

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE*

Firly Rahmatiana¹, Hertuida Clara²

1. Program Diploma tiga Keperawatan, Akademi Keperawatan Pasar Rebo
2. Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Akademi Keperawatan Pasar Rebo
Jl. Tanah Merdeka No. 16-18 Jakarta Timur

Email: firlyrahmatiana99@gmail.com

Abstrak

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung merupakan sindrom klinis atau sekumpulan tanda dan gejala ditandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruh tubuh secara adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung. Biasanya akan ditemukan tanda dan gejala seperti sesak nafas saat beraktifitas ataupun istirahat, merasa cepat lelah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongesti paru, edema tungkai, dan adanya abnormalitas dari struktur dan fungsi jantung (Marulam M, 2015). Menurut LeMone (2012) akibat lanjut dari penyakit gagal jantung secara cepat berpengaruh terhadap kekurangan penyediaan darah, sehingga menyebabkan kematian sel akibat kekurangan oksigen yang dibawa dalam darah itu sendiri. Tujuan yang ingin dicapai dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan klien dengan CHF. Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif atau gambaran suatu kasus. Masalah keperawatan antara lain: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard; perubahan structural, dan kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air. Empat diagnosa keperawatan belum teratasi karena jantung kongestif merupakan penyakit jantung stadium akhir yang bersifat irreversible dimana jantung tidak akan dapat kembali pulih seperti semula.

Kata kunci : asuhan keperawatan, gagal jantung kongestif, oksigenasi

Abstract

CHF or Congestive Heart Failure is a clinical syndrome or a set of signs and symptoms are characterized by shortness of wicked breath and fatik (at nest or during activity). This cause by the inability of the heart to pump blood throughout the body, due to structural and functional disorders of the heart. Moreover, signs and symptoms will be found like shortness of breath at rest or during activity, feeling tired, not powerful, water retention such as pulmonary congestion. Leg edema, and abnormalities of heart structure and function (Marulam M, 2015). According to LeMone (2012), the consequences of heart failure quickly affect the lack of blood supply, thus causing cell death due to lack of oxygen carried in the blood it self. The goals of this research is to get real experience in nursing care for the patient. The method in this research is descriptive method or description of a case. The nursing problems in the form of cleaning the airway is not effective, in effective airway clearence associated with increased sputum production, decreased cardiac output associated with changes in myocardial contractility, structural changes, excess fluid volume is associated with retention. Four nursing diagnoses have not been resolved because congestive heart disease is an end-stage heart disease that is irreversible where the heart will not be able to recover as before

Keywords: nursing process, congestive Heart Failure (CHF), oxigenation

Pendahuluan

Jantung merupakan salah satu organ terpenting dalam tubuh manusia, apabila jantung tidak bisa berfungsi secara normal untuk memompa darah keseluruh tubuh dan menyuplai kebutuhan metabolisme tubuh maka sangat berbahaya bagi tubuh yang dapat menyebabkan kematian. Akibat dari perubahan gaya hidup, peningkatan konsumsi kalori, lemak dan garam, merokok serta penurunan aktivitas menyebabkan peningkatan insiden penyakit jantung. Salah satu penyakit yang menyerang sistem kardiovaskular yaitu gagal jantung kongestif. *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung merupakan sindrom klinis atau sekumpulan tanda dan gejala ditandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruh tubuh selama adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Marulam M, 2015). Menurut LeMone (2012) akibat lanjut dari penyakit gagal jantung secara cepat berpengaruh terhadap kekurangan penyediaan darah, sehingga menyebabkan kematian sel akibat kekurangan oksigen yang dibawa dalam darah itu sendiri. Kurangnya suplay oksigen keotak (*Cerebral Hypoxia*), menyebabkan seseorang

kehilangan kesadaran dan berhenti bernafas dengan tiba-tiba yang bisa berakibat pada keadaan terburuk yaitu kematian. Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) terjadi peningkatan angka kematian akibat gagal jantung, 17,5 juta kasus terjadi pada tahun 2012, 23 juta kasus terjadi pada tahun 2014 dan pada tahun 2016 tercatat 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat gagal jantung. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia terdapat 1,5% kasus dan terus meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus CHF tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 65-74 tahun (0,49%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahunnya itu sebesar (0,02%). Prevalensi CHF berdasarkan jenis kelamin lebih banyak perempuan (0,2%) dibandingkan dengan laki-laki (0,01%). Berdasarkan data yang didapatkan dari buku rekam medik Ruang Flamboyan RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur ditemukan data pasien dengan diagnosa medis gagal jantung/ CHF terhitung dalam 3 bulan terakhir pada tanggal 1 Desember sampai tanggal 28 Februari 2019 sebesar (14,30%) atau sekitar 89 pasien.

