

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN GAGAL JANTUNG PADA TN.J DI RUANG SEKAR JAGAD RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh :

Fajrin Ziad Syahputra

NIM: 13.1657.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Pekalongan, Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Fajrin Ziad Syahputra
NIM 13.1657.P

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Pada Tn. J Di Ruang Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan” yang disusun oleh Fajrin Ziad Syahputra telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK: 93.001.013

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Pada Tn. J Di Ruang Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan” yang disusun oleh Fajrin Ziad Syahputra telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, Juli 2016

Dewan penguji

Penguji I

Pengaji II

Rita Dwi Hartanti, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB
NIK: 10.001.077 NIK: 93.001.013

Mengetahui
Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom
NIK : 96.001,016

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Pada Tn. J Di Ruang Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan” sebagai syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dari pembimbing dan juga pihak-pihak yang memberi dorongan berupa materi dan spiritual, maka tidak akan terlaksana. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan banyak terimakasih kepada:

1. Direktur RSUD Bendan Kota Pekalongan yang telah memberikan lahan praktek dalam pengambilan kasus
2. Mokhamad Arifin, S.Kep.,M.Kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan
3. Herni Rejeki M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan.
4. Nuniek Nizmah F, M, Kep. Sp. KMB dan Rita Dwi Hartanti, M. Kep. Ns. Sp. Kep. MB selaku dosen pembimbing dan dosen penguji Karya Tulis Ilmiah
5. Seluruh Staf Dosen Pengajar STIKES Muhammadiyah Pekajangan
6. Keluarga saya terutama kedua orang tua saya yang bernama Nurul Hatta dan Indri Pujawati dan kakak-kakak saya yang senantiasa memberikan doa, dukungan serta semangat
7. Teman-teman yang selalu memberikan dukungan

Penulis pada Karya Tulis Ilmiah ini sudah berusaha semaksimal mugkin dengan segala kemampuan yang ada, namun penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat diperlukan untuk penulis. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya, dan khususnya penulis.

Pekalongan, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITA.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
C. Manfaat.....	5
BAB II KONSEP DASAR	
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
D. Gambaran Klinis.....	9
E. Fokus Intervensi.....	10
BAB III RESUME KASUS	
A. Pengkajian	22
B. Diagnosa Keperawatan.....	23
C. Intervensi Keperawatan	24
D. Implementasi.....	26

E.	Evaluasi.....	29
----	---------------	----

BAB IV PEMBAHASAN

A.	Pengkajian	32
B.	Diagnosa Keperawatan.....	33
C.	Intervensi Keperawatan	38
D.	Implementasi.....	42
E.	Evaluasi.....	47

BAB V PENUTUP

A.	Simpulan	50
B.	Saran	51

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Zaman sekarang ini, perkembangan teknologi dan industri telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat, serta situasi lingkungan misalnya perubahan pola konsumsi makanan, berkurangnya aktivitas fisik atau kurang olahraga, kebiasaan merokok dan meningkatnya polusi lingkungan, tanpa disadari perubahan tersebut memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular. Gagal jantung adalah suatu sindrom klinis kompleks, yang didasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruhan jaringan tubuh adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung. Pasien dengan gagal jantung biasanya terjadi tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat beraktivitas dan atau rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, terjadi abnormalitas dari struktur dan fungsi jantung (Setiani, 2014).

Gagal jantung merupakan satu-satunya jenis penyakit jantung yang morbiditas (angka kesakitan) dan angka mortalitas (angka kematian) nya justru tinggi, walaupun telah banyak yang dilakukan penelitian untuk mengetahui patofisiologi (ilmu yang mempelajari tentang fungsi organ dan keadaan yang menyebabkan sakit) serta pengobatannya. Faktanya saat ini 50% penderita gagal jantung akan meninggal dalam waktu 5 tahun, sejak diagnosanya ditegakkan. Begitu juga dengan resiko untuk menderita gagal jantung, belum bergerak dari 10 % untuk kelompok diatas 70 tahun, dan 5 % untuk kelompok usia 60-69 tahun, dan 2 % untuk kelompok usia 40-49 tahun (Nurhayati & Nuraini, 2009).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2006 di negara-negara maju dan berkembang, kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung menduduki ranking pertama setiap dan sepanjang tahun. Jadi, penyakit jantung merupakan pembunuh yang utama di negara tersebut setiap dan sepanjang tahun. Diperkirakan peningkatan jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung antara lain perubahan pola hidup, khusus bagi seseorang yang hidup dikejar waktu, selalu gelisah kurang bergerak, atau menjadi perokok, stress, usia yang sudah lanjut dan perubahan konsumsi pangan dapat mendorong peningkatan menjadi penderita penyakit jantung (Nurhayati & Nuraini, 2009).

Di Eropa, kejadian gagal jantung berkisar 0,4%-2% dan meningkat pada usia yang lebih lanjut, dengan rata-rata umur 74 tahun. Ramalan dari gagal jantung akan jelek bila dasar atau penyebabnya tidak dapat diperbaiki. Seperdua dari pasien gagal jantung akan meninggal dalam 4 tahun sejak diagnosis ditegakkan, dan pada keadaan gagal jantung berat lebih dari 50% akan meninggal dalam tahun pertama. Penyakit jantung koroner merupakan etiologi gagal jantung pada 60-70% pasien, terutama pada pasien usia lanjut. Sedangkan pada usia muda, gagal jantung diakibatkan oleh kardiomiopati dilatasi, aritmia, penyakit jantung kongenital atau valvular dan miokarditis (Setiani, 2014).

Menurut kementerian kesehatan RI prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang sedangkan diagnosa dokter 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang (Dinkes, 2013). Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65 – 74 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis dokter, menurun sedikit pada umur ≥ 75 tahun (0,4%), tetapi untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (1,1%). Untuk yang didiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding laki-laki (0,1%), berdasar didiagnosis dokter atau gejala prevalensi sama banyaknya antara laki-laki dan perempuan

(0,3%). Prevalensi yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah. Prevalensi yang didiagnosis dokter lebih tinggi di perkotaan dan dengan kuantil indeks kepemilikan tinggi. Untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala sama banyak antara perkotaan dan perdesaan (Riskesdes, 2013). Prevalensi kasus dekompensasi kordis tahun 2009 sebesar 0,12% artinya dari 10.000 orang terdapat 14 orang yang menderita penyakit ini, mengalami penurunan bila dibandingkan prevalensi tahun 2008 sebesar 0,18%, ditahun 2010 mengalami penurunan kembali menjadi 0,11%, tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 0,12% dan angka tersebut sama ditahun 2012. Prevalensi tertinggi adalah di kota Magelang sebesar 1,85% (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Data prevalensi penyakit gagal jantung atau CHF dari Kota Pekalongan didapatkan data dari tahun 2013 sebanyak 218 penderita tahun 2014 sebanyak 482 penderita dan tahun 2015 prevalensi mengalami peningkatan menjadi 588 penderita. Hasil tersebut didapatkan dari laporan puskesmas-puskesmas dan rumah sakit di Kota Pekalongan (Dinkes Kota Pekalongan, 2016). Data prevalensi penyakit gagal jantung atau CHF dari RSUD Bendan didapatkan data dari Januari sampai Desember pada tahun 2013 sebanyak 58 penderita, Januari sampai Desember pada tahun 2014 sebanyak 116 penderita dan tahun 2015 sebanyak 75 penderita. Hal ini menunjukkan prevalensi mengalami naik turun dalam tiga tahun terakhir ini, tetapi angka kejadiannya masih tergolong tinggi (RSUD Bendan, 2016).

Pada tahap simptomatis dimana sindrom gagal jantung sudah terlihat jelas seperti cepat capek, sesak nafas (*dyspnea in effort, orthopnea*), kardiomegali, peningkatan tekanan vena jugularis, hepatomegali dan edema sudah jelas, maka diagnosis gagal jantung mudah dibuat. Tetapi bila sindrom tersebut belum terlihat jelas seperti pada tahap disfungsi ventrikel kiri/ LV dysfunction (tahap asimptomatis), maka keluhan fatik dan keluhan diatas yang hilang timbul tidak khas, sehingga harus ditopang oleh pemeriksaan foto

rontgen, ekokardiografi dan pemeriksaan *Brain Natriuretic Peptide*. Diuretikoral maupun parenteral tetap merupakan ujung tombak pengobatan gagal jantung sampai edema atau asites hilang (tercapai euvolemik). ACE-Inhibitor atau *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) dosis kecil dapat dimulai setelah euvolemik sampai dosis optimal. Penyekat beta dosis kecil sampai optimal dapat dimulai setelah diueretik dan ACE-Inhibitor tersebut diberikan (Setiani, 2014).

Penulis mengangkat kasus gagal jantung ini dikarenakan melihat dari prevalensi penderita gagal jantung yang cukup tinggi. Hal ini di buktikan dari hasil data prevalensi penyakit gagal jantung atau CHF dari Kota Pekalongan yang meningkat dari 218 penderita pada tahun 2013, 482 penderita pada tahun 2014, 588 penderita pada tahun 2015 dan data prevalensi penyakit gagal jantung atau CHF dari RSUD Bendan pada tahun 2013 sebanyak 58 penderita mengalami kenaikan pada tahun 2014 sebanyak 116 penderita, sedangkan tahun 2015 sebanyak 75 penderita. Selain karena prevalensi gagal jantung yang cukup tinggi peran perawat untuk mananggulangi atau mencegah penyakit gagal jantung juga diperlukan dengan cara memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada pasien gagal jantung. Walaupun gagal jantung merupakan kelanjutan dari penyakit lain namun penyakit ini sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit bahkan sering sekali penyakit ini menjadi penyebab kematian seseorang. Asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan yang dilakukan harus tepat, dimulai hal yang sederhana seperti memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien gagal jantung tentang pola hidup sehat.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita gagal jantung.

2. Tujuan Khusus

- Tujuan khusus dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu:
- a. Melakukan pengkajian baik dengan anamnesa maupun melakukan pemeriksaan fisik pada klien gagal jantung
 - b. Menganalisa data dan merumuskan diagnosa keperawatan pada klien gagal jantung
 - c. Menyusun rencana keperawatan pada klien gagal jantung
 - d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul pada klien gagal jantung
 - e. Melakukan evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien gagal jantung
 - f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien gagal jantung

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat bagi profesi keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan meningkatkan mutu pelayanan pada klien gagal jantung sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian pada klien dengan gagal jantung.

2. Manfaat bagi institusi pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur atau sebagai evaluasi sejauh mana mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung.

3. Manfaat bagi lahan praktik/Rumah Sakit

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi masukan lahan praktik dalam upaya peningkatkan mutu pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan masalah gagal jantung

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan. Gagal jantung merupakan suatu keadaan patologis adanya kelainan fungsi jantung berakibat jantung gagal memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Kasron, 2012).

Para ahli kesehatan yang lain juga mengajukan definisi yang kurang lebih sama, diantaranya Daulat Manurung tahun 2014 yang mendefinisikan bahwa gagal jantung adalah suatu sindrom klinis kompleks, yang didasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruhan jaringan tubuh adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung. Pasien dengan gagal jantung biasanya terjadi tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat beraktivitas dan atau rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, terjadi abnormalitas dari struktur dan fungsi jantung (Setiani, 2014). Kesimpulan yang bisa diambil dari definisi diatas bahwa gagal jantung adalah suatu keadaan abnormal dimana jantung tidak mampu memompa darah sehingga tidak mencukupi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrisi untuk melakukan metabolisme.

B. Etiologi

Secara umum, gagal jantung dapat disebabkan oleh berbagai hal yang dapat dikelompokan seperti disfungsi miokardium (iskemia miokardium,

infark miokardium, miokarditis, kardiomiopati), beban tekanan berlebih pada sistolik (stenosis aorta, hipertensi, koartasio aorta), beban volume berlebih pada tekanan diastolik (insufisiensi katub mitral dan trikuspidalis, transfusi darah), peningkatan kebutuhan metabolismik (anemia, tirotoksikosis, biri-biri, penyakit paget), gangguan pengisian ventrikel (perikarditis restriktif dan tamponade, stenosis mitral dan trikuspidalis) (Wijaya & Putri 2013).

C. Patofisiologi

1. Mekanisme dasar

Kelainan kontraktilitas pada gagal jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi *cardiac output* dan meningkatkan volume ventrikel. Dengan meningkatnya volume akhir diastolik ventrikel (EDV) maka terjadi pula peningkatan tekanan akhir diastolik kiri (LEDV). Meningkatnya LEDV, akan mengakibatkan pula peningkatan tekanan atrium (LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung ke dalam anyaman vaskuler paru-paru meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru-paru. Jika tekanan hidrostatik dari anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan osmotik vaskuler, maka akan terjadi transudasi cairan melebihi kecepatan draenase limfatik, maka akan terjadi edema interstitial. Peningkatan tekanan lebih lanjut dapat mengakibatkan cairan merembes ke alveoli dan terjadi edema paru.

2. Respon kompensatorik

a. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik

Menurunnya *cardiac output* akan meningkatkan aktivitas adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraktil akan meningkat untuk menambah *cardiac output* (CO), juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal agar

perfusi ke jantung dan ke otak dapat di pertahankan. Vasokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena kesi ke kanan jantung yang selanjutnya akan menambah kekuatan konstriksi

- b. Meningkatnya beban awal akibat aktivitas sistem renin angiotensin aldosteron (RAA). Aktivitas RAA menyebabkan retensi Na dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel-ventrikel tegangan tersebut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium
- c. Atropi ventrikel

Respon kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hidrotropi miokardium akan bertambah tebalnya dinding

- d. Efek negatif dari respon kompensatorik

Pada awalnya respon kompensatorik menguntungkan namun pada akhirnya dapat menimbulkan berbagai gejala, meningkatkan laju jantung dan memperburuk tingkat gagal jantung. Resistensi jantung yang dimaksudkan untuk meningkatkan kekuatan kontraktilitas dini mengakibatkan bendungan paru-paru, vena sistemik dan edema, fase kontraksi arteri dan redistribusi aliran darah mengganggu perfusi jaringan pada anyaman vaskuler yang terkena menimbulkan tanda serta gejala, misalnya berkurangnya jumlah air kemih yang dikeluarkan dan kelemahan tubuh. Vasokonstriksi arteri juga menyebabkan beban akhir dengan memperbesar resistensi terhadap ejeksi ventrikel, beban akhir juga kalau dilatas ruang jantung. Akibat kerja jantung dan kebutuhan miokard akan oksigen juga meningkat, yang juga ditambah lagi adanya hipertensi miokard dan perangsangan simpatik lebih lanjut. Jika kebutuhan miokard akan oksigen tidak terpenuhi maka akan terjadi iskemik miokard, akhirnya dapat timbul beban miokard yang tinggi dan serangan gagal jantung yang berulang (Wijaya & Putri 2013, h. 159).

