Jantung .....	13
2.1.7 Kontraksi Otot Jantung .....	13
2.1.8 Konsep <i>Congestive Heart Failur (CHF)</i> .....	15
2.1.9 <i>Definisi Congestive Heart Failure (CHF)</i> .....	15
2.1.10 Etiologi .....	17

2.1.11	Manifestasi Klinis .....	18
2.1.12	Patofisiologi .....	21
2.1.13	Pemeriksaan Penunjang .....	24
2.1.14	Penatalaksanaan .....	25
2.2	Ketidakefektifan Pola Nafas .....	26
2.2.1	Definisi Ketidakefektifan Pola Nafas .....	26
2.2.2	Batasan Karakteristik .....	26
2.2.3	Faktor Yang Berhubungan .....	27
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan .....	28
2.3.1	Pengkajian Keperawatan .....	28
2.3.2	Diagnosa Keperawatan .....	36
2.3.3	Rencana Intervensi .....	37
2.3.4	Implementasi Keperawatan .....	53
2.3.5	Evaluasi .....	54

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Desain Penelitian .....	62
3.2	Batasan Istilah .....	62
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian .....	63
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	63
3.5	Pengumpulan Data .....	63
3.6	Uji Keabsahan Data .....	64
3.7	Analisis Data .....	65
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 .....	82
4.1.4	Diagnosa Keperawatan .....	86
4.1.5	Intervensi Keperawatan .....	89
4.1.6	Implementasi .....	92
4.1.7	Evaluasi .....	98

4.2 Pembahasan .....	98
4.2.1 Pengkajian .....	99
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	100
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	103
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	105
4.2.5 Evaluasi .....	107

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	108
5.2 Saran .....	110

### **Daftar Pustaka**

### **LAMPIRAN**

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Jantung .....	10
Gambar 2.2 Struktur Otot Jantung .....	12
Gambar 2.3 Siklus Peristiwa Molekular .....	15

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.....	37
Tabel 2.2 Ketidakefektifan Pola Nafas .....	38
Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas .....	39
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	41
Tabel 2.5 Intervensi Resiko Penurunan Perfusi Jaringan Jantung .....	42

Tabel 2.6 Intervensi Kelebihan Volume Cairan .....	45
Tabel 2.7 Intervensi Intoleransi Aktivitas .....	46
Tabel 2.8 Intervensi Kerusakan Integritas Kulit .....	47
Tabel 2.9 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari kebutuhan Tubuh .....	48
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	50
Tabel 2.11 Ansietas.....	51
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	69
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	69
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari .....	70
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	72
Tabel 4.5 Data Psikologis .....	78
Tabel 4.6 Data Sosial .....	79
Tabel 4.7 Data Spiritual .....	79
Tabel 4.8 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri .....	79
Tabel 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	80
Tabel 4.10 Program Dan Rencana Pengobatan .....	81
Tabel 4.11 Analisa Data .....	82
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan .....	86
Tabel 4.13 Perencanaan .....	89
Tabel 4.14 Implementasi .....	92
Tabel 4.15 Evaluasi .....	98

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi <i>Congestive Heart Failure</i> .....	21
---	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Jurnal
- Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Congestive Heart Failure* (CHF) adalah ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh yang disebabkan kelainan sekunder dari abnormalitas struktur jantung dan atau fungsi (yang diwariskan atau didapat) yang merusak kemampuan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengeluarkan darah. (Medika, 2015)

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) (2012) menunjukkan bahwa pada tahun 2008 terdapat 57 juta kematian oleh semua jenis penyakit dan 36 juta atau sekitar 63% di antaranya disebabkan oleh *Non Communicable Disease* (NCD) dan 17 juta atau sekitar 48% dari total kematian disebabkan oleh penyakit Kardiovaskular. Berdasarkan data *American Heart Association* (AHA) (2012), pasien yang mengalami hospitalisasi akibat CHF di seluruh dunia sebanyak 1.094.000 pasien. Penyakit jantung saat ini menduduki urutan pertama penyebab kematian di Indonesia, sekitar 25 % dari seluruh kematian hampir disebabkan oleh gangguan kelainan jantung. (Dewi dkk, 2015)

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya , tertinggi pada umur 65 – 74 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis dokter, menurun sedikit pada umur  $\geq$  75 tahun

(0,4%), tetapi untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi pada umur  $\geq 75$  tahun (1,1%). Untuk yang didiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding laki- laki (0,1%), berdasar didiagnosis dokter atau gejala prevalensi sama banyaknya antara laki- laki dan perempuan (0,3%). (RISKESDAS 2013).

Berdasarkan jenis penyakit yang masuk kedalam sepuluh besar penyakit golongan umur diatas 45 tahun, maka jenis penyakit jantung iskemik lainnya menempati tempat ke 9 dengan jumlah 2,97 %. ( Profil Kesehatan Jawa Barat 2016). Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari 2018 sampai April 2018 didapatkan hasil pada ruangan Agate Bawah jumlah klien dengan diagnosa *Congestive Heart Failure (CHF)* di dapatkan data sebanyak 101 orang, dan menduduki peringkat ke 3 dari 10 penyakit terbanyak yang ada di Ruang Agate Bawah.

CHF bisa sembuh dengan pengobatan, di antaranya adalah dengan terapy. Terapy yang dapat dilakukan untuk klien CHF meliputi terapy fisik, terapy okupasi, terapy pernapasan, dan nutrisi. Jika CHF tidak segera ditangani maka akan menurunkan cara kerja jantung dan darah tidak akan berfungsi dengan baik saat memompa darah (Dewi, 2014). Terapy fisik diberikan pada klien yang mempunyai keterbatasan untuk melakukan pencapaian aktivitas. Terapy okupasi dilakukan untuk memenuhi ADL secara mandiri

supaya dapat kembali ke gaya hidup sebelumnya dan dapat mengurangi stres.

Salah satu peran dan fungsi dari perawat dalam pemberian tindakan keperawatan yaitu pemberian terapi. Terapy pernapasan dilakukan untuk kontinuitas perawatan dan berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan untuk mendapat oksigenasi yang adekuat. Nutrisi diberikan untuk memenuhi kebutuhan pemenuhan nutrisi pada klien. (Mercelli, 2008). Salah satu terapy pernapasan yang paling sederhana dan efektif dalam biaya untuk mengurangi risiko *stasis sekresi pulmonar* dan mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi yang paling efektif bagi klien dengan penyakit *kardiopulmonari* adalah posisi *semi fowler* dengan derajat kemiringan 45°, yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari *abdomen* pada diafragma (Gaster, 2011).

Posisi tidur klien mempengaruhi keadaan curah jantung klien gagal jantung bahwa posisi kepala dielevasikan dengan tempat tidur kurang lebih 45 derajat akan mempertahankan curah jantung sehingga sesak nafas berkurang yang pada akhirnya akan mengoptimalkan kualitas tidur klien. Mengatur klien dalam posisi tidur dengan sudut 45 derajat akan membantu menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru-paru maksimal serta mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan

perubahan membran alveolus. Dengan sudut posisi tidur 45 derajat, sesak nafas berkurang dan sekaligus akan meningkatkan durasi dan kualitas tidur klien. (Melanie, 2014)

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* melalui penyesuaian karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut secara

komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

- f. Melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

### **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 *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

#### 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 *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

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 *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

d. Bagi Klien

Manfaat praktis klien yaitu dapat digunakan untuk mendapatkan perawatan yang tepat bagi klien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Sistem Kardiovaskular**

##### **2.1.1 Kontrol Fisiologis Sistem Kardiovaskular**

Sistem kardiovaskular berawal di jantung, sebuah pompa berotot yang bedenyut secara ritmis dan berulang 60-100 kali permenit. Setiap denyut menyebabkan darah mengalir dari jantung ke seluruh tubuh dalam suatu jaringan tertutup yang terdiri atas arteri, arteriol, dan kapiler kemudian kembali ke jantung melalui venula dan vena.

Fungsi sistem kardiovaskular adalah untuk memberikan dan mengalirkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh jaringan serta organ tubuh yang diperlukan untuk proses metabolisme. Normalnya setiap jaringan dan organ tubuh akan menerima aliran darah yang cukup serta penuh dengan nutrisi yang adekuat.

Sistem kardiovaskular memerlukan banyak mekanisme yang bervariasi agar fungsi regulasinya dapat merespon seluruh aktivitas tubuh, salah satunya adalah mekanisme meningkatkan suplai darah agar aktivitas jaringan dapat terpenuhi pada keadaan berat, maka aliran darah tersebut lebih banyak di arahkan pada organ-organ



vital seperti jantung dan otak yang berguna untuk memelihara dan mempertahankan sistem sirkulasi itu sendiri.

