



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. H  
DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG  
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**ATIKA MARANNU (NS2114901019)  
BERNADETHI SABONO (NS2114901022)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2022**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. H  
DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG  
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**ATIKA MARANNU (NS2114901019)  
BERNADETHI SABONO (NS2114901022)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2022**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Atika Marannu (NS2114901019)
2. Benadethi Sabono (NS2141901036)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juli 2022

yang menyatakan,



Atika Marannu



Bernadethi Sabono

## HALAMAN PERSETUJUAN

### KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. H dengan diagnose *Congestive Heart Failure* di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

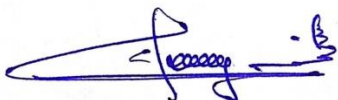
Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Atika Marannu / NS2114901019  
2. Bernadethi Sabono / NS2114901022

### Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



(Mery Solon, Ns.,M.Kes)

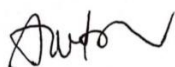
NIDN: 0910057502



(Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep)

NIDN: 0922019105

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



**Fransiska Anita E.R.Sa'pang',Ns.,Sp.Kep.MB**

**NIDN: 0913098201**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Atika Marannu (NS2114901019)  
2. Bernadethi Sabono (NS2114901022)


Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. H dengan  
Diagnosa *Congestive Heart Failure* di Ruang IGD  
RumahSakit Bhayangkara Makassar.


**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji**

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep. (  )

Pembimbing 2 : Mery Solon Ns., M.Kes (  )

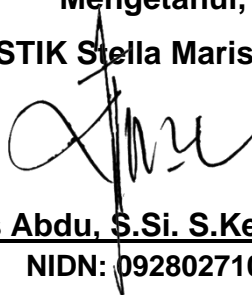
Penguji 1 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns.,M.Kes (  )

Penguji 2 : Wirmando, Ns.,M.Kep (  )

**Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar**

**Tanggal : 11 Juli 2022**

**Mengetahui,  
Ketua STIK Stella Maris Makassar**



**Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes**  
NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Atika Marannu (NS2114901019)  
Bernadethi Sabono (NS2114901022)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juli 2022

Yang menyatakan



Atika Marannu



Bernadethi Sabono

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan *Congestive Heart Failure* Pada Ny. “H” Di Unit IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar ners di STIK Stella Maris Makassar.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.

4. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing I dan Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
6. Teristimewa untuk kedua orangtua tercinta dari Atika Marannu (Yance Karra dan Marmi Dhara ) dan orangtua tercinta dari Bernadethi Sabono (Johanis S. Sabono dan Meylen L. M Koritelu), serta semua keluarga dan sahabat di asrama yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
7. Untuk teman – teman mahasiswa/i STIK Stella Maris profesi ners angkatan 2021 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, Juli 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
A. Konsep Dasar Medis .....	7
1. Pengertian .....	7
2. Anatomi Fisiologi .....	8
3. Klasifikasi .....	14
4. Etiologi.....	15
5. Patofisiologi .....	17
6. Manifestasi Klinis .....	18
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	20
8. Penatalaksanaan Medis .....	21
9. Komplikasi .....	23
10. Discharge Planning .....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	28
1. Pengkajian .....	28
2. Diagnosa Keperawatan .....	29
3. Intervensi Keperawatan .....	30
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b> .....	39
A. Kajian Keperawatan .....	39
B. Analisa Data.....	44
C. Diagnosa Keperawatan.....	46
D. Intervensi Keperawatan .....	47
E. Implementasi Keperawatan.....	48
F. Evaluasi Keperawatan.....	51
G. Pemeriksaan Diagnostik .....	53
H. Therapi.....	54

<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b> .....	62
A. Pengkajian .....	62
B. Diagnosa Keperawatan .....	72
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	77
A. Kesimpulan .....	77
B. Saran .....	78
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data.....	39
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan.....	41
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	42
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	45
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan .....	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	8
Gambar 2.2 Patoflowdiagram .....	33

## DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

$\geq$	: Lebih dari sama dengan
$< / >$	: Kurang / lebih dari
$\pm$	: Kurang lebih
WHO	: World Health Organization
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
PND	: <i>Paroxymal Nocturnal Dyspnea</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
SpO <sub>2</sub>	: Saturasi Oksigen Dalam Darah
LVF	: <i>Left Ventricular Failure</i>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Lembar Konsul

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta tingkat kemakmuran masyarakat maka gaya hidup masyarakat mulai berubah terutama di kota-kota besar. Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, sebagai contoh masyarakat yang sangat sibuk dengan pekerjaan menyebabkan tidak adanya kesempatan untuk istirahat atau berolahraga, serta perubahan pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat. Hal ini menyebabkan tingginya angka penyakit seperti, hipertensi, diabetes melitus dan penyakit jantung (Nurhasan, 2013). Jantung merupakan organ tubuh manusia yang mempunyai peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyaknya kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung (Nugroho, 2018).

Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang kompleks yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akibat dari gangguan struktural atau fungsional jantung yang dimulai dari gangguan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) sampai kontraktilitas mikoard. Manifestasi klinis yang muncul pada pasien dengan gagal jantung adalah dispnea, takikardia, kelelahan, retensi cairan, penurunan kadar oksigen darah arteri, edema paru, edema perifer, ketidaknyamanan, dan gangguan pola tidur pasien merasakan stres, kecemasan, dan ketidakberdayaan. Sementara secara sosial kondisi pasien gagal dengan sesak napas dapat dipicu dengan lingkungan yang tidak nyaman, posisi yang tidak dapat menunjang pengembangan ekspansi paru, serta ramai dengan pengunjung lainnya di ruangan (Harisa at all., 2020).

Semakin bertambahnya usia peningkatan jumlah pasien dengan gagal jantung juga meningkat, hal ini dikarenakan terjadi penurunan fungsi organ tubuh seperti jantung dan pembuluh darah. Secara global insiden dan prevalensi gagal jantung dikatakan meningkat hingga 5% pada orang yang berusia diantara 55-65 tahun dan 6-10% pada orang usia > 65 tahun. Meskipun demikian, orang dengan usia 40 tahunan juga memiliki resiko tinggi dalam gagal jantung. Segala jenis penyakit jantung menjadi salah satu penyebab kematian selama 20 tahun terakhir ini, peningkatan tersebut terjadi dari tahun 2000 yaitu sebanyak lebih 2 juta jiwa yang terus meningkat menjadi 9 juta jiwa di tahun 2019 dan diperkirakan 16% mewakili total penyebab kematian di dunia (*World Health Organization, 2020*).

Data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sebesar 1,5% total penduduk atau diperkirakan sekitar 29.550 orang. Ada tiga provinsi dengan prevalensi penyakit gagal jantung tertinggi yaitu di Provinsi Kalimantan Utara sekitar 2,2%, DI.Yogyakarta 2,1%, dan Gorontalo 2%, prevalensi gagal jantung tertinggi pada usia 65 - 74 tahun (0,5 %) dengan angka kematian 45% - 50% (Akhmad, 2021). Menurut RISKESDAS Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosis dokter sebanyak 4.017 orang dan memiliki gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 3,57% (RISKESDAS, 2018).

Menurut Heightman (2019) peningkatan penyakit kardiovaskuler berkaitan dengan peningkatan permintaan bantuan gawat darurat sehingga membutuhkan pelayanan perawatan yang cepat dan sistem pelayanan yang mudah di akses. Identifikasi gejala dan penanganan tepat waktu akan meningkatkan kelangsungan hidup dan meminimalkan terjadinya komplikasi. Keberhasilan menyelamatkan



pasien dipelayanan gawat darurat sangat bergantung pada kecepatan waktu dalam memberikan pertolongan. Waktu tanggap atau *response time* adalah lama waktu yang dihitung dari pasien tiba di depan pintu IGD sampai pasien mendapatkan penanganan di IGD. Acuan waktu tanggap yang diperlukan untuk penanganan gawat darurat pada pasien jantung di IGD yaitu < 5 menit setelah pasien sampai di IGD (Apriani & Febriani, 2019).

Waktu tanggap darurat harus dimanfaatkan oleh perawat dan dokter untuk memenuhi prosedur utama dalam penanganan kasus gawat darurat yang disebut prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation dan Disability*). Prosedur ABCD pada pasien jantung harus dilakukan secara cepat dan tepat, karena apabila rentang waktu tanggap semakin lama maka peluang keselamatan pasien akan semakin kecil terutama pada pasien gagal jantung karena jika tidak segera ditangani maka akan menurunkan cara kerja jantung, sehingga menyebabkan gangguan pernafasan dan menimbulkan kematian. Dalam hal ini perawat dituntut untuk mampu meningkatkan pengetahuan yang lebih mendalam tentang penyakit ini (Haris, 2020).

Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*) di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

## 2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian gawat darurat dan analisa data pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).
- d. Melaksanakan implementasi pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).
- e. Melakukan evaluasi pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. H dengan diagnosa CHF (*Congestive Heart Failure*).

## C. Manfaat Penulisan

Dalam menulis karya ilmiah akhir diharapkan dapat bermanfaat bagi:

### 1. Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan bagi tenaga keperawatan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*).

### 2. Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu sumber informasi dan bacaan bagi tenaga keperawatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*).

### 3. Institusi Pendidikan

Menambah pengetahuan dan ketrampilan penulis dalam membuat asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan

CHF (*Congestive Heart Failure*), serta hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan literatur keperawatan dalam meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

#### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu:

##### **1. Studi Kepustakaan**

Melalui literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan isi karya ilmiah ini, baik dari buku maupun artikel-artikel.

##### **2. Studi Kasus**

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengakajian, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi. Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu:

###### **a. Wawancara**

Dengan mengkaji dan menggali permasalahan yang dialami pasien dengan keluarga serta berbagai pihak yang mengetahui kondisi pasien yang dilakukan dengan proses tanya jawab.

###### **b. Observasi**

Melihat secara langsung kondisi dan keadaan pasien serta mengikuti berbagai tindakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien.

###### **c. Pemeriksaan Fisik**

Dengan melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien, mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

## **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematis yang dimulai dari BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) yang terdiri dari konsep dasar medik: pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, perencanaan pulang dan patoflodiagram. BAB III (Pengamatan Kasus) yang diawali dengan ilustrasi kasus setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data dari pasien, analisa data penetapan diagnosa, keperawatan, BAB IV, diuraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengartikan dan membandingkan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dan juga pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan), BAB V (Simpulan dan Saran) yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi, dan diakhiri dengan Daftar Pustaka.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Medik

##### 1. Defenisi

*Congestive Heart Failure* (CHF) adalah sindrom klinis yang ditandai dengan sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung (Smeltzer & Bare, 2013). CHF adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh jaringan (Lemon, 2016). CHF suatu keadaan dimana jantung tidak mampu mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat yang menyebabkan penderita akan merasa mudah lelah, orthopnea dan edema (PERKI, 2020).

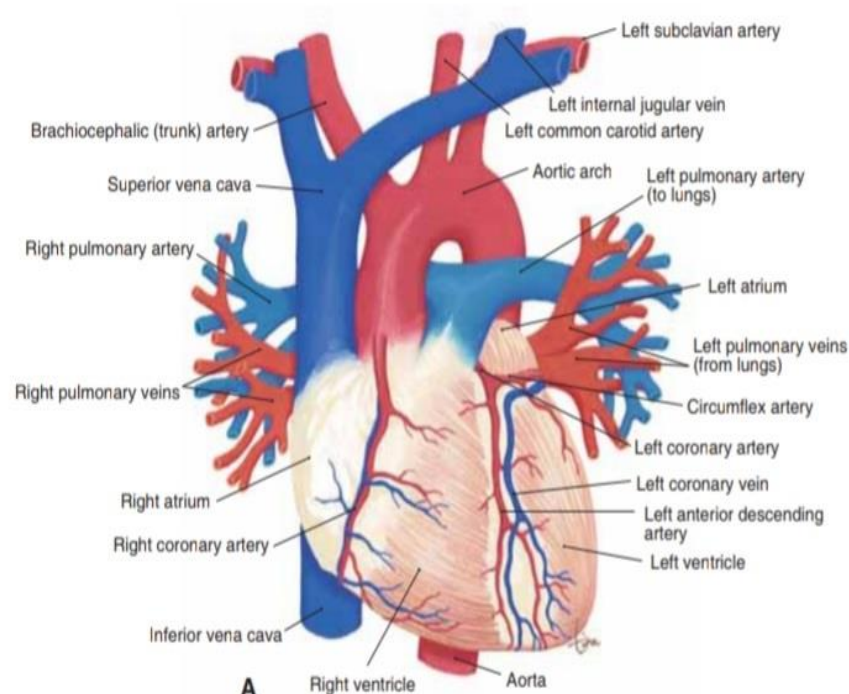
*Congestive Heart Failure* adalah kondisi dimana jantung jantung tidak mampu memompa darah dengan kecepatan yang sepadan dengan kebutuhan metabolisme jaringan atau hanya dapat memenuhinya hanya jika ada peningkatan tekanan pengisian. Meski biasanya di sebabkan oleh defisit kontraksi *miokardium* yang terjadi perlahan, sindrom klinis serupa terdapat pada sebagian pasien gagal jantung akibat keadaan-keadaan saat jantung normal secara mendadak mendapat beban yang melebihi kapasitasnya (misalnya kelebihan pemberian cairan, *infark miokardium* akut, disfungsi katub akut) atau pengisian ventrikel terganggu (Santos, 2019). CHF atau sering disebut gagal jantung kongestif adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung, sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk

memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian volume diastolik secara abnormal (Puspitasari, et all., 2017).