Dengan angka kejadian dan akibat lanjut dari CHF, peran perawat sebagai tenaga

kesehatan professional sangatlah diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual, guna meminimalkan penderita CHF. Peran seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan empat aspek diantaranya peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dengan memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit CHF sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah penderita. Dalam upaya preventif, merawat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang sudah terkena penyakit CHF agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan, seperti pembatasan cairan, pembatasan aktifitas, mengurangi makanan tinggi garam, mengurangi makanan berlemak untuk mencegah terjadinya penumpukan plak pada pembuluh darah, serta diharapkan untuk rajin mengontrol tekanan darah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon klien terhadap penyakit yang diderita, seperti : memberikan klien istirahat fisik dan psikologis, mengelola pemberian terapi oksigen, dan

tindakan kolaboratif pemberian obat digitalis. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif, merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita CHF, yaitu dengan melakukan latihan fisik, seperti senam jantung serta rutin melakukan *medical check up*.

Pengertian

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah sindrom klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak nafas (saat istirahat atau saat aktifitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung (Marulam M, 2014). Smeltzer & Bare (2013) menyatakan gagal jantung adalah ketidakmampuan jaringan untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan. Sedangkan menurut LeMone (2012) gagal jantung merupakan suatu sindrom kompleks yang terjadi akibat gangguan jantung yang merusak kemampuan ventrikel untuk mengisi dan memompa darah secara efektif.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus imminens adalah bercak perdarahan yang berlangsung pada awal kehamilan diikuti keluhan nyeri perut seperti kram beberapa jam hingga beberapa hari,

dalam kondisi seperti ini kehamilan masih dapat dilanjutkan atau dipertahankan.

Etiologi

Menurut Black & Hawks (2014) penyebab CHF terbagi menjadi dua, yaitu: faktor intrinsik yang diakibatkan oleh penyakit Arteri Koroner (PAK). PAK mengurangi aliran darah melalui arteri sehingga mengurangi penghantaran oksigen ke miokardium. Penyebab lain yang cukup sering adalah infark miokardium. Selama infark miokardium, miokardium kekurangan darah dan jaringan mengalami kematian sehingga tidak dapat berkontraksi, miokardium yang tersisa harus melakukan kompensasi untuk kehilangan jaringan tersebut. Penyebab lainnya adalah penyakit katup, kardiomiopati, dan distritmia. Sedangkan, pada faktor ekstrinsik disebabkan oleh peningkatan afterload (misalnya hipertensi), peningkatan volume sekuncup jantung dan hypovolemia atau peningkatan preload, dan peningkatan kebutuhan tubuh (kegagalan keluaran yang tinggi, misalnya tiritoksitosis, kematian).

Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit menurut Black dan Hawks (2014) dan LeMone (2012), yaitu Jantung yang mengalami kegagalan, pada waktu istirahat pun memompa

semaksimal mungkin sehingga kehilangan cadangan jantung. Jantung yang lemah memiliki kemampuan jantung yang terbatas untuk berespon terhadap kebutuhan tubuh terhadap peningkatan keluaran dalam keadaan stress. Jika curah jantung tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik, mekanisme kompensasi diaktifkan, termasuk respon neurohormonal.

Mekanisme ini membantu meningkatkan kontraksi dan mempertahankan integritas sirkulasi, tetapi jika terus berlangsung akan menyebabkan pertumbuhan otot yang abnormal dan rekonfigurasi (remodeling jantung). Respon kompensatorik terhadap penurunan curah jantung adalah dilatasi ventrikel, peningkatan stimulasi sistem saraf simpatif dan aktivasi sistem renin-angiotensin. Perubahan jantung juga didukung dengan adanya peningkatan volume darah melalui retensi air dan natrium oleh ginjal, karena kadar aldosteron dan katekolamin dalam plasma meningkat.

Mekanisme kompensasi yang sudah tidak lagi efektif tentu saja menyebabkan terjadinya penambahan beban pada jantung yang sudah bekerja sangat kuat. Hipertrofi miokardium menjadi rusak karena keperluan oksigen pada massa otot yang membesar

menjadi meningkat. Jantung melebar melampaui batas ketegangan kontraksi secara wajar. Penambahan volume darah berakibat bendungan yang nyata yang selanjutnya menekan jantung. Akhirnya curah jantung menjadi menurun.