### **2.1.2 Komponen sistem kardiovaskular**

Sistem kardiovaskular merupakan suatu sistem transpor tertutup yang terdiri atas beberapa komponen berikut ini.

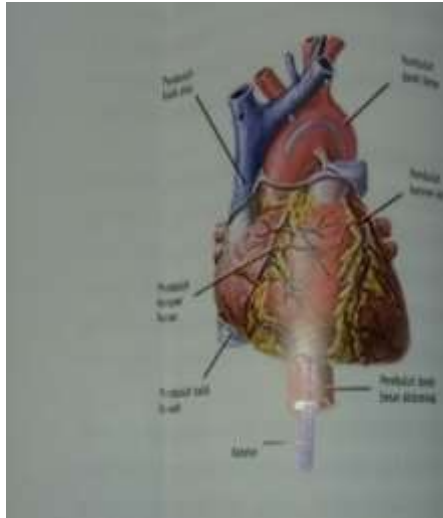
1. Jantung : Sebagai organ pemompa darah
2. Komponen darah : Sebagai pembawa materi oksigen dan nutrisi
3. Pembuluh darah : Sebagai media atau jalan dari komponen darah.

Ketiga komponen tersebut harus memiliki fungsi yang baik agar seluruh tubuh dapat menerima pasokan oksigen dan nutrisi yang kuat.

### **2.1.3 Jantung**

Jantung adalah sebuah organ berotot dengan empat ruang yang terletak di rongga dada, di bawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Ruang jantung terdiri atas dua ruang berdinding tipis disebut atrium (serambi) dan dua ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (bilik).

## Gambar 2.1 Jantung



*Sumber: Arif Muttaqin, 2009*

### 2.1.4 Fungsi Aktivitas Jantung

Jantung memiliki tiga aktivitas secara fisiologis, setiap aktivitas tersebut terjadi pada tempat yang berbeda di jantung yang meliputi bagian-bagian berikut ini.

1. Secara ritmisitas

Bagian awal yang memberikan aktivitas jantung secara ritmis yang menjadi *pacemaker* (pacu jantung) dan memberikan respons terhadap konduksi impuls jantung.

2. Secara konduktivitas

Konduktivitas listrik jantung menjalar pada area jantung dan memberikan *pacemaker* pada sel-sel ventrikel.

### 3. Secara kontraktilitas

Fungsi kontraktilitas otot jantung sebagai pompa merupakan bagian terpenting dari fungsi jantung.

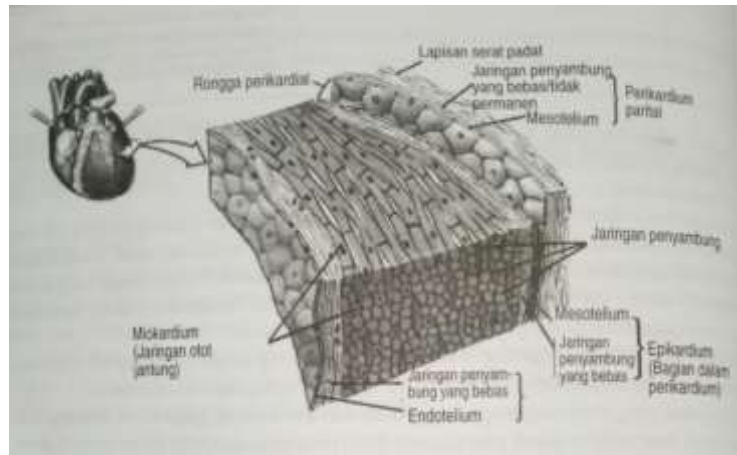
#### **2.1.5 Mekanisme Jantung Sebagai Pompa**

Pengenalan dan pemahaman perawat mengenai konsep anatomi dan fisiologi sistem kardiovaskular merupakan dasar yang penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas pada klien yang mengalami masalah pada sistem kardiovaskular.

Secara anatomis, jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (toraks), di antara kedua paru. Selaput yang mengitari jantung disebut perikardium, yang terdiri atas dua lapisan berikut ini :

1. Perikardium parietalis, yaitu lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru.
2. Perikardium viseralis, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri, yang juga disebut epikardium.

**Gambar 2.2**  
**Struktur Otot Jantung**



*Sumber: Arif Muttaqin, 2009*

Diantara kedua lapisan selaput tersebut (kantong perikardium), terdapat sedikit cairan pelumas yang berfungsi mengurangi gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa. Cairan ini disebut cairan perikardium.

Dinding jantung terdiri atas tiga lapisan sebagai berikut:

1. Lapisan luar disebut epikardium atau perikardium viseralis.
2. Lapisan tengah merupakan lapisan berotot, disebut miokardium.
3. Lapisan dalam disebut endokardium.

Permukaan eksterior ventrikel terdiri atas 3 bagian, meliputi bagian permukaan anterior, permukaan diafragma,

dan permukaan posterior yang semuanya sangat berguna bagi perawat dalam melakukan pengkajian fisik fungsi sistem kardiovaskular

#### **2.1.6 Struktur Mikro Jantung**

Serat otot jantung terdiri atas pita-pita filamen protein yang disebut miofilamen yang terletak berangkai satu sama lain. Setiap pita disebut sarkomer. Sarkomer pada otot jantung berhubungan satu sama lain pada bagian tepinya untuk membentuk suatu area yang disebut dengan diskus interkalatus. Area ini merupakan bagian dengan resistensi rendah sehingga arus listrik dapat lewat. Daerah ini membentuk ikatan yang kuat antar serat, mempertahankan kohesi antarsel sedemikian rupa, sehingga tarikan satu unit kontraktil dapat diteruskan sepanjang sumbunya ke unit di sebelahnya. Di sepanjang sisi serat-serat otot dekat diskus, membran sel serat-serat yang berdekatan menyatu cukup jauh membentuk tempat-tempat pertemuan. Tempat pertemuan ini merupakan jembatan-jembatan bertahanan rendah untuk penyebaran rangsang dari satu serat ke serat lain.

#### **2.1.7 Kontraksi Otot Jantung**

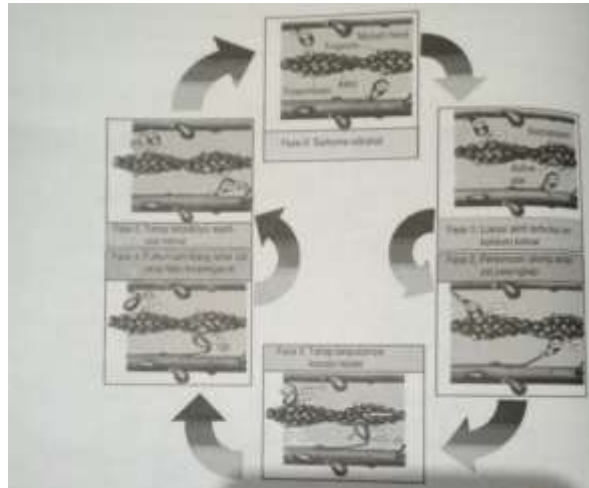
Kontraksi otot jantung terdiri atas enam fase berikut ini :

1. Fase 1 : Peristiwa terjadinya pengeluaran ion kalsium pada lokasi aktif di dalam sitoplasma.

2. Fase 2 : Setelah berada di dalam sitoplasma, ion kalsium berikatan dengan molekul troponin. Troponin dan tropomiosin bergeser dari molekul aktin sehingga memungkinkan jembatan-silang miosin untuk bergabung dengan filamen aktin.
3. Fase 3 : Terjadi pengaktifan ATPase dependen-miosin dan ATP terurai menjadi adenosin difosfat (ADP) dan posfat.
4. Fase 4 : Energi yang dibebaskan dari penguraian ATP ini menyebabkan jembatan silang terayun.
5. Fase 5 : Tahap terjadinya reaktivasi miosin. Filamen aktin dan miosin bergeser satu sama lain sehingga timbul kontraksi otot. Setiap kontraksi mencerminkan satu denyut jantung. Karena semua sel otot jantung dihubungkan satu sama lain di tepi-tepi sarkomer, maka depolarisasi sekelompok sel otot jantung akan menyebar ke sel-sel di sekitarnya.
6. Fase 6 : Fase sarkomer istirahat.