Berdasarkan tinjauan teori diatas di atas maka penulis menyimpulkan bahwa CHF atau gagal jantung kongestif adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh secara maksimal karena disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya jantung mendapat beban yang melebihi kapasitasnya seperti kelebihan pemberian cairan, disfungsi katub akut, atau pengisian ventrikel terganggu.

## 2. Anatomi dan Fisiologi jantung

### a. Anatomi jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Heylings et al., 2018)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial.

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram (Asikin, 2016).

- 1) Lapisan jantung terdiri dari:
  - a) Perikardium lapisan yang merupakan kantong pembungkus jantung terletak di dalam *mediastinum minus*, terletak di belakang *korpus sterni* dan rawan iga II-VI.
  - b) Miokardium lapisan otot jantung menerima darah dari arteri koronaria arteri koronaria kiri bercabang menjadi arteri desending anterior dan arteri sirkumfleks.
  - c) Endokardium (permukaan dalam jantung). Dinding dalam atrium diliputi oleh membran yang mengilat, terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir *endokardium*, kecuali *aurikula* dan bagian depan sinus vena kava.
- 2) Ruang-ruang jantung:
  - a) Atrium dekstra: terdiri dari rongga utama dan *aurikula* di luar, bagian dalamnya membentuk suatu rigi atau krista terminalis. Bagian utama atrium yang terletak posterior terhadap rigi terdapat dinding halus yang secara *embriologis* berasal dari *sinus venosus*.
  - b) Ventrikel dekstra: berhubungan dengan atrium kanan melalui *ostium atrioventrikuler dekstrum* dan dengan

traktur pulmonalis melalui *osteum pulmonalis*.

- c) Atrium sinistra: terdiri dari rongga utama dan aurikula, terletak di belakang atrium kanan, membentuk sebagian besar basis (*fascies posterior*) di belakang atrium sinistra terdapat *sinus obliquus perikardium serosum* dan *perikardium fibrosum*.
  - d) Ventrikel sinistra: ventrikel kiri berhubungan dengan atrium sinistra melalui *osteum atrioventrikuler sinistra* dan dengan aorta melalui *osteum aorta*. Dinding ventrikel sinistra tiga kali lebih tebal dari ventrikel kanan. Tekanan darah intraventrikuler kiri enam kali lebih tinggi di banding tekanan dari ventrikel dekstra (Asikin, 2016).
- 3) Katup jantung
- a) Katup atrioventrikularis (AV)
 

Daun-daun katup *atrioventrikularis* halus tetapi tahan lama. Katup *atrioventrikularis* terdiri dari dua yaitu *trikuspidalis* dan *bikuspidalis*. Katup *trikuspidalis* yang terletak antara atrium dan ventrikel dekstra mempunyai 3 buah daun katup. Katup *mitralis* yang memisahkan atrium dan ventricular sinistra disebut juga katup *bikuspidalis* dengan dua buah daun katup.
  - b) Katup semilunaris
 

Katup semilunaris terdiri dari dua katup yaitu katup aorta dan katup pulmonalis. Kedua katup *semilunaris* sama bentuknya, katub ini terdiri dari 3 daun katub simetris yang menyerupai corong yang terlambat kuat pada *annulus fibrosus*. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup pulmonalis terletak antara ventrikel dekstra dan arteri pulmonalis (Syaifuddin, 2015).



#### 4) Sirkulasi sistem kardiovaskuler

##### a) Sirkulasi sistemik

Sirkulasi sistemik ini dimulai saat dipompanya darah oleh ventrikel kiri menuju arteri terbesar, yaitu aorta. Aorta berjalan naik keatas jantung, melengkung ke bawah pada arkus aorta dan menurun tepat di anterior kolumna yang menyuplai darah ke daerah pelvis dan tungkai. Arteri besar yang menyuplai kepala, lengan, dan jantung, berasal dari arkus aorta, dan arteri utama yang menyuplai organ visera, berasal dari percabangan aorta descendens. Oleh karena itu, semua organ kecuali hati, mendapat suplai darah dari arteri-arteri yang muncul dari aorta.

##### b) Sirkulasi pulmonal

Sirkulasi pulmonal dimulai saat darah dipompa oleh ventrikel kanan ke arteri pulmonalis utama, yang kemudian langsung bercabang dua menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri yang menyuplai masing-masing paru. Darah vena ini mengalami oksigenasi saat alirannya melalui kapiler pulmonal. Selanjutnya darah kembali ke jantung melalui vena-vena pulmonalis ke arteri kiri yang memompanya ke ventrikel kiri. Kebutuhan metabolik paru tidak dipenuhi oleh sirkulasi pulmonal, namun oleh sirkulasi bronkial. Sirkulasi ini muncul dari arteri interkostalis, yang merupakan percabangan dari aorta. Sebagian besar vena dari sirkulasi bronkial berakhir di dalam atrium kanan, namun beberapa bermuara ke dalam vena pulmonalis.

##### c) Sirkulasi koroner

Jantung kaya akan pasokan darah, yang berasal dari arteri koronaria kiri dan kanan. Arteri-arteri ini muncul secara terpisah dari sinus aorta pada dasar aorta, dibelakang tonjolan katub aorta. Arteri koronaria kanan berjalan

diantara arteri pulmonalis dan arteri kanan, menuju sulkus koroner (atrioventrikuler). Arteri koronaria kiri berjalan di antara arteri pulmonalis dan atrium kiri. Arteri ini terbagi menjadi cabang sirkumfleksa, marginal kiri, dan desendens anterior (Syaifuddin, 2015).

#### b. Fisiologi jantung

Siklus jantung menurut Aspiani (2016) adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistol (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastol (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, sistol (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh

:

1) Beban awal (*Pre-Load*)

- a) *Pre-load* adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. *Pre-load* adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastol.
- b) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastol ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
- c) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang  $2,0 \mu\text{m}$  dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
- e) Hukum Frank-Starling: semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan preload terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
- f) Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah  $2,2 \mu\text{m}$ . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi  $2,2 \mu\text{m}$ , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

## 2) Daya kontraksi

- a) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
- b) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium,

kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

### 3) Beban akhir (*After- Load*)

- a) *After load* adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
- b) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
- c) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
- d) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah  $\pm 70$  ml sehingga curah jantung diperkirakan  $\pm 5$  liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.
- e) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun (Aspiani, 2016).

### 3. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung dapat dijabarkan melalui dua kategori yakni kelainan struktural jantung atau berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional dari *New York Heart* kelainan struktural jantung

#### a. Stadium A

Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, dan juga tidak tampak tanda atau gejala.

#### b. Stadium B

Telah terbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi tidak terdapat tanda atau gejala.

c. Stadium C

Gagal jantung yang simtomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.

d. Stadium D

Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi farmakologi maksimal (PERKI, 2020).

Berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA):

a. Kelas I

Tidak ada batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.

b. Kelas II

Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.

c. Kelas III

Terdapat batasan aktivitas yang bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas ringan menyebabkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.

d. Kelas IV

Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas (PERKI, 2020).

#### 4. Etiologi

Menurut Pratiwi (2018) etiologi dari *Congestive Heart Failure* dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a. Kelainan otot jantung, gagal jantung sering terjadi pada

penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi.

- b. Aterosklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan kontraktilitas menurun.
- c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *after-load*) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.
- d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.
- e. Penyakit jantung lain, terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katub semilunar), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, perikarditis, konstrikatif atau stenosis AV), peningkatan mendadak after load.
- f. Faktor sistemik, terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.
- g. Merokok, menimbulkan aterosklerosis, peningkatan

trombogenesis, peningkatan tekanan darah, pemicu aritmia jantung, peningkatan kebutuhan oksigen jantung dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

Faktor resiko yang tidak dapat diubah antara lain:

- a. Usia, resiko meningkat pada pria diatas 45 tahun dan wanita diatas 55 tahun.
- b. Jenis Kelamin, pada laki-laki lebih besar dibandingkan pada perempuan hal ini berkaitan dengan hormon estrogen dan endrogen yang bersifat protektif pada perempuan. Hal ini terbukti insiden PJK meningkat dengan cepat akhirnya setara dengan laki-laki, wanita setela menopause.

## 5. Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat ke seluruh bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress fisiologis. Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan: yang pertama *preload* (beban awal) jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang timbul oleh panjangnya regangan serabut jantung. Yang kedua kontaktilitas yaitu perubahan kekuatan konstriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung. Yang ketiga *afterload* atau beban akhir yaitu besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri. Pada keadaan gagal jantung, bila satu/ lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis *aorta* dan hipertensi sistemik.

Kontraktilitas *miokardium* dapat menurun pada *infark miokardium* dan kelainan otot jantung.

Gagal jantung sering dipisahkan menjadi dua klasifikasi gagal jantung kanan atau gagal jantung kiri. Pada gagal jantung kanan, ventrikel kanan tidak dapat memompa darah ke dalam arteri pulmonalis, sehingga kurang darah yang beroksigen oleh paru-paru dan meningkatkan tekanan di atrium kanan dan sirkulasi vena sistemik. Hipertensi vena sistemik menyebabkan edema pada ekstremitas. Pada gagal sisi kiri, ventrikel kiri tidak stabil untuk memompa darah ke sirkulasi sistemik, sehingga terjadi peningkatan tekanan di atrium kiri dan pembuluh darah paru. Paru-paru menjadi sesak dengan darah, menyebabkan tekanan paru relevated dan edema paru.

Meskipun setiap jenis menghasilkan perubahan arteri yang berbeda sistemik/paru, secara klinis tidak biasa untuk mengamati kegagalan semata-mata gagal jantung kanan atau gagal jantung kiri. Sejak kedua sisi jantung tergantung pada fungsi yang memadai dari sisi lain, kegagalan satu ruang menyebabkan perubahan timbale balik di ruang berlawanan. Misalnya, dalam peningkatan kegagalan sisi kiri kemacetan vascular paru akan menyebabkan tekanan meningkat pada ventrikel kanan, sehingga benar hipertofi ventrikel, penurunan efisiensi miokard, dan akhirnya mengumpulkan darah dalam sirkulasi vena sistemik (Syaifuddin, 2015).

## **6. Manifestasi klinis**

Tanda dominan gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Kongesti jaringan terjadi akibat tekanan arteri dan vena yang meningkat akibat turunnya curah jantung pada kegagalan jantung.



Menurut Pratiwi (2018) manifestasi gagal jantung sebagai berikut:

a. Gagal jantung kiri

Menyebabkan kongestif, bendungan pada paru dan gangguan pada mekanisme kontrol pernapasan.

Gejala:

- 1) Dispnea: keadaan dimana seseorang kesulitan dalam bernapas yang disebabkan karena suplai oksigen ke jaringan tubuh tidaksebanding dengan kebutuhan tubuh.
- 2) Orthopnea: keadaan dimana terjadi sesak napas saat dalam keadaan berbaring
- 3) Batuk: disebabkan oleh gagal ventrikel bisa kering dan tidak produktif, tetapi yang sering adalah batuk basah yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah banyak, yang kadang disertai dengan bercak darah.
- 4) Mudah lelah: keadaan dimana klien merasa kelelahan saat melakukan aktivitas fisik sehari-hari.
- 5) Ronkhi
- 6) Gelisah dan cemas: terjadi akibat gangguan oksigen jaringan, stress akibat kesulitan bernafas dan pengetahuan bahkan jantung tidak berfungsi dengan baik.

b. Gagal jantung kanan

Menyebabkan peningkatan vena sistemik

Gejala:

- 1) Edema perifer: pembengkakan akibat akumulasi cairan dalam jaringan terutama pada kaki.
- 2) Peningkatan BB
- 3) Distensi vena jugularis: merupakan peningkatan tekanan vena jugularis yang digunakan sebagai indikator kelainan jantung.
- 4) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas

abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.

- 5) Asites terjadi peningkatan pembuluh portal akibat pembesaran vena di hepar sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen.
  - 6) Anoreksia
  - 7) Mual
- c. Secara luas peningkatan CPV dapat menyebabkan perfusi oksigen jaringan rendah, sehingga menimbulkan gejala:
- 1) Pusing
  - 2) Kelelahan
  - 3) Tidak toleran terhadap aktivitas
  - 4) Ekstremitas dingin

## 7. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

Untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

- 1) *First line drugs*: diuretik untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik
- 2) *Second line drugs*: ACE inhibitor, membantu meningkatkan CVP dan menurunkan kerja jantung
  - (a) Digoxin: meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana di butuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
  - (b) Hidralazin: menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik
  - (c) Isobarbide dinitrat: mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
  - (d) *Calcium channel blocker*: untuk kegagalan diastolik meningkatkan relaksasi dan pengisian dan pengisian

ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik). *Beta blocker*, sering dikontraindikasikan karena menekan respon *miokard*. Digunakan pada disfungsi *diastolik* untuk mengurangi HR, mencegah iskemia miocard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri (Pratiwi, 2016)

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktifitas.
- 2) Diet pembatasan natrium (< 4 gr/hari) untuk menurunkan edema.
- 3) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSID, karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
- 4) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari) (Pratiwi, 2018).