Gagal jantung kiri dapat berkembang menjadi gagal jantung kanan akibat meningkatnya tekanan vaskular paru sehingga membebani ventrikel kanan. Selain secara tidak langsung melalui pembuluh paru tersebut, disfungsi ventrikel kiri juga berpengaruh langsung terhadap fungsi ventrikel kanan melalui fungsi anatomis biokimiawinya. Kedua ventrikel mempunyai satu dinding yang sama yaitu septum interventrikularis yang terletak dalam perikardium. Selain itu, perubahan-perubahan biokimia seperti berkurangnya cadangan norepineprin miokardium selama gagal jantung dapat merugikan kedua ventrikel. Infark ventrikel kanan dapat timbul bersamaan dengan infark ventrikel kiri, terutama infark dinding inferior. Infark ventrikel kanan jelas merupakan faktor predisposisi terjadinya gagal jantung kanan. Kongesti vena sistemik akibat gagal jantung kanan bermanifestasi sebagai pelebaran vena leher, hepatomegali, dan edema perifer.

Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer & Bare (2013), tanda dan gejala gagal jantung dibedakan menurut gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Pada gagal jantung kiri menimbulkan tanda dan gejala seperti kongesti pulmonal: dispnea atau sulit bernafas; dispnea saat beraktifitas, ortopnea, Paroksimal Nocturnal Dispnea (PND) atau mendadak terbangun karena dispnea dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial, batuk, sputum berbusa, krekles pada kedua paru, oliguria dan nokturia, gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, kulit pucat atau dingin, dan takikardia. Namun, pada gagal jantung kanan menimbulkan tanda dan gejala seperti kongesti pada jaringan viseral dan perifer, edema ekremitas bawah, hepatomegali, asites, kehilangan nafsu makan dan mual, lemah, peningkatan berat badan akibat akumulasi cairan.

Komplikasi

Menurut Black dan Hawks (2014), komplikasi gagal jantung dibedakan menjadi dua pada gagal jantung ventrikel kiri dapat berdampak nyata pada paru akibat, bendungan progresif darah dalam sirkulasi paru. Terjadinya penebalan dinding alveoli akibat penimbunan cairan, menyebabkan

cairan yang berlimpah masuk kedalam rongga alveoli sehingga dapat terjadi edema paru. Lalu dapat berdampak pada ginjal akibat pengurangan curah jantung dan volume darah arteri berakibat perubahan aliran darah ginjal. Sedangkan pada otak dapat menyebabkan terjadinya hipoksia serebral dapat menimbulkan berbagai gejala penyakit seperti tidak tenang, hilang ingatan, bahkan dapat berlanjut menjadi koma. Pada gagal jantung ventrikel kanan akan dibebani oleh peningkatan tahanan dalam sirkulasi paru, dilatasi jantung mengenai ventrikel dan atrium kanan. Jika terjadi penurunan fungsi ventrikel kanan, akan menyebabkan edema perifer dan kongesti vena pada organ.

Penatalaksanaan Medik

Menurut Black dan Hawks (2014), penatalaksanaan medis untuk CHF yaitu: mengurangi beban miokardial, dengan pemberian diuretik, menempatkan klien pada posisi semi fowler untuk mengurangi dispnea, mengurangi retensi cairan, retensi cairan dan natrium, pemberian obat inotropik, pemberian oksigen, pemberian inhibitor ACE, dan mengurangi stress.

Tinjauan Kasus

Resume

Klien masuk tanggal 24 Februari 2019 pukul 17:30 WIB, klien diantar oleh keluarganya ke IGD RSUD Pasar Rebo dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri sampai ke pundak belakang dan lengan, sesak nafas dan kaki edema. Diagnosa medis CHF. Saat di IGD hasil TTV Tn. A adalah TD 160/90 mmHg, Nadi: 98 x/menit, Suhu: 37,3oC, RR: 26 x/menit, CRT <2 detik. Sedangkan tindakan kolaborasi yang diberikan untuk Tn. A adalah obat Amlodipin 1x10mg tab, CPG 1x75mg tab, Concor 1x2,5 mg tab, ISDN 2x5 mg tab dan infus RL/12 jam. Selama di IGD dilakukan tindakan EKG dan pemeriksaan laboratorium, dengan hasil EKG menunjukkan hipertropi ventrikel kiri tanggal. Hasil laboratorium tanggal 24 Februari 2019 Hemoglobin 12,0 g/dL (13,2 g/dL - 17,3g/dL), Hematokrit 35% (40% - 52%), Eritrosit 4,7 juta/ul (4,4 juta/ul – 5,9 juta/ul), Leukosit 8,5 ribu/ul (3,80 ribu/ul – 10,60 ribu/ul), Trombosit 400 ribu/ul (150 ribu/ul – 440 ribu/ul), Ureum darah 36 mg/dl (20 g/dL- 40 g/dL), Kreatinin 1,43 mg/dl (0,17 mg/dl – 1,50 mg/dl), eGFR 60 ml/min, GDS 155 mg/dl, Natrium 145 mmol/L (135 mmol/L – 147 mmol/L), Kalium 4,7 mmol/L (3,5 mmol/L -5,0 mmol/L), Klorida 105 mmol/L (98 mmol/L – 108 mmol/L). Pada tanggal 25 Februari 2019, pukul 09:00 WIB klien dipindahkan keruang Flamboyan

