

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE PADA Tn. Sg DAN Tn. Sd DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANGTAHUN 2018

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2018



ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE PADA Tn. Sg DAN Tn. Sd DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANGTAHUN 2018

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3) dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

> Oleh Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2018

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

- Almarhum Bapak Suryadi yang telah menjadi motivator dan panutan bagi penulis;
- 2. Ibu Hari Suyanti serta seluruh keluarga yang telah mendoakan, memberikan motivasi, dan memberikan dana untuk terselesaikannya proposal ini.
- 3. Mas Erry Dwi Kuncahyo yang telah menjadi seorang motivator dan memberikan tambahan dana dalam hidup penulis;

MOTO

... tidaklah mungkin untuk bisa sampai pada suatu perspektif dunia yang benar hingga seorang menyadari warna "kacamata" yang dikenakannya.*)

Rasa ingin tahulah yang mengendalikan sebagian besar pikiran kita sehari-hari.**)

^{*)} Junaedi, M. (2017). *Paradigma Baru Filsafat Pendidikan Islam*. Depok: Kencana.

^{**)} Turnbull, N. (2005). Bengkel Ilmu Filsafat. Jakarta: Erlangga.

PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Cahyo Adi Baskoro

NIM : 152303101090

Menyatakan bahwa laporan kasus saya yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan Pasien *Congestive Heart Failure* Pada Tn. Sg dan Tn. Sd Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

- 1. Disusun oleh saya sendiri
- Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam Laporan Tugas Akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika dikemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 24 April 2018

Yang menyatakan,

Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE PADA Tn. Sg DAN Tn. Sd DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANGTAHUN 2018

Oleh Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ns, M.Kep.

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien *Congestive Heart Failure* Pada Tn. Sg dan Tn Sd Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal: 04 Juni 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,

Arista Maisyaroh, S.Kep, Ners, M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013

Anggota I,

Anggota II,

Eko Prasetya W.,S.Kep, Ners, M.Kep NRP. 760017255

Indriana Noor I. S.Kep., Ners, M.Kep NIP. 19720519 199703 2 003

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

Reperawatan Universitas Jember

NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure Pada Tn. Sg dan Tn. Sd Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Cahyo Adi Baskoro; 152303101090; 2018; 109 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Angka mortalitas akibat *Congestive Heart Failure* masih cukup tinggi, kurang lebih 300.000 jiwa setiap tahun. Angka tersebut telah meningkat enam kali dalam 40 tahun terakhir. Bahkan 30%-40% pasien meninggal dalam waktu satu tahun setelah didiagnosis dan 60%-70% meninggal dalam waktu lima tahun. Angka kematian akibat CHF erat kaitannya dengan peningkatan volume cairan dan dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti edema paru, penyembuhan luka yang tertunda, kerusakan jaringan, dan gangguan fungsi usus. Diperkirakan sekitar 90% pasien CHF akan menunjukkan gejala kelebihan volume cairan. Laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan *Congestive Heart Failure* dengan masalah kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

Metode yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah metode laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua orang pasien yang terdiagnosa *Congestive Heart Failure* yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan pasien Congestive Heart Failure dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan pada pasien, terdapat 13 batasan karakteristik yang muncul diantaranya yaitu ada bunyi s3 gallop, ansietas, bunyi napas tambahan, dispnea, dispnea nokturnal paroksimal, distensi vena napas jugularis, edema, gangguan pola napas, gangguan tekanan darah, hepatomegali, ketidakseimbangan elektrolit, perubahan hematokrit, dan perubahan hemoglobin. Intervensi dan implementasi yang dilakukan pada pasien Congestive Heart Failure dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan ada 18 intervensi dari manajemen cairan dan manajemen hipervolemia yang dipilih secara umum seperti observasi pola napas, observasi tekanan darah dan nadi, asukultasi suara paru, observasi JVP, monitor edema kaki dan pergelangan, monitor hasil laboratorium, pendidikan kesehatan, monitor output urine, hingga observasi keadaan umum. Intervensi dan implementasi secara khusus yang dilakukan adalah tindakan keperawatan mandiri Contrast Bath. Hasil evaluasi selama 5 hari tercapai 6 dari 8 kriteria hasil yaitu tidak ada edema pergelangan kaki, tidak ada edema kaki, JVP tidak terlihat, tidak ada ronkhi, tingkat malaise ringan-sedang, tidak ada peningkatan tekanan darah, dan tidak ada penurunan urin output.

Perawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan perlu dilakukan tindakan keperawatan lebih dari 5 hari untuk mencapai 8 kriteria hasil. Dari hasil tersebut juga, diharapkan tindakan *contrast bath* sebagai penunjang manajemen utama dapat diterapkan

sebagai intervensi keperawatan pada masalah kelebihan volume cairan. Tindakan *Contast Bath* akan menunjukkan hasil lebih optimal ketika kriteria pasien sesuai dengan kriteria partisipan dan dilakukan peningkatan suhu air hangat dalam setiap siklusnya pada tiga siklus tindakan. Oleh karena itu, kepada peneliti lebih lanjut diharapkan memperhatikan kedua hal tersebut pada penelitian selanjutnya.



SUMMARY

Nursing Care for Congestive Heart Failure towards Patient Sg and Patient Sd with Nursing Problem of Fluid Volume Excess in Melati Ward of RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2018; Cahyo Adi Baskoro; 152303101090; 2018; 109 pages; Faculty of Nursing University of Jember.

The mortality rate of Congestive Heart Failure is still quite high, approximately 300,000 people every year. That number has increased six times in the last 40 years. Even 30% -40% of surferers die within one year after being diagnosed and 60% -70% die within five years. The mortality rate due to CHF is closely related to the increase of fluid volume and may cause some complications such as pulmonary edema, delayed wound healing, tissue damage, and functional bowel disorders. It is estimated that about 90% of CHF patients will show symptoms of fluid volume excess. This case report aims to explore the nursing care for Congestive Heart Failure with the problem of fluid volume excess in Melati Ward of RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

The methodology used in this final project is a case report. Data were collected for two patients diagnosed with Congestive Heart Failure who met the participant criteria, with interview technique, observation, physical examination, and documentation study technique.

The results was obtained by the researcher after performing nursing care for Congestive Heart Failure patients with nursing problem of fluid volume excess, there are 13 constraint characteristics that arise such as s3 gallop sound, anxiety, abnormal breath sounds, dyspnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, jugular vein distention, edema, respiratory disorders, blood pressure disorders, hepatomegaly, electrolyte imbalances, changes in hematocrit, and changes in hemoglobin. Interventions and implementations performed on Congestive Heart Failure patients with nursing problem of fluid volume excess, there are 18 chosen interventions of fluid and hypervolemic management such as breathing pattern observation, blood pressure and pulse observation, adventitious lung sounds, JVP observation, swollen feet and wrists monitoring, laboratory monitoring, health education, urine output monitoring, to general condition observation. Specific interventions and implementations performed are self-administered of Contrast Bath nursing actions. There are 6 out of 8 outcome criteria within 5 days of evaluation that are no edema in ankle, no edema in feet, invisible JVP, no rhonchi, mild-moderate malaise, no high blood pressure, and no decreased output of urine.

The treatment in Congestive Heart Failure patients with nursing problem of fluid volume excess requires nursing action more than 5 days to achieve 8 outcome criteria. Based on these results, it is expected that contrast bath treatment as main management support can be applied as nursing intervention on the problem of fluid volume excess. The Contast Bath action will show more optimal results when the criteria of the patient fit the participant criteria and a warm water temperature increases in each cycle in three action cycles. Therefore, to

researchers fellow are expected to pay attention to these two things in the next study.



PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien *Congestie Heart Failure* Pada Tn. Sg dan Tn. Sd Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Penulis menyampaikan terima kasih kepada:

- 1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
- 2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
- 3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
- 4. Ibu Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ns, M.Kep selaku pembimbing tugas akhir dan Ibu Dwi Ochta P., S.KM selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
- 5. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep, Ners, M.Kep dan Bapak Eko Prasetya W.,S.Kep, Ners, M.Kep selaku penguji
- 6. Kedua orang tua
- 7. Semua pihak yang telah membantu kelancaran tersusunnya laporan tugas akhir ini.

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat memberi manfaat. Selain itu, penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas Akhir.

Lumajang, 24 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halamar
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN SAMPUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	
PERNYATAAN	
HALAMAN PEMBIMBINGAN	
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	X
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	XV
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Rumah Sakit	4
1.4.3 Bagi Responden Penelitian	4
1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Definisi	
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang	10
2.1.6 Penatalaksanaan	11
2.1.7 Komplikasi	13
2.1.8 Prognosis	
2.1.9 Alur Klinis	
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	
2.2.3 Intervensi Keperawatan	
2.2.4 Implementasi Keperawatan	
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	
BAB 3. METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penulisan	
3.2 Batasan Istilah	

3.2.1	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart			
	Failure	35		
3.2.2	3.2.2 Kelebihan Volume Cairan			
3.3 Partisi	3.3 Partisipan			
3.4 Lokasi	i dan Waktu	37		
3.5 Pengu	mpulan Data	37		
3.5.1	Proses Pengambilan Data	37		
3.5.2	3.5.2 Teknik Pengambilan Data			
3.6 Uji Ke	absahan Data	38		
3.6.1	Kredibilitas Data	38		
3.6.2	Transferabilitas Data	39		
3.6.3	Dependabilitas	39		
3.6.4	Konfirmabilitas	40		
3.7 Analis	a Data	41		
3.7.1	Pengumpulan Data	41		
3.7.2	Mereduksi Data	41		
3.7.3	Penyajian Data	41		
3.8 Etika	Penulisan	41		
3.8.1	Informed Consent	41		
3.8.2	Anomity (Tanpa Nama)	41		
3.8.3	Confidentiality	42		
BAB 4. HASIL DA	AN PEMBAHASAN	43		
4.1 Gamb	aran Lokasi Pengambilan Data	43		
	dan Pembahasan	43		
4.2.1	Pengkajian	43		
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	68		
4.2.3	Intervensi Keperawatan	69		
4.2.4	Implementasi Keperawatan	72		
4.2.5	Evaluasi Keperawatan	78		
BAB 5. KESIMPU	JLAN DAN SARAN	82		
5.1 Kesim	pulan	82		
5.1.1	Pengkajian Keperawatan	82		
5.1.2	Diagnosa Keperawatan	82		
5.1.3	Intervensi Keperawatan	82		
5.1.4	Implementasi Keperawatan	83		
5.1.5	Evaluasi Keperawatan	83		
5.2 Saran		83		
DAFTAR PUSTA	KA	85		
LAMPIRAN		91		