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

a. Elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien diduga gagal jantung. Abnormalitas EKG sering dijumpai pada gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung. Jika EKG normal, diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (< 10%).

b. Foto Thoraks

Merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Foto toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura, dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak nafas.

Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik

c. Pemeriksaan laboratorium

Pada pasien diduga gagal jantung adalah darah perifer lengkap (hemoglobin, leukosit, trombosit), elektrolit, kreatinin, estimasi laju filtrasi glomerulus (eGFR), glukosa, tes fungsi hepar, dan urinalisa. Pemeriksaan tambahan lain dipertimbangkan sesuai gambaran klinis. Gangguan hematologi atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringan sampai sedang yang belum diberikan terapi, meskipun anemia ringan, hiponatremia, hiperkalemia dan penurunan fungsi ginjal sering dijumpai terutama pada pasien dengan terapi menggunakan diuretik dan/ atau ACE-I (*angiotensin converting enzyme inhibitor*), ARB (*angiotensin receptor blocker*), ARNI (*angiotensin receptor neprilysin inhibitor*), atau antagonis aldosteron.

d. Troponin I atau T

Pemeriksaan troponin dilakukan pada penderita gagal jantung jika gambaran klinis disertai dengan dugaan sindrom koroner akut. Peningkatan ringan kadar troponin kardiak sering terjadi pada gagal jantung berat atau selama episode dekompensasi gagal jantung pada penderita tanpa iskemia miokard.

e. Ekokardiografi

Ekokardiografi mempunyai peran penting dalam mendiagnosis gagal jantung dengan fraksi ejeksi normal (PERKI, 2020).

## 9. Komplikasi

Menurut Maajid (2018) beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung:

### a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik ditandai oleh ventrikel kiri yang memiliki gangguan fungsi yang dapat mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan. Penghantaran oksigen ke jaringan yang khas pada syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokardium akut adalah hilangnya 40% atau lebih jaringan otot pada ventrikel kiri dan nekrosis vokal di seluruh ventrikel karena ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokardium.

### b. Edema paru

Edema paru terjadi dengan cara yang sama seperti edema dimana saja didalam tubuh. Faktor apapun yang menyebabkan cairan interstitial paru meningkat dari batas negatif menjadi batas positif.

### c. Efusi parkardial dan tamponade jantung

Efusi pericardium mengacu pada masuknya cairan ke dalam kantong pericardium. Secara normal kantong pericardium berisi cairan sebanyak kurang 50 ml. cairan pericardium akan terakumulasi secara lambat tanpa menyebabkan gejala yang nyata. Namun demikian, perkembangan efusi yang cepat dapat meregangkan pericardium sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik vena ke jantung. Hasil akhir dari proses ini adalah tamponade jantung.

### d. Hepatomegali

Hepar yang membesar sering terasa nyeri jika ditekan dan dapat berdenyut pada saat sistol jika terjadi regurgitasi trikuspid.

e. Episode tromboemboli

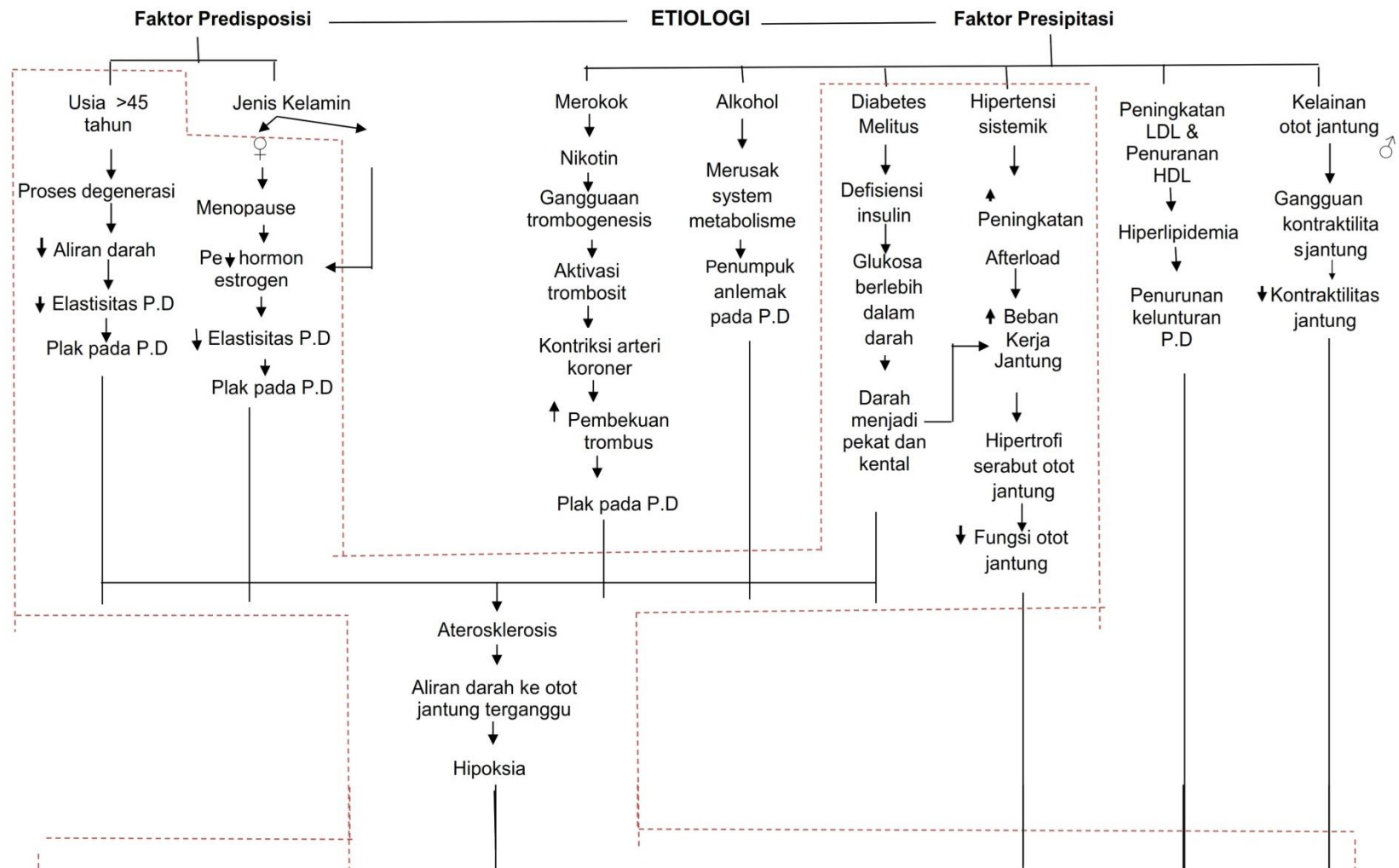
Episode tromboemboli yang disebabkan pembentukan bekuan vena karena statis darah. terjadi bekuan darah didalam sistem kardiovaskular termasuk arteri, vena dan ruang jantung,

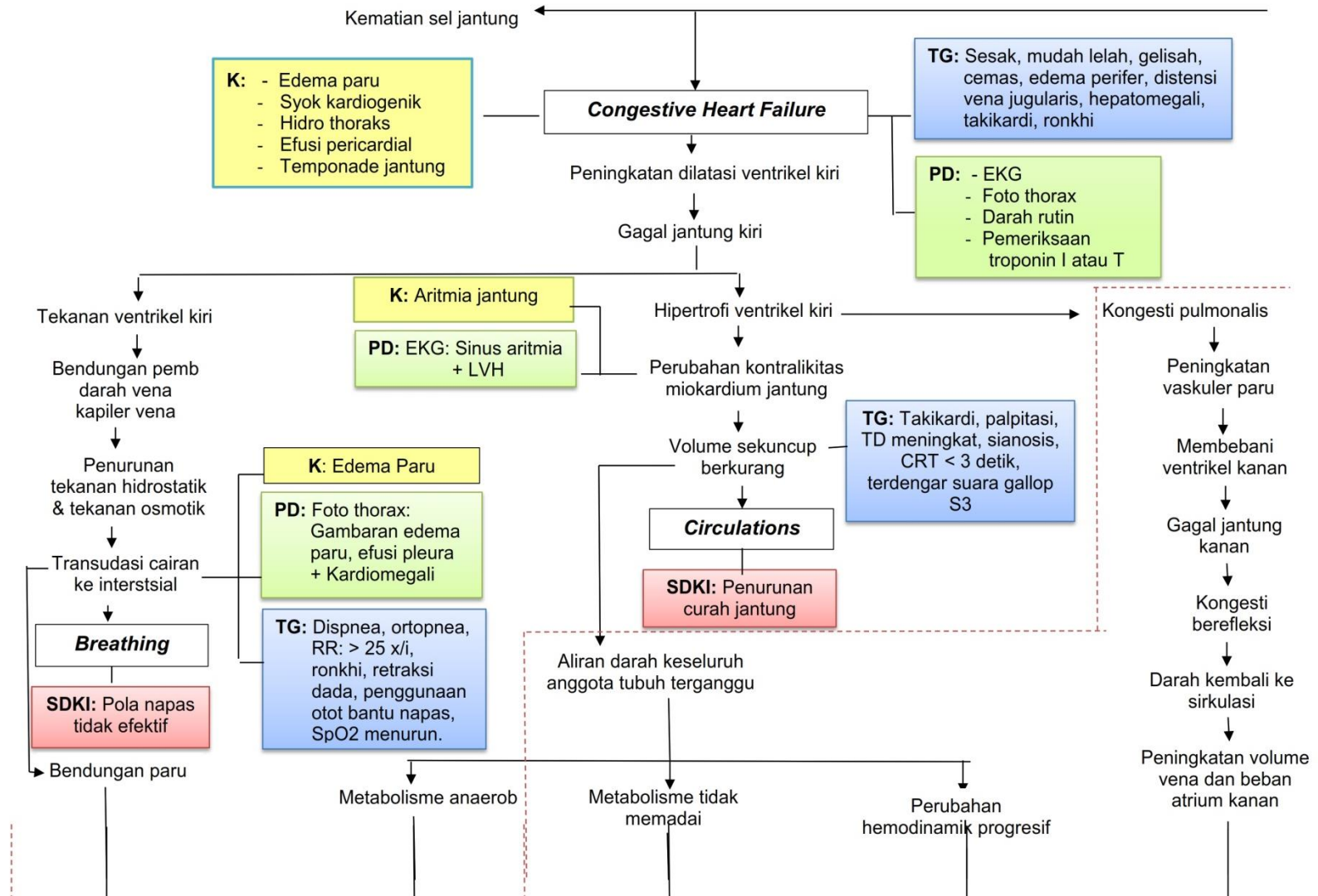
f. Hidrotoraks

Penimbunan cairan eksudat dalam rongga pleura yang disebabkan oleh pengeluaran cairan dari pembuluh darah (Aspiani, 2016).