dengan keluhan nyeri dada sampai ke pundak belakang, sesak nafas, kaki bengkak dan pusing. Klien mengatakan memiliki kadar kolesterol yang tinggi, riwayat penyakit Hipertensi dan TB Paru sejak 5 tahun yang lalu dan telah mengikuti pengobatan selama 6 bulan secara teratur. TTV: TD 140/80 mmHg, N: 98x/menit, S: 36,6 OC, RR: 26x/menit. Kesadaran Composmetis, terdapat suara tambahan nafas ronchi, CRT <3 detik, terdapat udem pada kaki, GCS 15 (E: 4, M: 6, V:5) dan tampak pucat. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah: Bersihan jalan nafas tidak efektif, penurunan curah jantung, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas, dan resiko infeksi. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah pengukuran TTV, pengambilan sample darah, perekaman EKG, pemeriksaan Echo dan pemberian terapi diuretik lasix. Hasil laboratorium tanggal 26 Februari 2019: Hemoglobin 13,0 g/dL (13,2 g/dL - 17,3g/dL), Hematokrit 39% (40% - 52%), Eritrosit 4,4 juta/ul (4,4 juta/ul – 5,9 juta/ul), Leukosit 7,8 ribu/ul (3,80 ribu/ul – 10,60 ribu/ul), Trombosit 339 ribu/ul (150 ribu/ul – 440 ribu/ul), Ureum darah 35 mg/dl (20 g/dL- 40 g/dL), Kreatinin 1,19 mg/dl (0,17 mg/dl – 1,50 mg/dl), eGFR 65 ml/min, GDS 150 mg/dl, Natrium 139 mmol/L (135 mmol/L – 147

mmol/L), Kalium 3,8 mmol/L (3,5 mmol/L - 5,0 mmol/L), Klorida 108 mmol/L (98 mmol/L – 108 mmol/L), hasil EKG menunjukkan hipertropi ventrikel kiri, hasil pemeriksaan Echo adalah fungsi ventrikel kiri menurun dan disfungsi diastolik ventrikel kiri grade satu, hasil Rongen Torax: Kardiomegali, Bronkopneumoni. Klien diberikan terapi: Amlodipin 1x10mg tab, CPG 1x75mg tab, Concor 1x2,5 mg tab, ISDN 2x5 mg tab, OBH Syrup 3x15 ml, IVFD RL/12 jam.

Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: – Klien mengatakan batuk berdahak – Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit TBC 5 tahun yang lalu DO: – RR: 22 x/menit	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Peningkatan produksi sputum

	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan rontgen torax Bronkopneumoni - Terdapat suara nafas tambahan ronchi - Klien tampak batuk, sputum berlendir, konsistensi kental dan berwarna putih <p>DS: tidak ada</p>			<ul style="list-style-type: none"> edema pada kaki +2 - Hematokrit 39% - Hasil pemeriksaa n echo adalah fungsi ventrikel kiri menurun dan disfungsi diastolik ventrikel kiri grade satu <p>Penurun</p>			
2.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/90 mmHg - balance cairan 2.652 cc - 2.100 cc = +522cc/ 24 jam - Tampak tampak 	Kelebiha n volume cairan	Retensi air	3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat kolesterol yang tinggi sejak 3 tahun dan hipertensi sejak 19 tahun 	an curah jantung	Perubahan kontraktilitas miokard; perubahan struktural: Hipertropi ventrikel kiri

<p>– Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan dada hingga pundak belakang, s kala nyeri 5, klien mengatakan nyeri yang dirasakan jika terlalu sering beraktivitas dan muncul selama 5 menit</p> <p>– Klien mengatakan</p>			<p>n cepat lelah dan sesak saat beraktivitas lama</p> <p>DO:</p> <p>– TD: 150/90 mmHg</p> <p>– Hasil pemeriksaan rontgen torax Kardiomegali</p> <p>– Hasil EKG: menunjukkan hipertropi ventrikel kiri.</p> <p>– Hasil pemeriksaan echo adalah fungsi ventrikel kiri menurun dan disfungsi diastolik</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>ventrikel kiri grade satu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak pucat 	Intoleransi		<p>150/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin 13,0 g/dl - Kekuatan otot - 4444 3333 	Defisit		
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan cepat lelah, nyeri dada dan sesak saat beraktivitas lama - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan tidak mandi, keramas, sikat gigi karena lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 	aktivitas	Kelemahan; Ketidakseimbangan suplai O ₂ dengan kebutuhan	5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara perawatan dirumah dan makanan apa yang baik atau tidak baik untuk dikonsumsi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sering bertanya 	<p>Pengetahuan:</p> <p>tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah</p>	<p>Kurang informasi tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah</p>