D. Gambaran Klinis

Tanda dominan gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Kongestif jaringan terjadi akibat tekanan arteri dan vena yang meningkat akibat turunnya curah jantung pada kegagalan jantung. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, tetapi manifestasi kongesti dapat berbeda tergantung pada kegagalan ventrikel mana yang terjadi.

1. Gagal jantung kiri, manifestasi klinisnya:

Kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Manifestasi klinis yang terjadi yaitu:

- a. Dispnea: terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Dapat terjadi ortopnea. Beberapa pasien dapat mengalami ortopnea pada malam hari yang dinamakan *Paroksimal Nokturna Dyspnea (PND)*
 - b. Batuk
 - c. Mudah lelah: terjadi karena curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme juga terjadi karena meningkatkan energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi karena distress pernafasan dan batuk
 - d. Kegelisahan dan kecemasan: terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.
 - e. Sianosis
2. Gagal jantung kanan
 - a. Kongestif jaringan perifer dan viseral

- b. Edema ekstremitas bawah (edema dependen), biasanya edema pitting, penambahan berat badan
- c. Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena dihepar.
- d. Anoreksia dan mual: terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen
- e. Nokturia
- f. Kelemahan (Kasron, 2012).

Menurut Ardiansyah (2012) manifestasi klinis gagal jantung secara keseluruhan sangat bergantung pada etiologi. Namun, manifestasi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

- 1. Meningkatnya volume intravaskuler
- 2. Kongestif jaringan akibat tekanan arteri dan vena meningkat
- 3. Edema paru akibat peningkatan tekanan vena pulmonalis, sehingga cairan mengalir dan kapiler paru ke alveoli, yang dimanifestasikan dengan batuk dan napas pendek
- 4. Edema perifer umum dan penambahan berat badan akibat tekanan sistemik
- 5. Turunnya curah jantung akibat darah tidak dapat mencapai jaringan dan organ
- 6. Tekanan perfusi ginjal menurun sehingga mengakibatkan terjadinya pelepasan renin dari ginjal, yang pada gilirannya akan menyebabkan sekresi aldosteron, retensi natrium, dan cairan, serta peningkatan volume intravaskuler
- 7. Tempat kongestif tergantung dari ventrikel yang terlibat, misalnya disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kiri.

E. Konsep Asuhan Keperawatan

- 1. Pengkajian

Data dasar anamnesa:

- a. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan pada tenaga kesehatan seperti, dispnea, kelemahan fisik, dan edema sistemik.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

c. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien (Wijaya & Putri, 2013).

d. Riwayat keluarga

Tanyakan pasien penyakit yang pernah dialami oleh kelurga. Bila ada keluarga yang meninggal tanyakan penyebab meninggalnya. Penyakit jantung pada orang tuanya juga menjadi faktor utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya (Ardiansyah, 2012).

Data dasar pengkajian fisik:

a. Aktivitas/ istrirahat

Gejala: keletihan, kelemahan terus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada dengan aktivitas, dispnea pasa saat istirahat atau pada pengerahan tenaga.

Tanda: gelisah, perubahan status mental (latergi, TTV berubah pada aktivitas).

b. Sirkulasi

Gejala:

- 1) Riwayat hipertensi, episode gagal jantung kanan sebelumnya
- 2) Penyakit katup jantung, bedah jantung, endokarditis, anemia, syok septik, bengkak pada kaki, telapak kaki, abdomen, sabuk terlalu kuat (pada gagal jantung kanan)

Tanda:

- 1) Tekanan darah mungkin menurun (gagal pemompaan)
- 2) Tekanan nadi menunjukkan peningkatan volume sekuncup
- 3) Ftekuensi jantung takikardia (gagal jantung kiri)
- 4) Irama jantung: sistemik, misalnya: fibrilasi atrium, kontraksi ventrikelprematur/ takikardia blok jantung
- 5) Nadi apikal disritmia
- 6) Bunyi jantung S3 (gallop) adalah diasnostik, S4 dapat terjadi, S1 dan S2 mungkin lemah
- 7) Murmur sistolik dan diastolik dapat menandakan adanya katup atau insufisiensi
- 8) Nadi: nadi perifer berkurang, perubahan dalam kekuatan denyutan dapat terjadi, nadi sentral mungkin kuat, misal: nadi jugularis coatis abdominal terlihat
- 9) Warna kulit: kebiruan, pucat, abu-abu, sianotik
- 10) Punggung kuku: pucat atau sianotik dengan pengisian kapiler lambat
- 11) Hepar: pembesaran/ dapat teraba, reflek hepato jugularis
- 12) Bunyi napas: krekel, ronchi
- 13) Edema: mungkin dependen, umum atau pitting, khususnya pada ekstremitas
- 14) Distensi vena jugularis

c. Integritas ego

Gejala:

- 1) Ansietas, khawatir, takut
- 2) Stres yang berhubungan dengan penyakit/ finansia

Tanda:

Berbagai manifestasi perilaku, misal: ansietas, marah, ketakutan

d. Eliminasi

Gejala: Penurunan berkemih, urine berwarna gelap, berkemih malam hari (nokturnal), diare/ konstipasi

e. Makanan/ cairan

Gejala:

- 1) Kehilangan nafsu makan
- 2) Mual/ muntah
- 3) Penambahan berat badan signifikan
- 4) Pembengkakan pada ekstremitas bawah
- 5) Pakaian/ sepatu terasa sesak
- 6) Diet tinggi garam/ makanan yang telah diproses, lemak, gula, dan kafein
- 7) Penggunaan diuretik (Wijaya & Putri, 2013).

Tanda:

- 1) Penambahan berat badan cepat
- 2) Distensi abdomen (asites), edema (umum, dependen, atau pitting)

f. Hygiene

Gejala: Keletihan, kelemahan, kelemahan selama aktivitas perawatan diri

Tanda: Penampilan menandakan kelalaian perawatan personal

g. Neurosensori

Gejala: Kelemahan, peningkatan episode pingsan

Tanda: Letargi, kuat fikir, disorientasi, perubahan perilaku, mudah tersinggung

h. Nyeri/ kenyamanan

Gejala:

- 1) Nyeri dada, angina akut atau kronis
- 2) Nyeri abdomen kanan atau

Tanda:

- 1) Tidak tenang, gelisah
 - 2) Fokus menyempit (menarik diri)
 - 3) Perilaku melindungi diri
- i. Pernapasan
- Gejala:
- 1) Dispnea saat beraktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal
 - 2) Batuk dengan/ tanpa sputum
 - 3) Riwayat penyakit paru kronis
 - 4) Penggunaan bantuan pernapasan, misal oksigen atau medikasi
- Tanda:
- 1) Pernapasan takipnea, nafas dangkal, pernapasan laboral, penggunaan otot aksesoris
 - 2) Pernapasan nasal faring
 - 3) Batuk kering/ nyaring/ non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan tanpa sputum
 - 4) Sputum: mungkin bercampur darah, merah mudah/ berbuih, edema pulmonal
 - 5) Bunyi napas: mungkin tidak terdengar dengan krekels banner dan mengi
 - 6) Fungsi mental: mungkin menurun, letargi, kegelisahan, warna kulit pucat/ sianosis (Wijaya & Putri, 2013).
- j. Pemeriksaan penunjang
- 1) Radiogram dada
Kongesti vena paru, redistribusi vaskuler pada lobus-lobus atas paru, kardiomegali
 - 2) Kimia darah
Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin meningkat
 - 3) Urine

Lebih pekat, bunyi jantung meningkat, natrium meningkat

4) Fungsi hati

Pemanjangan masa protombin, peningkatan bilirubin dan enzim hati (SGOT dan SGPT meningkat) (Wijaya & Putri, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard, perubahan struktural, perubahan frekuensi, irama dan konduksi listrik.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan memberan kapiler alveoli
- d. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus/ meningkatnya produksi *Anti Diuretic Hormon* (ADH) dan retensi natrium dan air
- e. Resiko tinggi gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring dalam jangka waktu yang lama, edema dan penurunan perfusi jaringan (Wijaya & Putri, 2013)

3. Intervensi

- a. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miocard, perubahan struktural, perubahan frekuensi, irama dan konduksi listrik. Gejala ini ditandai adanya peningkatan frekuensi jantung (takikardia), yaitu distitmia dan perubahan gambaran pola Elektrokardiografi (EKG), perubahan tekanan darah (hipotensi/hipertensi), bunyi ekstra (S3 dan S4), penurunan tekanan urine, nadi perifer tidak teraba, kulit dingin dan kusam, serta orthopnea, crekels, pembesaran hepar edema dan nyeri dada (Ardiansyah 2012, h. 42)

1) Tujuan

Diharapkan curah jantung kembali adekuat dengan kriteria hasil TTV dalam batas normal, *ortopnea* tidak ada, nyeri dada tidak ada, terjadi penurunan episode *dyspnea*, hemodinamika DBN (Wijaya & Putri, 2013)

2) Intervensi

a) Kaji fungsi jantung tentang: bunyi, frekuensi, dan irama jantung.

Rasional: untuk mengidentifikasi kelainan jantung.

b) Observasi sirkulasi nadi perifer

Rasional: penurunan curah jantung dapat menyebabkan gangguan sirkulasi, tanda hipoksia dan sianosis

c) Pantau tekanan darah pasien

Rasional: tekanan darah dapat menurun sehubungan dengan faktor menurunnya fungsi jantung

d) Kaji adanya sianosis dan perubahan kulit yang pucat

Rasional: pucat menandakan penurunan perfusi jaringan perifer akibat dari penurunan curah jantung

e) Beri oksigen untuk mempertahankan saturasi arteri lebih dari 90%

Rasional: oksigenasi tambahan dibutuhkan untuk membantu kebutuhan oksigen dalam mencegah hipoksia jaringan

f) Kaji perubahan sensori: latergi, bingung disorientasi, cemas, dan depresi

Rasional: perfusi jaringan yang tidak adekuat mempengaruhi orientasi pada pasien. Kecemasan dapat meningkatkan kerja jantung.

g) Beri lingkungan yang tenang dan tirah baring

Rasional: istirahat tirah baring untuk membantu menjaga kecukupan energi perbaikan sel

h) Kolaborasi pemberian obat anti aritmia jika diperlukan

Rasional: obat anti-aritmia dapat menjaga irama jantung teratur memaksimalkan kebutuhan sirkulasi tubuh (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

- b. Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, kelemahan umum, dan bed rest atau tirah baring dalam jangka waktu lama/ immobilitas. Diagnosis ini ditandai dengan adanya kelemahan, kelelahan, perubahan tanda vital, distitmia, dispnea, pucat dan keluar keringat (Ardiansyah, 2012)

1) Tujuan

Pasien akan berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan dan mampu melakukan perawatan diri sendiri. Pasien juga diharapkan dapat mencapai peningkatan toleransi aktivitas yang dapat diukur, dimana hal ini dibuktikan oleh menurunnya kekuatan tubuh dan kelelahan (Ardiansyah, 2012)

2) Intervensi

- a) Periksa tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, khususnya bila pasien menggunakan vasodilator, diuretic, dan penyekat beta

Rasional: hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas, karena efek obat (vasodilatasi) dan perpindahan cairan (diuretik) obat memiliki pengaruh pada fungsi jantung

- b) Catat respons kardiopulmonal terhadap aktivitas, cacat takikardia, diritmia, dispnea, berkeringat dan pucat

Rasional: penurunan atau ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume darah sekuncup selama aktivitas dapat menyebabkan peningkatan frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen, juga peningkatan rasa kelelahan dan kelemahan.

- c) Evaluasi peningkatan intoleransi aktivitas

Rasional: dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung dari pada kelebihan aktivitas

d) Implementasi program rehabilitasi jantung/ aktivitas (kolaborasi)

Rasional: peningkatan bertahap pada aktivitas menghindari kerja jantung/ konsumsi oksigen berlebihan. Rehabilitasi juga perlu dilakukan ketika fungsi jantung tidak dapat kembali membaik saat berada di bawah tekanan (Ardiansyah, 2012).

c. Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan memberan kapiler alveoli. Diagnosa ini ditandai dengan dispnea, pernafasan abnormal, gelisah, cuping hidung, warna kulit pucat (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

1) Tujuan

Diharapkan pertukaran gas dapat kembali normal dengan kriteria hasil ventilasi dan oksigenasi yang adekuat dan dapat dipertahankan (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

2) Intervensi

a) Kaji pernafasan pasien tiap dua jam (frekuensi, irama, bunyi dan kedalaman).

Rasional: hipoksia dapat menyebabkan pernafasan menjadi dangkal untuk menentukan tindakan selanjutnya

b) Kaji sianosis jika ada

Rasional: sianosis mendadak hipoksia jaringan yang sudah lanjut

c) Berioksigen sesuai kebutuhan

Rasional: oksigen dibutuhkan dalam mencukupi kebutuhan sirkulasi

d) Pantau saturasi oksigen dengan oksimetri

Rasional: hipoksia dihubungkan dengan penurunan ventilasi atau perubahan pulmonal berkaitan pencegahan metabolisme anaerobik

e) Periksa GDA sesuai indikasi

Rasional: untuk memantau keseimbangan asam basa metabolisme sel

f) Berikan tirah baring

Rasional: memaksimalkan ekspansi paru dalam pernafasan

g) Kaji adanya perubahan sensori: perubahan mental, kepribadian dan penurunan kesadaran.