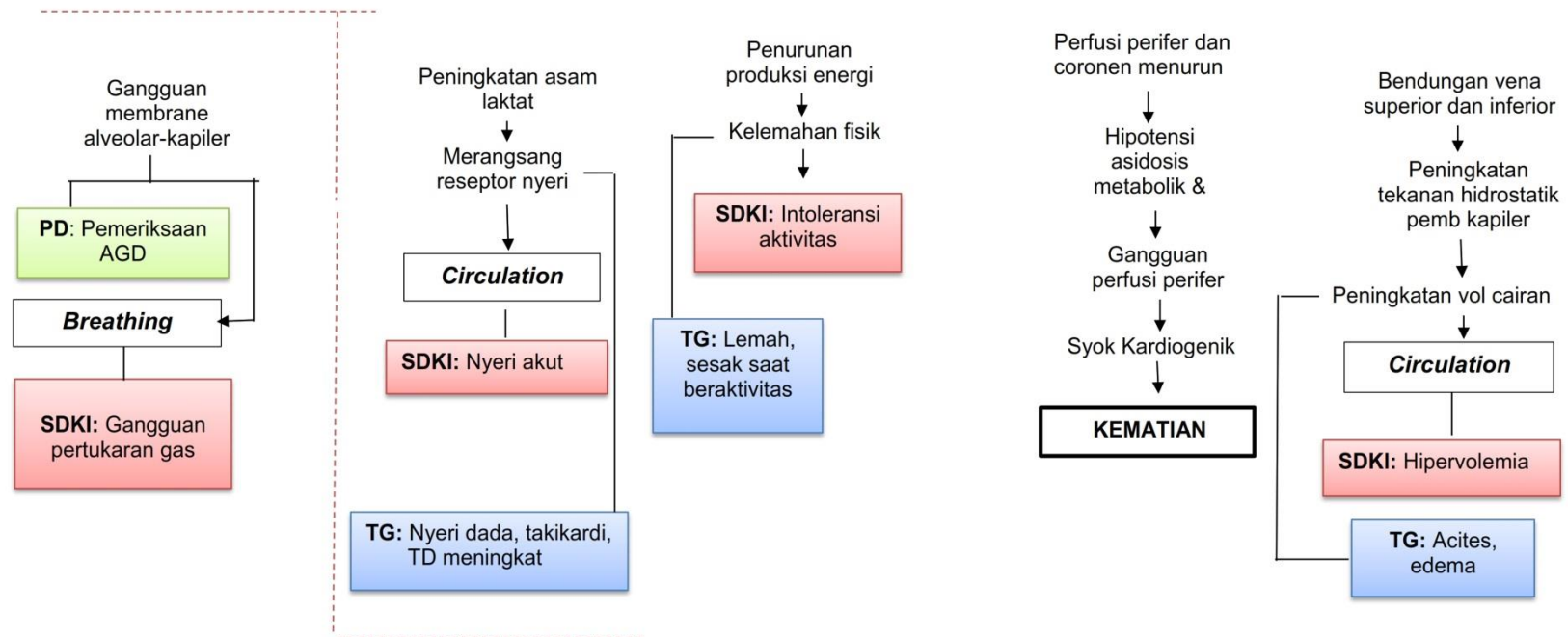
## 10. Discharge planning

- a. Berhenti merokok
- b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya
- c. Belajar untuk rileks dan mengendalikan stress
- d. Batasi konsumsi alcohol
- e. Anjurkan pada kalien mneghentikan aktivitas selama ada serangan dan istirahat
- f. Jika mengalami obesitas turunkan berat badan hingga kisaran normal
- g. Menjalani diet sesuai dengan anjuran dokter olahraga secara teratur (Pratiwi, 2016).









Ket:  
 Garis putus-putus warna merah = Alur perjalanan pasien

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien CHF menurut Ashar (2019) sebagai pengumpulan data dan informasi terkini mengenai status pasien dengan pengkajian system kardiovaskuler sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis pada pasien mencakup riwayat khususnya yang berhubungan dengan nyeri dada, sulit bernafas, palpitasi, riwayat pingsan, atau keringat dingin (diaphoresis). Masing-masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta factor pencetusnya. Pengkajian meliputi:

#### *a. Airway:*

Penilaian akan kepatenan jalan napas, meliputi pemeriksaan mengenai adanya obstruksi jalan napas dan adanya benda asing. Pada pasien yang dapat berbicara dapat dianggap jalan napas bersih. Dillakukan pula pengkajian adanya suara napas tambahan seperti snoring.

#### *b. Breathing:*

Frekuensi napas, apakah ada penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi dinding dada dan adanya sesak napas. Palpasi pengembangan paru, auskultasi suara napas, kaji adanya suara napas tambahan seperti: rokki, wheezing (AHA, 2013).

#### *c. Circulation:*

Pada penilaian sirkulasi ini menitik beratkan pada penilaian tentang sirkulasi darah yang dapat dilihat dengan penilaian sebagai berikut: warna kulit, kapilary refill time < 3 denyut nadi lemah dan tidak teratur, takikardi, tekanan darah meningkat atau menurun, akral teraba dingin dan adanya sianosis perifer (Carvalho, 2019).

*d. Disability:*

Penilaian pada disability menilai tingkat kesadaran (GCS), ukuran dan reaksi pupil. Penilaian disability melibatkan evaluasi fungsi system saraf pusat. Dilakukan penilaian dengan cepat pada tingkat kesadaran pasien (Krisanty, 2016).

*e. Exposure:*

Dalam penilaian exposure kita mengkaji secara menyeluruh melihat apakah ada organ lain yang mengalami gangguan seperti adanya jejas atau cedera sehingga kita dapat memberikan perawatan (Krisanty, 2016).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Muttaqin (2014) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan CHF antara lain :

- a. Penurunan curah jantung b/d kontraksi d.d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)
- b. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alevolus kapiler d.d dispnea, sianosis (D. 0003)
- c. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d.d dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)
- d. Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena d.d warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik (D.0009)
- e. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)
- f. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak mengiris (D.0077)
- g. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d.d edema dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)

### 3. Intervensi keperawatan

SDKI: Penurunan curah jantung b/d kontraksi d.d bradikardia/  
takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)

SLKI: Curah jantung meningkat (L.02008)

- a. bradikardia menurun (rentang normal 60- 100x/menit)
- b. takikardia menurun (rentang normal 60- 100x/menit)
- c. suara jantung S3 menurun (normal; suara tunggal)

SIKI: Perawatan Jantung (I.02075)

Observasi

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung  
(dyspnea, edema)  
R/ Mengetahui tanda/gejala primer penurunan curah  
jantung
- b. dentifikasi tanda/gejala sekunder penurunah curah  
jantung (ronkhi basah, batuk, kulit pucat)  
R/ Mengetahui tanda/gejala sekunder penurunan curah  
jantung
- c. Monitor tekanan darah  
R/ Mengetahui jika hipotensi dapat mengindikasikan  
penurunan curah jantung dan dapat menyebabkan  
penurunan perfusi perfusi arteri koroner dan jika  
hipertensi dapat mengindikasikan keletihan atau  
peningkatan kongesti pulmonal
- d. Monitor saturasi oksigen  
R/ Mengetahui keadekuatan kadar oksigen dalam tubuh  
untuk mencegah terjadinya iskemia
- e. Monitor EKG 12 sadapan

R/ Mengetahui aktivitas listrik jantung dan kelainan pada jantung

- f. Monitor intake dan output cairan

R/ Untuk mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan

#### Teraupetik

- a. Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman

R/ Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien

- b. Berikan diet jantung yang sesuai

R/ Mengurangi risiko yang dapat memicu jantung bekerja lebih keras

- c. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress

R/ Memberikan rasa rileks dan meningkatkan kenyamanan

- d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

R/ Memenuhi suplai oksigen dalam tubuh

#### Edukasi

- a. Anjurkan berhenti merokok

R/ Melatih untuk gaya hidup sehat

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi inotropik untuk kontraktilitas (dobutamin)

R/ Menstimulus reseptor yang bekerja dalam meningkatkan kontraksi jantung

- b. Kolaborasi Pemberian Asetosal

R/ Mencegah terjadinya penggumpalan darah

SDKI: Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolus kapiler d.d dispnea, sianosis (D. 0003)

SLKI: Pertukaran gas meningkat (L.01003)

- a. Dispnea menurun (Rentang Normal 16- 24x/menit)
- b. Sianosis membaik

SIKI: Terapi oksigen (I.01026)

Observasi

- a. Monitor kecepatan aliran oksigen  
R/ menjaga kebutuhan oksigen pasien
- b. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen  
R/ Menghindari kerusakan kulit
- c. Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu  
R/ Menjaga kepatenan jalan napas

Teraupetik

- a. Bersihkan secret pada mulut, hidung, trakea, jika perlu  
R/ Menjaga kebersihan mulut, hidung, trakea
- b. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen  
R/ Menjaga kepatenan oksigen

Edukasi

- a. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah  
R/ Memenuhi kebutuhan oksigen

Kolaborasi

- a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen  
R/ Memenuhi kebutuhan oksigen sesuai kebutuhan oksigen yang dibutuhkan
- b. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur  
R/ Menjaga kepatenan oksigen

SDKI: Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d.d dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)

SLKI: Pola napas meningkat (L.01004)

- a. Dispnea menurun (Rentang normal 16- 24x/menit)
- b. Ortopnea menurun Penggunaan otot bantu napas menurun

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

#### Observasi

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)  
R/ Mengetahui adanya tidaknya hambatan upaya napas
- b. Monitor bunyi napas tambahan  
R/ untuk mengetahui ada tidaknya suara napas abnormal

#### Teraupetik

- a. Posisikan semi-fowler atau fowler  
R/ Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan
- b. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- c. Berikan oksigen, jika perlu  
R/ Meningkatkan kebutuhan oksigen untuk miokardium melawan efek hipoksia/iskemia dan mengurangi ketidaknyamanan.

#### Edukasi

- a. Ajarkan tehnik batuk efektif  
R/ Membersihkan jalan napas dari adanya sekret yang tertahan dan tidak bisa dikeluarkan

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu  
R/ Pemberian obat dapat meringankan sesak napas

SDKI: Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena  
 d.d warna kulit pucat, pengisian kapiler > 3 detik (D.0009)

SLKI: Perfusi perifer meningkat (L.02011)

- a. Warna kulit pucat menurun
- b. Pengisian kapiler membaik (Normal: CRT < 3 detik)

SIKI: Perawatan sirkulasi (I.02079)

#### Observasi

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)  
 R/ Mengetahui sirkulasi perifer dalam batas normal
- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)  
 R/ Mencegah faktor resiko terjadi

#### Teraupetik

- a. Hindari pemasangan infus ataupun pengambilan darah di area keterbatasan perfusi  
 R/ Menghindari terjadi komplikasi yang akan terjadi
- b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi  
 R/ Mencegah terjadinya komplikasi yang akan terjadi
- c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera  
 R/ Mencegah terjadinya iritasi pada area kulit yang cedera
- d. Lakukan pencegahan infeksi  
 R/ Mencegah terjadinya infeksi
- e. Lakukan perawatan kaki dan kuku  
 R/ Menjaga kebersihan kaki dan kuku

#### Edukasi



- a. Anjurkan berhenti merokok
- b. Anjurkan berolahraga rutin  
R/ Menjaga pola hidup tetap sehat dan mencegah terjadinya komplikasi yang dapat terjadi
- c. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu  
R/ Mencegah peningkatan TD, dan kolesterol
- d. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat  
R/ Mencegah terjadinya infeksi pada kulit

SDKI: Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)

SLKI: Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

- a. Keluhan lelah menurun
- b. Perasaan lemah menurun
- c. Dyspnea saat aktivitas menurun
- d. Dyspnea setelah aktivitas menurun

SIKI: Manajemen energi (I.05178)

#### Observasi

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
R/ Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional  
R/ Mengetahui koping klien
- c. Monitor ketidaknyamanan selama aktivitas  
R/ Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan

#### Teraupetik

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, suara, kunjungan)

R/ Memberikan rasa aman dan nyaman

- b. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

R/ Mengurangi resiko jatuh/cedera

#### Edukasi

- a. Anjurkan tirah baring

R/ Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali dan mengurangi beban jantung

- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ Mengetahui fungsi jantung bila dikaitkan dengan aktivitas dan melatih kekuatan otot maupun sendi

SDKI: Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis (D.0077)

SLKI: Tingkat nyeri menurun (L.08066)

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun

SIKI: Manajemen Nyeri (I.08238)

#### Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R/ Mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan

- b. Identifikasi respons nyeri non verbal

R/ Mengetahui skala nyeri yang dirasakan

#### Teraupetik

- a. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mngurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

R/ Mengalihkan nyeri yang dirasakan

- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)  
R/ Menurunkan stimulus nyeri eksternal dan sensasi nyeri yang dirasakan
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur  
R/ agar pasien mampu beristirahat dengan baik

#### Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri  
R/ Mengetahui hal-hal yang dapat menimbulkan nyeri
- b. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat  
R/ mengetahui penggunaan obat secara tepat
- c. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri  
R/ Mengetahui teknik untuk mengalihkan nyeri secara mandiri

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu  
R/ Mengurangi Nyeri yang dirasakan

SDKI: Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d.d edema dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)

SLKI: Keseimbangan cairan meningkat (L.05020)

- a. Edema menurun
- b. Keluaran urin meningkat

SIKI: Manajemen Hipervolemia (I.03114)

#### Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dyspnea, edema, JVP meningkat)  
R/ Mendiagnosis gagal jantung dan mengetahui peningkatan cairan yang dapat membebani ventrikel kanan

- b. Monitor intake dan output  
R/ Mengetahui keseimbangan cairan tubuh
- c. Monitor kecepatan infus secara ketat  
R/ Mengurangi risiko peningkatan cairan tubuh yang dapat mengakibatkan edema pada organ tubuh
- d. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama  
R/ Mengetahui Perubahan tiba-tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan
- e. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40°  
R/ Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigen

#### Edukasi

- a. Anjurkan melapor jika haluaran urin  $< 0,5$  ml/kg/jam dalam 6 jam  
R/ Mengetahui haluaran urin tetap terpantau sehingga perfusi renal, kecukupan pengganti cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat ditangani jika terjadi ketidakseimbangan

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian diuretik (Furosemid :  
Memperhatikan prinsip 7 benar pemberian obat, mengukur tekanan darah sebelum diberikan karena dapat menurunkan tekanan darah, pantau tanda-tanda dehidrasi, memantau elektrolit pasien)  
R/ Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urin.