tentang cara perawatan CHF dirumah		
--	--	--

Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard; perubahan structural.
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan; ketidakseimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan.
5. Defisit pengetahuan tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah berhubungan dengan Kurang informasi tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah.

Perencanaan, Implementasi, Evaluasi Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

Data Subjektif: Klien mengatakan batuk berdahak, klien mengatakan memiliki riwayat penyakit TBC 5 tahun yang lalu

Data Objektif: RR: 21 x/menit, hasil pemeriksaan rontgen torax Bronkopneumoni, terdapat suara nafas tambahan ronchi, klien tampak batuk, sputum berlendir, konsistensi kental dan berwarna putih.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif.

Kriteria Hasil : RR: 12-20 x/ menit, tidak ada batuk berdahak, suara nafas vesikuler, tidak tampak sesak.

Rencana tindakan:

Mandiri:

- a. Pantau adanya dispnea, penggunaan otot bantu napas
- b. Ajarkan batuk efektif dan tarik nafas dalam
- c. Kaji suara, upaya, kedalaman, dan frekuensi pernafasan
- d. Pertahankan polusi lingkungan yang minimum, misalnya: debu, asap, bulu bantal
- e. Bantu latihan napas pursed lip breathing (napas bibir)
- f. Catat jenis dan jumlah sekret yang keluar

- g. Atur pasien dengan posisi nyaman, peninggian tempat tidur, atur posisi 45°

Kolaborasi:

- h. Berikan terapi inhalasi Combivent 2x2,5ml
i. Berikan terapi obat OBH Syrup 3x15 ml

Implementasi Keperawatan:

Tanggal 26 Februari 2019

Pada pukul 08:00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV **RS:-RO: RR: 22x/menit (Firly).** **Pukul 09:15 WIB** memberikan terapi obat oral OBH syrup 15 ml **RS:- RO: terapi obat oral telah diberikan (Firly).** **Pukul 09:20 WIB** memantau adanya dispnea dan penggunaan otot bantu nafas **RS: klien mengatakan agak sesak RO: RR: 22 x/menit, klien tidak menggunakan otot bantu nafas (Firly).** **Pukul 09:35 WIB** mengajarkan klien latihan pursed lip breathing **RS: klien mengatakan agak sesak RO: tampak klien mampu melakukan pursed lip breathing (Firly).** **Pukul 10:00 WIB** mengkaji suara, kedalaman, dan frekuensi pernafasan **RS: klien mengatakan agak sesak RO: suara nafas ronchi, kedalaman dangkal, frekuensi 21x/ menit (Perawat).** **Pukul 10:30 WIB** memberikan terapi inhalasi combivent 2,5

ml **RS:-, RO: klien tampak nafas dalam, combivent 2,5 ml telah diberikan (Firly).** **Pukul 11:00 WIB** mengajarkan klien cara batuk efektif dan mencatat jenis dan jumlah sekret **RS: klien mengatakan dahak susah dikeluarkan RO: tampak klien dapat batuk efektif, tampak dahak keluar sedikit, warna putih, konsistensi kental (Firly).** **Pukul 12:15 WIB** memberikan terapi obat oral OBH syrup 15 ml **RS:-, RO: terapi obat oral telah diberikan (Firly).** **Pukul 12:20 WIB** mengatur posisi 45° **RS: klien mengatakan tidak sesak RO: tampak sesak klien berkurang (Firly).** **Pukul 17:00 WIB** memberikan terapi inhalasi combivent 2,5ml **RS:-, RO: combivent 2,5 ml telah diberikan (perawat ruangan).** **Pukul 17:30 WIB** mengajarkan klien cara nafas dalam, **RS:-, RO: klien mampu melakukan nafas dalam (perawat ruangan).** **Pukul 20:00 WIB** memberikan terapi obat oral: OBH syrup 15 ml **RS: -, RO: terapi obat oral telah diberikan (perawat ruangan).** **Pukul 24:00 WIB** menganjurkan klien untuk istirahat **RS:-, RO: klien tampak beristirahat.**

Evaluasi Keperawatan:

Pada hari/ tanggal: Kamis, 28 Februari 2019 pukul 14.00 WIB

Subjektif: klien mengatakan sesak jika terlalu banyak aktivitas, klien mengatakan masih batuk dan sulit mengeluarkan dahak, klien mengatakan sesak berkurang.