DAFTAR TABEL

На	alamar
2.1 Kriteria Framingham	10
4.1 Identitas Partisipan CHF	43
4.2 Identitas Penanggung Jawab Partisipan CHF	44
4.3 Keluhan Utama Partisipan CHF	45
4.4 Riwayat Penyakit Sekarang Partisipan CHF	
4.5 Riwayat Penyakit Masa Lalu Partisipan CHF	49
4.6 Riwayat Keluarga Partisipan CHF	50
4.7 Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan Partisipan	51
4.8 Pola Nutrisi Metabolik Partisipan CHF	52
4.9 Pola Eliminasi Partisipan CHF	54
4.10 Pola Tidur dan Istirahat Partisipan CHF	55
4.11 Pola Aktivitas dan Kebersihan Diri Partisipan CHF	56
4.12 Pola Sensoris dan Pengetahuan Partisipan CHF	57
4.13 Pola Interpersonal dan Peran Partisipan CHF	58
4.14 Pola Persepsi dan Konsep Diri Partisipan CHF	59
4.15 Pola Fungsi Kesehatan Lain Partisipan CHF	60
4.16 Pemeriksaan Fisik Partisipan CHF	61
4.17 Pemeriksaan Diagnostik Partisipan CHF	65
4.18 Program dan Rencana Pengobatan Partisipan CHF	66
4.19 Analisa Data Partisipan CHF	67
4.20 Analisis data lain yang muncul	68
4.21 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan	68
4.22 Intervensi Keperawatan	69
4.23 Implementasi Keperawatan Pasien 1	72
4.24 Implementasi Keperawatan Pasien 2	74
4.25 Evaluasi Keperawatan Pasien 1	78
4.26 Evaluasi Keperawatan Pasien 2	79

DAFTAR GAMBAR

На	ılaman
2. 1 Alur klinis gagal jantung kongestif	14



DAFTAR LAMPIRAN

Ha	alaman
3.1 Informed Consent	91
3.2 Jadwal Penulisan	93
3.3 Surat Pengambilan data	94
4.1 Hasil Pemeriksaan Rontgen	95
4.2 Hasil Pemeriksaan EKG.	
4.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.	97
4.4 SAP	99
4.5 Leaflet	108



BAB 1. PENDAHULUAN

Pada bab 1 penulis akan memaparkan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penulisan laporan tugas akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

1.1 Latar Belakang

Prevalensi Congestive Heart Failure di dunia terus meningkat. Diperkirakan 1-2% dari populasi dunia atau sekitar 5-10 orang dari 1000 penduduk dunia diprediksi menderita Congestive Heart Failure. Dari tahun 2008-2010 insidensi rawat inap (hospitalization) di Indonesia sebanyak 610.000 hingga 1 juta jiwa, sedangkan prevalensi Congestive Heart Failure yang menjalani rawat inap sebanyak 2,4 sampai 3,5 juta jiwa. Angka mortalitas akibat Congestive Heart Failure juga cukup tinggi, kurang lebih 300.000 jiwa setiap tahun. Angka tersebut telah meningkat enam kali dalam 40 tahun terakhir (Koto, 2015). Bahkan 30%-40% pasien meninggal dalam waktu satu tahun setelah didiagnosis dan 60%-70% meninggal dalam waktu lima tahun (Loscalzo, 2015). Angka kematian akibat CHF erat kaitannya dengan peningkatan volume cairan dan beberapa komplikasi akibatnya seperti edema paru, penyembuhan luka yang tertunda, kerusakan jaringan, dan gangguan fungsi usus (Granado & Mehta, 2016). Diperkirakan sekitar 90% pasien CHF akan menunjukkan gejala kelebihan volume cairan (Lloyd et al., 2014:119:e1-161). Studi pendahuluan Purwadi (2015) juga didapatkan bahwa penderita gagal jantung kongestif yang mengalami edema kaki yaitu sekitar 72% atau 18 pasien dari 25 pasien gagal jantung kongestif.

Berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan yang terdiagnosis dokter/gejala sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Estimasi jumlah penderita gagal jantung terbanyak kedua

setelah Propinsi DI Yogyakarta (0,25%) terdapat di Propinsi Jawa Timur yaitu sebanyak 54.826 orang (0,19%) (Kemenkes Republik Indonesia, 2014), sedangkan berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang menunjukkan angka kejadian gagal jantung yang menjalani rawat inap di ruang melati pada tahun 2015 sebanyak 54 orang dan mengalami penurunan pada tahun 2016 tercatat sebanyak 38 orang (Data Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto, 2017).

Gagal jantung kongestif dapat berawal dari gagal jantung kiri ataupun kanan terlebih dahulu. Namun demikian, biasanya gagal jantung kongestif diawali oleh gagal jantung kiri. Gagal jantung kiri atau gagal jantung ventrikel kiri terjadi karena adanya gangguan pemompaan darah oleh ventrikel kiri sehingga curah jantung kiri menurun. Bila keadaan ini terus berlanjut maka akan terjadi edema paru dengan segala keluhan dan tanda-tanda akibat adanya tekanan dalam sirkulasi yang meninggi (Soeparman, 2000).

Keadaan yang terakhir ini merupakan hambatan bagi ventrikel kanan yang menjadi pompa darah untuk sirkuit paru (sirkulasi kecil). Keadaan tersebut dapat pula terjadi karena gangguan atau hambatan pada daya pompa ventrikel kanan sehingga isi sekuncup ventrikel kanan menurun tanpa didahului oleh gagal jantung kiri. Bila keadaan ini terus berlanjut, maka terjadi bendungan sistemik yang lebih berat dengan akibat timbulnya edema tumit atau tungkai bawah dan asites. Kondisi tersebut pada akhirnya terjadi gagal jantung kiri-kanan yang sering disebut dengan gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failurec* (Soeparman, 2000). Edema tumit atau tungkai bawah, dan sesak pada pasien *Congestive Heart Failure* merupakan tanda adanya masalah keperawatan kelebihan volume cairan. Meskipun diagnosa kelebihan volume cairan bukan merupakan diagnosa keperawatan prioritas namun diagnosa ini sangat berkaitan dengan diagnosa keperawatan lainnya yang muncul pada pasien CHF.

Pasien CHF yang mengalami masalah keperawatan kelebihan volume cairan perlu segera dilakukan intervensi karena jika tidak dilakukan intervensi maka edema akan bertambah berat sehingga mengakibatkan kerusakan jaringan lebih lanjut dan pembengkakan permanen (Terry, O'Brien, & Kerstein, 1998 dalam Carpenito, 2009). Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan

berdasarkan NIC yaitu manajemen hipervolemia, manajemen cairan, manajemen elektrolit: hipernatremia, hiperkalemia, manajemen disritmia dan manajemen berat badan (Nurjannah & Tumanggor, 2013).

Manajemen hipervolemia bertujuan mengurangi volume cairan ekstraselular dan/atau intraselular dan pencegahan komplikasi pada pasien yang cairan, mengalami kelebihan sedangkan manajemen cairan meningkatkan keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat kadar cairan yang abnormal atau diluar harapan (Nurjannah & Tumanggor, 2013). Kedua manajemen tersebut tidak dapat dipisahkan ataupun salah satu inferior karena kedua manajemen tersebut saling mendukung. Salah satu intervesinya yaitu pembatasan cairan dan garam. Menurut hasil penelitian Henry & Schroeder (2014) pembatasan garam dengan diet sedikitnya 1 gr pada pasien dengan Congestive Heart Failure dalam 24 jam sudah cukup untuk menyebabkan diuresis atau penghentian akumulasi edema. Ketika garam sudah dibatasi sebaiknya asupan cairan tidak perlu terlalu dibatasi, karena diuresis diamati meningkat saat pasien meminum banyak cairan dan menurun ketika cairan dibatasi. Senada dengan hal tersebut menurut Bronagh & Kenneth (2007) bahwa pembatasan cairan tidak memiliki manfaat klinis pada pasien dengan gagal jantung. Intervensi lainnya yaitu monitor status hemodinamik. Menurut William (2015) penting dilakukan monitor status hemodinamik karena dapat mengurangi resiko perburukan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Selain itu untuk menunjang intervensi manajemen hipervolemia tindakan mandiri keperawatan lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan terapi *contrast bath. Contrast bath* merupakan perawatan dengan rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan air dingin, dimana suhu dari air hangat antara 36,6 – 43,3°C dan suhu air dingin antara 10° – 20° C (Sabelman, 2004 dalam Purwadi, 2015). Dengan merendam kaki yang edema, akan mengurangi tekanan hidrostatik intra vena yang menimbulkan perembesan cairan plasma ke dalam ruang interstisium dan cairan yang berada di interstisium akan kembali ke vena sehingga edema dapat berkurang (Mc neilus, 2004 dalam Purwadi, 2015).

Berdasarkan pertimbangan di atas, penulis tertarik untuk melakukan Laporan kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Memberikan pengalaman praktis Laporan kasus tentang asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan kelebihan volume cairan.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai informasi dan bahan masukan tentang intervensi keperawatan manajemen hipervolemia ditunjang dengan terapi *contrast bath* untuk mengurangi edema pada pasien *Congestive Heart Failure* dengan kelebihan volume cairan.

1.4.3 Bagi Responden Penelitian

Tugas akhir ini diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan responden untuk mencapai kesembuhan serta memberikan masukan dan pengetahuan serta memberikan masukan dan pengetahuan dalam bentuk penyuluhan kepada pasien dan keluarga mengenai asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure*.

1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memerkaya konsep atau teori terkait dengan Laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* dengan kelebihan volume cairan.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini penulis akan memaparkan konsep teori dari penyakit *Heart Failure* mulai dari definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik/penunjang, penatalaksanaan, komplikasi, prognosis, dan alur klinis. Penulis juga akan memaparkan mengenai konsep asuhan keperawatan pada pasien CHF mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, hingga evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Gagal jantung (*heart failure*) adalah kumpulan sindroma klinis yang kompleks yang diakibatkan oleh gangguan struktur ataupun fungsi dan menyebabkan gangguan pengisian ventrikel atau pemompaan jantung (Djausal & Oktafany, 2016).

2.1.2 Etiologi

- a. Faktor predisposisi
- 1) Penyakit yang menimbulkan penurunan fungsi ventrikel:
- a) Penyakit arteri koroner

Penyakit jantung koroner pada Framingham Study dikatakan sebagai penyebab gagal jantung pada 46% laki-laki dan 27% pada wanita (Harbanu & Anwar, 2007).

- b) Kardiomiopati
- c) Penyakit pembuluh darah
- d) Penyakit jantung konginetal (Aspiani, 2014).
- 2) Keadaan yang membatasi pengisian ventrikel:
- a) Stenosis mitral-penyakit perkardial

Penyebab utama terjadinya gagal jantung adalah regurgitasi mitral dan stenosis aorta. Regusitasi mitral (dan regurgitasi aorta) menyebabkan kelebihan

beban volume (peningkatan *preload*) sedangkan stenosis aorta menimbulkan beban tekanan (peningkatan *afterload*) (Harbanu & Anwar, 2007).

- b) Kardiomiopati (Aspiani, 2014).
- b. Faktor pencetus
- 1) Peningkatan asupan garam
- 2) Ketidakpatuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung
- 3) Serangan hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel (Harbanu & Anwar, 2007).

4) Aritmia akut

Aritmia sering ditemukan pada pasien dengan gagal jantung dan dihubungkan dengan kelainan struktural termasuk hipertofi ventrikel kiri pada penderita hipertensi. Atrial fibrilasi dan gagal jantung seringkali timbul bersamaan (Harbanu & Anwar, 2007).

- 5) Infeksi atau demam, anemia, emboli paru
- 6) Tirotoksikosis, kehamilan, dan endokarditis infektif (Aspiani, 2014).
- c. Faktor risiko
- 1) Merokok
- 2) Hiperlipidemia
- 3) Obesitas
- 4) Kurang aktivitas fisik
- 5) Stres emosi
- 6) Diabetes melitus (Aspiani, 2014).

Selain itu menurut Harbanu & Anwar (2007) faktor risiko lainnya yaitu alkohol. Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan kardiomiopati dilatasi (penyakit otot jantung alkoholik). Alkohol menyebabkan gagal jantung 2 –3% dari kasus.