**Gambar 2.3**

**Siklus Peristiwa Molekuler**



*Sumber: Arif Muttaqin, 2009*

**2.1.8 Konsep Congestive Heart Failure (CHF)**

Gagal jantung menjadi penyakit yang terus meningkat kejadiannya terutama pada lansia. Studi Framingham dalam penelitian Sani (2007) memberikan gambaran yang jelas tentang gagal jantung. Pada studinya disebutkan bahwa kejadian gagal jantung per tahun pada orang berusia > 45 tahun adalah 7,2 kasus setiap 1000 orang laki-laki dan 4,7 kasus setiap 1000 orang perempuan. Di Amerika hampir 5 juta orang menderita gagal jantung (Sani, 2007).

**2.1.9 Definsi Congestive Heart Failure (CHF)**

*Congestive Heart Failure (CHF)* atau gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), di tandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang

di sebabkan oleh kelainan struktur dan fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan / atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik). (Sudoyo,dkk 2009).

*Congestive Heart Failure (CHF)* atau sering dikenal dengan gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan nutrien dan oksigen sel – sel tubuh secara adekuat sehingga mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) yang berfungsi untuk menampung darah lebih banyak untuk dipompakan keseluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal (Udjianti, 2010).

*Congestive Heart Failure (CHF)* juga dapat di definisikan sebagai kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mecukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat. ( Udjianti, 2013 : 153 ) dalam jurnal Lingga Liwa.

Maka dapat di simpulkan bahwa *Congestive Heart Failure (CHF)* adalah kegagalan jantung dalam memompa darah sehingga kebutuhan oksigen kurang untuk tubuh.



### **2.1.10 Etiologi**

Beberapa istilah gagal jantung :

1. Gagal jantung sistolik adalah ketidak mampuan kontraksi jantung memompa sehingga curah jantung menurun menyebabkan kelemahan, fatik, kemampuan aktivitas fisik menurun dan gejala hipoperfusi lainnya.
2. Gagal jantung diastolic adalah gangguan reaksi dan gangguan pengisian ventrikel.

(Sudoyo, dkk 2009)

Klasifikasi menurut gejala dan intensitas gejala :

(Morton, 2012)

1. Gagal jantung akut

Timbulnya gejala secara mendadak, biasanya selama beberapa hari atau beberapa jam.

2. Gagal jantung kronik

Perkembangan gejala selama beberapa bulan sampai beberapa tahun dan menggambarkan keterbatasan kehidupan sehari-hari.

Klasifikasi gagal jantung menurut letaknya :

1. Gagal jantung kiri merupakan kegagalan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengosongkan dengan benar dan dapat lebih lanjut di klasifikasikan menjadi disfungsi sistolik dan diastolik.

2. Gagal jantung kanan merupakan kegagalan ventrikel kanan untuk memompa secara adekuat. Penyebab gagal jantung kanan 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 dapat juga disebabkan oleh penyakit paru dan hipertensi arteri pulmonary primer.

Menurut derajat sakitnya :

1. Derajat 1 : tanpa keluhan - anda masih bisa 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 di hentikan 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.

### 2.1.11 Manifestasi klinis

#### 1. Kriteria major

- Proksimal nocturnal dispnea
- Distensia vena leher
- Ronki paru
- Kardiomegali
- Edema paru akut
- Gallop s3
- Peninggian vena jugularis
- Refluks hepatojugular

#### 2. Kriteria minor

- Edema ekstremitas
- Batuk malam hari
- Dipsnea d'effort
- Hepatomegali
- Efusi pleura
- Penurunan kapasitas vital 1/3 dari normal
- Takikardia (>120/menit)

#### 3. Penurunan BB $\geq$ 4,5 kg dalam 5 hari pengobatan

Klasifikasi fungsional jantung menurut *New York Heart Association (NYHA)*

Kelas I : tidak ada keterbatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan dipsnea.

Kelas II : sedikit keterbatasan fisik. Merasa nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik biasa menyebabkan kelelahan atau dispnea.

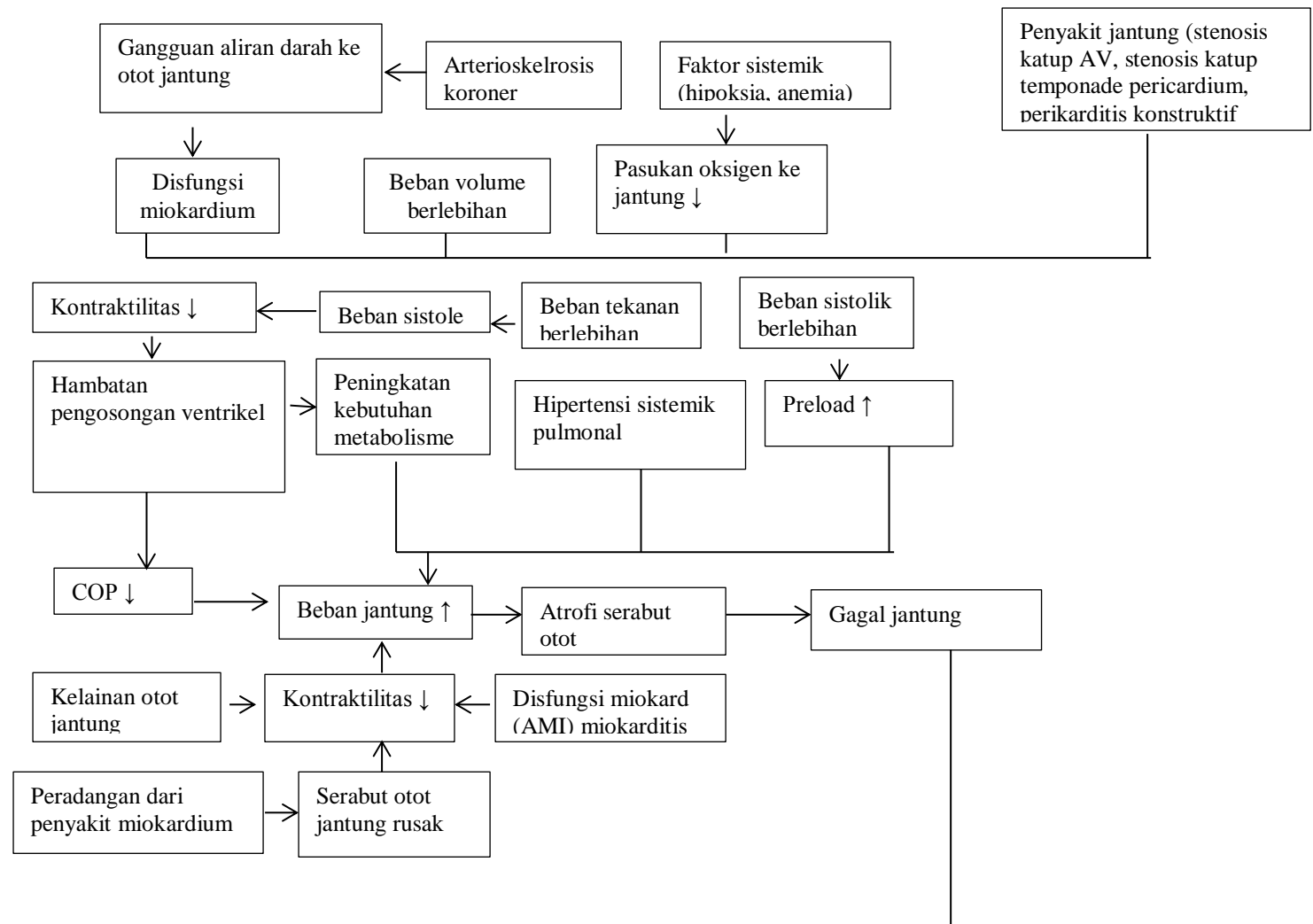
Kelas III : keterbatasan nyata aktivitas fisik tanda gejala. Gejala terjadi bahkan saat istirahat. Jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