Objektif: tampak klien lebih sering duduk, RR: 20 x/menit, klien tampak masih batuk, suara nafas ronchi. **Analisa:** tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi.

Planning: intervensi dihentikan (pasien pulang).

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard; perubahan structural.

Data subjektif: Klien mengatakan memiliki riwayat kolesterol yang tinggi sejak 3 tahun dan hipertensi sejak 19 tahun, klien mengatakan cepat lelah dan sesak saat beraktivitas lama, klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan dada hingga pundak belakang, skala nyeri 5, klien mengatakan nyeri yang dirasakan jika terlalu sering beraktivitas dan muncul selama 5 menit

Data Objektif: TD: 150/90mmHg, RR: 21 x/menit hasil pemeriksaan rontgen torax Kardiomegali, Hasil EKG: menunjukkan hipertropi ventrikel kiri, hasil pemeriksaan echo adalah fungsi ventrikel kiri menurun

dan disfungsi diastolik ventrikel kiri grade satu.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung adekuat

Kriteria Hasil : TD: 110/70 - 120/80 mmHg, Nadi 60-80 x/menit, CRT <3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada edema, tidak ada keluhan pusing dan nafas berat saat beraktivitas, tidak ada nyeri dada, skala nyeri 1-3, bunyi jantung S1 S2, tidak ada bunyi jantung S3/S4, klien tampak rileks.

Rencana Tindakan:

Mandiri:

- a. Auskultasi nadi apikal, kaji frekuensi dan irama jantung
- b. Auskultasi bunyi jantung, catat adanya bunyi jantung tambahan
- c. Palpasi nadi perifer
- d. Pantau TD
- e. Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis
- f. Pantau dan catat pemasukan dan haluaran urine
- g. Kaji perubahan pada sensori, contoh letargi, bingung, disorientasi, cemas dan depresi

Kolaborasi:

- h. Beri terapi Amlodipine 1x10mg tablet.

- i. Beri terapi Aspilet 1x80mg tablet dan Concor 1x2,5mg, terapi ISDN 2x5mg tablet
- j. Pantau seri EKG dan perubahan foto dada

Implementasi Keperawatan:

Pada tanggal 26 Februari 2019

Pada pukul 09:00 WIB mengobservasi keadaan umum dan memantau TD dan palpasi nadi perifer **RS:-, RO:** keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, TD: 150/100 mmHg, N: 87x/menit nadi kuat dan teratur (Firly). **Pukul 09:10 WIB** memberikan obat oral Amlodipin 10mg tablet, Aspilet 80mg tablet, terapi ISDN 5mg tablet dan Concor 2,5mg tablet. **RS:-, RO:** terapi obat oral telah diberikan (Firly). **Pukul 09:30 WIB** memantau adanya sianosis dan bunyi jantung **RS:-, RO:** tidak ada sianosis, bunyi jantung normal (Firly). **Pukul 09:30 WIB** memantau pengisian kapiler. **RS:-, RO:** CRT <3 detik (Firly). **Pukul 15:30 WIB** mengobservasi keadaan umum dan TTV **RS:-, RO:** TD: 130/100 mmHg, N: 88x/menit (Perawat ruangan). **Pukul 21:00 WIB** memberikan obat oral ISDN 5mg tablet **RS:-, RO:** terapi obat oral telah diberikan (Perawat ruangan). **Pukul 04:00 WIB** mengobservasi keadaan umum

dan TTV **RS:-, RO:** TD: 130/90 mmHg, N: 85x/menit (Perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan:

Pada hari/ tanggal: Kamis, 28 Februari 2019 pukul 14.00 WIB Subjektif: klien

mengatakan sudah lebih mendingan namunterkadang sesak saat beraktivitas lama, klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri berkurang, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan dada hingga pundak belakang, skala nyeri 3, klien mengatakan nyeri yang dirasakan jika terlalu sering beraktivitas dan muncul selama 5 menit. **Objektif:** TD: 140/90 mmHg, Nadi 87x/menit, CRT<3 detik, tidak ada sianosis, tidak terdapat edema, klien tampak rileks, bunyi jantung S1 dan S2 lemah. **Analisa:** tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. **Planning:** intervensi dihentikan (pasien pulang).

3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air.