2.1.3 Patofisiologi

Beban pengisian (*preload*) dan beban tekanan (*afterload*) pada ventrikel yang mengalami dilatasi atau hipertrofi memungkinkan adanya peningkatan daya kontraksi jantung yang lebih kuat, sehingga curah jantung meningkat. Pembebanan jantung yang lebih besar meningkatkan simpatis, sehingga kadar katekolamin dalam darah meningkat dan terjadi dapat mengakibatkan curah jantung menurun, maka akan terjadi redistribusi cairan dan elektrolit (Na) melalui pengaturan cairan oleh ginjal dan vasokontriksi perifer dengan tujuan untuk memperbesar aliran balik vena (venous return) ke dalam ventrikel sehingga meningkatkan tekanan akhir diastolik dan menaikkan kembali curah jantung. Bila semua kemampuan mekanisme kompensasi jantung tersebut di atas sudah dipergunakan seluruhnya dan sirkulasi darah dalam badan belum juga terpenuhi, maka terjadilah keadaan gagal jantung (Soeparman, 2000).

Gagal jantung kiri atau gagal jantung ventrikel kiri terjadi karena adanya gangguan pemompaan darah oleh ventrikel kiri sehingga curah jantung kiri menurun dengan akibat tekanan akhir diastole dalam ventrikel kiri dan volume akhir diastole dalam ventrikel kiri meningkat. Keadaan ini merupakan beban atrium kiri. Tekanan dalam atrium kiri yang meninggi ini menyebabkan hambatan aliran masuknya darah dari vena-vena pulmonal. Bila keadaan ini terus berlanjut, maka bendungan akan terjadi juga dalam paru-paru dengan akibat terjadinya edema paru dengan segala keluhan dan tanda-tanda akibat adanya tekanan dalam sirkulasi yang meninggi. Keadaan yang terakhir ini merupakan hambatan bagi ventrikel kanan yang menjadi pompa darah untuk sirkuit paru (sirkulasi kecil). Bila beban pada ventrikel kanan itu terus bertambah, maka akan meransang ventrikel kanan untuk melakukan kompensasi dengan mengalami hipertropi dan dilatasi sampai batas kemempuannya, dan bila beban tersebut tetap meninggi maka dapat terjadi gagal jantung kanan, sehingga pada akhirnya terjadi akhirnya terjadi gagal jantung kiri-kanan. Gagal jantung kanan dapat pula terjadi tanpa didahului oleh gagal jantung kiri. Dengan menurunnya isi sekuncup ventrikel kanan, tekanan dan volume akhir diastole ventrikel kanan akan meningkat dan ini menjadi beban atrium kanan dalam kerjanya mengisi ventrikel

kanan pada waktu diastole. Tekanan dalam atrium kanan akan meninggi yang menyebabkan hambatan aliran masuknya darah dalam vena kava superior dan inferior ke dalam jantung sehingga mengakibatkan kenaikan dan adanya bendungan pada vena-vena sistemik seperti bendungan pada vena jugularis dan bendungan hepar dengan segala akibatnya tekanan vena jugularis yang meninggi dan hepatomegali hingga edema tumit/ tungkai bawah dan asites (Rachma, 2014).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Aspiani (2014) manifestasi klinis/tanda gejala dari gagal jantung dibagi menjadi dua yaitu pada gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan:

a. Gagal jantung kiri

Keluhan berupa perasaan badan lemah, cepat lemah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, anoreksia, dan keringat dingin, batuk dan/atau batuk berdarah, fungsi ginjal menurun. Tanda dan gejala kegagalan ventrikel kiri:

- 1) Kongesti vaskuler pulmonal
- 2) Dipsnea, nyeri dada dan syok
- 3) Ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal
- 4) Batuk iritasi, edema pulmonal akut
- 5) Penurunan curah jantung
- 6) Gallop atrial –S4, gallop ventrikel –S1
- 7) Crackles paru
- 8) Disritmia pulsus alterans
- 9) Peningkatan berat badan
- 10) Pernafasan chyne stokes
- 11) Bukti radiografi tentang kongesti vaskuler pulmonal.
- b. Gagal jantung kanan

Edema, anoreksia, mulas, asites, sakit daerah perut. Tanda dan gejala kegagalan ventrikel:

- 1) Curah jantung rendah
- 2) Distensi vena jugularis
- 3) Edema

- 4) Disritmia
- 5) S3 dan S4 ventrikel kanan
- 6) Hipersonor pada perkusi
- 7) Imobilisasi diafragma rendah
- 8) Peningkatan diameter pada antero posterial.

Gagal Jantung kongestif adalah gabungan kedua gambaran tersebut (Djausal & Oktafany, 2016).

Sedangkan menurut (Storrow, 2007), kriteria Framingham untuk penegakan diagnosis gagal jantung. Diagnosa dibuat berdasarkan adanya dua atau satu kriteria mayor dan dua kriteria minor (gejala yang terjadi tidak disebabkan oleh kondisi lain)

Tabel 2. 1 Kriteria Framingham

Kriteria Mayor	Kriteria Minor
Dispnea nokturnal paroksimal	Edema pergelangan kaki
Distensi vena leher	Batuk di malam hari
Ronki	Hepatomegali
Kardiomegali	Efusi pleura
Edema paru akut	Kapasitas vital ≤ 120 x/menit
Gallop-S3	Takikardia ≥ 120 x/menit
Peningkatan tekanan vena (> 16 cmH ₂ O)	Mayor atau minor
Waktu sirkulasi ≥ 2 detik	Penurunan berat badan > 4,5 kg dalam waktu sepertiga hari setalah penanganan
Refleks hepatojugularis	

Sumber: Storrow, Advances in the diagnosis of chf: new markers: Modern Advances In Emergency Cardiac Care, p. 38-46, 2007.

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Pemeriksaan diagnostik/penunjang pada pasien dengan gagal jantung adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan laboratorium

Gangguan hematologis atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringan sampai sedang yang belum diterapi, meskipun anemia ringan, hiponatremia, hiperkalemia dan penurunan fungsi ginjal sering dijumpai terutama pada pasien dengan terapi menggunakan diuretik dan/atau ACEI (Angiotensin Converting Enzime Inhibitor), ARB (Angiotensin Receptor Blocker), atau antagonis aldosterone (Siswanto, et al., 2015).

b. EKG

Dapat ditemukan kelainan primer jantung (iskemik, hipertrofi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru) (Loscalzo, 2015).

c. Ekokardiografi

Ekokardiografi merupakan metode yang paling berguna dalam melakukan evaluasi disfungsi sistolik dan diastolik. Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung adalah akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa katup dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel (PERKI, 2015).

d. Kateterisasi jantung

Pada gagal jantung kiri didapatkan (VEDP) 10 mmHg atau *pulmonary* arterial wedge presslure >12 mmHg dalam keadaan istirahat. Curah jantung lebih rendah dari 2,71/menit/m² luas permukaan tubuh (Loscalzo, 2015).

e. Foto Toraks

Rontgen toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memerberat sesak nafas. Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik (Siswanto, et al., 2015).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien dengan gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 yaitu farmakologis dan non farmakologis, sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Menurut Siswanto, dkk (2015) dalam "buku panduan tata laksana penyakit jantung" ada 7 penatalaksanaan non farmakologis pada pasien dengan gagal jantung kongestif:

1) Manajemen Perawatan

Mandiri Manajemen perawatan mandiri dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari

perilaku yang dapat memerburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung kongestif.

2) Ketaatan pasien berobat

Ketaatan pasien berobat menurunkan morbiditas, mortalitas dan kualitas hidup pasien. Berdasarkan literatur, hanya 20 - 60% pasien yang taat pada terapi farmakologi maupun non-farmakologi.

3) Pemantauan berat badan mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikan dosis diuretik atas pertimbangan dokter.

4) Pengurangan berat badan

Pengurangan berat badan pasien obesitas (IMT > 30 kg/m²) dengan gagal jantung kongestif dipertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung kongestif, mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup.

5) Pendidikan kesehatan yang menyangkut penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan.

b. Penatalaksanaan Farmakologis

1) Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI)

ACEI kadang-kadang menyebabkan perburukanfungsi ginjal, hiperkalemia, hipotensi simtomatik, batuk dan angioedema (jarang), oleh sebab itu ACEIhanya diberikan pada pasien dengan fungsi ginjal adekuat dan kadar kalium normal (PERKI, 2015).

2) Penyekat β

Kecuali kontraindikasi, penyekat β harus diberikan pada semua pasien gagal jantung simtomatik dan fraksi ejeksi ventrikel kiri \leq 40 %. Penyekat β memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup, mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung, dan meningkatkan kelangsungan hidup (PERKI, 2015).

3) Antagonis Aldosteron

Kecuali kontraindikasi, penambahan obat antagonis aldosteron dosis kecil harus dipertimbangkan pada semua pasien dengan fraksi ejeksi ≤ 35 % dan

gagal jantung simtomatik berat (kelas fungsional III - IV NYHA) tanpa hiperkalemia dan gangguan fungsi ginjal berat. Antagonis aldosteron mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung dan meningkatkan kelangsungan hidup (PERKI, 2015).

4) Angiotensin Receptor Blockers (ARB)

Kecuali kontraindikasi, ARB direkomendasikan pada pasien gagal jantung dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri ≤ 40 % yang tetap simtomatik walaupun sudah diberikan ACEI dan penyekat β dosis optimal, kecuali juga mendapat antagonis aldosteron. Terapi dengan ARB memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup, mengurangi angka perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung ARB direkomedasikan sebagai alternatif pada pasien intoleran ACEI. Pada pasien ini, ARB mengurangi angka kematian karena penyebab kardiovaskular (PERKI, 2015).

2.1.7 Komplikasi

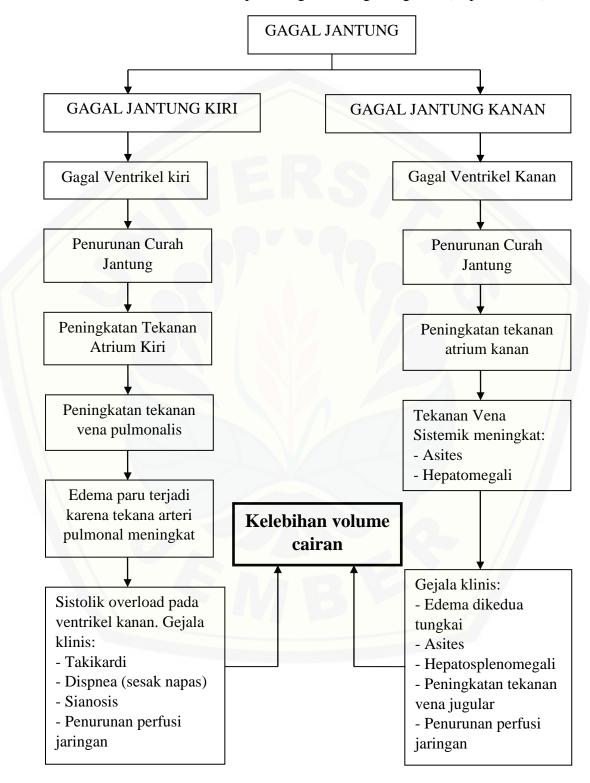
- a. Syok kardiogenik.
- Episode tromboemboli karena pembentukan pembekuan vena karena statis darah.
- c. Efusi dan tamponade perikardium.
- d. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis (Kasron, 2016).