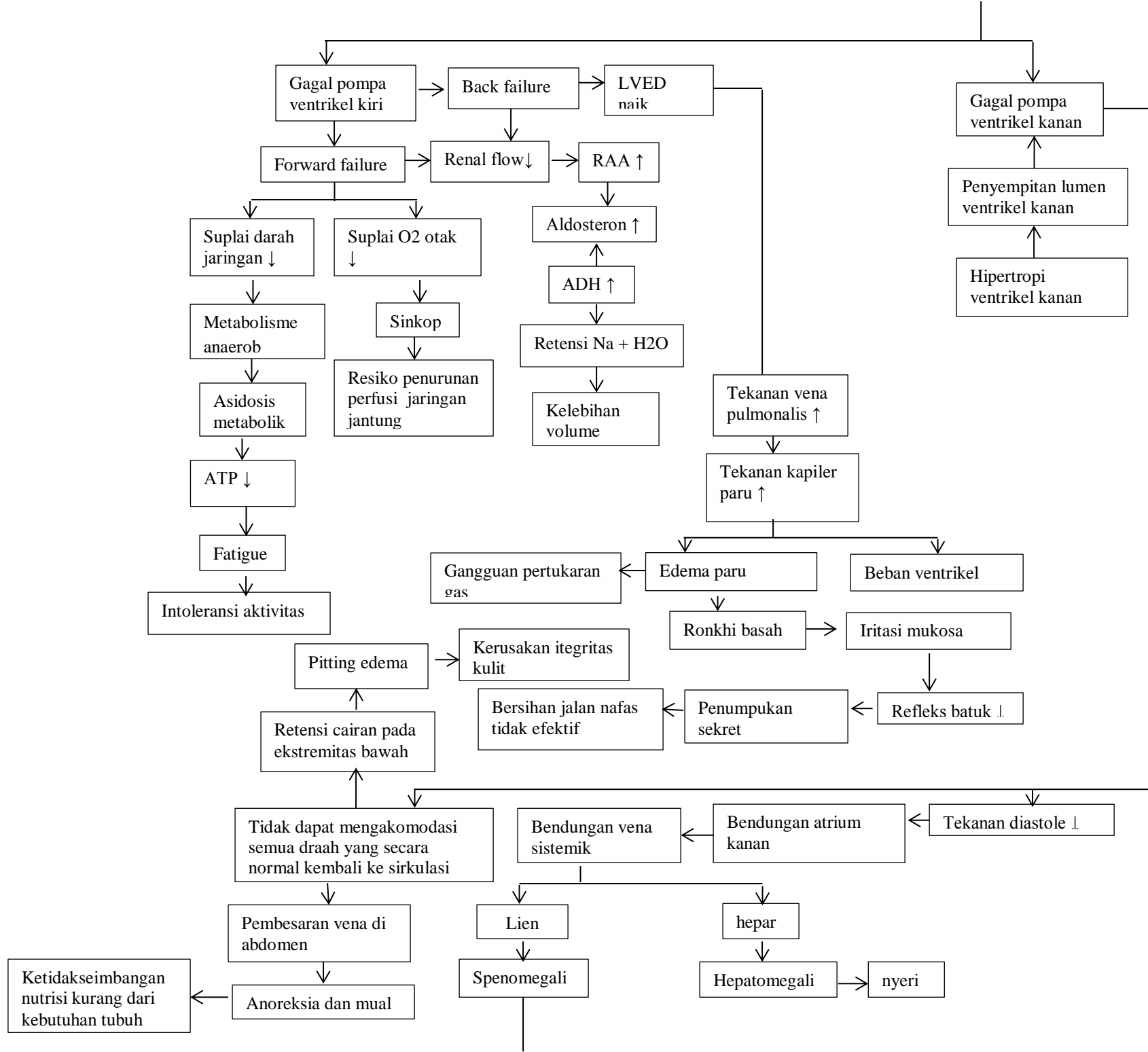
Kelas IV : tidak mampu melaksanakan aktivitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan pada saat istirahat, jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

## 2.1.12 Patofisiologi

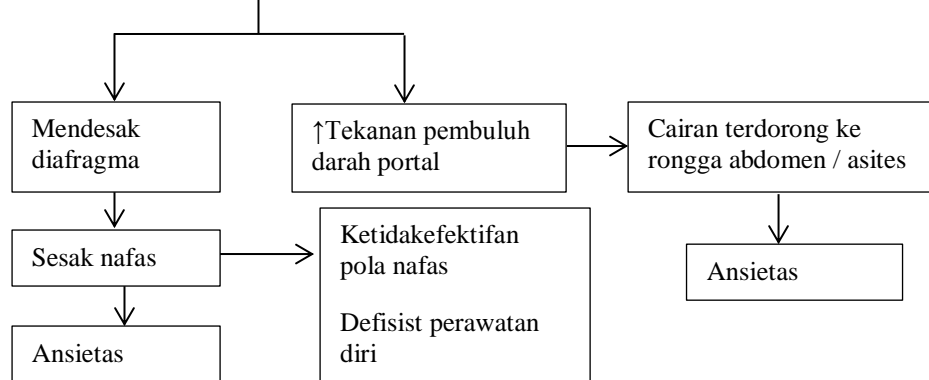
**Bagan 2.1**

### **Patofisiologi**





**\*sambungan**



*Sumber : Amin Huda, dkk 2016*

### **2.1.13 Pemeriksaan penunjang**

1. Elektro kardiogram (EKG)

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

2. Uji stress

Merupakan pemeriksaan non-invasif 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 transesofageal terhadap jantung)

4. Kateterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan 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 diuretik.

7. Oksimetri nadi

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

8. Analisa gas darah (AGD)

Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratori ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO<sub>2</sub> (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 hiperaktivitas tiroid sebagai pre pencetus gagal jantung.

#### **2.1.14 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi atas:

1. Terapi non-farmakologi yaitu antara lain perubahan gaya hidup, monitoring dan kontrol faktor resiko.

2. Terapi farmakologi terapi yang dapat diberikan antara lain golongan diuretik, *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEI), beta bloker, Angiotensin Receptor Bloker (ARB), glikosida jantung, vasodilator, agonis beta, serta biperidin.

## **2.2 Ketidakefektifan Pola Nafas**

### **2.2.1 Definisi**

Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat.

### **2.2.2 Batasan Karakteristik**

- a) Bradipnea.
- b) Dispnea .
- c) Fase ekspirasi memanjang.
- d) Ortopnea .
- e) Penggunaan otot bantu pernafasan.
- f) Penggunaan posisi tiga titik.
- g) Peningkatan diameter anterior posterior.
- h) Penurunan tekanan ekspirasi.
- i) Penurunan tekanan inspirasi.
- j) Penurunan ventilasi semenit.
- k) Pernafasan bibir.
- l) Pernafasan cuping hidung.
- m) Perubahan ekskursi dada.

- n) Pola nafas abnormal (misal., irama, frekuensi, kedalaman).
- o) Takipnea.

### **2.2.3 Faktor Yang Berhubungan**

- a) Ansietas.
- b) Cedera medula spinalis.
- c) Deformitas dinding dada.
- d) Deformitas tulang.
- e) Disfungsi neuromuskular.
- f) Gangguan muskuloskeletal.
- g) Gangguan neurologis (misal., elektroensefalogram (EEG) positif, trauma kepala, gangguan kejang).
- h) Hiperventilasi.
- i) Imaturitas neurologis.
- j) Keletihan.
- k) Keletihan otot pernafasan.
- l) Nyeri.
- m) Obesitas.
- n) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
- o) Sindrom hiperventilasi.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

#### a) Identitas dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

#### b) Pengkajian Primer

##### 1. Airways

- a. Sumbatan atau penumpukan secret
- b. Wheezing atau krekles

##### 2. Breathing

- a. Sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat
- b. RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal
- c. Ronchi, krekles
- d. Ekspansi dada tidak penuh
- e. Penggunaan otot bantu nafas

##### 3. Circulation

- a. Nadi lemah , tidak teratur
- b. Takikardi
- c. TD meningkat / menurun
- d. Edema
- e. Gelisah

- f. Akral dingin
- g. Kulit pucat, sianosis
- Output urine menurun

c) Pengkajian Sekunder

1. Keluhan utama

Keluhan yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan, meliputi dispnea, kelemahan fisik, dan edema sistemik.

2. Riwayat penyakit: hipertensi renal, angina, infark miokard kronis, diabetes melitus, bedah jantung, dan disritmia.

3. Riwayat diet: intake gula, garam, lemak, kafein, cairan, alcohol

4. Riwayat pengobatan: toleransi obat, obat-obat penekan fungsi jantung, steroid, jumlah cairan per-IV, alergi terhadap obat tertentu.

5. Pola eliminasi orine: oliguria, nokturia.

6. Merokok: perokok, cara/ jumlah batang per hari, jangka waktu Postur, kegelisahan, kecemasan

7. Faktor predisposisi dan presipitasi: obesitas, asma, atau COPD yang merupakan faktor pencetus peningkatan kerja jantung dan mempercepat perkembangan CHF.

#### d.) Pemeriksaan Fisik

##### 1. Keadaan umum

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

##### 2. Sistem pernafasan

Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda kongesti vaskular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nocturnal, paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut, distress pernafasan.

##### 3. Sistem Cardiovasuler

Inspeksi adanya parut paska pembedahan jantung lihat adanya dampak penurunan curah jantung. Selain gejala-gejala yang diakibatkan dan kongesi vaskular pulmonal, kegagalan ventrikel kiri juga dihubungkan dengan gejala tidak spesifik yang berhubungan dengan penurunan curah jantung. Klien dapat mengeluh lemah mudah lelah, apatis, letargi, kesulitan berkonsentrasi, defisit memori, dan penurunan toleransi latihan. Gejala ini mungkin timbul pada tingkat curah jantung rendah kronis dan merupakan keluhan utama klien.