Rasional: fungsi serebral sangat dipengaruhi dan sensitif terhadap adanya penurunan oksigen

h) Beri posisi yang mudah untuk pertukaran gas (kepala lebih tinggi)

Rasional: posisi *head up* memberikan rasa nyaman memudahkan pertukaran gas

i) Latih batuk efektif jika terjadi batuk

Rasional: dapat sebagai usaha mempermudah pengeluaran sekret batuk (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

d. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju fitrasi glomerulus/ meningkatnya produksi Anti Deuretik Hormon (ADH) dan retensi natrium dan air. Gejala pada tingkat ini ditandai dengan orthopnea, bunyi jantung S3, oliguri, edema, peningkatan berat badan, hipertensi, distress pernapasan, dan bunyi jantung abnormal (Ardiansyah, 2012)

1) Tujuan

Pasien akan menunjukkan volume cairan yang stabil dengan keseimbangan antara masukan (asupan) dan pengeluaran, bunyi napas bersih, tanda vital dalam rentang yang dapat diterima, berat badan stabil, dan tidak terjadi edema (Ardiansyah, 2012)

2) Intervensi

a) Pantau pengeluaran urine catat jumlah dan warna saat diuresis terjadi

Rasional: pengeluaran urine mungkin sedikit dan pekat karena adanya penurunan perfusi ginjal. Posisi terlentang membantu diuresis, sehingga pengeluaran urine dapat ditingkatkan selama tirah baring

- b) Pantau atau hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam

Rasional: terapi diuretik dapat diterapkan karena pasien kehilangan cairan secara tiba-tiba atau berlebihan (hipovolemi) meskipun edema/ asites masih ada

- c) Pertahankan posisi duduk atau tirah baring dengan posisi *semifowler* (posisi tidur tapi dengan punggung disandarkan dengan kemiringan 30 derajat) selama fase akut

Rasional: posisi tersebut meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi *Anti Diuretic Hormon* (ADH), sehingga meningkatkan diuresis

- d) Pantau tekanan darah dan *Central Veneus Pressur* (CVP) (bila ada)

Rasional: hipertensi dan peningkatan *Central Veneus Pressur* (CVP) menunjukkan kelebihan cairan dan terjadinya peningkatan kongesti paru serta gagal jantung

- e) Kaji bising usus, catat keluhan anoreksia, mual, distensi abdomen dan konstipasi

Rasional: kongesti viceral (terjadi pada gagal jantung kongestif lanjut) dapat mengganggu fungsi gaster/ intestinal

- f) Pemberian obat sesuai indikasi (kolaborasi)

- g) Konsultasi dengan ahli diet

Rasional: perlu diberikan diet yang dapat diterima pasien dan memenuhi kebutuhan kalori dalam pembatasan natrium (Ardiansyah, 2012).

- e. Diagnosa risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring dalam jangka waktu yang lama, edema, dan penurunan perfusi jaringan (Ardiansyah, 2012)

- 1) Tujuan

Pasien akan mempertahankan integritas kulit dengan menunjukkan perilaku/ teknik mencegah kerusakan kulit (Ardiansyah, 2012).

2) Intervensi

- a) Pantau kulit, catat adanya penonjolan tulang, adanya edema, area sirkulasinya terganggu/ pigmentasi, atau kegemukan/ kurus.

Rasional: kulit berisiko karena gangguan sirkulasi perifer, immobilisasi fisik, dan gangguan status nutrisi.

- b) Pijat area kemerahan atau yang memutih

Rasional: meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan

- c) Sering mengubah posisi di tempat tidur / kursi, bantu dengan latihan rentang gerah pasif/ aktif.

Rasional: memperbaiki sirkulasi darah di suatu bagian tubuh, sekiranya hal itu mengganggu aliran darah

- d) Berikan perawatan kulit, minimalkan dengan kelembaban/ekskresi

Rasional: kondisi yang selalu kering atau lembab dapat merusak kulit/ mempercepat kerusakan jaringan kulit

- e) Hindari obat intramuskuler

Rasional: edema interstisial dan gangguan sirkulasi dapat memperlambat absorpsi obat dan predisposisi untuk kerusakan kulit/ terjadinya infeksi (Ardiansyah, 2012).

BAB III

RINGKASAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan data pasien bernama Tn. J, berumur 51 tahun, berjenis kelamin laki-laki, yang beralamat di Ds. Kedung Jaran, Sragi, Pekalongan, tanggal masuk 23 Mei 2016 jam 19.35 WIB, No. Register 139071 dengan diagnosa medis CHF. Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit jantung sejak satu tahun yang lalu, pasien juga sudah melakukan pemeriksaan ke dokter dan melakukan rawat jalan. Pasien mengatakan sejak satu minggu yang lalu pasien mengeluh dadanya terasa sakit menjalar ke punggung dan tangan kiri serta sesak nafas, pasien mudah lelah saat beraktifitas, kepala pusing, mual-mual dan tidak nafsu makan. Pasien mengatakan periksa untuk kontrol ke dokter, namun dirasakan kondisi dan penyakitnya juga tidak membaik. Pada tanggal 23 Mei 2016 pukul 19.35 WIB pasien dibawa ke RSUD Bendan mendapat perawatan pertama di Ruang IGD dan rawat inap di Ruang Sekar Jagad.

Hasil pengkajian tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan hasil: keluhan utama pasien mengatakan nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri, P: nyeri disebabkan penyakit CHF, Q: nyeri panas/seperti terbakar, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala nyeri 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan tubuh terasa lemas dan mudah lelah saat beraktivitas, pengeluaran urin 2x/ hari 100 cc, pasien batuk tidak berdahak sejak satu hari yang lalu dari hari pengkajian. Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang O2 nasal kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di tangan kanan, lingkar perut 100 cm, perut asites, kaki kanan dan kiri edema, terdapat piting edema derajat 1, turgor kulit keras pada kaki, TB: 165 cm, BB: 60 kg, warna

kulit tidak merata pada kaki warna kehitaman, terlihat retraksi dinding dada, TD: 160/100 mmHg, RR 25 x/menit, nadi 101 x/menit, suhu 37°C. Data laboratorium tanggal 24 Mei 2016 didapatkan data: Leukosit 15,2010³/ul, eritrosit 5,18 juta/mm³, hemoglobin 13,8 g/dl, hematokrit 46,6 %, MCV 79,50 um³, MCH 29,30 pg, MCHC 35, 1 g/dl, trombosit 380.000 /mm³, neutrofil 87,0 %, limfosit 15,0 %, monosit 2,1 %, LED 38 mm/jam, clorida 112,8 mmol/l, GDS 150 mg/dl, chlesterol total 203,8 mg/dl, trogliserida 230,5 mg/dl, cholesterol HDL 30,5 mg/dl, cholesterol LDL 130,9 mg/dl, asam urat 6,8 mg/dl. Terapi yang diberikan dari tanggal 24 Mei 2016 yaitu: infus RL 20 tpm, selang kanul oksigen 3 L, furosemid 3x 40 mg, ranitidin 3x 50 mg, infus aminofluid 500 ml x 1 20 tpm, salbutamol oral 3x 2 mg, candesartan oral 1x 8 mg, spironolactone oral 1x 100 mg (pagi), FG tinoses 3x 20 mg (oral), amitriptilin oral 1x 50 mg (pagi).

B. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan diagnosa:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung yang ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sesak nafas, pasien batuk tidak berdahak sejak satu hari yang lalu, DO: TD: 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S: 37°C, RR: 25x/menit, Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, sesak nafas, DO: TD: 160/100 mmHg, perut asites, lingkar perut 100 cm, kedua kaki edema, terdapat pitting edema derajat 1, RR: 25x/menit, Hemoglobin 13,8 g/dl, Hematokrit 46,6 %, balance cairan 350 cc
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan: DS: P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF, Q: nyeri seperti terbakar/panas, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S:

- skala nyeri 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, DO: pasien tampak memegangi dadanya, meringis dan cemas
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen dalam tubuh yang ditandai dengan: DS: pasien mengatakan lemas, pasien mudah lelah saat beraktifitas, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan sesak nafas, DO: pasien terlihat lemah, skala aktivitas 2, aktifitas di bantu keluarga, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, TD: 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S: 37⁰C, RR: 25x/menit
 5. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema yang ditandai dengan DS: -, DO: terdapat edema pada kedua kaki, terdapat pitting edema derajat 1, turgor kulit keras pada kaki, warna kulit tidak merata pada kaki warna kehitaman.
 6. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, DO: A: TB: 165 cm, BB sebelum sakit: 60 kg, BB selama sakit 60 kg, B: Leukosit 15,2010³/ul, eritrosit 5,18 juta/mm³, hemoglobin 13,8 g/dl, trombosit 380.000 /mm³, C: mual, D: diit lunak

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan penulis merencanakan tindakan keperawatan sebagai berikut: untuk diagnosa penurungan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan penurunan curah jantung pasien teratas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal, pernapasan tidak sesak, frekuensi dan irama jantung normal. Intervensinya: kaji frekuensi dan irama jantung serta palpasi nadi perifer, pantau tanda-tanda vital terutama tekanan darah, batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus 10 tpm, berikan oksigen

nasal kanul 3 L, kolaborasi pemberian obat Spironolactone 1 x 100 mg, Candesartan 1 x 8 mg, Salbutamol 3 x 2 mg.

Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan pasien akan menunjukkan volume cairan yang stabil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada edema, berat badan stabil. Intervensi: pantau pengeluaran urine, pantau intake kebutuhan cairan 3000 cc dan output cairan, pertahankan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak nafas dilakukan jika pasien sudah tidak lemas, kolaborasi pemberian obat furosemide 3x 40 mg.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan nyeri pasien berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat, pasien tidak sesak nafas. Intervensinya: kaji PQRST nyeri, ajarkan pasien relaksasi nafas dalam, posisikan pasien yang nyaman yaitu dengan posisi duduk jika pasien sudah tidak lemas, kolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 L, kolaborasi pemberian obat Amitriptilin 1 x 50 mg dan ranitidin 3 x 50 mg.

Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan pasien dapat beraktivitas dengan mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: pasien tidak lemas lagi, pasien dapat beraktivitas dengan mandiri. Intervensi: Periksa tanda-tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, batasi aktivitas yang berlebihan dan anjurkan pasien untuk bedrest jika pasien merasa lemas dan lelah serta anjurkan pasien untuk alih baring mencegah terjadinya luka dekubitus, bantu pasien saat berpindah bila di butuhkan, anjurkan mobilisasi bertahap jika pasien sudah tidak lemas dan lemah.

Diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan integritas kulit pasien baik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria: warna kulit merata, turgor kulit elastis. Intervensi: pantau kulit, catat adanya edema, anjurkan pasien untuk sering mengubah posisi di tempat tidur, anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan memberikan pelembab pada kulit.

Diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan pasien tidak mual dan nafsu makan meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria: pasien mengatakan tidak mual, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi. Intervensi: kaji penyebab mual, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, dan kolaborasi pemberian obat anti mual atau ranitidin 3 x 50 mg.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan penulis dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 yaitu: untuk mengatasi masalah diagnosa pertama penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengaji frekuensi dan irama jantung, respon data subjektif: pasien mengatakan sesak nafas, data objektif: Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, mempalpasi nadi perifer, respon data subjektif:-, data objektif: N: 101x/menit, memantau tanda-tanda vital, respon data subjektif:-, data objektif: TD: 160/100 mmHg, RR: 25x/menit, suhu 37,⁰C, menganjurkan pasien untuk tidak banyak minum kebutuhan cairan 3000 cc, respon data sujekatif: pasien mengerti untuk tidak banyak minum, data objektif: pasien minum 500 cc, mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 L, respon data subjektif: -, data objektif: terpasang oksigen nasal kanul 3 L , mengganti infus RL dan mengatur tetesan

infus 10 tpm, respon data subjektif:-, data objektif: infus di ganti infus RL dan di atur 10 tpm. melakukan EKG, respon data subjektif: pasien bersedia di pasang alat EKG, data objektif: HR: 101 hpm, P-R: 135 ms, QT: 324 ms, AXIS: 71 deg, SVI: 0.79 mV, R-R: 450 ms, QRS: 100 ms, QTC: 439 ms, RVS:1.33 mV, R+S: 2.18 mV, memberikan obat spironalactone 1 x 100 mg, candesartan 1 x 8 mg, respon data subjektif: pasien bersedia minum obat, data objektif: obat di minum, tidak ada reaksi alergi obat.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang kedua penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif: pengeluaran urin 2x/hari dalam jumlah sedikit, data objektif: perut asites, lingkar perut 100 cm kedua kaki oedem terdapat pitting edema derajat 1, menginjeksi Furosemid 3 x 40 mg, respon data subjektif:-, data objektif: injeksi masuk dan tidak ada alergi terhadap obat, menghitung balance cairan, respon data subjektif: -, data objektif: intake: infus RL 350 cc, makan/minum 250 cc, output: urine 100 cc, balance cairan 350 cc, menimbang berat badan pasien, respon data subjektif: -, data objektif: BB: 60 kg.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa ketiga penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengkaji PQRST nyeri, respon data subjektif: P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF, Q: nyeri seperti terbakar/panas, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, data objektif: pasien tampak memegangi dadanya, memposisikan pasien yang nyaman yaitu dengan posisi semi fowler jika pasien tidak lemas dan lemah, respon data subjektif: pasien merasa lebih nyaman, data objektif: bagian kepala tempat tidur ditinggikan, mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 L, respon data subjektif: pasien mau memakai oksigen, data objektif: terpasang kanul oksigen 3 L, mengkolaborasi pemberian obat amitriptilin 1 x 50 mg, ranitidin 3 x 50 mg, respon data subjektif: pasien mau minum obat, data objektif: obat di minum, tidak ada reaksi alergi obat.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang keempat penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif: pasien mengatakan lemas, mudah lelah saat beraktivitas dan aktivitas dibantu keluarga, data objektif: aktivitas dibantu keluarga, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan, menganjurkan pasien untuk membatasi aktifitas yang berlebihan dan menganjurkan badhrest jika lemas dan lemah, respon data subjektif: pasien mengerti, data objektif: pasien terlihat posisi supinasi, mengukur tanda-tanda vital, respon data subjektif:-, data objektif: TD: 160/100mmHg, N: 101 x/menit, RR: 25 x/menit, suhu 37,0⁰C, membantu personal hygien pasien, respon data subjektif: pasien bersedia dimandikan, data objektif: pasien dimandikan, pakaian kotor diganti, menganjurkan mobilisasi bertahap, respon data subjektif: pasien sudah tidak sesak saat beraktivitas, data objektif: pasien mampu mengenakan baju sendiri, makan sendiri.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang kelima penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif:-, data objektif: terdapat edema pada kedua kaki dengan derajat piting 1, turgor kulit keras pada kaki, warna kulit tidak merata pada kaki kehitaman, menganjurkan pasien untuk sering mengubah posisi di tempat tidur untuk mencegah terjadinya luka dekubitus, respon data subjektif: pasien mengerti, data objektif: pasien miring ke kiri dan ke kanan, menganjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan memberi pelembab pada kulit pasien, respon data subjektif: keluarga mengerti yang dianjurkan perawat, data objektif: kulit pasien dioleskan lotion oleh keluarganya untuk mencegah friksi kulit dengan permukaan tempat tidur.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang keenam penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: mengkaji penyebab mual, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, respon data

subjektif: pasien mau makan sedikit tapi sering, mendorong keluarga agar membantu pasien makan, respon data subjektif: keluarga mau membantu pasien makan, data objektif:-, memberikan obat anti mual ranitidin 3 x 50 mg.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tindakan keperawatan dari hari selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis 26 Mei 2016 adalah sebagai berikut:

Pada tanggal 24 Mei 2016 untuk diagnosa yang pertama S: pasien mengatakan masih sesak nafas, nyeri, O: terpasang O₂ nasal kanul 3 L, TD: 150/90 mmHg, nadi 90 x/menit, RR 25 x/menit, suhu 36,8⁰C, A: masalah curah jantung belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: kaji frekuensi dan irama jantung, palpasi nadi perifer, pantau TTV terutama TD, batasi cairan yang masuk serta memonitor tetesan infus 10 tpm, berikan terapi oksigen nasal kanul 3 L, berikan obat sesuai indikasi spironalactone 1 x 100 mg, candesartan 1 x 8 mg. Untuk diagnosa kedua S: pasien mengatakan BAK 2x sehari 100 cc, sesak nafas, O: kaki edema, BB 60 kg, kulit tidak merata pada kaki kehitaman, A: masalah kelebihan volume cairan belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: pantau keluaran urine, pantau masukan dan keluaran cairan, pertahankan posisi semi fowler untuk menurangi sesak, kolaborasi dengan ahli gizi, timbang BB tiap hari, kolaborasi pemberian obat anti deuretik furosemid 40 mg. Untuk diagnosa ketiga S: pasien mengatakan nyeri dada, O: TD: 150/90 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR 25 x/menit, skala nyeri 6, pasien tampak lemas, A: masalah nyeri akut belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: berikan posisi nyaman, anjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik sesuai program ranitidin 50 mg, kolaborasi pemberian obat antipiretik atau vasodilator. Untuk diagnosa keempat S: pasien mengatakan lemas, O: pasien tampak lemah, TD 150/90 mmHg, nadi 90 x/menit, RR 25 x/menit, ADL dibantu oleh keluarga, A:

masalah intoleransi aktifitas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: bantu aktifitas pasien, anjurkan keluarga untuk membantu kegiatan pasien, kolaborasi pemberian O₂ nasal kanul 3 L. Untuk diagnosa kelima S: -, O: edema pada kedua kaki, kulit kasar, warna kulit tidak merata kehitaman, A: masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: anjurkan tirah baring 2 jam sekali, anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien yang keras dengan memberikan pelembab/lotion. Untuk diagnosa keenam S: pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, O: makan habis setengah porsi, A: masalah belum teratasi, P: anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, anjurkan keluarga membantu pasien makan, kolaborasi pemberian obat anti mual ranitidin 50 mg.

Pada tanggal 25 Mei 2016 untuk diagnosa pertama S: pasien mengatakan sesak nafas dan nyeri berkurang, O: terpasang O₂ nasal kanul 3 L, TD: 140/90 mmHg, A: masalah penurunan curah jantung belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: patau TTV tertuama TD, batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus, berikan oksigen sesuai kebutuhan nasal kanul 3 L, berikan obat sesuai indikasi spironalactone 1 x 100 mg, candesartan 1 x 8 mg. Untuk diagnosa kedua S: pasien mengatakan BAK 3x (150 cc), sesak nafas berkurang, O: kaki edema, warna kulit tidak merata kecoklatan, A: masalah kelebihan volume cairan belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: pantau pengeluaran urine, pantau intake dan output cairan, pertahankan posisi semi fowler, kolaborasi pemberian anti diuretik furosemid 40 mg. Untuk diagnosa ketiga S: pasien mengatakan masih nyeri, O: skala 5, pasien tampak tidak lemas, A: masalah nyeri belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: posisikan pasien semi fowler, anjurkan pasien melakukan relaksasi nafas dalam, berikan terapi O₂ nasal kanul 3L, kolaborasi pemberian analgetik sesuai program ranitidin 50 mg. Untuk diagnosa keempat S: pasien mengatakan sudah tidak lemas, O: pasien tampak relaks, tidak lemas, ADL masih dibantu keluarga, A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: bantu kegiatan pasien, anjurkan keluarga untuk membantu pasien, berikan terapi O₂

nasal kanul 3 L. Untuk diagnosa kelima S: -, O: edema masih ada, kulit tarasa keras dan warna kulit tidak merata, A: masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: anjurkan pasien 2 jam sekali tirah baring, anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan pelembab/lotion. Untuk diagnosa keenam S: pasien mengatakan tidak mual, nafsu makan meningkat, O: makan habis 1 porsi, A: masalah teratasi, P: pertahankan kondisi.

Pada tanggal 26 Mei 2016 untuk diagnosa pertama S: pasien mengatakan sudah tidak sesak, nyeri hilang, O: TD 130/90 mmHg, nadi 85 x/menit, RR 22 x/menit, suhu 36,8⁰C, edema kaki kempes, A: masalah penurunan curah jantung teratasi, P: pertahankan kondisi. Untuk diagnosa kedua S: pasien mengatakan sudah tidak lemas, ADL dapat dilakukan, O: pasien tampak tenang dan relaks, A: masalah intoleransi aktifitas tertasi, P: pertahankan intervensi. Untuk diagnosa ketiga S: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 2, pasien relaks, A: masalah nyeri akut teratasi, P: pertahankan intervensi. Untuk diagnosa keempat S: pasien mengatakan sudah tidak lemas, ADL dapat dilakukan mandiri, O: pasien tampak tenang relaks, A: masalah intoleransi aktifitas teratasi, P: pertahankan intervensi. Untuk diagnosa kelima S:-, O: edema sudah kempes, turgor baik, A: masalah kerusakan integritas kulit teratasi, P: pertahankan kondisi. Untuk diagnosa keenam S: pasien mengatakan tidak mual, nafsu makan meningkat, O: makan habis 1 porsi, A: masalah teratasi, P: pertahankan kondisi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “Asuhan keperawatan gagal jantung pada Tn. J di Ruang Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan” berdasarkan pengkajian dari hari Selasa tanggal 24 Mei sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016. Penulis menemukan 6 diagnosa berdasarkan data pendukung yang ditemukan pada pasien. Penulis membagi dalam 5 (lima) proses keperawatan yaitu meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian penulis menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (KMB). Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, pasien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. penulis mengkaji dari semua aspek meliputi: aspek bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. Pengkajian pada tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan data dari pengkajian aspek bio: data subjektif meliputi: keluhan utama pasien mengatakan nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri, P: nyeri disebabkan penyakit CHF, Q: nyeri panas/seerti terbakar, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala nyeri 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan tubuh terasa lemas dan mudah lelah saat beraktivitas, pengeluaran urin 2x/ hari 100 cc, pasien batuk tidak berdahak sejak satu hari yang lalu dari hari pengkajian. Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang O2 nasal kanul 3 L, terpsang infus RL 10 tpm di tangan kanan, lingkar perut 100 cm, perut asites, kaki kanan dan kiri edema, terdapat piting edema derajat 1, turgor kulit keras pada kaki, warna kulit tidak merata pada kaki, terlihat

retraksi dinding dada, TD: 160/100 mmHg, RR 25 x/mnt, nadi 101 x/mnt, suhu 37°C.

Pada pengkajian aspek psiko-sosial-kultural-spiritual penulis tidak memaparkan lebih terinci karena tidak ada masalah di dalam aspek-aspek tersebut. Hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 24 Mei 2016 sudah sesuai dengan apa yang ada di teori, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik. Tanda dan gejala yang muncul pasien menegeluh nyeri dada, terjadi retensi natrium dan air, pasien mengeluh cepat lelah jika beraktifitas, pada pemeriksaan jantung S1 dan S2 lemah, terdengar suara tambahan murmur di S3, pasien sesak nafas, tekanan darah tinggi lebih dari 140/90 mmHg.

B. Diagnosa

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakkan diagnosa sebagai berikut: penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O. intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, mual berhubungan dengan iritasi gastro.

1. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri

- a. Pengertian

Penurunan curah jantung adalah ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Nanda, 2012. h. 320).

- b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batsan karakteristik dari penurunan curah jantung adalah subjektif: mengatakan sesak nafas, cepat lelah. Objektif: aritmia, takikardi/bradikardi, edema, keletihan, suara jantung murmur,

perubahan warna kulit, batuk, gangguan kontraktilitas penurunan curah jantung, bunyi jantung S3 dan S4 (Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien pada saat pengkajian ditemukan data: DS: pasien mengatakan pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, sesak nafas, pasien mengeluh nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, pasien batuk tidak berdahak sejak 1 hari yang lalu, DO: TD: 160/100 mmHg, N: 101 x/menit, S: 37⁰C, RR: 25x/menit, Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, perut asites, lingkar perut 100 cm kedua kaki edema terdapat pitting edema derajat 1.

c. Cara memprioritaskan masalah

Penurunan curah jantung merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi oksigen dan nutrisi dalam tubuh (Kasron, 2012. h. 56). Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena menurut teori berdasarkan tingkat kegawatan diagnosa ini merupakan keadaan yang mengancam kehidupan dan akan mengakibatkan diagnosa yang lain muncul yaitu karena kerja jantung yang menurun akan mengakibatkan orang sesak nafas karena darah tidak bisa mengantarkan oksigen dalam tubuh.

2. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O

a. Pengertian

Kelebihan volume cairan adalah peningkatan retensi cairan isotonik (Nanda, 2012. h. 553).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batasan karakteristik kelebihan volume cairan adalah subjektif: pasien mengeluh sesak nafas, gelisah, ansietas. Objektif: sesak nafas, suara nafas tidak normal, perubahan elektrolit, edema, perubahan tekanan darah, perubahan pola nafas, bunyi jantung S3 S4

(Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan data: DS: pasien mengatakan pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, sesak nafas, DO: TD: 160/100 mmHg, perut asites, lingkar perut 100 cm, kedua kaki oedem, terdapat pitting edema derajat 1, Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, RR: 25x/menit, Hemoglobin 13,8 g/dl, Hematokrit 46,6 %

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas yang keempat karena Menurut teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan cairan dan elektrolit merupakan kebutuhan yang mutlak dipenuhi setelah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas (Mubarak & Chayatin, 2008). volume cairan berlebih adalah kondisi ketidakseimbangan yang ditandai dengan kelebihan cairan dan natrium di ruang ekstrasel, masalah ini tidak langsung mengancam nyawa pada penderitanya namun harus segera ditangani agar tidak terjadi komplikasi yang bermakna (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 77-78).

3. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

a. Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat di antisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan (Nanda, 2012. h. 604).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batasan karakteristik dari nyeri adalah subjektif: pasien mengeluh nyeri baik secara verbal maupun isyarat. Objektif: perubahan

tekanan darah, nadi, pernafasan, lemas tidak bertenaga sampai kaku, wajah tampak menahan nyeri (Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan data: DS: P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF, Q: nyeri seperti terbakar/panas, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, DO: pasien tampak memegangi dadanya, meringis dan cemas.

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas kedua karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). nyeri akan mengganggu rasa nyaman pada tubuh manusia, nyeri merupakan salah satu bentuk reflek guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama maka akan berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini mengakibatkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa. Bila nyeri tidak tertahan, penderita bisa sampai melakukan bunuh diri (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 207).

4. Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum

a. Pengertian

Intoleransi aktifitas adalah ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus ada atau yang ingin dilakukan (Nanda, 2012. h. 315).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batasan karakteristik intoleransi aktifitas adalah subjektif: pasien mengeluh cepat lelah saat beraktifitas. Objektif: pasien aktifitas

dibantu oleh orang lain, pasien tampak lemas tak bertenaga (Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan data: DS: pasien mengatakan lemas, pasien mudah lelah saat beraktifitas, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan sesak nafas, DO: pasien terlihat lemah, skala aktivitas 2, aktifitas di bantu keluarga, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan TD: 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S: 37⁰C, RR: 25x/menit.

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). intoleransi aktivitas muncul karena pasien merasakan sesak nafas dan nyeri yang tak tertahankan sehingga pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri.

5. Diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema

a. Pengertian

Kerusakan integritas kulit adalah perubahan/ gangguan epidermis dan atau dermis (Nanda, 2012. h. 553).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batasan karakteristik adalah subjektif:-, objektif: kerusakan pada lapisan kulit (dermis), kerusakan pada permukaan kulit (epidermis), invasi struktur tubuh (Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan data: DS: -, DO: terdapat edema pada kedua kaki, terdapat pitting edema derajat 1, turgor kulit keras pada kaki, warna kulit tidak merata pada kaki.

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas terakhir karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). Masalah ini tidak mengancam nyawa Diagnosa ini muncul karena pasien mengalami kelebihan volume cairan dan intoleransi aktivitas, integritas kulit akan rusak karena edema dan edema tidak akan berkurang karena aktivitas yang monoton.

6. Diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia

a. Pengertian

Resiko ketidakseimbangan nutrisi adalah suatu keadaan dimana tubuh beresiko kekurangan nutrisi/nutrien dalam tubuh (Nanda, 2012. h. 553).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Batasan karakteristik resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah subjektif: menolak makan, adanya perubahan sensasi rasa, melaporkan kurangnya makan. Objektif: menolak untuk makan, bising usus hiperaktif, adanya bukti kurang makan, kurang minat untuk makan (Wilkinson & Ahern, 2012). Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan data: DS: pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, DO: makan habis $\frac{1}{2}$ porsi.

d. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas terakhir karena diagnosa ini resiko dari diagnosa utama dan juga menurut Hierarki Maslow kebutuhan nutrisi dapat di kesampingkan setelah oksigenasi dan cairan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1).

C. Intervensi

1. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa penurunan curah jantung dengan tujuan curah jantung pasien adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: tanda-tanda vital dalam batas normal, pernapasan tidak sesak, frekuensi dan irama jantung normal. Intervensinya meliputi: kaji frekuensi dan irama jantung serta palpasi nadi perifer. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui apakah ada takikardi/ bradikardi/ nadi cepat, takikardi/ bradikardi/ nadi cepat menunjukan adanya kerja jantung yang tidak optimal sehingga perlu dipantau untuk menghindari keadaan yang semakin parah. Pantau tanda-tanda vital terutama tekanan darah. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui adakah hipertensi/ hipotensi, keadaan hipertensi akan mengakibatkan kerja jantung semakin berat, dan keadaan hipotensi menunjukan bahwa jantung tidak dapat memenuhi sirkulasi tubuh (Wilkinson, 2012).

Kemudian untuk intervensi selanjutnya adalah batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengurangi sesak nafas, keadaan kelebihan cairan akan mengakibatkan terdesaknya jantung dan paru-paru, sehingga oksigen tidak dapat dihasilkan dalam tubuh. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi kerja jantung, menghindari terjadinya kelebihan cairan tubuh. Berikan oksigen kanul 3 L. Rasional dari tindakan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh, memberikan oksigen kanul 3 L akan mengoptimalkan oksigen masuk kedalam paru-paru pasien dibandingkan menggunakan oksigen nasal. Kolaborasi pemberian obat Spironolactone 1 x 100 ml, Candesartan 1 x 8 mg, Salbutamol 3 x 2 mg.

rasionalnya: memberikan obat sesuai indikasi. mengurangi beban kerja jantung (Wilkinson, 2012).

2. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa kelebihan volume cairan dengan tujuan pasien akan menunjukan volume cairan yang stabil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasilnya sebagai berikut tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada edema, berat badan stabil. Intervensinya meliputi: pantau pengeluaran urine. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui adakah oliguri atau tidak, pengeluaran urine yang sedikit menunjukan adanya masalah pada kerja ginjal. Pantau intake dan output cairan. Rasional dari tindakan ini adalah mencegah berlebihnya cairan, cairan yang berlebih akan mengganggu sirkulasi dalam tubuh (Wilkinson, 2012).

Intervensi yang selanjutnya adalah pertahankan posisi semi fowler. Rasional dari tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan filtrasi ginjal, menurunkan produksi *Anti Deuretik Hormon* (ADH), timbang berat badan per hari, rasionalnya: Mengetahui adakan peningkatan/ penurunan berat badan, berat badan yang semakin meningkat menunjukan adanya penumpukan cairan. Kolaborasi dengan ahli gizi, Rasional dari tindakan ini adalah untuk menentukan diet yang tepat dengan pembatasan natrium, natrium yang berlebih akan mengakibatkan retensi air dalam tubuh. Kolaborasi pemberian obat furosemide 3x 2 ml. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengurangi cairan yang berlebih. Furosemide merupakan obat diuretik untuk mengeluarkan cairan yang berlebih (Wilkinson, 2012).

3. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa nyeri akut dengan tujuan nyeri pasien berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat, pasien sesak nafas berkurang. Intervensinya meliputi: kaji PQRST nyeri. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui lokasi, skala nyeri, dan kualitas nyeri. Posisikan pasien yang nyaman yaitu dengan posisi duduk. Rasional dari tindakan ini adalah untuk memberikan kenyamanan, posisi duduk juga mengurangi rasa sesak karena dapat memungkinkan pengembangan dada secara maksimal kolaborasi pemberian oksigen kanul 3 L. Rasional dari tindakan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh dan untuk mengurangi rasa sesak, memberikan oksigen kanul 3 L akan mengoptimalkan oksigen masuk kedalam paru-paru pasien dibandingkan menggunakan oksigen nasal. Kolaborasi pemberian obat Amitripilin 1 x 50 mg dan ranitidin 1 ampul 2ml. Rasional dari tindakan ini adalah untuk merupakan obat antipiretik untuk mengurangi nyeri (Wilkinson, 2012).

4. Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa intoleransi aktifitas dengan tujuan pasien dapat beraktivitas dengan mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: pasien tidak lemas lagi, pasien dapat beraktivitas dengan mandiri. Intervensinya meliputi: Periksa tanda-tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui adakah perubahan tanda-tanda vital, tanda-tanda vital yang berubah-ubah menunjukkan adanya kelainan pada sistem dalam tubuh. Batasi aktivitas yang berlebihan dan anjurkan pasien untuk badrest. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengurangi keletihan dan mengurangi beban kerja jantung. Bantu pasien saat berpindah bila di

butuhkan. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengurangi resiko terjatuh saat beraktivitas. Anjurkan mobilisasi bertahap. Rasional dari tindakan ini adalah untuk melatih mobilisasi pasien, imobilisasi yang lama akan menurunkan kerja otot sehingga perlu dilatih kembali (Wilkinson & Ahern, 2012).

5. Diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa kerusakan integritas kulit dengan tujuan integritas kulit pasien baik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria sebagai berikut: kaki tidak ada edema, turgor kulit elastis. Intervensinya meliputi: pantau kulit, catat adanya edema. Rasional dari tindakan ini adalah untuk mengetahui apakah ada gangguan sirkulasi, adanya edema menunjukkan adanya kelebihan volume cairan tubuh akibat dari kerja jantung yang menurun akan mengakibatkan peningkatan produksi *Anti Deuretik Hormon* (ADH) yang memicu edema. Anjurkan pasien untuk sering mengubah posisi di tempat tidur. Rasional dari tindakan ini adalah untuk memperbaiki sirkulasi darah di suatu bagian tubuh, posisi yang monoton akan mengganggu sirkulasi tubuh. Anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan memberikan lotion pada kulit. Rasional dari tindakan ini adalah untuk kondisi yang terlalu kering dapat merusak kulit, lotion akan mengurangi kekeringan pada kulit (Wilkinson, 2012).

6. Diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa mual berhubungan dengan iritasi gastro dengan tujuan pasien tidak mual dan nafsu makan meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria: pasien mengatakan tidak mual, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi. Intervensi: kaji penyebab mual,

anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, dan kolaborasi pemberian obat anti mual atau ranitidin 1x1 ampul 2 ml. Rasional dari tindakan ini adalah utnuk tetap menjaga masukan makanan agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh (Wilkinson, 2012).

D. Implementasi

1. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah penurunan curah jantung yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya adalah sebagai berikut: mengaji frekuensi dan irama jantung, respon data subjektif: pasien mengatakan sesak nafas, data objektif: Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, hal ini sudah sesuai dengan kondisi pasien yang sama dengan teori. Mempalpasi nadi perifer, respon data subjektif:-, data objektif: N: 101x/menit, sudah sesuai dengan kondisi pasien menurut teori yaitu pasien mengalami takikardia.

Implementasi yang selanjutnya adalah memantau TTV, respon data subjektif:-, data objektif: TD: 160/100 mmHg, N: 101x/menit, RR: 25x/menit, suhu 37,⁰C. Mengajurkan pasien untuk tidak banyak minum, respon data sujekatif: pasien mengerti untuk tidak banyak minum, data objektif: pasien minum 250 cc atau 1 gelas kecil/hari. Mengkolaborasi pemberian oksigen kanul 3 L, respon data subjektif: -, data objektif: terpasang kanul oksigen 3 L. Mengganti infus RL dan mengatur tetesan infus, respon data subjektif:-, data objektif:: infus di ganti infus RL dan di atur 10 tpm.

Pada hari kedua saat melukukan keperawatan ada tindakan tambahan yaitu melakukan pemasangan alat EKG. tindakan ini bertujuan untuk mengetahui keadaan jantung apakah ada kelainan atau tidak. Respon dari tindakan tersebut adalah data subjektif: pasien bersedia di pasang alat EKG, data objektif: HR: 101 hpm, P-R: 135 ms, QT: 450 ms, AXIS: 71 deg, SVI: 0.79 mV, R-R: 450 ms, QRS: 100 ms, QTC: 439 ms, RVS:1,33 mV, R+S: 2,18mV. Memberikan obat Spironolactone 1 x 100 ml, Candesartan 1 x 8 mg, Salbutamol 3 x 2 mg, respon data subjektif: pasien bersedia minum obat, data objektif: obat di minum, tidak ada reaksi alergi obat. Kekuatan saat melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat sehingga tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan.

2. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah kelebihan volume cairan yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya meliputi: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif: pengeluaran urin 2x/hari dalam jumlah sedikit, data objektif: perut asites, lingkar perut 100 cm kedua kaki oedem terdapat pitting edema derajat 1, menginjeksi Furosemid 2 ml, respon data subjektif:-, data objektif: injeksi masuk, tidak ada tanda-tanda alergi obat, respon data subjektif: -, data objektif: intake: infus RL 350 cc, makan/minum 250 cc, output: urine 100 cc, respon data subjektif: -, data objektif: BB: 60 kg.

Kekuatan saat melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif meskipun harus bersusah payah saat dilakukan tindakan karena tubuhnya lemah. kelemahan yang dihadapi adalah tubuh pasien sangat lemah sehingga perlu tenaga lebih untuk melakukan

tindakan keperawatan. Seperti saat menimbang berat badan pasien, pasien harus dipegangi oleh keluarga dan perawat agar tidak terjatuh.

3. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya meliputi: mengkaji PQRST nyeri, respondata subjektif: P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF, Q: nyeri seperti terbakar/panas, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala 7, T: nyeri semakin bertambah jika pasien berbaring, data objektif: pasien tampak memegangi dadanya, meringis dan cemas.

Implementasi yang selanjutnya adalah memosisikan pasien yang nyaman yaitu dengan posisi duduk, respon data subjektif: pasien merasa lebih nyaman, data objektif: bagian kepala tempat tidur ditinggikan. Mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 L, respon data subjektif: pasien mau memakai oksigen, data objektif: terpasang nasal kanul oksigen 3 L. Mengkolaborasi pemberian obat amitripilin 1 x 50 mg, ranitidin 1 x 40 mg, respon data subjektif: pasien mau minum obat dan mau disuntik, data objektif: obat di minum dan injeksi masuk lewat selang infus. Kekuatan saat melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat sehingga tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan. Sedangkan kelemahan yang ditemukan penulis, pasien terkadang lupa dengan apa yang diajarkan perawat seperti teknik relaksasi nafas dalam.

4. Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah kelebihan volume cairan yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya sebagai berikut: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas tak berdaya karena sesak nafas dan mudah lelah saat beraktivitas, data objektif: aktivitas dibantu keluarga, pasien terpasang oksigen Kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan. Menganjurkan pasien untuk membatasi aktifitas yang berlebihan dan menganjurkan badrest, respon data subjektif: pasien mengerti, data objektif: pasien terlihat hanya berbaring di tempat tidur. Mengukur tanda-tanda vital, respon data subjektif:-, data objektif: TD: 160/100 mmHg, N: 101 x/menit, RR: 25 x/menit, suhu 37,1⁰C. Kekuatan saat melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat sehingga tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan. Sedangkan kelemahan yang ditemukan penulis dalam diagnosa ini adalah pasien susah istirahat karena banyaknya pengunjung dalam ruang perawatan sehingga mengganggu waktu istirahat pasien.

5. Diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah kerusakan integritas kulit yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya meliputi: mengkaji keadaan umum pasien, respon data subjektif:-, data objektif: terdapat edema pada kedua kaki, turgor kulit keras pada kaki, warna kulit tidak merata pada kaki. Menganjurkan pasien untuk sering mengubah posisi di tempat tidur, respon data subjektif: pasien mengerti, data objektif: pasien miring ke kiri dan ke kanan. Menganjurkan keluarga untuk merawat kulit

pasien dengan memberi pelembab pada kulit pasien, respon data subjektif: keluarga mengerti yang dianjurkan perawat, data objektif: kulit pasien dioleskan lotion oleh keluarganya. Kekuatan saat melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat. Sedangkan kelemahannya pasien dan keluarga kadang lupa untuk melakukan perawatan mandiri seperti memberikan pelembab untuk menjaga kelembapan kulit.

6. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat, anoreksia

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan penulis. Implementasinya meliputi: mengkaji pola makan pasien, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, mendorong keluarga untuk membantu pasien makan, dan kolaborasi pemberian obat anti mual atau ranitidin 1x1 ampul 2 ml. Kekuatan saat melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat. Sedangkan kelemahannya terkadang pasien susah untuk makan karena mual.

E. Evaluasi

1. Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi ventrikel kiri

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan曲直 jantung pasien adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: tanda-tanda vital dalam batas normal, pernapasan tidak sesak, frekuensi dan irama jantung normal. Pada hari ketiga penulis

menemukan data S: pasien mengatakan tidak sesak, tidak batuk dan nyeri hilang. O: urine 300 cc, TD: 130/90 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 22 x/menit, suhu 36,8⁰C, tidak terdengar suara jantung tambahan, A: masalah penurunan curah jantung teratasi, P: untuk pasien dianjurkan menjaga pola makan (kurangi makanan garam-garaman, megandung kolesterol), olahraga yang teratur, istirahat yang cukup dan kontrol/periksa secara rutin serta teratur. Untuk perawat memberikan motivasi sebelum pasien pulang tentang penyakitnya.

2. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan pasien akan menunjukkan volume cairan yang stabil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasilnya sebagai berikut : tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada edema, berat badan stabil. Pada hari ketiga tanggal 26 Mei 2016 penulis menemukan data: S: pasien mengatakan BAK 4x dalam sehari, O: kaki sudah tidak oedem BB: 58 kg, A: masalah kelebihan volume cairan teratasi, P: untuk pasien dianjurkan menjaga konsumsi cairan/minumnya sesuai dengan kebutuhan, menjaga pola makan (kurangi makanan garam-garaman, megandung kolesterol), olahraga yang teratur, istirahat yang cukup dan kontrol/periksa secara rutin serta teratur. Untuk perawat memberikan motivasi sebelum pasien pulang tentang penyakitnya.

3. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan tujuan nyeri pasien berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat, pasien sesak nafas berkurang. Pada hari kamis

tanggal 26 Mei 2016 ditemukan data: S: nyeri dada hilang, sesak berkurang, O: pasien terlihat tenang dan relaks, skala nyeri 2, A: masalah nyeri akut teratas, P: untuk pasien dianjurkan tetap mengingat bagaimana manajemen nyeri, istirahat yang cukup. Untuk perawat memberikan motivasi kepada pasien sebelum pasien pulang.

4. Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan tujuan pasien dapat beraktivitas dengan mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: pasien tidak lemas lagi, pasien dapat beraktivitas dengan mandiri. Pada hari kamis tanggal 26 Mei 2016 ditemukan data: S: pasien tidak merasa lemas lagi, O: pasien mampu melakukan aktifitas sendiri mengenakan baju sendiri, makan sendiri, A: masalah intoleransi aktifitas teratas, P: untuk pasien dianjurkan menjaga pola makan (kurangi makanan garam-garaman, megandung kolesterol), olahraga yang teratur, istirahat yang cukup dan kontrol/periksa secara rutin serta teratur. Untuk perawat memberikan motivasi sebelum pasien pulang tentang penyakitnya.

5. Diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan dengan tujuan integritas kulit pasien baik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria sebagai berikut: kaki tidak ada edema, turgor kulit elastis. pada hari ketiga penulis tanggal 26 Mei 2016 menemukan data: S:-, O: kaki sudah tidak oedem, turgor kulit lentur, A: masalah kerusakan intergritas kulit teratas, P: untuk pasien diharapkan tetap menjaga kulitnya agar tidak terjadi komplikasi luka dekubitus. Untuk perawat memberikan motivasi kepada pasien.

6. Diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan dengan tujuan pasien tidak mual setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria sebagai berikut: pasien tidak mual, nafsu makan meningkat. pada hari ketiga penulis tanggal 26 Mei 2016 menemukan data: S: pasien mengatakan tidak mual dan nafsu makan meningkat, O: pasien makan habis 1 porsi, tidak lemas, A: masalah mual teratasi, P: untuk pasien diharapkan tetap menjaga pola makannya agar tercapai kebutuhan nutrisinya. Untuk perawat memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk menjaga pola makannya.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan hasil: keluhan utama pasien mengatakan sesak nafas, nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, nyeri dada seperti terbakar/panas dengan skala 7, nyeri bertambah berat jika berbaring, pasien badannya lemas tak berdaya karena sesak nafas dan mudah lelah saat beraktivitas, pengeluaran urin 2x/hari dalam jumlah sedikit, pasien batuk tidak berdahak sejak 1 hari yang lalu, auskultasi paru terdengar vesikuler. Auskultasi jantung terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan, perut asites, kedua kaki oedem, TD: 160/100 mmHg, RR 25x/menit, nadi 101 x/menit, suhu 37 °C.

Pada saat pengkajian penulis menemukan 6 (enam) diagnosa yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat dan anoreksia. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama. Dalam melakukan perawatan pada pasien gagal jantung, penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun untuk memecahkan masalah yang dialami klien.

Evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis tanggal 26 Mei 2016 diagnosa yang

teratasi meliputi, nyeri akut, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, kelebihan volume cairan, kerusakan integritas kulit, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kekuatan pada kasus ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat sehingga tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan. Kelemahan pada kasus ini adalah kondisi pasien yang lemah sehingga perlu tenaga lebih untuk melakukan tindakan keperawatan. Kelemahan pada proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis kekurangan buku untuk menemukan teori-teori yang terbaru.

B. Saran

1. Bagi Profesi keperawatan

Diharapkan untuk tenaga keperawatan dapat membaca hasil EKG dengan benar

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi memberi kesempatan mahasiswa untuk praktik klinik di ruang jantung agar menambah wawasan dan pengalaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung.

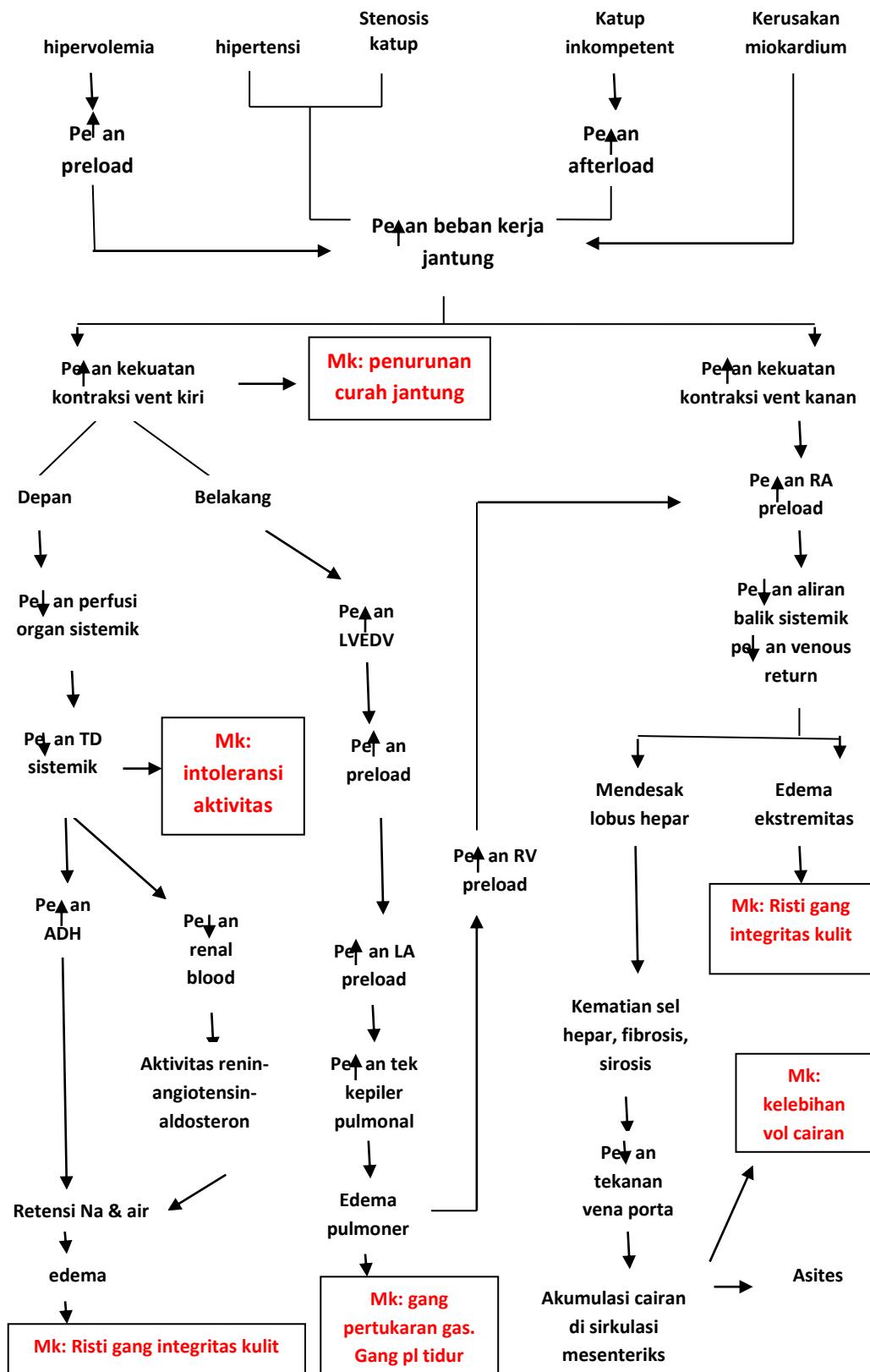
3. Bagi Lahan Praktek / Rumah Sakit

Diharapkan untuk RSUD Bendan dapat membuat ruangan khusus penyakit jantung, dengan adanya ruangan penyakit jantung maka asuhan keperawatan lebih baik sehingga meningkatkan pelayanan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, Muhamad. 2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogjakarta: DIVA Press
- Dinas Kesehatan Kota Pekalongan. 2016. Prevalensi Penyakit Gagal Jantung
- Hariyanto, Awan & Rini Sulistyowati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media
- Kasron. 2012. *Buku Ajar Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogjakarta: Nuha Medika
- Nanda Internasional, 2012. Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi. Jakarta: EGC
- Prasetyono, Dwi Sunar. 2012. *Daftar Tanda & Gejala Ragam Penyakit*. FlashBooks: Semarang.
- RSUD Bendan Kota Pekalongan. 2016. Prevalensi Penyakit Gagal Jantung
- Setiani, Siti, dkk. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Interna Publishing: Jakarta.
- Nurhayati & Nuraini, 2009. *Jurnal Gagal Jantung*. dilihat 7 Januari 2016, <<http://www.stikesayani.ac.id>>
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2012. Dilihat 7 Januari 2016, <<http://www.dinkesjatengprov.go.id>>
- Wijaya, Andre & Yessie Putri. 2013. *Buku KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogjakarta: Nuha Medika

Pathway menurut World Health Organization (WHO) (dikutip dalam Wijaya & Putri 2013, h. 161)



**ASUHAN KEPERAWATAN GAGAL JANTUNG
PADA Tn. J DI RUANG SEKAR JAGAD RSUD BENDAN
KOTA PEKALONGAN**



Oleh :

Fajrin Ziad Syahputra

NIM: 13.1657.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAGAL JANTUNG PADA Tn. J DI RUANG
SEKAR JAGAD RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN**

A. Pengkajian

Riwayat keperawatan

Tanggal masuk : 23 Mei 2016
Jam masuk : 19.35 WIB
No. Register : 131971
Ruang / Kamar : Sekar Jagad
Tanggal pengkajian : 24 Mei 2016
Jam pengkajian : 09.00 WIB
Diagnosa medis : CHF (Congestif Heart Failu/gagal jantung)

1. Biodata pasien

Nama : Tn. J
Umur : 51 tahun
Agama : Islam
Status : Menikah
Pendidikan : SMA
Alamat : Ds. Kedung Jaran, Sragi, Pekalongan

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn.I
Umur : 45 tahun
Agama : Islam
Status : Menikah
Pekerjaan : IRT
Hubungan dengan klien : Istri

B. Faktor sosial ekonomi dan budaya

Pasien mengatakan bahwa dirinya sebagai kepala keluarga dan dilihat dari keadaan ekonomi keluaraga pasien dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari dan mencukupi kebutuhan kesehatannya.

C. Faktor lingkungan

Pasien mengatakan keadaan sekitar rumah bersih. Jendela di buka setiap hari, ada ventilasi, ada kamar mandi dan toilet, serta tempat sampah.

D. Riwayat kesehatan

1. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu pasien mengeluh dadanya terasa sakit menjalar ke punggung dan tangan kiri, serta sesak nafas, pasien mudah lelah saat beraktivitas, kepala pusing, mual-mual dan tidak nafsu makan. Pasien periksa ke dokter untuk kontrol, namun dirasakan penyakitnya dan kondisinya semakin tidak membaik, pada tanggal 23 Mei 2016 pukul 19.35 WIB pasien dibawa ke RSUD Bendan mendapat perawatan pertama di Ruang IGD dan rawat inap di Ruang Sekar Jagad. Hasil pengkajian tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 WIB didapatkan hasil: pasien mengatakan nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri, nyeri dada seperti terbakar/panas dengan skala 7, nyeri semakin bertambah jika berbaring, sesak nafas, pasien badannya lemas dan mudah lelah saat beraktivitas, pengeluaran urin 2x/hari dalam jumlah sedikit, pasien batuk tidak berdahak 1 hari yang lalu, auskultasi paru terdengar vesikuler. Auskultasi jantung terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan, perut asites, kedua kaki oedem, TD: 160/100 mmHg, RR 25x/menit, N 101x/menit, suhu 37 °C.

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri:

P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF

Q: seperti terbakar/panas

R: dada menjalar ke punggung dan tangan kiri

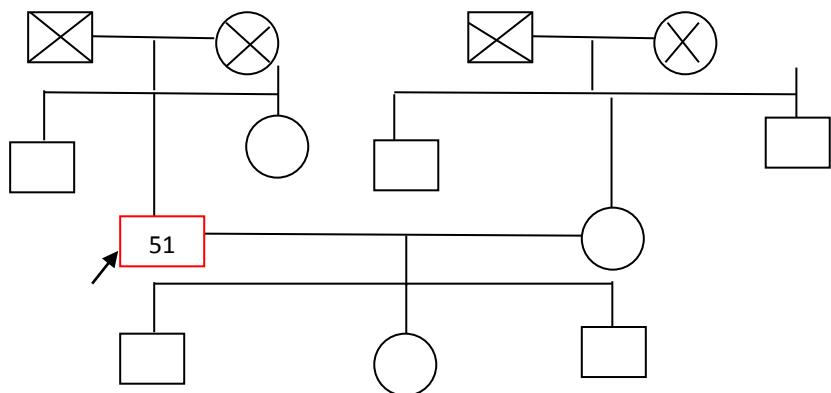
S: skala nyeri 7

T: nyeri semakin bertambah jika berbaring

3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai penyakit jantung sudah 1 tahun yang lalu, pasien juga sudah melakukan pemeriksaan ke doter dan melakukan rawat jalan.

4. Riwayat penyakit keluarga



Keterangan:

	: laki-laki		: tinggal satu rumah
	: perempuan		: garis keturunan
	: menikah	51	: usia pasien
	: pasien		: meninggal

DS: pasien mengatakan bahwa di dalam keluarganya ada riwayat penyakit keturunan yaitu hipertensi pada ayahnya

E. Pola kesehatan fungsional gordon

1. Pola penatalaksanaan kesehatan/ persepsi sehat

Pasien mengatakan bila pasien sakit pasien periksa ke puskesmas atau rumah sakit terdekat dari tempat tinggalnya. Klien mengatakan sedikit tahu tentang penyakitnya.