2.1.8 Prognosis

Meskipun akhir-akhir ini banyak kemajuan dalam hal evaluasi dan penanganan gagal jantung, terjadinya gagal jantung simtomatis masih membawa prognosis yang buruk. Studi berbasis komunitas menunjukkan bahwa 30%-40% pasien meninggal dalam waktu 1 tahun setelah didiagnosis dan 60%-70% meninggal dalam waktu 5 tahun, terutama akibat perburukan gagal jantung atau serangan mendadak (kemungkinan akibat aritmia ventrikel) (Loscalzo, 2015).

2.1.9 Alur klinis

Diambil dari alur klinis pada Gagal Jantung Kongestif (Aspiani, 2014):



Gambar 2. 1 Alur klinis gagal jantung kongestif (diambil dari Aspiani, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler: Aplikasi NIC dan NOC, EGC, 2014)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

- a. Anamnesis
- 1) Biodata
- a) Nama
- b) Umur

Gagal jantung biasanya terjadi pada usia diatas 40 tahun. 9,3% pria dan 4,8% wanita di Amerika dalam kelompok usia 60-79 tahun mengalami gagal jantung (Erb, 2017).

c) Jenis kelamin

Resiko mengalami gagal jantung pada laki-laki dan perempuan adalah 5:1 (Erb, 2017).

2) Keluhan utama

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

a) Dispnea

Keluhan dispnea atau sesak napas merupakan manifestasi kongesti pulmonalis sekunder dari kegagalan ventrikel kiri dalam melakukan kontraktilitas sehingga akan mengurangi curah sekuncup. Dengan meningkatnya LVDEP, maka terjadi pula peningkatan tekanan atrium kiri (LAP), karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung selama diastole. Peningkatan LAP diteruskan ke belakang masuk ke dalam anyaman vaskular paru-paru, meningkatkan tekanan kapiler, dan vena paru-paru (Muttaqin, 2012).

b) Kelemahan fisik

Manifestasi utama dari penurunan curah jantung adalah kelemahan dan kelelahan dalam melakukan aktivitas (Muttaqin, 2012).

c) Edema sistemik

Tekanan arteri paru dapat meningkatkan sebagai respons terhadap peningkatan kronis terhadap tekanan vena paru. Hipertensi pulmonar meningkatkan tahanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. Mekanisme kejadian

seperti yang terjadi pada jantung kiri, juga akan terjadi pada jantung kanan, dimana akhirnya akan terjadi kongesti sistemik dan edema sistemik (Muttaqin, 2012).

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang didapat dengan adanya gejala-gejala kongesti vaskular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut. Pada pengkajian dispnea (dikarakteristikan oleh pernapasan cepat, dangkal, dan sensasi sulit dalam mendapatkan udara yang cukup dan menekan pasien) yang mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia, gelisah, atau kelemahan yang disebabkan oleh dispnea (Muttaqin, 2012).

a) Ortopnea

Ortopnea adalah ketidakmampuan untuk berbaring datar karena dispnea, adalah keluhan umum lain dari gagal ventrikel kiri yang berhubungan dengan kongesti vaskular pulmonal (Muttaqin, 2012).

b) Dispnea nokturnal paroksimal

Dispnea nokturnal paroksimal diperkirakan disebabkan oleh perpindahan cairan dari jantung ke dalam kompartemen intravaskular sebagai akibat posisi terlentang. Selama siang hari, tekanan pada vena tinggi khususnya pada bagian dependen tubuh. Hal ini terjadi karena gravitasi, peningkatan volume cairan, dan peningkatan tonus sismpatetik. Dengan peningkatan tekanan hidrostatik ini, beberapa cairan masuk ke area jaringan. Dengan posisi terlentang, tekanan pada kapiler-kapiler dependen menurun, dan cairan diserap kembali ke dalam sirkulasi. Peningkatan volume memerikan jumlah tambahan darah yang diberikan ke jantung untuk memompa tiap menit (peningkatan *preload*) dan memerikan beban tambahan pada dasar vaskular pulmonal yang telah kongesti (Muttaqin, 2012).

DNP terjadi bukan hanya pada malam hari, tetapi juga pada ada kapan saja selama perawatan akut di rumah sakit yang memerlukan tirah baring (Muttaqin, 2012).

c) Keluhan batuk

Batuk iritasi adalah salah satu gejala kongesti vaskular pulmonal yang sering terlewatkan, tetapi dapat merupakan gejala dominan. Batuk ini produktif, tetapi biasanya kering dan pendek. Gejala ini dihubungkan dengan kongesti mukosa bronkial dan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus (Muttaqin, 2012).

d) Edema pulmonal

Edema pulmonal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vaskular pulmonal. Ini terjadi bila tekanan kapiler pulmonal melebihi tekanan yang cenderung memertahankan cairan di dalam saluran vaskular (kurang lebih 30 mmHg). Pada tekanan ini, terdapat transudasi cairan ke dalam alveoli, yang sebaliknya menurunkan tersedianya area untuk transpor normal oksigen dab karbondioksida masuk dan ke luar dari darah ke dalam kapiler pulmonal. Edema pulmonal akut dicirikan oleh dispnea hebat, batuk, ortopnea, ansietas dalam, sianosis, berkeringat, kelainan bunyi pernapasan, sangat sering nyeri dada dan sputum berawarna merah muda, dan berbusa dari mulut. Ini memerlukan kedaruratan medis dan harus ditangani dengan cepat dan sigap (Muttaqin, 2012).

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian RPD mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, dan hiperlipidemia. Obat-obat meliputi obat diuretik, nitrat, penghambat beta, serta obat-obat antihipertensi (Muttaqin, 2012).

5) Riwayat keluarga

Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor resiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya (Muttaqin, 2012).

6) Psikososial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stres akibat kesakitan bernapas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan.

Terdapat perubahan integritas ego didapatkan pasien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit yang tak perlu, khawatir dengan keluarga, kerja, dan keuangan. Tanda: menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri. Interaksi sosial: stres karena keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, kesulitan koping dengan stresor yang ada (Muttaqin, 2012).

- 7) Pola fungsi kesehatan (Aspiani, 2014)
- a) Pola nutrisi dan metabolik
- (1) Hilang nafsu makan, mual, dan muntah.
- (2) Edema di ekstremitas bawah, asites .
- b) Pola eliminasi
- (1) Penurunan volume urine, urine yang pekat.
- (2) Nokturia, diare, dan konstipasi
- c) Pola aktifitas dan istirahat
- (1) Adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat.
- (2) Sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas .
- d) Pola sensori
- (1) Pusing, pingsan, kesakitan.
- (2) Letargi, bingung, disorientasi, peka.
- e) Pola hubungan interpersonal dan peran Aktivitas sosial berkurang.
- f) Pola persepsi dan konsep diri
- (1) Cemas, ketakutan, gelisah, marah, dan peka.
- (2) Stres berhubungan dengan penyakitnya, sosial, dan finansial.
- b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terdiri dari atas keadaan umum dan pengkajian B1-B6 menurut Muttaqin (2012), yaitu:

1) Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum pasien gagal jantung biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat (Muttaqin, 2012).

2) B1 (Breathing)

Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda kongesti vaskular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut. Crakles atau ronki basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikenali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum crackles dianggap sebagai kegagalan pompa, pasien harus diinstruksikan untuk batuk dalam guna membuka alveoli basilaris yang mungkin dikompresi dari bawah diafragma (Muttaqin, 2012).

3) B2 (Blood)

Berikut ini akan dijelaskan mengenai pengkajian apa saja yang dilakukan pada pemeriksaan jantung dan pembuluh darah (Muttaqin, 2012).

a) Inspeksi

Pasien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, apatis, letargi, kesulitan, berkonsentrasi, defisit memori, dan penurunan toleransi latihan. Gejala lain yaitu Distensi vena jugularis, edema ekstremitas, asites (Muttaqin, 2012).

b) Palpasi

Pemeriksaan denyut arteri selama gagal jantung menunjukkan denyut yang cepat dan lemah. Denyut jantung yang cepat atau takikardia, mencerminkan respons terhadap perangsangan saraf simpatis. Hipotensi sistolik ditemukan pada gagal jantung yang lebih berat (Muttaqin, 2012).

Selain itu, pada gagal jantung kiri yang berat dapat timbul *pulsus alternans* (suatu perubahan kekuatan denyut arteri). Pulsus alternans menunjukkan gangguan fungsi mekanis yang berat dengan berulangnya variasi denyut ke denyut pada curah sekuncup (Muttaqin, 2012).

c) Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan isi sekuncup. Tanda fisik yang berkaitan dengan kegagalan ventrikel kiri dapat dikenali dengan mudah di bagian yang meliputi: bunyi jantung ketiga dan keempat (S3, S4) serta *crackles* pada paru-paru. S4 atau gallop atrium, mengikuti atrium kontraksi dan terdengar paling baik dengan bel stetoskop yang ditempelkan dengan tepat pada apeks jantung (Muttaqin, 2012).

Posisi lateral kiri mungkin diperlukan untuk mendapatkan bunyi. Ini terdengar sebelum bunyi jantung pertama (S1) dan tidak selalu tanda pasti kegagalan kongestif, tetapi dapat menurunkan komplains (peningkatan kekauan) miokard. Ini mungkin indikasi awal premonitori menuju kegagalan. Bunyi S4 adalah bunyi yang umum terdengar pada pasien dengan infark miokardium akut dan mungkin tidak mempunyai prognosis bermakna, tetapi mungkin menunjukkan kegagalan yang baru terjadi (Muttaqin, 2012).

S3 atau gallop ventrikel adalah tanda penting dari gagal ventrikel kiri dan pada orang dewasa hampir tidak pernah ada pada adanya penyakit jantung signifikan. Kebanyakan dokter akan setuju bahwa tindakan terhadap gagal kongestif diindikasikan dengan adanya tanda ini. S3 terdengar pada awal diastolik setelah bunyi jantung kedua (S2), dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Ini juga dapat didengar baik dengan bel stetoskop yang dilakukan tepat di apeks, dengan pasien pada posisi lateral kiri dan pada akhir ekspirasi. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya didapatkan apabila penyebab gagal jantung karena kelainan katup (Muttaqin, 2012).

d) Perkusi

Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali) (Muttaqin, 2012).

4) B3 (Brain)

Kesadaran biasanya compos mentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif pasien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat (Muttaqin, 2012).

5) B4 (Bladder)

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah (Muttaqin, 2012).

6) B5 (Bowel)

Pasien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan. Selain itu terjadi hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar merupakan manifestasi dari kegagalan jantung (Muttaqin, 2012).

7) B6 (Bone)

Hal-hal yang biasanya terjadi dan ditemukan pada pengkajian B6 menurut Muttaqin (2012) adalah sebagai berikut:

a) Kulit dingin

Kulit yang pucat dan dingin diakibatkan oleh vasokonstriksi perifer, vasokonstriksi kulit menghambat kemampuan tubuh untuk melepaskan panas. Oleh karena itu, demam ringan dan keringat yang berlebihan dapat ditemukan.

b) Mudah lelah

Mudah lelah terjadi akibat curah jantung yang kurang, sehingga menghambat jaringan dan sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme.

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Gangguan hematologis atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringan sampai sedang yang belum diterapi, meskipun anemia ringan, hiponatremia, hiperkalemia dan penurunan fungsi ginjal sering dijumpai terutama pada pasien dengan terapi menggunakan diuretik dan/atau ACEI (Angiotensin Converting Enzime Inhibitor), ARB (Angiotensin Receptor Blocker), atau antagonis aldosterone (Siswanto, et al., 2015).