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 ventrikel, dan peningkatan lanjut pada tekanan atrium kanan. Peningkatan tekanan ini sebaliknya memantul ke hulu vena kava dan dapat diketahui dengan peningkatan pada tekanan vena jugularis.

Oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan respon awal jantung terhadap stress, sinus takikardia mungkin di curigai dan sering ditemukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa jantung. Irama lain yang berhubungan dengan kegagalan pompa meliputi: Kontraksi atrium prematur, takikardia atrium paroksimal, dan denyut ventrikel prematur.

Perubahan nadi. Pemeriksaan denyut arteri selama gagal jantung menunjukkan denyut yang cepat dan lemah. Denyut jantung yang cepat atau takikardia, mencerminkan respon terhadap perangsangan saraf simpatis. Penurunan yang bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokonstriksi perifer mengurangi tekanan nadi (perbedaan antara tekanan sistolik dan diastolik) sehingga menghasilkan denyut yang lemah atau thready pulse. Hipotensi sistolik ditemukan pada gagal jantung yang lebih berat. Selain itu, pada gagal

jantung kiri yang berat dapat timbul pulsus alternans (suatu perubahan kekuatan denyut arteri). Pulsus alternans menunjukkan gangguan fungsi mekanis yang berat dengan berulangnya variasi denyut ke denyut pada curah sekuncup.

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan isi sekuncup.

Tanda fisik yang berkaitan dengan kegagalan ventrikel kiri dapat dikenali dengan mudah di bagian yang meliputi: bunyi jantung ketiga dan keempat (S3, S4) serta *creackles* pada paru-paru. S4 atau gallop atrium, mengikuti kontraksi atrium dan terdengar paling baik dengan bel stetoskop yang ditempelkan dengan tepat pada apeks jantung.

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

S3 atau gallop ventrikel adalah tanda penting dari gagal ventrikel kiri dan pada orang dewasa hampir tidak pernah ada



pada adanya penyakit jantung signifikan. Kebanyakan dokter akan setuju bahwa tindakan terhadap gagal kongestif di indikasikan dengan adanya tanda ini. S3 terdengar pada awal diastolik setelah bunyi jantung kedua (S2), dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Ini juga dapat didengar paling baik dengan bel stetoskop yang diletakkan tepat di apeks, dengan klien pada posisi lateral kiri dan pada akhir ekspirasi. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya didapatkan apabila penyebab gagal jantung karena kelainan katup. Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali).

#### 4. Sistem Pencernaan

Manifestasi klinis yang tampak meliputi biasanya, hepatomegali (pembesaran hepar), asites (penimbunan cairan didalam rongga peritoneum), anoreksia dan mual. Penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.

#### 5. Sistem Genitourinaria

Biasanya klien mengalami nokturia, serta edema genitalia. Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya

oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

#### 6. Sistem Endokrin

Adanya peningkatan jvp, distensi vena leher. Bisa saja terdapat pembesaran tyroid atau pun tidak.

#### 7. Sistem Persyarafan

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

#### 8. Sistem Integumen

Gagal depan pada ventrikel kiri menimbulkan tanda-tanda berkurangnya perfusi ke organ-organ. Oleh karena darah dialihkan dari organ-organ non-vital demi mempertahankan perfusi ke jantung dan otak, maka manifestasi paling dini dari gagal ke depan adalah berkurangnya perfusi organ seperti kulit dan otot-otot rangka. Kulit yang pucat dan dingin diakibatkan 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.

## 9. Sistem Muskuloskeletal

Edema sering dipertimbangkan sebagai tanda gagal jantung yang dapat dipercaya. Tentu saja ini sering ada bila ventrikel kanan telah gagal. Setidaknya hal ini merupakan tanda yang dapat dipercaya dari disfungsi ventrikel. Manifestasi klinis yang tampak meliputi edema ekstremitas bawah (edema depended), yang biasanya merupakan pitting edema, penambahan berat badan, serta kelemahan. 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. Edema sakral sering jarang terjadi pada klien yang berbaring lama, karena daerah sakral menjadi daerah yang dependen. Pitting edema adalah edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari. Adanya edema ekstremitas menandakan adanya retensi cairan yang parah.

### e.) Pemeriksaan Diagnostik

- Ekokardiografi
- Rontgen dada
- Elektrokardiografi

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Dalam buku Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan patofisiologi dan dari pengkajian, diagnosis keperawatan utama untuk klien gagal jantung adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot-otot pernafasan, disfungsi neuromuscular, sindrom hipoventilasi.
3. Gangguan pertukaran gas.
4. Nyeri akut.
5. Resiko penurunan perfusi jaringan jantung.
6. Kelebihan volume cairan.
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan atau dispnea akibat turunya curah jantung.
8. Kerusakan integritas kulit.
9. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
10. Defisit perawatan diri : Mandi / kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan.
11. Ansietas berhubungan dengan kesulitan nafas dan kegelisahan akibat oksigenasi yang tidak adekuat.

( Amin Huda dan Hardhi Kusuma, 2016)

### 2.3.3 Rencana Intervensi

#### a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

**Tabel 2.1**

**Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</p> <p>Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara nafas tambahan</li> <li>• Perubahan frekuensi nafas</li> <li>• Perubahan irama nafas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>• Penurunan bunyi nafas</li> <li>• Dypsneu</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>• Batuk yang tidak efektif</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul> <p>Faktor- faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peroko pasif</li> <li>• Mengisap asap</li> <li>• Merokok</li> </ul> </li> <li>• Obstruksi jalan nafas : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spasme jalan nafas.</li> <li>• Mokus dalam jumlah berlebihan</li> <li>• Eksudat dalam jalan</li> </ul> </li> </ul>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratory status : ventilasi</li> <li>• Respiratory status : Airway patency.</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>• Menunjukkan jalan nafas yang paten ( klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</li> <li>• Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Airway suction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>• Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>• Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>• Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal.</li> <li>• Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> <li>• Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.</li> <li>• Monitor status oksigen klien.</li> <li>• Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction.</li> <li>• Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2 , dll.</li> </ul> <p>Airway Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.</li> <li>- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>- Pasang mayo bila perlu</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materi asing dalam jalan nafas</li> <li>• Adanya jalan nafas buatan</li> <li>• Sekresi bertahan / sisa sekresi</li> <li>• Sekresi dalam bronki</li> <li>• Fisiologis : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jalan nafas alergik</li> <li>• Asma</li> <li>• Penyakit paru obstruksi kronik</li> <li>• Hiperplasi dinding bronkial</li> <li>• Infeksi</li> <li>• Disfungsi neuromuskular</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>- Lakukan suction pada mayo</li> <li>- Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>- Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab</li> <li>- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>- Monitor respirasi dan status O2</li> </ul>
--	--

Sumber : Amin Huda, dkk 2016

- b. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot-otot pernafasan, disfungsi neuromuscular, sindrom hipoventilasi.

**Tabel 2.2**

**Intervensi Ketidakefektifan pola nafas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pola nafas  Definisi : inspirasi dan / atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi.  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara nafas tambahan</li> <li>• Perubahan frekuensi nafas</li> <li>• Perubahan irama nafas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> </ul>	NOC : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratory status : ventilasi</li> <li>• Respiratory status : Airway patency.</li> <li>• Vital sign status.</li> </ul> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas</li> </ul>	NIC  Airway management <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu..</li> <li>• Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> <li>• Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.</li> <li>• Pasang mayo bila perlu.</li> <li>• Lakukan fisioterapi dada bila perlu.</li> <li>• Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.</li> </ul>

- 
- Penurunan bunyi nafas
  - Dipsneu
  - Sputum dalam jumlah yang berlebihan
  - Batuk yang tidak efektif
  - Orthopneu
  - Gelisah
  - Mata terbuka lebar
- Faktor- faktor yang berhubungan :
- Lingkungan
    - Peroko pasif
    - Mengisap asap
    - Merokok
  - Obstruksi jalan nafas :
    - Spasme jalan nafas.
    - Mokus dalam jumlah berlebihan
    - Eksudat dalam jalan alveoli
    - Materi asing dalam jalan nafas
    - Adanya jalan nafas buatan
    - Sekresi bertahan / sisa sekresi
    - Sekresi dalam bronki
  - Fisiologis :
    - Jalan nafas alergik
    - Asma
    - Penyakit paru obstruksi kronik
    - Hiperplasi dinding bronkial
    - Infeksi
    - Disfungsi neuromuskular
- dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- Menunjukkan jalan nafas yang paten ( klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
  - Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.
- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.
  - Lakukan suction pada mayo.
  - Berikan bronkodilator bila perlu.
  - Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab.
  - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
  - Monitor respirasi dan O<sub>2</sub>.
- Oxygen Therapy
- Bersihkan mulut, hidung dan sekret trakea.
  - Pertahan jala nafas yang paten.
  - Atur peralatan aksigen.
  - Monitor aliran oksigen.
  - Pertahankan posisi pasien.
  - Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi.
  - Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.
- Vital sign monitoring
- Monitor Td, nadi, suhu, dan RR.
  - Catat adanya flukstasi tekanan darah monitor VS saart pasien berbaring, duduk, atau berdiri.
  - Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan.
  - Monitor dari kualitas nadi
  - Monitor frekuensi dan irama pernafasan.
  - Monitor suara paru.
  - Monitor pola pernafasan abnormal.
  - Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.
  - Monitor sianosis perifer.
  - Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, takikardi, peningkatan sistolik).
  - Indentifikasi penyebab dari perubahan Vital sign.
- 

*Sumber : Amin Huda, dkk 2016*

c. Gangguan pertukaran gas.