2. Pola eliminasi

DS: sebelum sakit

selama sakit

BAK: frekuensi : 4-5x/hari 2x/hari (100 cc)
Warna : kuning kuning
Bau : Khas Urine khas urine

BAB: frekuensi : 1x/hari 1x/hari
Bau : khas feses khas feses
Warna : kuning kecoklatan kuning kecoklatan
Konstipasi : lembek lembek

3. Pola nutrisi dan metabolism

DS: sebelum sakit

Makan pagi : habis 1 porsi piring sedang

Makan siang : habis 1 porsi piring sedang

Makan malam:habis 1 porsi piring sedang

Kudapan : -

Minum : 8 gelas

Masalah : -

Selama sakit

Makan pagi : habis setengah porsi RS

Makan siang : habis setengah porsi RS

Makan malam: habis setengah porsi RS

Kudapan : buah-buahan

Minum : 6 gelas kecil

Masalah : -

DO: TB: 165 cm BB: 60 Kg

4. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit pasien melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri.

Selama sakit pasien di bantu keluarga dalam aktifitasnya. Seperti: berpakaian, toileting, dan makan. Saat pasien beraktifitas pasien mudah lelah dan dadanya sakit serta sesak nafas.

5. Pola istirahat tidur

DS: sebelum sakit	selama sakit
Tidur siang : 2 jam`	2 jam
Tidur malam : ± 7 jam	± 7 jam

6. Pola kognitif perceptual, keadekuatan alat sensori

Penglihatan	: baik
Perasa	: baik
Pembau	: baik
Kemampuan untuk berbahasa	: baik
Belajar	: baik
Ingatan & pembutan keputusan	: baik

7. Pola persepsi konsep diri

Sikap pasien terhadap dirinya	: baik
Pola emosional	: baik
Citra diri	: baik
Identitas diri	: baik
Ideal diri	: baik
Harga diri/ peran diri	:baik/sebagai kepala keluarga
Persepsi pasien tentang kemampuannya	:aktifitas dibantu keluarga

8. Pola peran dan tanggung jawab

Pasien mengatakan di dalam keluarga pasien berperan sebagai kepala keluarga sekaligus sebagai suami dan ayah bagi anak-anaknya. Selama di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa menjalankan perannya yaitu sebagai bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

9. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan bahagia telah dikaruniai 2 anak laki-laki dan 1 anak perempuan dari pernikahannya.

10. Pola coping dan toleransi stress

Kemampuan mengendalikan stress: berdiskusi dengan istrinya

Sumber pendukung : keluarga

11. Pola nilai dan keyakinan

Nilai : beragama islam

Tujuan dan keyakinan : pasien tidak memiliki keyakinan yang menyimpang, pasien selalu menjalankan perintah Allah SWT dan menjauhi laranganNya.

F. Pemeriksaan fisik

1. Penampilan umum

Kesadaran : compos menthis

DO : pasien tampak lemah dan letih

2. Vital sign

TD : 160/100 mmHg

N : 101x/menit

S : 37⁰C

RR : 25x/menit

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Inspeksi : bentuk kepala lonjong, simetris, tidak ada luka, tidak perdarahan

palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan

b. Mata

Inspeksi : mata simetris, sklera putih, reflek pupil positif konjungtifa merah mudah, tidak ada peradangan, tidak ada oedem, iris hitam

Penglihatan : penglihatan masih jelas

c. Leher

Inspeksi : leher simetris, tidak ada peradangan, masa tidak ada, tidak terlihat pembesaran kelenjar tiroid & vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Palpasi : tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid & vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, teraba reflek menelan

d. Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada penumpukan serumen/minyak

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Pendengaran : pendengaran masih normal

e. Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada perdarahan, tidak ada patah tulang, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran polip, terpasang kanu O₂ 3 L

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Penciuman : penciuman masih normal

f. Mulut

Inspeksi : tidak ada gigi palsu, bentuk normal, mukosa bibir kering, tidak ada perdarahan gusi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perasa : perasa baik

g. Kulit

Inspeksi : warna kulit tidak merata pada kaki, tidak ada lesi

Palpasi : kulit keras pada kaki karena oedem

h. Paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, warna kulit merata, terlihat retraksi dinding dada

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus sejajar sama

Perkusii : resonan

Auskultasi : terdengar bunyi vesikuler

i. Jantung

Inspeksi : dada simetris, tidak terlihat ictus cordis pada ICS 5

- Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 5 mid clavicular sinistra
 Perkusi : pekak
 Auskultasi : terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3
- j. Perut
- Inspeksi : asites, tidak ada lesi. Warna merata, lingkar perut 100 cm
 Auskultasi : terdengar bising usus 12x/menit
 Palpasi : tidak teraba limfe, hepar dan jantung
 Perkusi : sonor
- k. Ekstremitas
- Inspeksi : oedem pada kedua kaki, terpasang infus di tangan kanan, warna kulit tidak merata pada kaki
 Palpasi : turgor kulit keras pada kaki, terdapat pitting edema derajat 1

G. Prosedur Diagnostik dan Laboratorium

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 24 Mei 2016

Hasil :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Lekosit	15.20	$10^3/\mu\text{l}$	4.80-10.80
Eritrosit	5.18	Juta/mm ³	4.70-6.10
Hemoglobin	13.8	g/dl	14-18
Hematokrit	46.6	%	42.0-52.0
MCV	79.50	μm^3	78.00-98.00
MCH	29.30	Pg	25.00-35.00
MCHC	35.10	g/dl	31.00-37.00
Trombosit	380.000	/mm ³	150.000-450.000
Dift count			

Neutrofil	87.0	%	50.0-80.0
Limfosit	15.0	%	25.0-50.0
Monosit	2.1	%	2.0-8.0
Eosinofil	0.2	%	0.0-5.0
Basofil	0.1	%	0.0-2.0
LED	38	mm/jam	2.0-30.0
Kimia Klinik			
Kolesterol total	203.8	Mg/dl	<200
Triglicerida	230.5	Mg/dl	<150
Cholesterol HDL	30.5	Mg/dl	42-74
Cholesterol LDL	130.9	Mg/dl	0-150
Asam urat	6.8	Mg/dl	2.6-6.0
Sero Imunologi			
Clorida	112,8	Mmol/l	98,0-108
Natrium	140,9	Mmol/l	135,0-145,0
Kalium	3,9	Mmol/l	3,5-5,5
GDS	150	Mg/dl	70-140
Ureum	30,1	Mg/dl	17-49

2. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan EKG tanggal 25 Mei 2016

HR	:101 bpm	QTC	: 439 ms
R-R	: 450 ms	AXIS	:71 deg
P-R	: 135 ms	RVS	: 1.33 mV
QRS	: 100 ms	SVI	:0.79 mV
QT	: 324 ms	R+S	: 2.18 mV

3. Terapi

Nama Obat	Tanggal Terapi	Cara dan Dosis	Fungsi dan Indikasi

Infus RL	24 Mei 2016	Cara: IV Dosis: 10 tpm	Fungsi: memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit/rehidrasi Indikasi: pasien dehidrasi, defisit volume cairan
kanul oksigen	24 Mei 2016	Cara: dihirup Dosis: 3 L	Fungsi: memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh Indikasi: defisit O ₂ , hiperventilasi
furosemide	24 Mei 2016	Cara: IV Dosis: 3x 40mg	Indikasi: pengobatan edema yg menyertai payah jantung kongesif, sirosis hati, sindrom nefrotik Tujuan: obat deuretik/mengatur cairan dalam tubuh
Ranitidin	24 Mei 2016	Cara: IV Dosis: 3 x 50mg	Indikasi: pengobatan mengurangi rasa nyeri dan mual muntah
Infus Aminofluid	24 Mei 2016	Cara: IV Dosis: 500 ml 10 tpm	Indikasi: memenuhi kebutuhan cairan dan menurunkan tekanan darah Fungsi: menurunkan tekanan darah
Salbutamol	24 Mei 2016	Cara: oral Dosis: 3x2mg	Indikasi: sesak nafas fungsi: mengurangi

			sesak nafas
Candesartan	24 Mei 2016	Cara: oral Dosis: 1x8mg	Indikasi: gagal jantung dan hipertensi Fungsi: menurunkan tensi dan gagal jantung
Spironolactone	24 Mei 2016	Cara: oral Dosis: 1x100 mg (pagi)	Indikasi: gagal jantung, HT esensial
Amitriptilin	24 Mei 2016	Cara: oral Dosis: 1x50 mg (pagi)	Indikasi: menurunkan nyeri saraf
FG Tiroses	24 Mei 2016	Cara: oral Dosis: 3 x 20mg	Indikasi: radang tenggorokan Tujuan: meredakan tenggorokan

H. Asuhan Keperawatan

1. Pengelompokan Data

DS: Pasien mengatakan nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri, P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF, Q: nyeri seperti terbakar/panas, R: nyeri dada menjalar ke punggung dan lengan kiri, S: skala 7, T: nyeri semakin bertambah jika berbaring, sesak nafas, pasien badannya lemas dan mudah lelah saat beraktivitas, pasien mual dan tidak nafsu makan, pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, pasien batuk tidak berdahak sejak 1 hari yang lalu. DO: TD : 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S: 37°C, RR: 25x/menit, BB selama sakit: 60 kg, BB sebelum sakit: 60 kg, auskultasi paru terdengar vesikuler. Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, terlihat retraksi dinding dada, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan, perut asites,

lingkar perut 100 cm, kedua kaki oedem, terdapat pitting edema derajat 1, aktivitas di bantu keluarga, skala aktivitas 2.

Leukosit 15.20 10 ³ /ul	limfosit 15,0%
Hemoglobin 13,8 g/dl	LED 38 mm/jam
Hematokrit 46,6 %	Kolesterol HDL 30,5 mg/dl
Neutrofil 87,0 %	Trigliserida 230,5 mg/dl
Kolesterol total 203,8 mg/dl	Asam urat 6,8 mg/dl

Pengkajian lain:

- a. Status cairan selama 10 jam

$$\text{IWL: } \underline{15 \times \text{BB} \times 10} = \underline{15 \times 60 \times 10} = 375 \text{ cc}$$

24 24

Masukan infus RL 10 tetes per menit

$$\text{Infus=} \underline{10 \times 10 \times 60} = 400 \text{ cc}$$

15

- b. Status cairan selama 7 jam

$$\text{IWL: } \underline{15 \times \text{BB} \times 7} = \underline{15 \times 60 \times 7} = 262,5 \text{ cc}$$

24 24

Masukan infus RL 10 tetes per menit

$$\text{Infus=} \underline{10 \times 7 \times 60} = 280 \text{ cc}$$

15

2. Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS: pasien mengatakan pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, sesak nafas, pasien mengeluh nyeri dada menjalar ke	Penurungan curah jantung	Penurunan kekuatan kontraksi

	punggung dan tangan kiri, pasien batuk tidak berdahak sejak kemaren1 hari yang lalu, DO: TD: 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S: 37 ⁰ C, RR: 25x/menit, Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, perut asites, lingkar perut 100 cm kedua kaki oedem, terdapat pitting edema derajat 1		
2	DS: pasien mengatakan nyeri: P: nyeri disebabkan karena penyakit CHF Q: seperti terbakar/panas R: dada menjalar ke punggung dan tangan kiri S: skala nyeri7 T: nyeri bertambah jika berbaring DO: TD 160/100 mmHg, nadi 101 x/mnt, pasien tampak memegangi dadanya dan meringis	Nyeri Akut	Agen cidera biologis

3	DS: pasien mengatakan lemas, mudah lelah, aktifitas dibantu oleh keluarganya DO: terpasang O2 kanul 3 liter, KU pasien lemas, TD 160/100 mmHg	Intoleransi Aktifitas	Ketidakseimbangan suplai O2 dengan kebutuhan O2 dalam tubuh
4	DS: pasien mengatakan pengeluaran urin 2x/hari 100 cc, sesak nafas DO: TD: 160/100 mmHg, perut asites, lingkar perut 100 cm, kedua kaki oedem, terdapat pitting edema derajat 1, Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di S3, RR: 25x/menit	Kelebihan volume cairan	Retensi Na+H ₂ O
5	DS: - DO: terdapat oedem kedua kaki, derajat oedem 1, turgor kaki keras, warna kulit tidak merata	Kerusakan integritas kulit	oedem
6	DS: pasien mengatakan tidak nafsu makan dan mual	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari	Intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia

	DO: makan habis setengah porsi	kebutuhan tubuh	
--	-----------------------------------	-----------------	--

3. Diagnosa Keperawatan

- a) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kekuatan kontraksi
- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- c) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan O₂ dalam tubuh
- d) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na+H₂O
- e) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema
- f) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat, anoreksia

4. Rencana Keperawatan

Hari/tgl	No.DX	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL
Selasa, 24 Mei 2016	1	Penurunan curah jantung pasien teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria: - TTV dalam batas normal - Pernapasan tidak sesak -Frekuensi dan irama jantung normal	- Kaji frekuensi dan irama jantung, palpasi nadi perifer - Pantau TTV terutama tekanan darah - Batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus - Berikan oksigen nasal kanul 3 L - Berikan obat Spironolactone 1 x 100 mg Candesartan 1 x 8 mg Salbutamol 3 x 2 mg	- Mengetahui apakah ada takikardi/ bradikardi/ nadi cepat - Mengetahui hipertensi/hipotensi - Mengurangi sesak nafas - Memenuhi kebutuhan oksigen tubuh - Memberikan obat sesuai indikasi