Data subjektif:-

Data objektif: TD: 150/90 mmHg, balance cairan 2.652 cc – 2.100 cc = +522cc/ 24 jam, tampak edema pada kaki +2, Hematokrit 39%, Hasil pemeriksaan echo adalah fungsi ventrikel kiri menurun

dan disfungsi diastolik ventrikel kiri grade satu.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan terarasi.

Kriteria Hasil : TD: 110/70 - 120/80mmHg, Nadi 60-80 x/menit, balance seimbang, haluran urine normal 720-1440 cc/24jam, tidak ada edema dan asites, Hematokrit normal (40%-52%)

Rencana Tindakan:

Mandiri:

- a. Observasi TTV: TD dan CVP (bila ada)
- b. Pantau pengeluaran urine, catat jumlah dan warna saat hari dimana diuresis terjadi.
- c. Evaluasi turgor kulit dan kelembapan membran mukosa.
- d. Pantau/ hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam.
- e. Buat jadwal pemasukan cairan, digabung dengan keinginan minum
- f. Kaji distensi leher dan pembuluh perifer. Lihat area tubuh dependen untuk edema dengan/ tanpa pitting; catat adanya edema tubuh umum (anasarka).
- g. Selidiki keluhan dispnea tiba-tiba, kebutuhan untuk bangun dari duduk, sensasi sulit bernafas, rasa panik.

- h. Dorong untuk menyatakan perasaan sehubung dengan pembatasan cairan.
- i. Palpasi hepatomegali dan adanya asites. Catat keluhan nyeri abdomen kuadran kanan atas/ nyeri tekan
- j. Catat peningkatan letargi, hipotensi, kram otot.
- k. Timbang BB klien

Kolaborasi:

- l. Pemberian obat sesuai indikasi: diuretik Lasix 1x20 mg (IV)
- m. Pantau hasil laboratorium: Hematokrit

Implementasi Keperawatan:

Pada tanggal 26 Februari 2019

Pada pukul 09:00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV **RS:-RO:TD:** 150/100 mmHg, N: 87x/menit, S: 36,1°C (Firly). **Pukul 09:10 WIB** mengevaluasi turgor kulit dan kelembapan membran mukosa **RS:- RO:** turgor kulit elastis dan membran mukosa kering (Firly). **Pukul 09:30 WIB** melakukan palpasi hepatomegali dan adanya asites dan mencatat jika terdapat keluhan nyeri abdomen kuadran kanan atas/ nyeri tekan **RS:** klien mengatakan tidak nyeri pada perut, tidak mual, tidak kesulitan BAB **RO:** bising usus 18 x/menit, tidak ada pembesaran hepar (Firly). **Pukul 09:50 WIB** menimbang BB **RS:-, RO:** BB 60kg (Firly). **Pukul 10:45 WIB** memantau

pengeluaran urine, catat jumlah dan warna saat hari dimana diuresis terjadi **RS:** klien mengatakan minum 2.650cc, klien mengatakan urine 1.500cc berwarna kuning jernih, **RO:-. Pukul 11:55 WIB** memantau/menghitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam **RS:** klien mengatakan minum 2.650cc, urine 1.500cc, **RO:** Input : (Infus 1000 ml+ minum 2.650cc+ injeksi 2cc = 2.652 cc) Output (IWL 600cc+ urine 1.500cc = 2.100cc) balance: input- output: 2.652cc- 2.100cc = +552cc (Firly). **Pukul 12:00 WIB** membuat jadwal pemasukan cairan, digabung dengan keinginan minum **RS:** klien mengatakan akan membuat jadwal minum, **RO:** klien tampak mengerti. **Pukul 15:30 WIB** mengobservasi keadaan umum dan TTV **RS:-, RO:** TD: 130/100 mmHg, N: 88x/menit (Perawat ruangan). **Pukul 16:00 WIB** memberikan obat Lasix 20mg **RS:-, RO:** obat Lasix 20mg telah diberikan. **Pukul 21:00 WIB** mengganti cairan infus RA **RS:-, RO:** cairan infus telah diberikan melalui IV (Perawat Ruangan). **Pukul 04:00 WIB** mengobservasi keadaan umum dan TTV **RS:-, RO:** TD: 130/90 mmHg, N: 85x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,5°C (Perawat ruangan). **Pukul 06:30 WIB** memantau haluaran urine dan kepekatan/konsentrasi urine **RS:** klien mengatakan

urine 525cc warna kuning jernih **RO:** tidak ada.

Evaluasi Keperawatan:

Pada hari/ tanggal: Kamis, 28 Februari 2019 pukul 14.00 WIB

Subjektif: klien mengatakan sudah tidak terasa lemas. **Objektif:** TD: 140/90 mmHg, N: 87x/menit, balance: input- output: 1.517 cc - 1.425cc = +92cc, haluaran urine 825cc, edema tidak ada, Hematokrit 41%. **Analisa:** tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. **Planning:** intervensi dihentikan (pasien pulang).