**Tabel 2.3**

**Intervensi Gangguan Pertukaran Gas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan pertukaran gas.</p> <p>Definisi : kelebihan atau defisit pada oksigenasi dan / atau eliminasi karbokdioksida pada membran alveolar-kapiler.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pH darah arteri abnormal.</li> <li>• pH arteri abnormal</li> <li>• pernafasan abnormal ( misalkan: kecepatan, irama, kedalaman)</li> <li>• warna kulit abnormal ( misal : pucat, kehitaman)</li> <li>• konfusi</li> <li>• sianosis ( pda neonatus saja).</li> <li>• Penurunan karbokdioksida.</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Dipsnea.</li> <li>• Sakit kepala saat bangun.</li> <li>• Hiperkapnia.</li> <li>• Hipoksemia.</li> <li>• Hipoksia.</li> <li>• Iritabilitas.</li> <li>• Nafas cuping hidung.</li> <li>• Gelisah.</li> <li>• Samnolen.</li> <li>• Takikardi</li> <li>• Gangguan penglihatan.</li> </ul>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratory status : Gas exchange.</li> <li>• Respiratory status : Ventilation.</li> <li>• Vital sign status.</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat</li> <li>• Memelihara kebersihan paru-paru bebas dari tanda-tanda distress pernafasan.</li> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>• Tanda-tanda vital dalam rentang normal.</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Airway management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu..</li> <li>• Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi..</li> <li>• Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.</li> <li>• Pasang mayo bila perlu.</li> <li>• Lakukan fisioterapi dada bila perlu.</li> <li>• Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.</li> <li>• Auskultasi sura nafas, catat adanya suara tambahan.</li> <li>• Lakukan suction pada mayo.</li> <li>• Berikan bronkodilator bila perlu.</li> <li>• Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab.</li> <li>• Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Monitor respirasi dan O2.</li> </ul> <p>Respiratory monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor rat-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi.</li> <li>- Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supravivicular dan intercostal.</li> <li>- Monitor suara nafas, seperti dengkur.</li> <li>- Monitor pola nafas : bradipnea, takipnea, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot.</li> <li>- Catat lokasi trakea</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan.</li> </ul>



Faktor – faktor yang berhubungan :	- Tentukan kebutuhan suction dengan mengaukultasi crackles dan ronkhi pada jalan nafas utama.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• perubahan membran alveolar-kapiler.</li> <li>• Ventilasi perfusi.</li> </ul>	- Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya.

Sumber : Amin Huda, dkk 2016

d. Nyeri akut.

**Tabel 2.4**

**Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung &lt;6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan selera makan</li> <li>- Perubahan tekanan darah</li> <li>- Perubahan frekwensi jantung</li> <li>- Perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>- Laporan isyarat</li> <li>- Diaforesis</li> <li>- Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</li> <li>- Mengekspresikan perilaku</li> </ul>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pain Level,</li> <li>- Pain control</li> <li>- Comfort level</li> </ul> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>- Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>- Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>- Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>- Ajarkan tentang tehnik non farmakologi</li> </ul>

<p>(mis, gelisah, merengek, menangis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</li> <li>- Sikap melindungi area nyeri</li> <li>- Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>- Indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>- Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>- Sikap tubuh melindungi</li> <li>- Dilatasi pupil</li> <li>- Melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>- Gangguan tidur</li> </ul> <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>- Tingkatkan istirahat</li> <li>- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li> </ul> <p>Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>- Cek riwayat alergi</li> <li>- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li> </ul>
---	---

*Sumber : Amin Huda, dkk 2016*

e. Resiko penurunan perfusi jaringan jantung

**Tabel 2.5**

**Resiko Penurunan Perfusi Jaringan Jantung**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko penurunan perfusi jaringan jantung.	NOC - Cardiac effectinveness - Circulation status.	NIC Cardiac care - evaluasi adanya nyeri dada (

Definisi : resiko penurunan sirkulasi jantung (koroner)..	- Vital sign status.	intesitas, lokasi, durasi)
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil :	
- Pil kontrasepsi.	- Tekanan systole dan dyastole dalam rentang yang diharapkan.	- catat adanya disritmia jantung.
- Pembedahan jantung.	- CVP dalam batas normal.	- Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output.
- Tamponade jantung.	- Nadi perifer kuat dan simetris.	- Monitor status kardiovaskuler.
- Spasme arteri koroner.	- Tidak ada edema perifer dan asites.	- Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung.
- Kurang pengetahuan tentang faktor risiko yang dapat diubah ( misal : merokok, gaya hidup monoton, obesitas )	- Denyut jantung, AGD, ejeksi fraksi dalam batas normal.	- Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi.
- Diabetes mellitus.	- Bunyi jantung abnormal tidak ada.	- Monitor balance cairan.
- Peningkatan protein C-reaktif.	- Nyeri dada tidak ada	- Monitor adanya perubahan tekanan darah.
- Riwayat penyakit arteri koroner keluarga.	- kelelahan yang ekstim tidak ada.	- Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia.
- Hiperlipidemia.		- Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan.
- Hipertensi.		- Monitor toleransi aktivitas klien.
- Hipovolemia.		- Monitor adanya dypneu, fatigue, takipneu, dan ortopneu.
- Hipoksemia.		- Anjurkan untuk menurunkan stress.
- Hipoksia.		
- Penyalahgunaan zat.		
		Fluid Management
		- Timbang popok / pembalut jika diperlukan.
		- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
		- Pasang urine kateter jika diperlukan.
		- Monitor status hidrasi ( kelembaban mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.
		- Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin).
		- Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP.
		- Monitor vital sign sesuai indikasi penyakit.
		- Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan ( crackles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)
		- Monitor berat pasien sebelum dan sesudah dialisis.
		- Kaji lokasi dan luas edema.
		- Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian.
		- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi cairan sesuai program.
		- Monitor status nutrisi.
		- Kolaborasi pemberian diuretik sesuai program.
		- Berikan cairan IV pada suhu

---

ruangan.

- Dorong masukan oral.
- Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.
- Dorong keluarga untuk membantu klien makan.
- Tawarkan snack ( jus buah, buah segar).
- Batasi masukan cairan keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na > 130 mEq/l
- Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit.
- Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.
- Atur kemungkinan transfusi

#### Fluid Monitoring

- Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi.
- Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidakseimbangan cairan ( Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll)
- Monitor berat badan.
- Monitor serum dan elektrolit urine.
- Monitor serum dan osmolalitas urine.
- Monitor BP, HR, dan RR.
- Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.
- Monitor parameter hemodinamik infasif.
- Catat secara aktual intake dan output.
- Monitor membran mukosa dan turgor kulit, serta rasa haus.
- Catat monitor warna, jumlah urine.
- Monitor adanya distensi leher, rinchi edema perifer dan penambahan BB.
- Monitor tanda gejala dari edema.
- Beri cairan sesuai keperluan.
- Kolaborasi pemberian obat yang dapat meningkatkan output urine.
- Lakukan hemoialisis bila perlu dan catat respons klien.