2) Pemeriksaan Radiologi

a) EKG

Dapat ditemukan kelainan primer jantung (eskemik, hipertrofi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru) (Loscalzo, 2015).

b) Foto Toraks

Rontgen toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memerberat sesak nafas. Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik (Siswanto, et al., 2015).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

- a. Kelebihan volume cairan (00026)
- 1) Definisi

Peningkatan retensi cairan isotonik (Wilkinson & Ahern, 2015).

- 2) Batasan karakteristik
- a) Ada bunyi jantung S3
 Bunyi jantung ketiga ... terdengar paling baik dengan bel stetoskop yang ditempelkan dengan tepat pada apeks jantung (Muttaqin, 2012).
- b) Anasarka

Dapat dilihat dengan memerhatikan proporsi atau postur tubuhnya apakah baik, atau gemuk, terdapat edema pada wajah, ekstremitas, sesak napas, dan juga nyeri dada. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan pitting edema dengan menunjukkan adanya identasi (Sutejo & Purwandhono, 2016).

- c) Ansietas
- (1) Cemas Ringan: cemas yang normal menjadi bagian sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.
- (2) Cemas Sedang: cemas yang memungkinkan sesorang[sic] untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan pertumbuhan dan kreatifitas.
- (3) Cemas Berat: cemas ini sangat mengurangi lahan persepsi individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir pada hal yang lain.

- (4) Panik: tingkat panik dari suatu ansietas berhubungan dengan ketakutan dan terror, karena mengalami kehilangan kendali
- d) Asupan melebihi haluaran
- e) Azotemia

Lebih tepatnya azotemia pra-renal. Azotemia pra-renal adalah keadaan peningkatan kadar ureum yang disebabkan oleh penurunan aliran darah ke ginjal. Pengukuran kadar ureum juga dapat dilakukan menggunakan perbandingan ureum/kretinin. Nilai perbandingan normal berkisar antara 10:1 sampai dengan 20:1 (Verdiansah, 2016).

f) Bunyi napas tambahan

Crakles atau ronki basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikenali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum crackles dianggap sebagai kegagalan pompa, pasien harus diinstruksikan untuk batuk dalam guna membuka alveoli basilaris yang mungkin dikompresi dari bawah diafragma (Bickley, 2016).

g) Dispnea

Dispnea dikarakteristikan oleh pernapasan cepat, dangkal, dan sensasi sulit dalam mendapatkan udara yang cukup dan menekan pasien yang mengganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia, gelisah, atau kelemahan (Bickley, 2016).

- h) Dispnea nokturnal paroksimal
 - DNP terjadi bukan hanya pada malam hari, tetapi juga pada ada kapan saja selama perawatan akut di rumah sakit yang memerlukan tirah baring (Muttaqin, 2012).
- i) Distensi vena napas [sic!] jugularis
- j) Edema
- (1) Inspeksi: edema dapat ditemukan pada palpebra dan ekstremitas.
- (2) Palpasi: regio tibia bagian anterior diberi tekanan ringan dengan ibu jari selama kurang lebih 10 detik lalu dilepaskan. Pada pitting edema akan timbul indentasi kulit yang ditekan dan akan kembali secara perlahan-lahan. Pada non-pitting edema tidak akan terjadi indentasi.

Pada pasien yang sudah berbaring lama maka cairan akan berkumpul di bagian terendah, biasanya pada daerah punggung dan sakrum. Pasien dapat dimiringkan, lalu dilakukan penekanan ringan sama seperti pada ekstremitas Hasil: Derajat 1: kedalaman 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik. Derajat 2: kedalaman 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik. Derajat 3: kedalaman 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik. Derajat 4: kedalaman 7 mm dengan waktu kembali 7 detik.

(FK-UNHAS, 2017).

- k) Efusi pleura
- Gangguan pola napas
- m) Gangguan tekanan darah
- n) Gelisah
- o) HepatomegaliCara pemeriksaan hepatomegali:
- (1) Posisikan pasien dalam keadaan berbaring dan tekuk kedua lutut
- (2) Mulai dengan meraba dan melakukan penekanan dengan menggunakan bagian pinggir dalam palmar dan jari tangan pada abdomen sampai sedalam 4-5cm dari arah kaudal ke kranial di bawah arcus costa kanan
- (3) Lakukan penekanan saat pasien melakukan inspirasi, dan berikan penilaian mengenai ukuran, pinggir, konsistensi, nyeri
- (4) Hepatomegali diintepretasikan dengan mengukur pembesaran hepar sampai sakian sentimeter dibawah arcus costa kanan (Harjanti & Arif, 2015).
- p) Ketidakseimbangan elektrolit
- q) Kongesti pulmonal
- r) Oliguria
 - Bila volume urine dibawah 400 ml dalam 24 jam.
- s) Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat
- t) Peningkatan tekanan vena sentralCara mengukuran tekanan vena sentral yaitu:
- (1) Menentukan titik nol manometer sesuai dengan tinggi atrium kanan yang diperkirakan. Titik tersebut setinggi area intercostal keempat. Ketinggian ini

- tepat pada garis midaksila pasien dan dapat ditentukan dengan pengukuran sekitar 5 cm di bawah sternum.
- (2) Memutar triway sehingga cairan infus mengalir ke dalam manometer sampai batas 20-25 cmH2O.
- (3) Memutar triway dan amati fluktuasi cairan yang terdapat dalam manometer
- (4) Menentukan besar tekanan vena sentral dimana cairan bergerak stabil (Hudak & Gallo, 2008).
- u) Perubahan hematokrit
- v) Penurunan hemoglobin
- w) Perubahan berat jenis urine
- x) Perubahan status mental
- y) Perubahan tekanan arteri pulmonal
- Z) Refleks hepatojugular positif (Herdman, 2015).
 Sesuaikan posisi penderita sehingga batas atas pulsasi vena jugular jelas terlihat pada bagian bawah leher. Tempatkan telapak tangan anda pada tengah abdomen dan perlahan tekan ke dalam, dan tahan tekanan ini sampai 30-60 detik. Tangan harus hangat, dan penderita harus santai dan bernafas dengan mudah. Apabila tangan menekan daerah yang nyeri, geser ke daerah lain. Amatilah apakah ada kenaikan tekanan vena jugular (TIM PELAKSANA)
- 3) Faktor yang berhubungan

SKILLS LAB, 2010).

- a) Gangguan mekanisme regulasi
- b) Kelebihan asupan cairan
- c) Kelebihan asupan natrium (Herdman, 2015).Sedangkan menurut Wilkinson & Ahern (2015) yaitu:
- Peningkatan asupan cairan sekunder akibat hiperglikemia, pengobatan, dorongan kompulsif untuk minum air, dan aktivitas lainnya
- Ketidakcukupan protein sekunder akibat penurunan asupan atau peningkatan kehilangan
- Disfungsi ginjal, gagal jantung, retensi natrium, imobilitas, dan aktivitas lainnya.

4) Saran penggunaan

Jangan menggunakan diagnosis ini untuk kondisi yang tidak dapat dicegah atau diatasi (misalnya, jangan gunakan kata *Kelebihan volume cairan* untuk menjelaskan gagal ginjal atau edema paru yang merupakan diagnosis medis). Tipe utama *kelebihan volume cairan* yang dapat diatasi oleh perawat secara mandiri adalah edema perifer, edema bagian tubuh yang tergantung, dan dapat secara simtomatis dihilangkan dengan meninggikan tungkai pasien yang terkena.

- (a) *Tidak benar*: *Kelebihan volume cairan* yang berhubungan dengan penurunan curah jantung.
- (b) Benar: Komplikasi Potensial penurunan curah jantung: Kelebihan volume cairan
- (c) Benar: Komplikasi Potensial gagal jantung: Edema paru
- (d) *Benar*: *Risiko kerusakan integritas kulit* yang berhubungan dengan *Kelebihan volume cairan*, dimanifestasikan dengan edema generalisata (Wilkinson & Ahern, 2015).
- 5) Alternatif Diagnosis yang Disarankan
- (a) Curah jantung, penurunan
- (b) Ketidakseimbangan volume cairan, risiko
- (c) Integritas kulit, risiko kerusakan
- (d) Perfusi jaringan, ketidakefektifan

(Wilkinson & Ahern, 2015).

2.2.3 Intervensi keperawatan.

- a. Tujuan/Kriteria Evaluasi
- Menunjukkan penurunan keparahan cairan berlebihan Penurunan keparahan cairan berlebihan adalah penurunan tanda dan gejala kelebihan cairan intraselular dan cairan ekstraselular. Yang dibuktikan dengan (sebutkan 1-5: Berat, Cukup berat, Sedang, Ringan, Tidak ada):
- 2) Edema periorbital
- 3) Edema tangan

- 4) Edema pada sakral
- 5) Edema pergelangan kaki
- 6) Edema kaki
- 7) Asites
- 8) Peningkatan lingkar perut
- 9) Edema menyeluruh
- 10) Kongesti vena
- 11) Rales
- 12) Malaise
- 13) Lethargy
- 14) Sakit kepala
- 15) Konfusi
- 16) Kejang
- 17) Koma
- 18) Peningkatan tekanan darah
- 19) Peningkatan berat badan
- 20) Penurunan urin output
- 21) Penurunan berat jenis urin secara spesifik
- 22) Penurunan warna urin
- 23) Peningkatan serum natrium
- b. Aktivitas Keperawatan
- 1) Manajemen Cairan (4120)

Manajemen cairan adalah meningkatkan keseimbangan cairan dan pencegahan komplikasi yang dihasilkan dari tingkat cairan tidak normal atau tidak diinginkan (Nurjannah & Tumanggor, 2013).

- a) Diagnostik
- (1) Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien
- (2) Hitung atau timbang popok dengan baik
- (3) Monitor status hidrasi (misalnya, membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)

- (4) Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolalitas urin)
- (5) Monitor status hemodinamik, termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP, jika ada
- (6) Monitor tanda vital pasien
- (7) Monitor indikasi kelebihan cairan/retensi (misalnya, crackles, elevasi CVP atau tekanan kapiler paru-paru yang terganjal, edema, distensi vena leher, dan asites)
- (8) Monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis
- (9) Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada
- (10) Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian
- (11) Monitor status gizi
- (12) Monitor reaksi pasien terhadap terapi elektrolit yang diresepkan (Nurjannah & Tumanggor, 2013).
- b) Terapeutik
- (1) Jaga Intake/asupan yang akurat dan catat output pasien
- (2) Berikan cairan dengan tepat
- (3) Tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak, menggunakan cangkir obat kecil) yang sesuai
- (4) Berikan pengganti nasogastrik yang diresepkan berdasarkan *output* pasien
- (5) Distribusikan asupan cairan selama 24 jam
- (6) Batasi asupan air pada kondisi pengenceran *hiponatremia* dengan serum Na dibawah 130 mEq per liter (Nurjannah & Tumanggor, 2013).
- c) Edukatif
- (1) Arahkan pasien mengenai status NPO
- (2) Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik (Nurjannah & Tumanggor, 2013).

Sedangkan menurut (Wilkinson & Ahern, 2015), yaitu: Ajarkan pasien tentang penyebab dan cara mengatasi edema, pembatasan diet, dan pengguanaan dosis, dan efek samping obat yang diprogramkan.