## BAB III

### PENGAMATAN KASUS

#### A. Kajian Keperawatan

Nama pasien: Ny "H"/ 59 tahun

Alamat: Massengrenpulu, Lamusu, Kab Bone

Diagnosis Medis: CHF+Efusi pleura

Tanggal: 3 Juni 2022

**1. Keluhan Masuk** :Sesak disertai nyeri dada tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri.

Triase : Merah (Gawat Darurat)

Alasan :

Seorang perempuan berumur 59 tahun masuk ke IGD RS Bhayangkara Makassar pada jam 22:30 WITA dengan keluhan sesak disertai nyeri dada dirasakan dirumah pada jam 20:30 WITA awalnya pasien terbangun untuk minum karena haus dan pasien tidur di lantai 2, setelah minum pasien kembali ke kamar untuk melanjutkan tidurnya tiba-tiba pasien merasa tidak enak pada sebelah kiri disertai nyeri. Pasien mengatakan mencoba untuk beristirahat kembali tetapi nyeri dada tak kunjung hilang dan bertambah parah disertai sesak napas pada jam 22:00 WITA. Pasien juga mengatakan jantungnya berdebar-debar dan keringat dingin sehingga keluarga dan pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit. Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun akibat nyeri dada dan sesak napas yang dirasakan.

Kondisi pasien ketika masuk IGD, tampak pasien sesak dan memegang dadanya, pasien tidak mampu berjalan. Pada saat dilakukan observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil: TD: 173/103 mmHg, N: 118 x/menit, S: 36,7°C, RR: 32 x/menit, SPO2: 85%. Pasien langsung dibawa ke ruang resusitasi untuk dilakukan penanganan dan kondisi pasien dipantau secara continue. Penanganan pertama yang dilakukan adalah pemberian oksigen NRM 15 liter, pemasangan heart monitor, pemberian posisi fowler, pemberian cairan RL 500cc dengan 10 tetes/menit, pemasangan kateter urine dengan output urine pada saat pemasangan 100 cc, pasien mengatakan terakhir BAK 2 jam yang lalu dan kolaborasi pemberian obat.

Hasil pemeriksaan EKG: Sinus aritmia+LVH, Foto thorax: Cardiomegali, Efusi pleura bilateral+ edema paru, GDS: 101 mg/dl.

## **2. Riwayat penyakit yang pernah dialami;**

Pasien mengatakan pernah masuk rumah sakit 3 bulan yang lalu dengan penyakit jantung yang sama, pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu dan mengonsumsi obat tekanan darah yaitu amlodipine 10 mg dan juga mendapat insulin suntik novorapid sebelum makan dengan dosis 6 unit. Pasien mengatakan hanya minum obat tekanan darah jika kepalanya sakit dan tekanan darahnya naik saja.

## **3. Riwayat alergi:** Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan maupun obat-obatan.

#### 4. Pengkajian

##### a) AIRWAY

- Benda asing
- Lidah jatuh
- Cairan
- Tidak ada

##### b) BREATHING

1) Frekuensi: 32 x/menit

SPO2: 85 %

Sesak (Dispnea)  Apnea  Retraksi dada

2) Irama Pernapasan:

Teratur  Tidak teratur  Dangkal  Dalam

3) Suara Napas:

Vesikuler  Broncho-vesikuler  Bronchial

4) Suara napas tambahan:

Wheezing  Ronchi  Rales

Pengkajian: Tampak pada saat pasien bernapas menggunakan otot bantu pernapasan (intercostal). Pasien mengeluh sesak bertambah jika dalam posisi berbaring.

5) Perkusi:

Sonor  Pekak  Redup

6) Vocal Premitus: Getaran teraba sama disisi kanan dan kiri

7) Nyeri tekan; Tidak ada

##### c) CIRCULATION

1) Suhu; 36,7°C

- 2) Tekanan Darah: 173/103 mmHg
- 3) Nadi: 118 x/menit  
 Lemah  Kuat dan tidak teratur  Tidak teraba
- 4) Elastisitas turgor kulit:  
 Elastis  Menurun  Buruk
- 5) Mata cekung:  
 Ya  Tidak
- 6) Ekstremitas:  
 Capillary Refil Time < 3 detik  Dingin
- 7) Perdarahan:  
 Ya, Jumlah....cc  Tidak
- 8) Keluhan:  
 Mual  Muntah  Nyeri kepala  Nyeri dada
- 9) Hasil pemeriksaan:  
 Darah rutin  
 Serum elektrolit  
 Level fungsi test  
 AGD  
 Lain-lain
  - EKG: Sinus aritmia + LVH
  - Foto thorax: Gambaran tanda-tanda edema paru, efusi pleura+ Cardiomegaly
  - GDS: 101 mg/dl

Pengkajian:

Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, skala nyeri 7 (hebat) dan dirasakan terus-menerus. Pasien mengatakan jantungnya berdebar-debar dan nyeri dada juga dirasakan saat



pasien bernapas. Pasien juga mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat dan mengeluh mudah lelah, tampak pasien meringis dan memegang dada sebelah kiri, tampak pasien gelisah dan sulit tidur akibat nyeri dada yang dirasakan.

d) DISABILITY

1) Pupil:

Isokor    Anisokor

2) Refleks cahaya:

Positif    Negatif

3) Glasgow Coma Scale:

M: 6, V: 5, E: 4 = 15 (Compos Mentis)

e) FOLLEY CHATETER

Output : 100 cc

Pasien mengatakan terakhir BAK sekitar 2 jam yang lalu

Warna: Tampak urine berwarna kuning pekat

f) GASTRIC TUBE

Output....cc, warna

Tidak ada

**B. ANALISA DATA**

Nama/ umur: Ny "H"/ 59 tahun

Ruang: : IGD (Resusitasi)

<b>NO</b>	<b>DATA</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH</b>
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sesak napas</li><li>- Pasien mengatakan sesak jika dalam posisi berbaring</li></ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien menggunakan otot bantu pernapasan (intercostal)</li><li>- Ada retraksi dada</li><li>- Frekuensi napas: 32 x/m</li><li>- SPO2: 85%</li><li>- Irama pernapasan tidak teratur dan dalam</li><li>- Terdengar suara napas tambahan: rochi</li><li>- Hasil foto thorax: Efusi pleura bilateral + edema paru.</li></ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan jantungnya terasa berdebar-debar</li></ul>	<p>Hambatan Upaya Napas (Cairan di rongga pleura)</p> <p>Perubahan Irama Jantung</p>	<p>Pola Napas Tidak Efektif</p> <p>Penurunan Curah Jantung</p>
2	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Denyut nadi meningkat: 118</li></ul>		

3	<p>x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teraba nadi kuat dan tidak teratur</li> <li>- Gambaran EKG: Sinus aritmia+LVH</li> <li>- Tekanan darah: 173/103 mmHg</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, skala nyeri 7 (hebat) dan dirasakan terus-menerus.</li> <li>- Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang dirasakan.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien meringis dan memegang dada sebelah kiri</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Tanda-tanda vital: TD: 173/103 mmHg N: 118 x/menit</li> </ul>	Agen Pencedra Fisiologis	Nyeri Akut
---	---	--------------------------	------------

**C. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Nama/ umur: Ny "H"/ 59 tahun

Ruang: : IGD (Resusitasi)

<b>NO</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (Cairan di rongga pleura)
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis

#### D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/ umur: Ny "H"/ 59 tahun

Ruang : IGD (Resusitasi)

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (cairan di rongga pleura)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 2 jam, maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Ortopnea membaik	<p>Manajemen Jalan Napas (D.0005)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <b>Rasional:</b> Mengetahui ada tidaknya hambatan upaya napas pada pasien.</li> <li>- Monitor saturasi oksigen <b>Rasional:</b> Mengetahui keadekuatan kadar oksigen dalam tubuh untuk mencegah terjadinya iskemia.</li> <li>- Monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, wheezing, ronchi kering) <b>Rasional:</b> Mengetahui ada tidaknya suara napas abnormal.</li> </ul> <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan posisi semi fowler atau fowler <b>Rasional:</b> Membantu</li> </ul>

2	<p>Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palpitasi menurun</li> <li>2. Takikardia menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p>memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan oksigen, jika perlu</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Meningkatkan kebutuhan oksigen miokardium melawan efek hipoksia/iskemia dan mengurangi ketidaknyamanan.</p> <p>1. Perawatan Jantung (L.02008 )</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tekanan darah</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Mengetahui jika hipotensi dapat mengindikasikan penurunan curah jantung dan dapat menyebabkan penurunan perfusi arteri koroner sedangkan jika hipertensi dapat mengindikasikan kelelahan atau peningkatan kongesti pulmonal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Meningkatkan kebutuhan oksigen</p>
---	--	--	---

3	Nyeri akut b/d agen pencedra fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> </ol>	<p>miokardium melawan efek hipoksia/iskemia dan mengurangi ketidaknyamanan.</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Mengetahui fungsi jantung bila dikaitkan dengan aktivitas</p> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat anti aritmia</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Meningkatkan volume sekuncup, memperbaiki kontraktilitas jantung.</p> <p>2. Perawatan Jantung Akut (L.02009 )</p> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat anti angina</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Meredakan nyeri dada pada pasien jantung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat intravena (diuretik dan penurunan tekanan darah)</li> </ul> <p><b>Rasional:</b> Mengatasi penumpukan cairan</p>
---	---	--	---

		<p>3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun</p>	<p>didalam tubuh dan menurunkan tekanan darah.</p> <p>Manejemen Nyeri (I.08238) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri <b>Rasional:</b> Mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri <b>Rasional:</b> Mengetahui skala nyeri yang dirasakan.</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal <b>Rasional:</b> Mengetahui respon nyeri non verbal melalui face scale.</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu <b>Rasional:</b> Mengurangi nyeri yang dirasakan.</li> </ul>
--	--	--	---



### E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ umur: Ny "H"/ 59 tahun

Ruang: : IGD (Resusitasi)

HARI/ TANGGAL	DX	JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	PERAWAT
Jumat, 3 Juni 2022	I	22:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi oksigen NRM 15 liter</li> <li>- Memberikan posisi fowler H/: Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi fowler</li> <li>- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) dan saturasi oksigen H/: - Frekuensi napas: 28 x/m</li> <li>- Pernapasan pasien tidak teratur, dalam dan tampak menggunakan otot bantu pernapasan.</li> </ul>	Bernadethi
	II	22:35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO2: 98%</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan H/: - Terdengar bunyi napas</li> <li>- Tampak pasien nyaman dalam posisi duduk</li> </ul>	Bernadethi

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat anti aritmia</li> <li>H/: Pasien diberikan obat <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digoxin 0,25 mg/oral</li> <li>- Valsatran 80 mg/oral</li> </ul> </li> <li>- Kolaborasi pemberian obat anti angina</li> <li>H/: Pasien diberikan obat SP Cedocard 2 mg/iv</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk tidak banyak bergerak</li> <li>H/: Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen</li> <li>H/: TD: 189/99 mmHg</li> <li>N: 102 x/menit</li> <li>S: 36,5 c</li> <li>RR: 25 x/menit</li> <li>SPO2: 99 %</li> <li>- Pasien mengatakan jantungnya masih berdebar-debar</li> <li>- Nadi pasien teraba kuat dan tidak teratur</li> <li>- Meberikan obat diuretik dan anti hipertensi</li> </ul>	
	III	22:50		
		23:55		Bernadethi

			<p>H/: Diberikan obat Lazix 20 mg/iv</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> <p>H/: Diberikan obat santagesik 500 mg/iv</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi nyeri dada</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan nyeri dada disebelah kiri mulai berkurang, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul ketika pasien banyak bergerak, skala nyeri 6 (sedang)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien meringis sambil memegang dada ketika banyak bergerak</li> <li>- Pasien gelisah</li> <li>- Pasien terbangun jika nyeri yang dirasakan muncul.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

## F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ umur: Ny "H"/ 59 tahun

Ruang: : IGD (Resusitasi)

NO	Jam: 24:00 EVALUASI SOAP	PERAWAT
1	<p>Pola napas tidak efektif b/d Hambatan upaya napas (cairan dirongga pleura)</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa nyaman saat berada dalam posisi duduk/fowler</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pernapasan tidak teratur, dalam dan tampak penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>- RR: 25 x/menit</li> <li>- SPO2: 99 %</li> </ul> <p>A: Masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Manajemen jalan napas</p>	Bernadethi
2	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung</p> <p>S: - Pasien mengatakan sesak dikarenakan nyeri dada yang dirasakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih merasa jantung berdebar-debar</li> </ul> <p>O: - Teraba nadi kuat dan tidak teratur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV: TD: 189/99 mmHg</li> <li>N: 102 x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Perawatan jantung dan</p>	Bernadethi

3	<p>perawatan jantung akut</p> <p>Nyeri akut b/d Agen pencedera biologis</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri mulai berkurang, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul jika pasien banyak bergerak, skala nyeri 6 (sedang).</p> <p>O: - Pasien tampak meringis ketika banyak bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien gelisah</li><li>- Pasien terbangun jika nyeri dirasakan muncul</li></ul> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Manajemen nyeri</p> <p>Setelah 2 jam penanganan, GOING TO ICU</p>	Bernadethi
---	---	------------