#### Vital sign monitoring

- Monitor Td, nadi, suhu, dan RR.
  - Catat adanya fluktuasi tekanan darah monitor VS saat pasien berbaring,
-

- 
- duduk, atau berdiri.
  - Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan.
  - Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas.
  - Monitor kualitas dari nadi
  - Monitor adanya pulsus paradoksus.
  - Monitor adanya pulsus alterans.
  - Monitor jumlah dan irama jantung
  - Monitor bunyi jantung.
  - Monitor frekuensi dan irama pernafasan.
  - Monitor suara paru.
  - Monitor pola pernafasan abnormal.
  - Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.
  - Monitor sianosis perifer.
  - Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, takikardi, peningkatan sistolik).
  - Identifikasi penyebab dari perubahan Vital sign
- 

*Sumber : Amin Huda, dkk 2016*

---

f. Kelebihan Volume Cairan

**Tabel 2.6**

**Intervensi Kelebihan Volume Cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan volume cairan.	NOC	NIC
Definisi : peningkatan retensi cairan isotonik.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektrolit and acid base balance.</li> <li>- Fluid balance.</li> <li>- Hydration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Timbang popok / pembalut jika diperlukan.</li> <li>- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.</li> </ul>
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas adventisus.</li> <li>- Gangguan elektrolit.</li> <li>- Anasarka.</li> <li>- Ansietas.</li> <li>- Azotemia.</li> <li>- Perubahan tekanan darah.</li> <li>- Perubahan status mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terbebas dari edema, efusi, anasarka.</li> <li>- Bunyi nafas bersih, tidak ada dypneu / ortopneu</li> <li>- Terbebas dari distensi vena jugularis, refleks hepatojugular (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang urine kateter jika diperlukan.</li> <li>- Monitor status hidrasi ( kelemban mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.</li> <li>- Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin).</li> </ul>

- 
- Perubahan pola pernafasan.
  - Penurunan hematokrit
  - Penurunan hemoglobin.
  - Dipsnea..
  - Edema.
  - Peningkatan tekanan vena sentral.
  - Asupan melebihi keluaran.
  - Distensi vena jugularis.
  - Oliguria.
  - Ortopnea.
  - Efusi pleura.
  - Refleksi hepatojugular positif.
  - Perubahan tekanan arteri pulmonal.
  - Kongesti pulmonal.
  - Gelisah.
  - Perubahan berat jenis urine.
  - Bunyi jantung S3.
  - Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat.
- Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal.
  - Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan.
  - Menjelaskan kelebihan indikator kelebihan cairan.
- Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP.
  - Monitor vital sign sesuai indikasi penyakit.
  - Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan ( crackles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)
  - Monitor berat pasien sebelum dan sesudah dialisis.
  - Kaji lokasi dan luas edema.
  - Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian.
  - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi cairan sesuai program.
  - Monitor status nutrisi.
  - Kolaborasi pemberian diuretik sesuai program.
  - Berikan cairan IV pada suhu ruangan.
  - Dorong masukan oral.
  - Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.
  - Dorong keluarga untuk membantu klien makan.
  - Tawarkan snack ( jus buah, buah segar).
  - Batasi masukan cairan keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na > 130 mEq/l
  - Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit.
  - Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.
  - Atur kemungkinan transfusi

Faktor yang berhubungan :

- Gangguan mekanisme regulasi.
- Kelebihan asupan cairan.
- Kelebihan asupan natrium.

#### Fluid Monitoring

- Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi.
  - Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidakseimbangan cairan ( Hipertemia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll)
  - Monitor berat badan.
  - Monitor serum dan elektrolit urine.
  - Monitor serum dan osmolalitas urine.
  - Monitor BP<HR, dan RR.
  - Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.
-

- Monitor parameter hemodinamik infasif.
- Catat secara aktual intake dan output.
- Monitor membran mukosa dan turgor kulit, serta rasa haus.
- Catat monitor warna, jumlah urine.
- Monitor adanya distensi leher, rinchi edema perifer dan penambahan BB.
- Monitor tanda gejala dari edema.

*Sumber : Amin Huda, dkk 2016*

- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan atau  
dipsnea akibat turunnya curah jantung.

**Tabel 2.7**

**Intervensi Intoleransi aktivitas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Intoleransi aktivitas.</p> <p>Definisi : ketidakcukupan energi psikologis atau fisisologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas.</li> <li>- Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas.</li> <li>- Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia.</li> <li>- Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia.</li> <li>- Ketidaknyamanan setelah beraktivitas.</li> <li>- Dipsnea setelah</li> </ul>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energy conservation.</li> <li>• Activity tolerance.</li> <li>• Self Care : ADLs</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.</li> <li>• Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.</li> <li>• Tanda-tanda vital normal.</li> <li>• Energy psikomotor.</li> <li>• Level kelemahan.</li> <li>• Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat.</li> <li>• Status kardiopulmonari adekuat.</li> <li>• Sirkulasi status baik.</li> <li>• Status respirasi :</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Activity Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.</li> <li>• Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</li> <li>• Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi &amp; sosial.</li> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</li> <li>• Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.</li> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.</li> <li>• Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>• Bantu klien / keluarga untuk</li> </ul>

beraktivitas. - Menyatakan merasa letih. - Menyatakan merasa lemah. Faktor – faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirah baring atau imobilisasi.</li> <li>• Kelemahan umum.</li> <li>• Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</li> <li>• Imobilitas.</li> <li>• Gaya hidup monoton</li> </ul>	pertukaran gas dan ventilasi adekuat.	mengidentifikasi kekeurangan dalam beraktivitas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.</li> <li>• Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.</li> <li>• Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual.</li> </ul>
--	---------------------------------------	---

Sumber : Amin Huda, dkk 2016

#### h. Kerusakan integritas kulit

**Tabel 2.8**

### **Intervensi Kerusakan Integritas Kulit**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kerusakan integritas kulit.  Definisi : perubahan / gangguan epidermis dan / atau dermis..  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan lapisan kulit (dermis).</li> <li>- Gangguan permukaan kulit (epidermis).</li> <li>- Invasi struktur tubuh.</li> </ul> Faktor – faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksternal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zat kimia, radiasi</li> <li>• Usia yang ekstrim.</li> <li>• Kelembapan.</li> <li>• Hipertemia, hipotermia.</li> <li>• Faktor mekanik ( misal : gaya gunting</li> </ul> </li> </ul>	NOC : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tissue integrity : skin and</li> <li>• Mucous membranes.</li> <li>• Hemodyalisis akses.</li> </ul> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi).</li> <li>• Tidak ada luka / lesi pada kulit.</li> <li>• Perfusi jaringan baik.</li> <li>• Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.</li> <li>• Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan</li> </ul>	NIC Pressure management <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.</li> <li>• Hindari kerutan pada tempat tidur.</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.</li> <li>• Mobilisasi klien ( ubah posisi klien) setiap dua jam sekali.</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada darah tertekan.</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi klien.</li> <li>• Memandikan klien dengan sabun dan air hangat.</li> </ul> Insision site care <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang</li> </ul>



[shearing forces])	perawatan alami.	ditutup dengan jahitan, klip atau staples.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikasi.</li> <li>• Lembab</li> <li>• Imobilitasi fisik.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor proses kesembuhan area insisi.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan status cairan.</li> <li>• Perubahan pigmentasi.</li> <li>• Perubahan turgor.</li> <li>• Faktor perkembangan.</li> <li>• Kondisi ketidakseimbangan nutrisi (misal : obesitas, emasi)</li> <li>• Penurunan imunologis.</li> <li>• Penurunan sirkulasi.</li> <li>• Kondisi gangguan metabolik.</li> <li>• Gangguan sensasi.</li> <li>• Tonjolan tulang.</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi.</li> <li>• Bersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril.</li> <li>• Gunakan preparat antiseptik, sesuai program.</li> <li>• Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program.</li> </ul>

Sumber : Amin Huda dkk, 2016

i. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

**Tabel 2.9**

**Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik  Batasan karakteristik : - Kram abdomen	NOC - Nutritional Status : - Nutritional Status : food and Fluid Intake - Nutritional Status: nutrient Intake - Weight control  Kriteria Hasil: - Adanya peningkatan berat	NIC Nutrition Management - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C

- 
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri abdomen</li> <li>- Menghindari makanan</li> <li>- Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>- Kerapuhan kapiler</li> <li>- Diare</li> <li>- Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>- Bising usus hiperaktif</li> <li>- Kurang makanan</li> <li>- Kurang informasi</li> <li>- Kurang minat pada makanan</li> <li>- Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</li> <li>- Kesalahan konsepsi</li> <li>- Kesalahan informasi</li> <li>- Mambran mukosa pucat</li> <li>- Ketidakmampuan memakan makanan</li> <li>- Tonus otot menurun</li> <li>- Mengeluh gangguan sensasi rasa</li> <li>- Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)</li> <li>- Cepat kenyang setelah makan</li> <li>- Sariawan rongga mulut</li> <li>- Steatorea</li> <li>- Kelemahan otot pengunyah</li> <li>- Kelemahan otot untuk menelan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>badan sesuai dengan tujuan</li> <li>- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan substansi gula</li> <li>- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul> |
|--|---|---|

Nutrition Monitoring

- BB pasien dalam batas normal
- Monitor adanya penurunan berat badan
- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
- Monitor lingkungan selama makan
- Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi
- Monitor turgor kulit
- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
- Monitor mual dan muntah
- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
- Monitor pertumbuhan dan perkembangan
- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
- Monitor kalori dan intake nutrisi
- Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet

Faktor Yang Berhubungan:

- Faktor biologis
- Faktor ekonomi
- Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien
- Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Faktor psikologis

---

*Sumber : Amin Huda dkk, 2016*

- j. Defisit Perawatan Diri : Mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan.