Selasa, 24 Mei 2016	2	Pasien akan menunjukan volume cairan yang stabil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria: <ul style="list-style-type: none">- TTV dalam batas normal- Tidak ada edema- BB stabil	Pantau pengeluaran urine <ul style="list-style-type: none">- Pantau intake dan output cairan- Pertahankan posisi semi fowler- Kolaborasi dengan ahli gizi- Timbang BB per hari- Kolaborasi pemberian obat furosemide 3x 40 mg.	<ul style="list-style-type: none">- Mengetahui adakah oliguri atau tidak- Mencegah berlebihnya cairan- Meningkatkan filtrasi ginjal, menurunkan produksi ADH- Menentukan diet yang tepat dengan pembatasan natrium- Mengetahui adakan peningkatan/ penurunan BB- Mengurangi cairan yang berlebih
Selasa, 24 Mei 2016	3	Nyeri pasien berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri berkurang- Pasien dapat beristirahat- Pasien tidak sesak nafas	<ul style="list-style-type: none">- Kaji PQRST nyeri- Posisikan pasien yang nyaman yaitu dengan posisi duduk- Kolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 L- Kolaborasi pemberian obat antipiretik/anti nyeri. Amitriptilin 1 x 50 mg dan ranitidin 1 ampul 50 mg	<ul style="list-style-type: none">- Untuk mengetahui lokasi, skala nyeri- Memberikan kenyamanan- Memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh- Mengurangi nyeri
Selasa, 24 Mei 2016	4	Pasien dapat beraktivitas dengan mandiri setelah dilakukan tindakan	<ul style="list-style-type: none">- Periksa TTV sebelum dan segera setelah aktivitas- Batasi aktivitas yang	<ul style="list-style-type: none">- Mengetahui adakah perubahan TTV- Mengurangi kelelahan

		<p>keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak lemas lagi - Pasien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri 	<p>berlebihan dan anjurkan pasien untuk badh rest</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bantu pasien saat berpindah dan beraktivitas bila di butuhkan -Anjurkan mobilisasi bertahap -Kolaborasi pemberian O2 nasal kanul 3 L 	<p>dan kerja jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko terjatuh - Melatih mobilisasi pasien -memenuhi kebutuhan O2
Selasa, 24 Mei 2016	5	<p>Integritas kulit pasien baik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit elastis - Warna kulit merata 	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau kulit, catat adanya edema - Anjurkan pasien untuk sering mengubah posisi di tempat tidur - Anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan memberikan pelembab pada kulit 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui apakah ada gangguan sirkulasi - Memperbaiki sirkulasi darah di suatu bagian tubuh - Kondisi yang terlalu kering dapat merusak kulit
Selasa, 24 Mei 2016	6	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mual - Nafsu makan meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji penyebab mual - Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering - Dorong keluarga untuk membantu pasien makan - Kolaborasi pemberian anti mual Ranitidin 3 x 50 mg 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui penyebab mual - Memenuhi kebutuhan nutrisi - Memberdayakan keluarga - Mengurangi mual pasien

5. Implementasi keperawatan

Hari/tgl/jam	No. DX	Tindakan Keperawatan	Respon pasien
Selasa, 24 Mei 2016 09.00	1,2,3,4,5,6	Mengkaji keadaan umum pasien	DS: pasien mengatakan nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri seperti terbakar/panas dengan skala 7 nyeri semakin bertambah jika berbaring, pasien mengatakan sesak nafas, mual, tidak nafsu makan, pasien mengatakan lemas, mudah lelah saat beraktivitas, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat DO: TD: 160/100 mmHg, N :101x/menit, S:37°C, RR: 25x/menit BB selama sakit: 60 kg, BB sebelum sakit: 60 kg, auskultasi paru terdengar vesikuler. Auskultasi jantung terdengar bunyi jantung I dan II lemah, terdengar murmur jantung di

			S3, pasien terpasang oksigen kanul 3 L, terpasang infus RL 10 tpm di lengan kanan, perut asites, kedua kaki oedem, aktivitas di bantu keluarga, warna kulit kaki tidak merata, tekstur kasar
09.30	1,2,3,4	Memberikan air humofier O2 dan mengatur kembali O2 nasal kanul 3L	DS: - DO: air humodifer ditambah
10.00	1,3	Memposisikan posisi semifowler	DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman DO: posisi semifowler
10.30	2	Mengganti infus RL dengan RL dan mengatur tetesan kembali 10 tpm	DS: - DO: infus RL masuk lewat IV 10 tpm
11.00	5	Menganjurkan pasien untuk melakukan tirah baring	DS: pasien mengatakan mau melakukan tirah baring DO: pasien tampak melakukan tirah baring
11.15	3	Menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam	DS: pasien mengerti dan mau melakukan nafas dalam, pasien mengatakan lebih nyaman DO: pasien tampak melakukan nafas dalam
12.00	1,2,3	Memberikan injeksi Furosemid 1 ampl 40 mg Ranitidin 1 ampl 50 mg	DS: pasien mau disuntik DO: injeksi masuk lewat IV selang infus
12.15	6	Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	DS: pasien mengatakan mual DO: makan habis setengah porsi
12.20	4,6	Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan	DS: keluarga mengatakan mau DO: keluarga menuapni makan
13.00	5	Menganjurkan keluarga untuk merawat kulit	DS: keluarga mengerti dan mau melakukan DO: kulit pasien diberi lotion

		dengan memberikan pelembab/lotion setelah mandi	
13.30	1,2,3,4,5,6	Mengkaji keadaan umum pasien, TTV	DS: pasien mengatakan masih nyeri, sesak juga masih, skala 6, makan habis setengah, lemas DO: TD: 150/90 mmHg, nadi 90x/mnt, suhu 36,8 °C, RR 25x/mnt, oedem + kaki kanan dan kiri.
Rabu, 25 Mei 2016	1,2,3,4,5,6	Mengkaji keadaan umum pasien	DS: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 5, sesak masih, mual sudah berkurang, sudah mau makan tapi sedikit DO: TD: 150/90 mmHg, nadi 90 x/mnt, RR 24x/mnt, suhu 36,5°C, O2 kanul 3 L, oedem +
07.30	6	Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	DS: pasien mau makan DO: makan habis setengah porsi
07.50	2	Mengganti infus RL dengan aminofluid	DS: - DO: aminofluid masuk lewat IV
08.30	3	Memposisikan pasien semifowler	DS: pasien mengatakan lebih nyaman DO: pasien tampak tenang dan relaks
09.00	5	Menganjurkan pasien untuk tirah baring 2 jam sekali	DS: pasien mengatakan mau melakukan DO: pasien baring kanan dan kiri
10.00	3	Menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam	DS: pasien mengatakan nyaman DO: pasien relaks
11.00	1,2,3	Memberikan injeksi Furosemid 1 ampl 40 mg	DS:- DO: injeksi masuk lewat IV
12.00			

12.30	1	Ranitidin 1 ampl 50 mg Menganjurkan pasien untuk membatasi cairan yang masuk	DS: pasien mau mengurangi minuman DO: pasien kooperatif
13.00	1,3,4	Memberikan air O2 dan mengatur O2 nasal kanul 3 L	DS: pasien mengatakan sedikit sesak nafas DO: air humodifer ditambah
13.30	1,2,3,4,5,6	Mengakaji keadaan umum pasien	DS: pasien mengatakan sesak nafas berkurang, nyeri masih, skala 5, tidak mual, tidak lemas, BAK 3x 150 cc DO: TD: 140/90 mmHg, nadi 85 x/mnt, suhu 36,7°C, RR 23 x/mnt, terpasang O2 kanul 3 L, oedem + tapi mengempes
Kamis, 26 Mei 2016	1,2,3,4,5,6	Mengkaji keadaan umum pasien	DS: pasien mengatakan sudah tidak sesak, nyeri berkurang, skala 4, tidak mual, nafsu makan meningkat, tidak lemas, BAK 4x (200cc) DO: TD: 140/90 mmHg, nadi 85x/mnt, RR 22x/mnt, suhu 36,4°C, terpasang O2 kanul 2 L, oedem kempes, makan habis 1 porsi
07.30	1,3	Memberikan air humodifer dan terapi O2 nasal kanul 2 L	DS:- DO: O2 kanul 2 L
07.40	1,3	Memberikan air humodifer dan terapi O2 nasal kanul 2 L	DS:- DO: O2 kanul 2 L
08.30	1	Mengganti infus RL 10tpm	DS: - DO: infus RL masuk lewat IV 10 tpm
09.00	1,3	Menganjurkan pasien untuk semifowler/duduk	DS: - DO: pasien tampak relaks
10.00	5	Menganjurkan pasien untuk tirah baring keluarga untuk	DS: pasien bersedia, keluarga bersedia DO: pasien dan keluarga kooperatif

		memberikan lotion/pelembab pada kulit yang kasar	
12.00	1,2,3	Memberikan injeksi Furosemid 1 ampl 40 mg Ranitidin 1 ampl 50 mg	DS:- DO: injeksi masuk lewat IV selang infus
13.30	1,2,3,4,5,6	Mengkaji keadaan umum pasien	DS: pasien mengatakan tidak sesak, nyeri berkurang skala 2, tidak mual, nafsu makan meningkat, tidak lemas, BAK 4x/mnt, 400cc, minum +- 250 cc DO: TD: 130/90 mmHg, nadi 85x/mnt, suhu 36,8°C, BAK +, infus RL 350 cc, BB 60 kg, O2 negatif, makan habis 1 porsi

6. Evaluasi

Hari/tgl	No.DX	Catatan Perkembangan Pasien	TTD
Senin, 24 Mei 2016	1	S: pasien mengatakan masih sesak nafas, nyeri O: terpasang O2 kanul 3L, TD: 150/90 mmHg, nadi 90x/mnt, RR 25x/mnt, suhu 36,8°C A: masalah curah jantung belum teratas P: lanjutkan intervensi - Kaji frekuensi dan irama jantung, palpasi nadi perifer - Pantau TTV terutama tekanan darah	Fajrin

		<ul style="list-style-type: none"> - Batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus - Berikan oksigen sesuai kebutuhan nasal kanul 3L - Berikan obat sesuai indikasi <p>S: pasien mengatakan BAK 2x sehari 100cc, sesak nafas</p> <p>O: kaki masih edema BB: 60 kg, kulit tidak merata</p> <p>A: masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau pengeluaran urine - Pantau intake dan output cairan - Pertahankan posisi semi fowler - Kolaborasi dengan ahli gizi - Timbang BB per hari - Kolaborasi pemberian obat deuretik furosemid 40 mg 	
	3	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada</p> <p>O : TD: 150/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 25 x/menit, suhu 36,8°C, pasien tampak lemas, skala 6</p> <p>A : masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi nyaman - Anjurkan pasien untuk ralaksasi nafas dalam 	Fajrin

		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik sesuai program Ranitidin 50 mg - Kolaborasi pemberian obat antipiretik atau fasodilator 	
4		<p>S: pasien mengatakan masih lemas</p> <p>O: pasien tampak lemah, TD 150/90 mmHg, ADL dibantu oleh keluarga</p> <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu aktivitas pasien - Anjurkan keluarga untuk membantu kegiatan pasien - Kolaborasi pemberian O2 nasal kanul 3L sesuai kebutuhan 	Fajrin
5		<p>S: -</p> <p>O: oedem pada kaki kanan dan kiri, kulit kasar, tidak merata</p> <p>A: masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan tirah baring 2 jam sekali -Anjurkan keluaraga untuk merawat kulit pasien yang keras dengan memberikan pelembab/lotion 	Fajrin
6		<p>S: pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan</p>	

		<p>O: makan habis setengah</p> <p>A: masalah mual belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering - Anjurkan keluarga untuk membantu pasien makan - Kolaborasi pemberian obat anti mual 	Fajrin
Rabu, 25 Mei 2016	1	<p>S: pasien mengatakan sesak nafas dan nyeri berkurang</p> <p>O: terpasang O2 nasal kanul 3L, TD: 140/90 mmHg,</p> <p>A: masalah curah jantung belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV terutama tekanan darah - Batasi cairan yang masuk serta monitor tetesan infus - Berikan oksigen nasal kanul 3 L - Berikan obat sesuai indikasi 	Fajrin
	2	<p>S: pasien mengatakan BAK 3x (150cc), sesak nafas berkurang</p> <p>O: kaki masih oedem, warna kulit tidak merata</p> <p>A: masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau pengeluaran urine - Pantau intake dan output cairan - Pertahankan posisi semi fowler 	Fajrin

		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antidiuretik furosemid 40 mg - Timbang BB per hari 	Fajrin
3		<p>S: pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 5, pasien tampak tidak lemas A: masalah nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien duduk - Berikan terapi O2 sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian pemberian analgetik sesuai program 	Fajrin
4		<p>S: pasien mengatakan sudah tidak lemas O: pasien tampak relaks, tidak lemas, ADL masih dibantu keluarga sebagian A: masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P: lanjutkan Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu kegiatan pasien - Anjurkan keluarga untuk membantu pasien - Berikan O2 nasal kanul sesuai kebutuhan 	
5		<p>S: - O: edema masih ada, kulit terasa keras dan warna kulit tidak merata A: masalah kerusakan integritas kulit blm teratasi</p>	Fajrin

	6	<p>P: lanjut intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien 2 jam sekali tirah baring -Anjurkan keluarga untuk merawat kulit pasien dengan pelembab/lotion <p>S: pasien mengatakan tidak mual, nafsu akan meningkat</p> <p>O: makan habis 1 porsi</p> <p>A: masalah mual teratas</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin
Kamis, 26 Mei 2016	1	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak sesak, nyeri hilang</p> <p>O:TD: 130/90 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 22 x/menit, suhu 36,8°C, oedem kaki berkurang</p> <p>A: masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin
	2	<p>S: pasien mengatakan BAK 4x, minum +- 250 cc</p> <p>O: oedem berkurang, kaki masih kasar sedikit</p> <p>A: masalah kelebihan volume cairan teratasi</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin
	3	<p>S: pasien mengatakan sudah nyeri berkurang</p> <p>O: skala 2, pasien relaks</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin

	4	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak lemas, ADL dapat dilakukan</p> <p>O: pasien tampak tenang relaks,</p> <p>A: masalah intoleransi aktivitas teratas</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin
	5	<p>S: -</p> <p>O: oedem sudah kempes, turgor baik</p> <p>A: masalah kerusakan integritas kulit teratas</p> <p>P: pertahankan kondisi</p>	Fajrin
	6	<p>S: pasien, mengatakan tidak mual, nafsu makan meningkat</p> <p>O: makan habis 1 porsi, tidak lemas, relaks</p> <p>A: masalah mual teratas</p> <p>P: pertahankan intervensi</p>	Fajrin