- d) Kolaboratif
- (1) Konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk
- (2) Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan
- (3) Berikan diuretik yang diresepkan
- (4) Berikan cairan IV sesuai suhu kamar
- (5) Persiapkan pemberian produk-produk darah (misalnya, cek darah dan memersiapkan pemasangan infus)
- (6) Berikan produk-produk darah (misalnya, trombosit dan plasma yang baru) (Nurjannah & Tumanggor, 2013).
 Sedangkan menurut (Wilkinson & Ahern, 2015), yaitu:
- (1) Lakukan dialisis, jika diindikasikan
- (2) Konsultasikan dengan penyedia layanan kesehatan primer mengenai penggunaan stoking antiemboli atau balutan Ace
- (3) Konsultasikan dengan ahli gizi untuk memberikan diet dengan kandungan protein yang adekuat dan pembatasan natrium.
- 2) Manajemen Hipervolemia (4170)

Manajemen hipervolemia adalah Pengurangan volume cairan ekstraselular dan/atau intraselular dan pencegahan komplikasi pada pasien yang mengalami kelebihan cairan (Nurjannah & Tumanggor, 2013).

- a) Diagnostik
- (1) Timbang berat badan tiap hari dengan waktu yang tetap/sama (misalnya, setelah buang air kecil, sebelum sarapan) dan monitor kecendrungannya
- (2) Monitor status hemodinamik, meliputi denyut nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, dan CI, jika perlu
- (3) Monitor pola pernapasan (misalnya, cemas, sesak nafas, orthopnea, dyspnea, takipnea, batuk, produksi sputum kental, dan nafas pendek)

- (4) Monitor suara paru abnormal
- (5) Monitor suara jantung abnormal
- (6) Monitor distensi vena jugularis
- (7) Monitor edema perifer
- (8) Monitor data laboratorium yang menandakan adanya hemokonsentrasi (misalnya, natrium, BUN, hematokrit, gravitasi spesifik urin) jika perlu
- (9) Monitor data laboratorium yang menandakan adanya potensi terjadinya hipervolemia (misalnya, *B-type natriuretic peptide* untuk gagal jantung; BUN, kreatinin, dan GFR untuk gagal ginjal) jika tersedia
- (10) Monitor intake dan ouput
- (11) Monitor tanda berkurangnya *preload* (misalnya, peningkatan urin *output*, perbaikan suara paru abnormal, penurunan tekanan darah, MAP, CVP, PCWP, CO, CI)
- (12) Monitor adanya efek pengobatan yang berlebihan (misalnya, dehidrasi, hipotensi, takikardia, hypokalemia)
- (13) Monitor respon hemodinamik pasien selama dan setelah pada setiap sesi dialisis
- (14) Monitor kembalinya sisa peritoneal sebagai indikasi terjadinya komplikasi (misalnya, infeksi, perdarahan yang berlebihan, dan gumpalan)
- (15) Monitor integritas kulit (misalnya, mencegah gesekan, hindari kelembaban yang berlebihan, dan berikan nutrisi adekuat) pada pasien yang mengalami imobilisas dengan edema dependent, sesuai kebutuhan (Nurjannah & Tumanggor, 2013)
- b) Terapeutik
- (1) Berikan infus IV (misalnya., cairan, produk darah) secara perlahan untuk mencegah peningkatan *preload* yang cepat
- (2) Batasi *intake* cairan bebas pada pasien dengan hyponatremia
- (3) Hindari penggunaaan cairan IV hipotonik
- (4) Tinggikan kepala tempat tidur untuk memerbaiki ventilasi, sesuai kebutuhan
- (5) Fasilitasi intubasi endotrakeal dan inisiasi ventilasi mekanik pada pasien dengan edema pulmonar berat, sesuai kebutuhan.

- (6) Pertahankan pengaturan ventilator mekanik yang diperintahkan (misalnya, FiO₂, mode, pengaturan volume atau tekanan, PEEP) sesuai kebutuhan
- (7) Gunakan *suction* sistem tertutup pada pasien dengan edema pulmonar pada ventilasi mekanik dengan PEEP, sesuai kebutuhan
- (8) Siapkan pasien untuk dilakukan dialysis (misalnya, bantu pemasangan kateter dialysis) sesuai kebutuhan
- (9) Pertahankan alat akses vascular dialisis
- (10) Tentukan perubahan berat badan pasien sebelum dan sesudah setiap sesi dialisis
- (11) Tentukan volume dialisat dab volume yang kembali setelah pada setiap sesi dialisis
- (12) Reposis pasien dengan edema dependent secara teratur, sesuai kebutuhan
- (13) Tingkatkan integritas kulit (misalnya, mencegah gesekan, hindari kelembaban yang berlebihan, dan berikan nutrisi adekuat) pada pasien yang mengalami imobilisasi dengan edema *dependent*, sesuai kebutuhan
- (14) Batasi asupan natrium, sesuai indikasi
- (15) Tingkatkan citra diri dan harga diri yang positif jika pasien mengekspresikan kepedulian akibat retensi cairan yang berlebih (Nurjannah & Tumanggor, 2013).
- c) Edukatif
- (1) Instruksikan pasien mengenai penggunaan obat untuk mengurangi preload
- (2) Instruksikan pasien dan keluarga penggunaan catatan asupan dan output, sesuai kebutuhan
- (3) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai intervensi yang direncanakan untuk menangani hipervolemia (Nurjannah & Tumanggor, 2013). Sedangkan menurut Wilkinson & Ahern (2015), yaitu ajarkan pasien tentang penyebab dan cara mengatasi edema; pembatasan diet; dan pengguanaan, dosis, dan efek samping obat yang diprogramkan.

d) Kolaboratif

Berikan obat yang diresepkan untuk mengurangi *preload* (misalnya, furosemid, spironolakton, morphine, dan nitrogliserin) (Nurjannah & Tumanggor, 2013).

Sedangkan menurut Wilkinson & Ahern (2015), yaitu konsultasikan ke dokter jika tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap atau memburuk.

Menurut Simatupang (2015) penentuan kebutuhan cairan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) per hari, yaitu:

Pada keadaan umum, dewasa normal dikalikan dengan 30ml/kg dengan rentang normal perkalian adalah 25-35 ml/kg. Dalam hal ini, pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dikalikan dengan batas bawah dengan tujuan mencegah peningkatan kadar cairan dalam tubuh (Simatupang, 2015).

Edema pada CHF terjadi karena perluasan cairan di ruang interstina karena peningkatan penumpukan Na⁺ dalam tubuhnya. Oleh karena itu, ada baiknya pasien diberikan terapi dengan cairan hipotonis karena diduga pasien mengalami Hypernatremia. Untuk mengetahui berapa banyak cairan hipotonis yang akan diberikan adalah terlebih dahulu harus mengetahui kadar Na⁺ dalam tubuh pasien dengan melalui pemeriksaan laboratorium. Setelah itu gunakan rumus:

$$\left[\frac{\text{Na Sekarang x BB}}{\text{Na normal}}\right] - \text{BB} = \text{Jumlah air yang ditambahkan}$$

Karena kemungkinan pasien hypernatremia, maka rumus diatas digunakan untuk mencari jumlah cairan hypotonis yang diperlukan untuk menetralkan kadar Na. Contoh cairannya dextrose 5% (Simatupang, 2015).

Selain itu juga dapat dilakukan tindakan mandiri perawat lainnya yaitu contrast bath. Contrast bath merupakan perawatan dengan rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan

air dingin, dimana suhu dari air hangat antara 36,6 – 43,3°C dan suhu air dingin antara 10 – 20 °C (Sabelman, 2004 dalam Purwadi, 2015). Dengan merendam kaki yang edema dengan terapi ini akan mengurangi tekanan hidrostatik intra vena yang menimbulkan perembesan cairan plasma ke dalam ruang interstisium dan cairan yang bererada di intertisium akan kembali ke vena sehingga edema dapat berkurang (Mc neilus, 2004 dalam Purwadi, 2015).

Menurut hasil penelitian Henry & Schroeder (2014) pembatasan garam dengan diet sedikitnya 1 gr pada pasien dengan *congestive heart failure* dalam 24 jam sudah cukup untuk menyebabkan diuresis atau penghentian akumulasi edema. Ketika garam sudah dibatasi sebaiknya asupan cairan tidak perlu terlalu dibatasi, karena diuresis diamati meningkat saat pasien meminum banyak cairan dan menurun ketika cairan dibatasi. Senada dengan hal tersebut menurut Bronagh & Kenneth (2007) bahwa pembatasan cairan tidak memiliki manfaat klinis pada pasien dengan gagal jantung.

Intervensi monitor status hemodinamik penting dilakukan perawat. Menurut William (2015) penting dilakukan monitor status hemodinamik karena dapat mengurangi resiko perburukan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

2.2.4 Implementasi

Implementasi yang akan penulis lakukan adalah manajemen hypervolemia, manajemen cairan dan terapi *contrast bath*, yaitu perawatan dengan berendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan air dingin, dimana suhu dari air hangat antara 36,6 – 43,3°C dan suhu air dingin antara 10 – 20 °C (Sabelman, 2004 dalam Purwadi, 2015). Dangan selisih waktu 3 menit di dalam air hangat dan 1 menit di air dalam dingin. Dilakukan kompres dengan kain handuk untuk bagian-bagian tubuh yang tidak dapat direndam air dengan mudah (Mcneilus, 2004 dalam Purwadi, 2015). Menurut Yu Shih et al (2012) dalam Purwadi (2015) akan lebih efek jika dilakukan terapi selama 12 menit dengan rasio waktu tetap 3:1 dengan manfaat maksimal dalam fluktuasi setelah menit ketujuh.

- 2.2.5 Evaluasi
- a. Menunjukkan penurunan keparahan cairan berlebihan
- 1) Tidak ada Edema ekstremitas
- 2) Tidak ada Dispnea, Orthopnea, DNP
- 3) Suara napas vesikuler
- 4) Penurunan berat badan

Menurut Elisabet, Carles, Marta, & Mar (2016) penurunan berat badan ≥5% pada pasien dengan CHF akan meningkatkan harapan hidup pasien lebih lama.



BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini diuraikan tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelesaikan pengambilan data laporan kasus terhadap asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd.

3.1 Desain Penulisan

Laporan kasus adalah salah satu pendekatan kualitatif yang memelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatasi (bounded-system) oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena atau sistem tersebut tidak sepenuhnya jelas. Jika berupa kasus multipel (banyak), kasus-kasus tersebut akan dibandingkan satu sama lain (Afiyanti dan Imami, 2014).

Penulis akan mengeksplorasi asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* pada Tn. Sg dan Tn. Sd dengan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang menggunakan intervensi berdasarkan NOC dan NIC yang ditunjang dengan intervensi keperawatan *contrast bath* untuk mengurangi kelebihan volume cairan pada pasien *Congestive Heart Failure*.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam Laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure dengan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2018, yaitu

3.2.1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure

Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* yaitu menerapkan proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian hingga evaluasi pada dua pasien berbeda dengan tertulis diagnosa medis DCFC 1 atau 2/ Decompensasi Cordis/*Heart Failure*/Gagal Jantung/CHF/Gagal Jantung Kongestif dalam rekam medik pasien.