## G. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

### Laboratorium

No Lab: 220978

Dokter: Muh Ichzan

Nama: HADE

Ruangan: IGD

No RM: 404187

Tgl Diterima: 03-06-22

Umur: 59 Tahun

Tgl Cetak: 03-06-22

J.K: Perempuan

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hematologis			
Darah rutin			
WBC	H 12.50	$10^3/uL$	4.0-10.0
RBC	L 3.51	$10^6 ul$	4.0-5.50
HGB	L 9.8	g/dL	11.0-16.0
HCT	L 27.7	%	37.0-54.0
MCV	L 78.9	fL	80.0-100.0
MCH	27.9	Pg	27.0-34.0
MCHC	35.4	g/dL	32.0-36.0
PLT	H 474	$10^3/uL$	150.0-400.0
RDW-SD	37.2	fL	35.0-36.0
RDW-CV	12.6	%	11.0-16.0
PDW	10.4	fL	9.0-17.0
MPV	8.6	fL	6.0-12.0
P.LCR	15.6	%	11.0-45.0
Hitung jenis			

LYMPH		11.3	%	10.0-50.0
MXD		4.9	%	1.0-20.0
NEUT	H	88.8	%	37.0-80.0
LYMPH#		1.40	$10^3/uL$	0.80-4.00
MXD#		0.6	$10^9/uL$	
NEUT#	H	15.6	$10^3/uL$	2.00-7.00
Kimia darah				
GDS		102	mg/dL	100-140
Elektrolit				
- Natrium (Na)		121	mmol/L	136-145
- Kalium (K)		5,3	mmol/L	3,5-5,1
- Clorida (Cl)		95	mmol/L	98-106

### Foto Thorax

Kesan: Gambaran tanda-tanda edema paru

: Efusi pleura + Cardiomegaly (LVH)

### Pemeriksaan EKG

- Sinus aritmia + LVH
- Heart Rate 100x/menit

### H. THERAPI

1. Ringer Lactat 500 ml/ IV
2. Ranitidine 50 mg/ IV
3. Santagesik 500 mg/ IV

4. Lasix 20 mg/ IV
5. Cedocard 2 mg/ Syringe Pump/IV
6. Digoxin 0,25 mg/ Oral
7. Valsartran 80 mg/ Oral

### **Daftar Obat**

#### **1. Ranitidine**

- a. Nama obat : Ranitidine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Histamin H2
- c. Dosis umum :
  - 1) Intermittent bolus : 50 mg (2 mL) tiap 6 - 8 jam.
  - 2) Intermittent infusion: 50 mg (2 mL) tiap 6 - 8 jam.
  - 3) Infus kontinyu : 150 mg Ranitidine HCl diencerkan dalam 250 mL dekstrose atau larutan IV lain yang cocok dan diinfuskan dengan kecepatan 6,25 mg/jam selama 24 jam.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50mg/IV
- e. Cara pemberian obat : injeksi melalui IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Fungsi Ranitidine: Ranitidine digunakan untuk terapi pengobatan tukak lambung, tukak duodenum, hiperasiditas (sekresi berlebihan dari asam pada lambung, menyebabkan terjadinya erosi pada dinding lambung), gastritis (peradangan pada dinding lambung), refluks esofagitis (masuknya kembali makanan yang sudah berada dalam perut, ke dalam kerongkongan bagian bawah).
- g. Mekanisme kerja obat :

Mekanisme pertama, ranitidin menduduki reseptor H2 yang berfungsi menstimulasi sekresi asam lambung sehingga histamin yang diproduksi oleh sel ECL gaster dapat dihambat. Sedangkan



mekanisme kedua, substansi lain seperti gastrin dan asetilkolin yang menyebabkan sekresi asam lambung akan berkurang efektifitasnya pada sel parietal jika reseptor H<sub>2</sub> dihambat.

- h. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :  
Diberikan untuk mencegah terjadinya masalah lambung pada pasien akibat interaksi dari beberapa obat yang diberikan pada pasien
- i. Kontraindikasi : Kontraindikasi ranitidin adalah bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin.
- j. Efek samping : sakit kepala, sembelit, diare, mual muntah, sakit perut.

## 2. Digoxin

- a. Nama obat : Digoxin
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Glikosida
- c. Dosis umum :
  - 1) Rapid: 0,75 mg- 1,25 mg (dibagi menjadi dua dosis atau lebih, masing-masing diberikan setiap 6-8jam)
  - 2) Slow: 0,125mg- 0,5mg (sekali sehari selama 7 hari)
  - 3) Pemeliharaan : 0,125mg-0,5mg (sehari sekali)
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,25mg
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
  - 1) Mekanisme kerja obat: memiliki aksi yang kompleks baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap organ kardiovaskuler, pada pengobatan gagal jantung, dua mekanisme antara lain:
    - 2) Kekuatan dan kecepatan kontraksi miokard meningkat. Peningkatan ini disebabkan oleh masuknya ion kalsium dan penambahan pelepasan ion kalsium bebas pada sel miokard

- yang menyebabkan terjadinya potensi aktivitas serat otot jantung
- 3) Meningkatkan elektrofisiologi jaringan jantung. Efek ini berasal dari hasil penghambatan pergerakan ion natrium dan ion kalium melintasi membrane sel miokard.
  - 4) Fungsi obat: untuk pengobatan gagal jantung, terutama gagal jantung 'low out put' aksi langsung inotropik dapat meningkatkan curah jantung dan menurunkan tekanan vena, memperkecil ukuran jantung dan memperlambat refleks takikardi. Aksi tersebut dapat mengobati gejala indifisiensi hemodinamik seperti dispnea, edema dan kongesti vena.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mengurangi beban kerja jantung yang menyebabkan kontraktilitas otot jantung yang ditandai dengan gambaran EKG : Sinus Aritmia + LVH sehingga dapat meningkatkan curah jantung dan mengurangi sesak napas pada pasien.
  - h. Kontraindikasi: takikardi/vibrilasi ventrikel pericarditis konstruktif, kardiomiopati obstruktif, aritmia karena intosikasi glikosida jantung, AV blok derajat 2
  - i. Efek samping obat : anoreksia, mual muntah, nyeri pada lambung, gangguan penglihatan, delirium, rasa Lelah, malaise, sinus bradikardi, aritmia

### **3. Lasix/Furosemide**

- a. Nama obat: Lasix
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Diuretik dan Antihipertensi
- c. Dosis umum :
  - 1) Dewasa : 20-50mg dapat ditingkatkan menjadi 20mg setiap jam jika perlu

- 2) Anak-anak : 0,5mg-1,5 mg/kg setiap hari. Maksimal 20mg setiap hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 20mg
- e. Cara pemberian obat: Intravena
- f. Mekanisme dan kerja dan fungsi obat :
  - 1) mekanisme kerja furosemide adalah menghambat penyerapan Kembali natrium di ginjal.
  - 2) Fungsi obat: furosemide adalah obat untuk mengatasi penumpukan cairan didalam tubuh atau edema. Obat yang termasuk dalam golongan diuretic ini juga bisa digunakan untuk mengatasi tekanan darah yang tinggi/ hipertensi
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pada hasil dari foto thorax pasien didapatkan hasil: kesan edema paru, Efusi pleura selain itu hasil dari pemeriksaan tekanan darah pasien meningkat dari 173/103 menjadi 189/99mmHg.
- h. Kontraindikasi: pasien dengan gangguan defisiensi kalium,glomerulonephritis akut, insufisiensi ginjal akut, Wanita hamil dan pasien yang hipersensitif terhadap furosemide.

#### 4. Valsartan

- a. Nama obat: Valsartan
- b. Klasifikasi/golongan obat: *angiotensin receptor blocker (ARB)*
- c. Dosis umum:
  - 1) Dewasa: 80–160 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 320 mg per hari.
  - 2) Anak usia 6–18 tahun dengan berat badan <35 kg: 20 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 40 mg per hari.
  - 3) Anak usia 6–18 tahun dengan berat badan >35 kg: 40 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 80 mg per hari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 80mg
- e. Cara pemberian obat: oral

- f. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
- 1) Valsartan termasuk ke dalam jenis obat *angiotensin receptor blocker* (ARB). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Dengan dihambatnya reseptor ini, pembuluh darah akan melebar sehingga darah bisa mengalir lebih lancar.
  - 2) **Valsartan adalah obat yang berfungsi untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung. Obat ini juga dapat digunakan dalam pengobatan rutin setelah terjadinya serangan jantung.**
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pasien diberikan obat valsartan karena pasien masuk dengan tekanan darah tinggi yaitu 173/103mmHg dan pasien juga memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu.
- h. Kontraindikasi: gangguan fungsi hati berat, sirosis, obstruksi empedu, ibu menyusui hipersensitif terhadap komponen obat.
- i. Efek samping: kelelahan, *jarang* diare, sakit kepala, mimisan; trombositopenia, nyeri sendi, nyeri otot, gangguan rasa, neutropenia.

## 5. Cedocard

- a. Nama obat: cedocard
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Antiangina
- c. Dosis umum:
  - 1) Cedocard Infus; diberikan dosis 2-10 mg / jam melalui infus.
  - 2) Cedocard Tablet 5 mg : 1 tablet di minum 1 kali sehari.
  - 3) Cedocard Tablet 10 mg 1-3 tablet, di minum 4 kali sehari
  - 4) CedocardRetard 20 mg : 1 tablet, diminum 2 kali sehari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2mg
- e. Cara pemberian obat: syringe pump/IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

- 1) Mekanisme obat: Cedocard bekerja dengan merelaksasikan pembuluh darah, sehingga darah dapat mengalir lebih mudah ke jantung.
  - 2) Fungsi obat: Cedocard adalah obat yang mengandung Isosorbid dinitrat. Cedocard digunakan untuk membantu mencegah nyeri dada (angina) pada pasien dengan kondisi jantung tertentu (penyakit arteri koroner).
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: obat ini diberikan karena pasien mengalami nyeri dada pada pasien dengan gagal jantung.
- h. Kontraindikasi: Anemia (kekurangan hemoglobin), Hipotensi (tekanan darah rendah), Syok kardiogenik (penurunan curah jantung), Hindari penggunaan bersamaan dengan sildenafil, tadalafil, vardenafil.
- i. Efek samping : Sakit kepala, Hipotensi (tekanan darah rendah) dan Mual

## 6. Santagesik

- a. Nama obat: Santagesik
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)
- c. Dosis umum:
  - 1) Santagesik Injeksi: Dosis: 2-5 mL melalui injeksi intramuscular (melalui otot) atau intravena (pembuluh darah) sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10 mL/hari sebagai dosis harian.
  - 2) Santagesik Sirup: Dosis: 2-4 sendok takar (10-40 mL) diberikan tiap 6-8 jam. Maksimal: 4 sendok takar (20 mL) diberikan 4 kali sehari.
  - 3) Santagesik Tablet: Dosis: 1 tablet diberikan 1 kali sehari. Maksimal: 4 x sehari 1 tablet. Sebaiknya diberikan bersama makanan: Berikan sesudah makan.

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500mg
- e. Cara pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
  - 1) Mekanisme kerja obat: menghambat sintesis prostaglandin di jaringan perifer dan saraf pusat
  - 2) Fungsi obat: digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat, seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera, nyeri berat yang berhubungan dengan spasme otot polos (akut atau kronik) misalnya spasme otot atau kolik yang mempengaruhi The gastrointestinal tract (GIT), ginjal, atau saluran kemih bagian bawah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengurangi nyeri yang di rasakan pada pasien.
- h. Kontraindikasi: Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat Santagesik.
- i. Efek samping: Reaksi alergi parah (anafilaksis), Sesak nafas, Gatal, Ruam, bronkospasme

## BAB IV

### PEMBAHASAN KASUS

#### A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama kurang lebih 2 jam, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny. H dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dokumentasi dan evaluasi pada pasien CHF.

#### 1. Pengkajian

Pada Ny. H sudah terjadi komplikasi efusi pleura yang ditandai dengan hasil foto thorax: gambaran edema paru, efusi pleura billateral+ kardiomegali.

##### a. Airway

Pada teori menurut Ahsar, (2019) penilaian akan kepatenan jalan napas, meliputi pemeriksaan mengenai adanya obstruksi jalan napas dan adanya benda asing. Benda asing dapat berupa sputum yang terjadi akibat bendungan progresif darah dalam sirkulasi paru yang menyebabkan terjadinya penebalan dinding alveoli akibat penumpukan cairan yang menimbulkan tanda dan gejala kongesti pulmonal seperti batuk bisa kering dan tidak produktif, tetapi yang tersering adalah batuk basah yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah banyak, yang kadang disertai bercak darah.