Kesimpulan

Pada pengkajian, penyebab gagal jantung Tn. A yaitu karena faktor peningkatan afterload karena klien mengalami riwayat penyakit hipertensi sehingga menyebabkan mengakibatkan terjadinya perubahan struktural pada jantung seperti hipertropi ventrikel. Tanda dan gejala yang ditemukan pada Tn. A adalah dipsnea saat beraktifitas, batuk berdahak, pusing, ansietas, dan edema pada tungkai bawah sedangkan tanda dan gejala yang tidak ditemukan yaitu sputum berbusa, krekels pada paru, perfusi jaringan yang tidak memadai, nokturia, dan takikardia. Pada kasus tidak ditemukan adanya komplikasi seperti edema paru,

kerusakan ginjal, dan hipoksia serebral. Pada pemeriksaan diagnostik yang tidak dilakukan adalah pemeriksaan sonogram, scan jantung, enzim hepar, albumin/transferin serum dan kateterisasi jantung. Pada penatalaksanaan medis yang dilakukan yaitu mengurangi beban miokardial, dengan pemberian diuretik, mengurangi retensi cairan dan pemberian inhibitor ACE untuk menurunkan tekanan darah serta meringankan kerja jantung. Sedangkan penatalaksanaan yang terdapat pada kasus tetapi tidak ada pada teori yaitu, klien mendapat terapi diet jantung 2 (rendah garam dan protein).

Pada diagnosa keperawatan terdapat 2 (dua) diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak muncul pada kasus adalah resiko tinggi gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus dan resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema dan penurunan perfusi jaringan. Terdapat 1 (satu) diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus tetapi tidak ada pada teori adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

Pada tahap perencanaan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum; penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard, perubahan struktural; kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan; defisit pengetahuan tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah berhubungan dengan kurang informasi pada perencanaan dibuat berdasarkan kebutuhan klien menurut Doenges (2012).

Pada tahap pelaksanaan keperawatan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum; penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard, perubahan struktural; kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air; intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan; defisit pengetahuan tentang cara perawatan klien dengan CHF dirumah berhubungan dengan kurang informasi tidak memiliki kesenjangan dalam pelaksanaan.

Pada evaluasi, evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan dan bermanfaat dalam memberikan penilaian tentang keberhasilan tindakan yang telah dilakukan. Berdasarkan kasus ditemukan 5 (lima) diagnosa yang ditemukan penulis selama 3 hari, 4 (empat) diantaranya belum teratasi yaitu pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard; perubahan struktural, kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan; ketidakseimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan.

Saran

Dari beberapa kesimpulan serta pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan gagal jantung/ CHF maka penulis memberikan saran untuk dapat memperbaiki dan meningkatkan mutu dalam asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut sebagai berikut:

1. Bagi mahasiswa/i diharapkan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan congestive heart failure dengan cara membaca literatur atau buku dari segi

teori maupun praktik melakukan asuhan keperawatan

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi dapat lebih meningkatkan sarana dan prasarana yang dapat mendukung jalannya proses pembelajaran dengan menyediakan buku lebih banyak dan yang terbaru.

3. Bagi perawat ruangan

Perawat ruangan telah menjalankan asuhan keperawatan dengan sangat baik dan diharapkan dapat mempertahankan kinerja serta menambah wawasan dengan mengikuti seminar, pelatihan, dan membaca sumber buku terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Smeltzer & Bare. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth. Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Black, J.M & Hawks J. H (2014). *Keperawatan medikal bedah: managemen klinis untuk hasil yang diharapkan. Edisi 8 Jilid 1*. Singapura: Elsevier.
- Induniasih. (2017). *Metodologi Keperawatan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.

Doenges, M. E; Moerhouse, M. F; Geissler, A. C. (2012). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta: EGC.

Lemon, Priscilla. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 5*. Jakarta: EGC

Setiati, Siti, dkk. (2015). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Interna Publishing: Jakarta.

PERKI. (2015). *Pedoman tatalaksana gagal jantung*. Edisi Pertama. Jakarta: Buku kedokteran: EGC.

Price & Wilson. (2006). *Patofisiologi konsep kritis dan proses-proses penyakit*. Edisi 6. Jakarta: EGC.

WHO 2016 About cardiovascular diseases.
Diambil tanggal 25 Maret 2019 dari http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/accessed.html

RISKESDAS. 2013 Hasil RISKESDAS 2013. Diambil tanggal 25 Maret 2019 dari web.www.depkes.go.id