3.2.3 Kelebihan Volume Cairan

Kelebihan volume cairan yaitu suatu keadaan dimana pasien mengalami gejala edema dan dispnea atau dengan tambahan batasan karakteristik berikut:

- a. Ada bunyi jantung S3
- b. Anasarka
- c. Dispnea nokturnal paroksimal
- d. Distensi vena napas jugularis
- e. Hepatomegali
- f. Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat

Dengan faktor yang berhubungan yaitu disfungsi gagal jantung.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan Laporan kasus ini adalah pasien 1 yaitu Tn. Sg dan Pasien yaitu Tn. Sd yang memenuhi kriteria:

- 3.3.1 Menjalani rawat inap di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang
- 3.3.2 Didiagnosa medis DCFC 1 atau 2/Decompensasi Cordis/Heart Failure/Gagal Jantung/CHF/Gagal Jantung Kongestif dalam rekam medik pasien.

DCFC 1 yaitu timbul gejala sesak napas atau capai pada aktivitas fisik yang berat. Sedangkan DCFC 2 yaitu timbul gejala sesak napas atau capai pada aktivitas yang sedang.

- 3.3.3 Pasien mengalami gejala edema dan dispnea atau dengan tambahan batasan karakteristik (Ada bunyi jantung S3, anasarka, dispnea nokturnal paroksimal, distensi vena napas [sic!] jugularis, hepatomegali, dan penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat)
- 3.3.4 Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *Informed Consent* (Lampiran 3.1).
- 3.3.5 Pasien dalam kondisi sadar.
- 3.3.6 Pasien tidak memiliki keganasan lokal, penyakit vaskuler perifer (PVD), gangguan sensai, perdarahan dan inflamasi akut.

3.4 Lokasi dan Waktu

Penyusunan laporan kasus dilakukan pada bulan Januari – Mei 2018. Pengambilan data laporan kasus ini dilakukan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang dilakukan pada tanggal 14-18 Februari 2018 untuk pasien 1 dan pada tanggal 19-21 Februari 2018 pada pasien 2 (Lampiran 3.2).

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam keperawatan yang digunakan terdiri dari proses dan teknik sebagai berikut:

3.5.1 Proses Pengambilan Data

Diawali dari permohonan izin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data. Selanjutnya penulis melanjutkan mengajukan permintaan izin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) kabupaten Lumajang sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Izin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari tujuh tebusan diantaranya yang perlu ditiindak lanjuti adalah kepada direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang sebagai lokasi pengamblan data laporan kasus penulis. Setelah itu, kepala bagian pendidikan dan latihan dan penelitian dengan atas nama direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengeluarkan izin pengambilan data yang ditujukan kepada Kepala ruang Melati sebagai lokasi pengambilan data penulis (Lampiran 3.3).

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik yang digunakan dalam pengambilan data laporan kasus ini yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi (Afiyanti & Rachmawati, 2014):

a. Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada pasien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi pasien, biasanya juga disebut anamnesa. Pada Laporan kasus ini wawancara dilakukan terhadap pasien pada tahap pengkajian awal (biodata, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang,

riwayat penyakit dahulu, keluarga, psikososial, pola fungsi kesehatan), implementasi, dan evaluasi dan terhadap keluarga untuk mengklarifikasi data yang sebelumnya didapat dari pasien.

b. Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memeroleh data tentang masalah keperawatan pasien dan sebagai verifikasi terhadap hasil data wawancara/anamnesa yang telah dilakukan terhadap pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan inspeksi, palpasi, perkusi, maupun auskultasi. Pada Laporan kasus ini observasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kelebihan volume cairan yang dialami pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada Laporan kasus ini pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan data keadaan umum pasien serta mendapat data masalah per-system pasien dengan metode B1-B6 (breath, blood, brain, bladder, bowel, bone).

d. Studi Dokumentasi

Pengambilan data dimulai dari pasien masuk sampai pasien pulang, berasal dari dokumen perkembangan pasien atau data yang berasal langsung dari pasien. Pada Laporan kasus ini studi dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan hasil pemeriksaan laboratorium, EKG, foto dada dan laporan perawat/tenaga kesehatan lainnya.

3.6 Uji Keabsahan Data

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakuratan suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari laporan kasus yang dilakukan. Suatu hasil laporan kasus dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada laporan kasus tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka (Afiyanti dan Imami, 2014).

Pada peneletian ini untuk memastikan bahwa data yang penulis ambil bersifat kredibel maka penulis akan melakukan konfirmasi kembali kepada pada pasien terkait temuan-temuan data oleh penulis. Misalnya pada saat pemeriksaan respirasi didapatkan bahwa RR pasien lebih dari rentang normal yaitu lebih dari 24, penulis menyakan kembali apakah benar bahwa pasien mengalami sesak atau tidak sehingga data yang diperoleh bisa kredibel.

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data (*Applicability, Fittingness*)

Seberapa mampu suatu hasil laporan kasus kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat transferabilitas. Istilah transferabilitas dipakai pada laporan kasus kualitatif untuk menggantikan konsep generalisasi yang digunakan pada laporan kasus kuantitatif (Afiyanti dan Imami, 2014).

Pada laporan kasus ini penulis untuk memastikan keteralihan data maka penulis panduan atau pedoman untuk penulis melakukan pengkajian terhadap dua pasien berbeda. Pada pedoman tersebut penulis sudah masukkan temuan-temuan abnormal berdasarkan teori-teori yang sudah penulis paparkan pada bab 2, sehingga pada saat pengakajian penulis langsung fokus ke temua abnormal secara teori dan apakah memang sama dengan fakta atau tidak.

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas memertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen laporan kasus dan penulis sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara penulis satu dengan penulis lain memiliki fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya (Afiyanti dan Imami, 2014).

Pada peneletian ini karena instrumen laporan kasus kualitatif adalah penulis sendiri sedangkan pengalaman dan referensi dari penulis sendiri masih sedikit dan supaya data yang penulis ambil dapat dipercaya oleh pembaca maka penulis perlu dependabilitas atau ketergantungan. Pada laporan kasus penulis

bergantung pada dua hal yaitu yang pertama adalah penulis akan mengumpul beberapa referensi atau literatur dan dijadikan sebagai pedoman untuk melakukan pengkajian terhadap pasien sehingga temuan data abnormal saat pengkajian dari pasien apakah sesuai dengan literatur atau tidak, dan yang kedua adalah untuk memastikan bahwa data yang penulis temukan benar-benar abnormal atau maka disini penulis akan didampingi oleh supervisor atau perawat senior saat pengambil data terhadap pasien.

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggantikan aspek objektivitas, pada laporan kasus kuantitaf, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan penulis untuk mengungkapkan secara terbuka proses dan elemen-elemen laporan kasusnya. Cara penulis menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal. Penulis mengenali pengalamannya dan pengaruh subjektif dari interpretasi yang telah dibuatnya, sehingga pembaca mengetahui proses refleksivitas yang dibuat penulis. Selanjutnya, untuk memeroleh hasil laporan kasus kualitatif yang obejktif, penulis, perlu menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara memaksimalkan variasi sampelnya, cara ini dapat mengurangi bias hasil laporan kasus (Afiyanti dan Imami, 2014).

Pada laporan kasus ini penulis menggunakan teknik pengambilan data dengan format asuhan keperawatan kepada dua pasien yang memiliki kriteria sesuai dengan batasan karakteristik. Jika salah satu pasien tersebut tidak sesuai dengan kriteria penulis, maka penulis harus dapat menjelaskan adanya ketidaksesuaian tersebut dan dihubungkan dengan teori yang sudah ada di bab 2. Misalnya antara kedua pasien memiliki gejala yang sama yaitu DNP, tetapi yang membedakan adalah pasien pertama tidak disetai insomnia dan yang kedua disertai insomnia. Disinilah penulis menggunakan konfirmabilitas dengan menjelaskan perbedaan kedua pasien tersebut ada karena perbedaan stadium penyakit CHF yang sudah dijelaskan di bab 2.

3.7 Analasi Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Dokumentasi). Hasil yang didapat ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diganostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, dan teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari pasien.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Informed Consent

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dengan partisipan laporan kasus dengan memerikan lembar persetujuan. Informed Consent tersebut diberikan sebelum laporan kasus dilakukan dengan memerikan lembar persetujuan untuk menjadi partisipan. Tujuan Informed Consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan laporan kasus, mengetahui dampaknya. Jika partisipan bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika partisipan tidak bersedia, maka penulis harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2009).

3.8.2 Anomity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, penulis tidak mencantumkan nama partisipan pada lembar alat ukut. Nama partisipan diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data (Hidayat, 2009).

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah partisipan akan dijamin kerahasiaannya oleh penulis. Hanya pengelompokkan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil laporan kasus (Hidayat, 2009).



perifer sehingga tindakan keperawatan mandiri yang dapat dilakukan adalah Contrast Bath.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien *Congestive Heart Failure* dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan berdasarkan pada intervensi keperawatan manajemen hipervolemia dan manajemen cairan yang telah direncanakan yaitu monitor tanda vital, monitor pola napas, auskultasi suara paru: ronkhi, monitor keadaan umum, dan monitor output urine selain itu juga dilakukan tindakan *contrast bath* sebagai penunjang manajemen utama.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam mengevaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan kriteria standart yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan masalah kelebihan volume cairan. Hasil evaluasi selama 5 hari tercapai 6 dari 8 kriteria hasil yaitu tidak ada edema pergelangan kaki, tidak ada edema kaki, JVP tidak terlihat, tidak ada ronkhi, tingkat malaise ringan-sedang, tidak ada peningkatan tekanan darah, dan tidak ada penurunan urin output. Tidak tercapainya semua kriteria hasil diakibatkan karena perbedaan penyakit lain penyerta dan perbedaan tingkat aktivitas pada pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Congestive Heart Failure merupakan sebuah kumpulan gejala dari kegagalan jantung dalam melakukan tugasnya dengan manifestasi yang khas yaitu edema ekstremitas. Edem ekstremitas dapat segera dilakukan tindakan untuk menghindari adanya komplikasi dan salah satu caranya adalah dengan tindakan manajemen hipervolemia yang dapat ditunjang dengan tindakan lainnya yaitu contrast bath. Contrast bath akan memberikan efek yang signifikan dalam menghilangkan maupun mengurangi tingkat edema ekstremitas, namun perlu diketahui terlebih dahulu apakah ada penyakit penyerta seperti Gagal Ginjal, Diabetes Mellitus tipe 2 atau tidak karena jika ada maka contrast bath tidak akan memberikan efek yang signifikan bahkan dapat memperparah penyakit pasien.

- 5.2.2 Untuk dapat mengeksplorasi asuhan keperawatan secara optimal maka diperlukan tindakan keperawatan dengan penyusunan diagnosa yang sesuai dan penyusunan intervensi tepat pula sehingga implementasi yang dilakukan tepat. Ketelitian perawat dalam mengkaji pasien dengan *Congestive Heart Failure* perlu diperhatikan untuk menunjang hal tersebut.
- 5.2.3 Untuk memperoleh hasil tindakan keperawatan *contrat bath* yang lebih maksimal penulis menyarankan suhu air hangat dalam setiap siklus suhunya dinaikkan, misal siklus pertama suhu air hangat adalah 40°C maka untuk siklus selanjutnya penulis menyarankan untuk menaikkan suhu air hangat di atas 40°C yaitu 41°C maupun diatasnya dan seterusnya. Hal tersebut disaranakan oleh penulis karena dalam pelaksanaan dalam tiga siklus tentunya suhu air hangat akan menurun seiring dengan waktu yang diperlukan sehingga hasil yang diharapkan tidak akan maksimal. Perlu dilakukan monitor intake sehingga kombinasi keduanya semakin meningkatkan hasil yang diharapkan.
- 5.2.4 Pasien maupun keluarga *Congestive Heart Failure* dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan dapat disarankan untuk melakukan tindakan *contast bath* secara mandiri ketika terjadi edema esktremitas sewaktu-waktu saat di rumah sehingga dapat tertangani dengan segera selain itu tindakan *contast bath* juga merupakan tindakan yang mudah dan efisien, namun perlu ditekankan bahwa tindakan ini akan efektif jika tidak ada penyakit penyerta seperti gagal ginjal dan diabetes mellitus tipe 2 pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. & Imami, N. R., 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- American Heart Association, 2016. How High Blood Pressure Can Lead to Heart Failure. [Online]

Available at:

www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/LearnHowBP HarmsYourHealth/How-Blood-Pressure-Can-Lead-to-Heart-

Failure UCM 490534 Article.jsp#mainContent

[Diakses 28 Februari 2018].