Sedangkan Pada kasus Ny. H saat pengkajian tidak ditemukan adanya sumbatan pada jalan nafas ataupun tanda-

tanda sumbatan pada jalan nafas pasien dan reflek batuk pasien baik walaupun tidak terdapat sputum pada jalan napas. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan pada Ny. H yang ditemukan di IGD RS Bhayangkara Makassar

*b. Breathing*

Berdasarkan teori pada pengkajian, masalah breathing yang biasa dialami pada pasien gagal jantung mengalami sesak napas keadaan dimana seseorang kesulitan dalam bernapas yang disebabkan karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru sehingga pasien cenderung sesak napas. Seperti yang kita ketahui bahwa jantung dan paru-paru berperan dalam pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam darah, sehingga jika terjadi gangguan maka berpengaruh dalam proses pernapasan. Pada gagal jantung kongestif menyebabkan suplai darah ke paru-paru menurun dan darah tidak masuk ke jantung. Keadaan ini menimbulkan penimbunan cairan di paru-paru, sehingga menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida (Suratinoyo, 2018). Perkusi pekak, ada retraksi dinding dada dan peningkatan frekuensi napas, SpO<sub>2</sub> menurun, kualitas napas lemah, dispnea, ortopnea, pernapasan cepat dan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, pola pernapasan yang tidak teratur, kedalaman napas, frekuensi pernapasan, ekspansi paru, pengembangan dada, retraksi dada dan auskultasi untuk adanya: suara abnormal pada dada sehingga mengambil masalah pada breathingnya (AHA, 2013).

Sedangkan pada kasus Ny. H yaitu ia mengalami sesak napas dengan frekuensi 32x/menit, SpO<sub>2</sub> 85%, suara napas ronchi dikarenakan adanya penumpukan cairan diparu yang mengakibatkan distress pernapasan yang menyebabkan bunyi



napas tambahan yaitu ronkhi, pola napas cepat dan dangkal dengan irama napas yang tidak teratur dan pasien mengatakan sesak bertambah jika dalam posisi berbaring dan hasil foto thorax menunjukkan ada tanda-tanda edema paru dan efusi pleura bilateral, sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

c. *Circulation*

Pada bagian sirkulasi mekanisme dasar gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompakan pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu terganggu maka curah jantung akan menurun. (Aspiani, 2016).

Pada pengkajian penurunan curah jantung sering didapatkan pasien mengeluh mengalami palpitasi (jantung berdebar), nadi yang meningkat/menurun dan juga tidak teratur, peningkatan/penurunan tekanan darah, CRT > 3 detik, perubahan preload berupa kelelahan, perubahan afterload berupa dispnea, ortopnea, warna kulit sianosis atau pucat, nyeri dada dan terlihat gambaran aritmia pada pemeriksaan EKG. Komplikasi gagal jantung yang sering didapatkan menunjukkan hasil foto

thorax kardiomegali dan edema paru yang terjadi akibat kegagalan mekanisme kompensasi jantung kiri untuk meningkatkan luaran jantung yang menyebabkan peningkatan nadi dan tekanan darah yang membuat beban akhir dan dilatasi ventrikel meningkat dan terjadi peningkatan ventrikel kiri yang menyebabkan kongesti pulmonal dan hipertrofi ventrikel. (Tim pokja PPNI 2017).

Pada kasus Ny.H ditemukan peningkatan tekanan darah dan nadi yaitu 173/103 mmHg, Nadi: 108 x/menit teraba kuat dan tidak teratur dan akral teraba dingin. Pasien juga mengeluh nyeri dada tembus ke belakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, skala nyeri 7 (nyeri hebat) dan dirasakan terus-menerus, pasien juga mengeluh jantungnya berdebar-debar, pasien juga mengeluh mudah lelah saat beraktivitas di atas tempat tidur. Hasil EKG: Sinus aritmia+LVH dan hasil foto thorax didapatkan Cardiomegaly. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

d. *Disability*

Pada teori pengkajian disability didapatkan pada pasien gagal jantung adalah kesadaran tingkat composmentis, pupil isokor dan reflek cahaya baik. serta ukuran dan reaksi pupil. (Krisanty, 2016).

Pada kasus Ny.H didapatkan tingkat kesadaran pasien: Composmentis dengan GCS: 15 (E4,V5,M6) tidak didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

e. *Exposure*

Setelah kita mengkaji secara menyeluruh dan sistematis, mulai dari airway, breathing, circulation, dan disability, lalu kita

mengkaji secara menyeluruh untuk melihat apakah ada organ lain yang mengalami gangguan seperti jejas atau cedera sehingga kita dapat cepat memberikan perawatan (Krisanty, 2016). Berdasarkan data yang didapatkan dari Ny.H bahwa tidak ditemukannya adanya cedera.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Muttaqin (2014) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Congestive Heart Failure, antara lain :

- h. Penurunan curah jantung b/d kontraksi d.d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)
- i. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alevolus kapiler d.d dispnea, sianosis (D. 0003)
- j. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d.d dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)
- k. Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena d.d warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik (D.0009)
- l. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)
- m. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak mengiris (D.0077)
- n. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d.d edema dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.H dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*, maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

- a. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien masuk dengan sesak napas dengan frekuensi pernapasan 32x/menit, SpO<sub>2</sub> 85%, suara napas ronchi, pola napas cepat dan dangkal dengan irama napas yang tidak teratur dan pasien mengatakan sesak bertambah jika dalam posisi berbaring dan hasil foto thorax menunjukkan ada tanda-tanda edema paru dan efusi pleura bilateral.
- b. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena ditemukan peningkatan tekanan darah dan nadi yaitu 173/103 mmHg, Nadi: 108 x/menit teraba kuat dan tidak teratur dan akral teraba dingin. Pasien mengeluh nyeri dada tembus ke belakang dan menjalar ke lengan kiri, pasien juga mengeluh jantungnya berdebar-debar, pasien juga mengeluh mudah lelah saat beraktivitas diatas tempat tidur. Hasil EKG: Sinus aritmia+LVH dan hasil foto thorax didapatkan cardiomegaly.
- c. Nyeri akut b/d agen pencedra biologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh nyeri dada tembus ke belakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, skala nyeri 7 (nyeri hebat) dan dirasakan terus-menerus.

Adapun diagnosis keperawatan pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti:

- a. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolus kapiler. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang untuk mengangkat diagnosa ini.
- b. Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri atau vena. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien tidak tampak pucat dan CRT masih dalam

batas normal.

- c. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena diagnosa sudah bisa tercapai pada diagnosa pola napas tidak efektif dan penurunan curah jantung.
- d. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien tidak ada edema. Sehingga penulis hanya mengambil 3 diagnosa prioritas untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien,

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perumusan perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kepustakaan yang meliputi tujuan dan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan yang disusun penulis pada teori memiliki sedikit perbedaan dengan intervensi yang disusun pada pengamatan kasus karena memprioritaskan intervensi yang sesuai dengan keadaan darurat yang dialami oleh pasien adalah:

- a. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas

Intervensi keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan oksigenasi menurut Rosdhal (2015) bisa dilakukan dengan pemberian oksigen, memberikan posisi semi fowler, auskultasi suara napas, dan memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Pada kasus Ny.H penulis memberikan intervensi menurut SIKI, (2019), dimana dari 14 intervensi penulis hanya mengambil 5 intervensi untuk menangani masalah breathing pada pasien sesuai dengan kondisinya yaitu : dispnea, ortopnea, RR 32x/menit dengan SpO<sub>2</sub> 85%, tampak retraksi dada dan penggunaan otot bantu pernapasan (intercostal) maka dari itu dilakukan

Manajemen jalan napas (D.0005)

Observasi:

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing dan ronchi)

Teraupetik:

- Berikan posisi semi fowler atau fowler
- Berikan oksigen. Berdasarkan pernyataan diatas perbandingan antara teori dan kasus hanya memiliki sedikit perbedaan yaitu pemberian posisi yang diberikan oleh Ny. H penulis memberikan posisi fowler melihat dari data subjektif dan objektif dari pasien yaitu pasien merasa nyaman bila dalam posisi duduk dan sesak dalam posisi berbaring. Pasien juga di berikan oksigen NRM 15 liter karena sesak napas dan saturasi oksigen pasien 85%. Pemberian oksigen dengan konsntrasi yang lebih tinggi dari udara ruangan digunakan untuk mencegah hipoksia. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung

b. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung

Menurut Doenges dkk, (2014) Intervensi atau perencanaan pada diagnosa Congestive Heart Failure meliputi pantau tekanan darah, pemberian oksigen, kolaborasi pemberian obat diuretik, vasodilator, anti hipertensi, anti koagulan, anti aritmia. Pada kasus Ny. H penulis memberikan intervensi menurut SIKI (2019) yaitu:

Perawatan jantung (L.02008)

Observasi:

- Monitor tekanan darah
- Monitor saturasi oksigen

Edukasi:

- Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian anti aritmia

selain itu penulis juga mengambil beberapa intervensi tambahan dikarenakan intervensi tersebut tidak terdapat di dalam intervensi utama sesuai dengan kondisi pasien yaitu pasien mengatakan jantungnya terasa berdebar-debar, denyut nadi meningkat: 118 x/menit, teraba nadi kuat dan tidak teratur, gambaran EKG: Sinus aritmia+LVH, tekanan darah: 173/103 mmHg, pasien tampak gelisah. Dari kondisi pasien tersebut penulis menambahkan intervensi dari SIKI yaitu perawatan jantung akut dimana pasien berikan obat anti angina dan pemberian obat intravena yaitu diuretik. Pada intervensi yang penulis cantumkan ada perbedaan dengan intervensi teori yaitu mengedukasikan kepada pasien untuk melakukan aktivitas fisik sesuai toleransi.

c. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis

Menurut Padilla (2019) intervensi keperawatan untuk menangani nyeri dada pada pasien gagal jantung meliputi kaji karakteristik dan lokasi nyeri, monitor tanda-tanda vital, ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, ajarkan teknik relaksasi, dan kolaborasi dalam pemberian oksigen dan obat analgetik. Pada kasus Ny.H penulis memberikan intervensi menurut SIKI, (2019) yaitu :

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi:

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian analgetik.

Berdasarkan kondisi pasien yang mengalami nyeri skala 7 (hebat) dan dirasakan terus-menerus sehingga penulis tidak memberikan teknik nonfarmakologi karena pasien lebih membutuhkan obat langsung untuk menurunkan nyeri. Dari perbandingan teori dengan kasus, ada sedikit perbedaan dimana berdasarkan teori ada pemberian oksigen, tetapi pada kasus penulis tidak mencantumkan pemberian oksigen karena tindakan tersebut telah dilakukan untuk menangani masalah breathing pada diagnosa pertama.

#### **4. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien sebagai bentuk keberhasilan dari tindakan keperawatan atau tercapainya tujuan yang diharapkan pada pasien. Pada tahap ini penulis mengevaluasi penatalaksanaan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien. Dari 3 diagnosa yang diangkat penulis masalah keperawatan belum teratasi selama kurang lebih 2 jam perawatan.

Pada diagnosa pertama yaitu Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas, masalah ini belum teratasi karena pada hasil evaluasi SOAP Pasien mengatakan merasa nyaman saat berada dalam posisi duduk/fowler Tampak pasien sesak, Tampak pernapasan tidak teratur, dalam dan tampak penggunaan otot bantu pernapasan dengan RR: 25 x/menit, SPO2: 99 %.



Pada diagnosa kedua yaitu penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung, masalah ini belum teratasi karena pada hasil evaluasi SOAP pasien mengeluh sesak dikarenakan nyeri dada yang dirasakan pasien mengatakan masih merasa jantung berdebar-debar, teraba nadi kuat dan tidak teratur, TTV: TD: 189/99 mmHg, N: 102 x/menit.

Pada diagnosa ketiga yaitu nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis, masalah ini belum teratasi karena pada hasil evaluasi SOAP pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri mulai berkurang, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul jika pasien banyak bergerak, skala nyeri 6 (sedang), pasien tampak meringis ketika banyak bergerak, pasien gelisah, pasien terbangun jika nyeri dirasakan muncul.

Oleh karena hasil dari evaluasi penanganan gawat darurat pada pasien tidak mengalami kondisi yang stabil dan masih memerlukan perawatan yang intensive untuk memantau kondisi pasien secara kontinyu sehingga akan melakukan perawatan di ruang ICU RS Bhayangkara Makassar.

## **B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing***

### **1. Judul EBN:**

- a. Perbedaan saturasi oksigen dan respirasi rate pasien *congestive heart failure* pada perubahan posisi
- b. Penerapan perubahan posisi terhadap perubahan hemodinamik pada asuhan keperawatan pasien *congestive heart failure*

### **2. Diagnosa Keperawatan:**

Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas.

### **3. Luaran yang diharapkan:**

Pola napas membaik dengan kriteria hasil dispnea membaik

**4. Intervensi prioritas mengacu pada *evidence based nursing*:**

Pemberian posisi fowler dan efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

**5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai *evidence based nursing*:**

a. Pengertian tindakan:

1) *Positioning* merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat membantu meminimalkan bendungan sirkulasi. Posisi mempunyai efek terhadap perubahan tekanan darah dan tekanan vena sentral.

2) *Positioning* adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis. *Positioning* juga merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat membantu meminimalkan bendungan sirkulasi.

b. Tujuan/Rasional EBN pada kasus askep:

1) Tujuan posisi head up, semi fowler dan fowler untuk memungkinkan ekspansi paru dan membuat oksigen dalam paru-paru semakin meningkat sehingga meringankan sesak napas.

2) Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O<sub>2</sub> dan menorkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan.

c. PICOT *evidence based nursing* ( 1 )

Komponen	Uraian
<b>Problem</b>	Keluhan sesak nafas (dispnea) yang muncul pada pasien CHF tersebut dapat disebabkan karena peningkatan darah dan cairan dalam paru yang membuat paru menjadi berat, sehingga

	<p>menyebabkan dispnea. Dispnea hanya dapat terjadi bila pasien berbaring datar (ortopnea) karena cairan terdistribusi ke paru, sehingga muncul dispnea episodik yang menyebabkan pasien terbangun di malam hari. Responden dalam penelitian ini adalah 38 orang dengan penyakit CHF.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Pemberian posisi 90° kemudian dilakukan pengukuran SpO2 dan RR selama 15 menit.</p>
<b>Comparation</b>	<p>Pada posisi head up 30°, semi fowler 45° dan high fowler 90° yang menunjukkan bahwa perubahan status pernafasan menjadi lebih baik pada posisi semi fowler dan high fowler, yang menunjukkan bahwa respirasi rate (RR) cenderung menurun dan dari posisi semi fowler ke fowler RR cenderung tetap (walaupun meningkat, namun peningkatan tersebut sangat kecil.</p>
<b>Output</b>	<p>Dapat disimpulkan yang harus diperhatikan dalam merawat pasien CHF, bahwa potitioning/ memposisikan pasien adalah hal penting yang harus diperhatikan karena akan dapat memengaruhi hemodinamik tekanan darah, nadi, SpO2 dan RR. Posisi tidur semi fowler dan fowler pada pasien CHF menunjukkan haemodinamik yang lebih baik</p>

	dari pada posisi head up, Meskipun ada sedikit penurunan respirasi rate pada posisi fowler.
<b>Time</b>	Mei 2019

b. PICOT *evidence based nursing* ( 2 )

<b>Komponen</b>	<b>Uraian</b>
<b>Problem</b>	Keluhan sesak nafas yang muncul pada pasien CHF disebabkan karena jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara cukup, sehingga suplai oksigen didalam tubuh tidak adekuat, kadar oksigen dalam darah mempengaruhi saturasi (SpO2) dalam tubuh. Akibatnya sel-sel dan organ dalam tubuh mengalami kekurangan asupan oksigen sehingga menyebabkan sesak nafas. Responden pada penelitian ini ada 3 orang.
<b>Intervetion</b>	Posisikan high fowler 90° selama 15 menit, kemudian dilakukan pengukuran SpO2 dan RR (waktu pengukuran dengan istirahat 10 menit) posisi ini dilakukan setelah pasien mendapatkan terapi oksigenasi.
<b>Comparation</b>	Setelah dilakukan aplikasi perubahan posisi (head up 30°, semi fowler 45°, high fowler 90°) dengan masing-masing perubahan posisi dilakukan selama 15 menit dalam waktu observasi 2 jam di

	<p>IGD mengalami peningkatan saturasi oksigen dari posisi head up (93%) ke posisi semi fowler (96%) respirasi rate dari posisi head (24 x/i) up ke posisi semi fowler (22 x/i). Sedangkan dari posisi semi fowler ke high fowler terdapat dua pasien mengalami peningkatan saturasi oksigen (97-100%). Begitupun pada nilai respirasi rate dari posisi semi fowler ke high fowler terdapat dua pasien mengalami penurunan (20 x/i)</p>
<b>Output</b>	<p>Pada penelitian ini 1 responden menunjukkan nilai saturasi oksigen dan respirasi rate dari posisi head up ke semi fowler meningkat, sedangkan pada 2 responden menunjukkan nilai saturasi oksigen dan respirasi rate mengalami peningkatan lebih tinggi pada posisi high fowler. Namun dari posisi sebelum diberikan intervensi ke posisi head up tidak mengalami kenaikan lebih banyak jika dibandingkan dengan semi fowler dan high fowler. Hal ini menyatakan bahwa posisi head up kurang efektif jika diberikan pada pasien gagal jantung.</p>
<b>Time</b>	05 Agustus 2021.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama  $\pm$  2 jam di unit gawat darurat pada hari jumat 3 juni 2022 didapatkan:

1. Pengkajian yang didapatkan pada pasien *Congestive Heart Failure* yaitu pasien mengeluh sesak dan nyeri dada tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri. Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil: TD: 173/103 mmHg, N: 118 x/menit, S: 36,7°C, RR: 32 x/menit, SPO2: 85%, Teraba nadi kuat dan tidak teratur, napas tidak teratur dan dalam, tampak menggunakan otot bantu pernapasan, terdengar suara napas tambahan ronchi. Hasil pemeriksaan EKG didapatkan hasil: Sinus aritmia+LVH dan hasil foto thorax: Gambaran edema paru, efusi pleura billateral+kardiomegali.
2. Diagnosa yang muncul pada kasus yaitu: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra biologis.
3. Dalam penyusunan rencana keperawatan yang disusun berdasarkan standar pada teori yang ada serta disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
4. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan masalah yang ada pada pasien sehingga tujuan yang di berikan lebih efektif serta dapat mencapai tujuan yang di harapkan dari hasil yang optimal.
5. Evaluasi keperawatan setelah melakukan asuhan keperawatan selama kurang lebih 2 jam perawatan, penulis menemukan bahwa masalah pada diagnosa pertama yaitu:
  - a. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas

b. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung

c. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis

Masalah pada ke tiga diagnosa ini belum teratasi sehingga pasien dipindahkan di ruang ICU untuk perawatan selanjutnya.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan:

### **1. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan institusi dapat lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan kegawatdaruratan dan mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang keperawatan gawat darurat.

### **2. Bagi rumah sakit**

Diharapkan bagi Rumah Sakit untuk lebih memperhatikan sarana terkait kondisi yang membutuhkan pengaturan posisi seperti pada kasus dimana didapatkan kondisi pasien dengan gagal jantung dengan sesak napas diberikan posisi high fowler 90° untuk mengatasi masalah pernapasan dengan lebih memperhatikan bed tempat tidur dalam memenuhi kebutuhan pasien.

### **3. Bagi perawat**

Hendaknya perawat tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan terutama pada pasien CHF yang mengalami gangguan pola nafas dengan menggunakan pengaturan posisi sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CHF sesuai dengan toleransi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. H. A. (2013). Guideline for the management of Heart failure: A report of the American Collage of Cardiologi Fondation/American Heart Association task force on practice guidelines. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
- Ahsar. (2019). Manejemen asuhan keperawatan pada Tn. T dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Instalasi Gawat Darurat Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. KIA. STIKES Panakkukang Makassar. Program Studi Profesi Ners
- A.J Heightman. (2019). 10 Things Every EMS System Should Be Doing. Retrieved.
- Akhmad, A. N. (2021). Kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (GJK). *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 27.-30  
<http://doi.org/10.20884/1.jks.2016.11.1.629>
- Apriani, & Febriani, S. (2017). Hubungan kegawatdaruratan dengan waktu tanggap pada pasien jantung koroner. *Jurnal Kesehatan*, 8(3), 471-477. <http://doi.org/10.26630/jk.v8i3.668>
- Asikin, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Erlangga.
- Aspiani, Reny Yuli. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi nic & noc*. Jakarta: EGC.
- Bare, S. &. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth* (Edisi 12). Jakarta:EGC.
- Carvalho, B. L. De. (2019). Asuhan keperawatan gawat darurat kebutuhan dasar oksigenasi pada Ny.M dengan congestive heart failure di ruang ICCU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang. KTI. Poli Teknis Kesehatan Kupang. DIII Keperawatan.
- Dongoes, M. E. (2014). *Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. (Edisi 3). Jakarta: EGC



Haris DE, Rampengan. (2020). Gambaran pasien gagal jantung akut yang menjalani rawat inap di RSUP Prof Dr.R.D.Kandow periode September-November. *J-Clinic*, 4(2), 20-24  
<https://doi.org/10.35790/ecl.v4i2.14471>

Harisa A , Wulandari P , Ningrat S, Y. (2020). Pengaruh terapi murottal terhadap depresi pada pasien Congestive Heart Failure. di pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.  
<http://dx.doi.org/10.20527/dk.v8i2.8324>

Heylings, D., Carmichael, S. (2018). *McMinn's Concise Human Anatomy, Second Edition* (2nd ed.). London UK: Taylor & Francis Group.

Krisanty. (2016). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Salemba Medika

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

Maajid, A. (2018). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang pasien Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit Yogyakarta. Fakultas Ilmu Keperawatan, Prodi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan UI, Depok.  
<https://doi.org/10.7086/jfrwhs.v1b.15>

Muttaqin, A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.

Nugroho, F. A. (2018). Perancangan sistem pakar diagnosa penyakit jantung dengan Metode Forward Chaining In Universitas Pamulang: Vol. 3(2).2-3.  
<https://doi.org/10.32493/informatika.v3i2.1431>

Nurhasan, dkk. (2013). *Tips Praktis Menjaga Kebugaran Jasmani*. Surabaya: Abil Pustaka.

Padila.(2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- PERKI. (2020). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung* (Edisi 2). PERKI.
- Pratiwi, D. R. S. (2018). Asuhan keperawatan Tn.W dan Tn.K yang mengalami kongestif Heart Failure (CHF) dengan penurunan curah jantung di ruang intensive Cardiologi Care Unit (ICCU) RS Umum dr Suratji Tirtonegoro Klaten. KTI. STIKES Husadasurakarta. Program studi DIII Keperawatan.
- Puspitasari, N., Kuswardani, K., & Amin, A. A. (2017). Pengaruh Terapi Latihan terhadap Congestive Heart Failure NYHA III-IV e.c Mitral Regurgitation, Trikuspidal Regurgitation, Pulmonal Hipertensi. *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*, 1(1), 72–81. <https://doi.org/10.33660/jfrwhs.v1i1.13>
- Riskesdas, T. (2018). Badan penelitian dan pengembangan kesehatan Kementerian RI Provinsi Sulawesi Selatan.
- Rosdahl, C B dan Mary T. Kowalski. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*.  
Jakarta: EGC.
- Santos, M. F. A. D. (2019). ). Asuhan keperawatan pada pasien Ny. M. G dengan Chf (Congestive Heart Failure) Di Ruang Iccu Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.KTI. Poltekkes Kemenkes Kupang.
- Suratinoyo, I. (2018) Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping pada Pesein Gagal Jantung Kongestif di Ruangan CVBC di RSUP. Prof. dr. R. D Kandou Manado. *journal Keperawatan*. 4(1) 2-4. <https://doi.org/15.37060/jfrwhs.v1i1.20>
- Syaifuddin. (2015). *Anatomi Fisiologi Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta:EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017) *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- WHO. (2020) Prevention Of Cardiovascular Disease. WHO Epidemiologi Sub Region AFRD and AFRE.
















Lampiran I

**LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama : Atika Marannu (NS2114901019)  
Bernadethi Sabono (NS2114901022)

Pembimbing I : Mery Solon, Ns., M.Kes

Judul: " Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Ny. H dengan  
diagnosa *Congestive Heart Failure* di ruang IGD RS Bhayangkara  
Makassar "

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	PEMBIMBING	MAHASISWA	
				II	I	II
1.	05/06/2022	Mengajukan kasus "Asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF di ruang IGD RS Bhayangkara Makassar"	Perbaiki pengkajian			
2.	07/06/2022	Membahas asuhan keperawatan	Perbaiki asuhan keperawatan			
3.	15/06/2022	Membahas asuhan keperawatan	Perbaiki diagnosa dan intervensi			
4.	27/06/2022	Membahas asuhan keperawatan	Perbaiki implementasi dan evaluasi			
5.	28/06/2022	BAB IV BAB V	Perbaiki pembahasan, perbaiki jurnal EBN,			
6.	05/07/2022	BAB IV				

Lampiran I

			Perbaiki simpulan dan saran, Perbaiki jurnal EBN	<i>K</i>	<i>Cef</i>	<i>Mj</i>
8.	07/07/2022	BAB IV BAB V	ACC Bab III - V	<i>K</i>	<i>Cef</i>	<i>Mj</i>

Lampiran I

### LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Atika Marannu (NS2114901019)  
Bernadethi Sabono (NS2114901022)  
Pembimbing II : Jenita Laurensia Saranga, Ns.,M.Kep

Judul: " Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Ny. H dengan  
diagnosa *Congestive Heart Failure* di ruang IGD RS Bhayangkara  
Makassar "

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	PEMBIMBING			MAHASISWA		
				II	I	II	I	II	
1.	27/06/2022	Membahas Bab I dan II	Perbaiki latar belakang (disusun mulai dari trend-referensi terbaru prevelensi CHF didunia dan makassar.	Jen	Cel	Ry			
2.	05/07/2022	Membahas Bab I dan II	Perbaiki bab I, II dan daftar pustaka	Jen	Cel	Ry			
3.	07/07/2022	Membahas Bab I, II dan Daftar pustaka	Perbaiki daftar pustaka	Jen	Cel	Ry			
4.	08/07/2022	Bab I, II dan Daftar pustaka	ACC Bab I, II dan Daftar pustaka	Jen	Cel	Ry			