**Tabel 2.10**

**Intervensi Defisit Perawatan Diri**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>- Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>- Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>- Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>- Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>- Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul> <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan kognitif</li> <li>- Penurunan motivasi</li> <li>- Kendala lingkungan</li> <li>- Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>- Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>- Gangguan muskuloskeletal</li> <li>- Gangguan neuro muskular</li> <li>- Nyeri</li> <li>- Gangguan persepsi</li> <li>- Ansietas berat</li> </ul>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activity Intolerance</li> <li>- Mobility: physical Impaired</li> <li>- Self Care Deficit Hygiene</li> <li>- Sensory perception, Auditory disturbed.</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>- Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>- Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>- Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>- Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</li> <li>- Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>- Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>- Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>- Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>- Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>- Memfasilitasi gigi pasien menyikat</li> <li>- Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</li> <li>- Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>- Memantau integritas kulit pasien</li> <li>- Menjaga kebersihan ritual</li> <li>- Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan,</li> </ul>

merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai
- Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa
- Membersihkan dan mengeringkan tubuh	- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.
- Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	

*Sumber : Amin Huda dkk, 2016*

- k. Ansietas berhubungan dengan kesulitan nafas dan kegelisahan akibat oksigenasi yang tidak adekuat.

**Tabel 2.11**

**Intervensi Ansietas**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Ansietas</p> <p>Definisi : perasaan tidak nyaman atau kekawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak di ketahui oleh individu), perasaan takut yang di sebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku</li> </ul>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anxiety level.</li> <li>- Sosial anxiety level.</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.</li> <li>- Mengidentifikasi dan mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas.</li> <li>- Vital sign dalam batas normal.</li> <li>- Postur tubuh , ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.</li> </ul>	<p>NIC</p> <p>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>- Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku klien.</li> <li>- Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur .</li> <li>- Pahami prespektif klien terhadap situasi stres.</li> <li>- Temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.</li> <li>- Dorong keluarga untuk menemani anak.</li> <li>- Lakukan back / neck rub.</li> <li>- Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>- Identifikasi tingkat kecemasan.</li> <li>- Bantu pasien mengenal situasi yang mengenal situasi yang menimbulkan</li> </ul>

- Penurunan produktivitas.
- Gerakan yang irelevan.
- Gelisah.
- Melihat sepintas.
- Insomnia.
- Kontak mata yang buruk
- Mengekspresikan kekawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup.
- Agitasi.
- Mengintai.
- Tampak waspada
- Affektif
  - Gelisah, distress
  - Kesedihan yang mendalam
  - Ketakutan.
  - Perasaan tidak adekuat.
  - Berfokus pada diri sendiri.
  - Peningkatan kewaspadaan.
  - Iritabilitas.
  - Gugup senang berlebihan.
  - Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan.
  - Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten.
  - Bingung, menyesal.
  - Ragu / tidak percaya diri.
  - Khawatir.
- Fisiologis
  - Wajah tegang, tremor tangan.
  - Peningkatan keringat.
  - Peningkatan ketegangan.
  - Gemetar, tremor
  - Suara bergetar.
- Simpatik
  - Anoreksia.
  - Eksitasi kardiovaskular.
  - Diare, mulut kering.

kecemasan.

- Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.
- Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.
- Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

#### Relaxation therapy

- Jelaskan alasan untuk relaksasi dan manfaat, batas, dan jenis relaksasi yang tersedia.
- Menciptakan lingkungan yang tenang dengan cahaya redup dan suhu yang nyaman mungkin.
- Ajak pasien untuk bersantai dan membiarkan sensasi terjadi.
- Menunjukkan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien.

- 
- Wajah memerah.
  - Jantung berdebar-debar.
  - Peningkatan tekanan darah.
  - Peningkatan denyut nadi.
  - Peningkatan refleksi.
  - Peningkatan frekuensi pernafasan, pupil melebar.
  - Kesulitan bernafas.
  - Vasokonstriksi supervisial.
  - Lemah, kedutan pada otot.
- Parasimpatik
- Nyeri abdomen.
  - Penurunan tekanan darah.
  - Penurunan denyut nadi.
  - Diare, mual, vertigo.
  - Lelah, gangguan tidur.
  - Kesemutan pada ekstremitas.
  - Sering berkemih.
  - Anyang-anyangan.
  - Dorongan segera berkemih.
- Kognitif
- Menyadari gejala fisiologi.
  - Bloking pikiran, konfusi.
  - Penurunan lapang persepsi.
  - Kesulitan berkonsentrasi.
  - Penurunan kemampuan belajar.
  - Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah.
  - ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik.
  - Lupa, gangguan perhatian.
  - Kawatir, melamun.
  - Cenderung menyalahkan orang lain.
-

---

Faktor Yang Berhubungan :

- Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran).
- Pemajanan toksin.
- Terkait keluarga.
- Herediter.
- Infeksi / kontaminan interpersonal.
- Penularan penyakit interpersonal.
- Krisis maturasi, krisis situasional.
- Stres, ancaman kematian.
- Penyalahgunaan zat.
- Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran, konsep diri)
- Konflik tidak disadari mengenai tujuan penting hidup.
- Konflik tidak disadari mengenai nilai yang esensial / penting.
- Kebutuhan yang tidak dipenuhi.

---

*Sumber : Amin Huda dkk, 2016*

#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan klien. (Reeder, 2009)

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

a. NOC :

Respiratory status : ventilasi

Respiratory status : Airway patency.

Kriteria hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten ( klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

b. NOC :

Respiratory status : ventilasi

Respiratory status : Airway patency.

Vital sign status.

Kriteria hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)



2. Menunjukkan jalan nafas yang paten ( klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

c. NOC :

Respiratory status : Gas exchange.

Respiratory status : Ventilation.

Vital sign status.

Kriteria hasil :

1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
2. Memelihara kebersihan paru-paru bebas dari tanda-tanda distress pernafasan.
3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu ( mampu mengelaarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal.

d. NOC :

Pain Level.

Pain control.

Comfort level.

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan.
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

e. NOC

Cardiac Pump effectiveness

Circulation status.

Vital sign status.

Kriteria Hasil :

1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan.
2. CVP dalam batas normal.
3. Nadi perifer kuat dan simetris.
4. Tidak ada edema perifer dan asites.
5. Denyut jantung, AGD, ejeksi fraksi dalam batas normal.

6. Bunyi jantung abnormal tidak ada.

7. Nyeri dada tidak ada

8. kelelahan yang ekstrim tidak ada.

f. NOC

Elektrolit and acid base balance.

Fluid balance.

Hydration.

Kriteria Hasil :

1. Terbebas dari edema, efusi, anasarka.

2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dypneu / ortopneu

3. Terbebas dari distensi vena jugularis, refleks  
hepatojugular (+)

4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru,  
output jantung dan vital sign dalam batas normal.

5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan.

6. Menjelaskan kelebihan indikator kelebihan cairan.

g. NOC :

Energy conservation.

Aktivity tolerance.

Self Care : ADLs

Kriteria hasil :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai  
peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.

2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.
3. Tanda-tanda vital normal.
4. Energy psikomotor.
5. Level kelemahan.
6. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat.
7. Status kardiopulmonari adekuat.
8. Sirkulasi status baik.
9. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

h. NOC :

Tissue integrity : skin and

Mucous membranes.

Hemodyalisis akses.

Kriteria hasil :

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi).
2. Tidak ada luka / lesi pada kulit.
3. Perfusi jaringan baik.
4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang.
5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.

i. NOC

Nutritional Status :

Nutritional Status : food and Fluid Intake

Nutritional Status: nutrient Intake

Weight control

Kriteria Hasil:

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

j. NOC

Activity Intolerance

Mobility: physical Impaired

Self Care Deficit Hygiene

Sensory perception, Auditory disturbed.

Kriteria hasil :

1. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi

2. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu
3. Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
4. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
5. Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh
8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.

k. NOC

Anxiety level.

Sosial anxiety level.

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.

2. Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas.
3. Vital sign dalam batas normal.
4. Postur tubuh , ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.