- American Heart Association, 2017. Warning Signs of Heart Failure. [Online]
 Available at:
 http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/WarningSignsfor-Heart-Failure_UCM_002045_Article.jsp#.Wq-OiNRubDc
 [Diakses 9 Maret 2018].
- Aspiani, R. Y., 2014. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler: Aplikasi NIC dan NOC. Jakarta: EGC.
- Baransyah, L., Rohman, M. S. & Suharsono, T., 2014. Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian Gagal Jantung pada Pasien Infark Miokard Akut di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang. *Majalah Kesehatan FKUB*, Volume 1, p. 212.
- Bickley, L. S., 2016. Bates Buku ajar pemeriksaan fisik & riwayat kesehatan/penulis Lynn S. Bickley: alih bahasa, Brahm U.. Jakarta: EGC.
- Bronagh, T. R. & Kenneth, M. M., 2007. Fluid Restriction in the Management of Decompensated Heart Failure: No Impact on Time to Clinical Stability. *Jornal of Cardiac Failure*, pp. 128-132.
- Carpenito, L. J., 2009. *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik*. Jakarta: EGC.

- Cerner Multum, 2018. Furosemide Side Effects. [Online] Available at: https://www.drugs.com/sfx/furosemide-side-effects..html [Diakses 31 Maret 2018].
- Djausal, A. N. & Oktafany, 2016. Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Medula Unila*, p. 10.
- Elisabet, Z., Carles, D.-l. J. L., Marta, d. A. & Mar, D., 2016. Weight Loss in Obese Patients With Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*.
- European Society of Cardiology, 2017. *Heartfailurematters.org: Loss Of Appetite/Nausea*. [Online]

 Available at: www.heartfailurematters.org/en-GB/Warning-signs/Loss-of-appetite-nausea
 [Diakses 9 Maret 2018].
- FK-UNHAS, 2017. PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN KLINIK SISTEM UROGENITAL. Makasar: FAKULTAS KEDOKTERAN UNHAS.
- Granado, R. C.-. D. & Mehta, R. L., 2016. Fluid overload in the ICU: evaluation and management. *US National Library of Medicine*, p. 17:109.
- Harbanu, H. & Anwar, S., 2007. SMF Ilmu Penyakit Dalam Gagal Jantung Volume 3. Jakarta: FK Unud.
- Harjanti, T. & Arif, M., 2015. BUKU PANDUAN KERJA MANUAL CSL 1 KETERAMPILAN KLINIK SISTEM HEMATOLOGI. Makasar: FK-UNHAS.
- Harvard Medical School, 2016. *Heart disease: All in the family history*. [Online] Available at: https://www.health.harvard.edu/heart-health/heart-disease-all-in-the-family-history [Diakses 30 Maret 2018].
- Harvard Medical School, 2017. *Anxiety and heart disease: A complex connection*. [Online]

Available at: https://www.health.edu/heart-health/anxiety-and-heart-disease-a-complex-connection

[Diakses 2 April 2018].

- Hayes, D. J., 2009. Insomnia and chronic heart failure. *Hear Fail Rev.*, 14 September, pp. 82-171.
- Healthwise Staff Rakesh K. Pai, 2015. *WebMD*. [Online] Available at: https://www.webmd.com/heart-failure/oxygen-therapy-for-heart-failure
 [Diakses 28 Februari 2018].
- Heart and Vascular Team, 2017. Looking at the Link Between Salt and Heart Failure. [Online]

 Available at: https://health.clevelandclinic.org/looking-at-the-link-between-salt-and-heart-failure/
 [Diakses 17 Maret 2018].
- Henry, A. & Schroeder, M., 2014. Studies on congestive heart failure: The Important of restriction of salt as compared to water. *American Heart Journal*, pp. 141-153.
- Herdman, T. H., 2015. NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. A., 2009. *Metode Peneliti dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hudak, C. & Gallo, B., 2008. *Pendekatan Holistik Vol. 1 Editor: Monika Ester.* Jakarta: EGC.
- Kasron, 2016. Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: TIM.
- Kemenkes Republik Indonesia, 2014. *Info Datin Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kerry, P., 2015. Continence Nurse Consultant: Chronic Heart Failure Issues. [Online]
 Available at: https://www.continence.org.nz/pages/Chronic-Heart-Failure-

Issues/126/

[Diakses 9 Maret 2018].

- Koto, Y., 2015. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Anti Diuretic dan Ace Inhibitor Pada Pasien Congestive Heart Failure. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, p. 30.
- LeMone, P., 2016. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- Lloyd, Jones & Det, 2014. AHA Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee., 119:e1-161.: Circulation.
- Loscalzo, J., 2015. Harrison Kardiologi dan Pembuluh Darah. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A., 2012. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A., 2012. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Salemba Medika.
- National Heart, Lung, and Blood Institute, 2013. Smoking and Your Heart.
 [Online]
 Available at: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/smoking-and-your-heart
 [Diakses 4 April 2018].
- Notoatmodjo, S., 2007. Kesehatan Masyarakar: ilmu dan seni. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjannah, I. & Tumanggor, R. D., 2013. *Nursing Interventions Classification* (*NIC*) *Edisi Bahasa Indonesia*. 6th penyunt. s.l.:Elsevier mocomedia.
- Nurjannah, I. & Tumanggor, R. D., 2013. Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan Edisi Bahasa Indonesia. 5th penyunt. s.l.:Elsevier mocomedia.
- PERKI, 2015. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. Jakarta: Indonesia Heart Association.
- Purwadi, I. K. A. H., 2015. Pengatuh Terapi Contrast Bath (Rendam Air Hangat Dan Air Dingin) Terhadap Edema Kaki Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Ungaran, RSUD Ambarawa, RSUD Kota Salatiga, dan

- RSUD Tugurejo Propinvi Jawa Tengah, Ungaran: STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Rachma, L. N., 2014. PATOMEKANISME PENYAKIT GAGAL JANTUNG KONGESTIF. *El-Hayah Vol.4*, pp. 83-84.
- Rohmah, N. & Walid, S., 2014. *Proses Keperawatan: Teori & Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Simatupang, L. L. W., 2015. *DOCSLIDE*. [Online] Available at: https://dokumen.tips/download/link/penentuan-kebutuhan-cairan-pada-klienichfdoc [Diakses 27 September 2017].
- Siswanto, B. B. et al., 2015. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Soeparman, 2000. *ILMU PENYAKIT DALAM Jilid 1*. 2nd penyunt. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Steinbaum, S. R., 2017. *Smoking and Heart Disease*. [Online] Available at: https://www.webmd.com/smoking-cessation/quit-smoking-heart [Diakses 1 Maret 2018].
- Storrow, A., 2007. Advances in the diagnosis of chf: new makers. *Modern Advances In Emergency Cardiac Care*, pp. 38-46.
- Tarowoto, W., 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Udjianti, W. J., 2013. Keperawatan Kardiovaskular. Jakarta: Salemba Medika.
- Vetstream, 2018. Diarrhea: chronic-due to congestive heart failure. [Online] Available at: https://www.vetstream.com/treat/canis/diseases/diarrhea-chronic-due-to-congestive-heart-failure [Diakses 9 Maret 2018].

Wilkinson, J. M. & Ahern, N. R., 2015. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

William, T., 2015. The Role of Implantable Hemodynamic Monitors to Manage Heart Failure. *Heart Failure Clinics*, pp. 183-18



Lampiran 3.1

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT)

Nama	Institusi : Universitas Je	mber Kampus Lumajang
Surat Persetuj	uan Peserta Penelitian	
Yang bertanda	a tangan di bawah ini :	
Nama	. In sg	
Umur	1 1 7 1410	
Jenis kelamin	· laki - laki	du]
Alamat	· Bangupatih kin	du
Pekerjaan	Petani	
Setelah mend	apatkan keterangan secuk	upnya serta menyadari manfaat dan resik
	ebut di bawah ini yang be	
		gestive Heart Failure Dengan Masalah
		ran Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto
reperanda		n 2018"
Dengan sukar		
		an dalam penelitian di atas dengan catata
persetujuan in		am bentuk apapun, berhak membatalka
persetujuan in		Ebruan 2003
	Managatahui	Lumajang, Februari 2018
	Mengetahui, ing Jawab Penelitian	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
/	M	0 0
4	Molyon	Killy
		, ,
	yo Adi Baskoro	The Committee of the Co

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :	
Nama Institusi: Universitas Jembe	er Kampus Lumajang
Surat Persetujuan Peserta Penelitian	
Yang bertanda tangan di bawah ini:	
Nama : Th fd	
Umur : 61 tahun	
lenis kolomin . Will [11/1]	
Alamat : Duren lelakah	
Pekerjaan Pedagang	
1 ekerjaan	
Setelah mendapatkan keterangan secukupn penelitian tersebut di bawah ini yang berjud	dul:
"Asuhan Keperawatan Pasien Congesti	
Keperawatan Kelebihan Volume Cairan	Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto
Tahun 20	018"
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan d	dalam penelitian di atas dengan catatan
bila suatu waktu merasa dirugikan dalam	bentuk apapun, berhak membatalkan
persetujuan ini.	7 1 3 Seriak membatanan
	Lumajang,
Mengetahui,	
Penanggung Jawab Penelitian	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
Million	in
Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090	(Th Sd)

Lampıran 3.2

UPT Perpustakaan Universitas Jember

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN TUGAS AKHIR: LAPORAN KASUS

		TAHUN 2017										TAHUN 2018																				
KETERANGAN		FEB			MAR-NOV			DES			JAN				FI	EB	2		MA AP			MEI				JUNI						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																
Konfirmasi Penelitian			1			4		Ż											X			6										
Konfirmasi Judul																		V														
Penyusunan Proposal Laporan kasus																																
Sidang Proposal																																
Revisi			À													/																
Pengumpulan Data																					ý											
Konsul Penyusunan Data																								/								
Ujian Sidang																									1							
Revisi												7																				
Pengumpulan Laporan kasus										4																						

Lampiran 3.3



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO

JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383 Email: rsdharyoto@yahoo.co.id

LUMAJANG-67311

Lumajang, 13 Februari 2018

Nomor

: 445/ 648 /427.77/2018

Sifat

Biasa

Lampiran

: -

Perihal : Pengambilan Data

Yth.

Kepada Ka. Kuana Melah

RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang

di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 30 Januari 2018 Nomor : 461/UN25.1.14.2//LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 06 Februari 2018 Nomor : 072/251/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama: CAHYO ADI BASKORO

NIM : 152303101090

Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure

Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan di

Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO KABUPATEN LUMAJANG Kabag. Renbang

Kasobag. Diklat dan Penelitian

"Dr. HORYDYO

NS RUDIAH ANGGRAENI

Lampiran 4.1

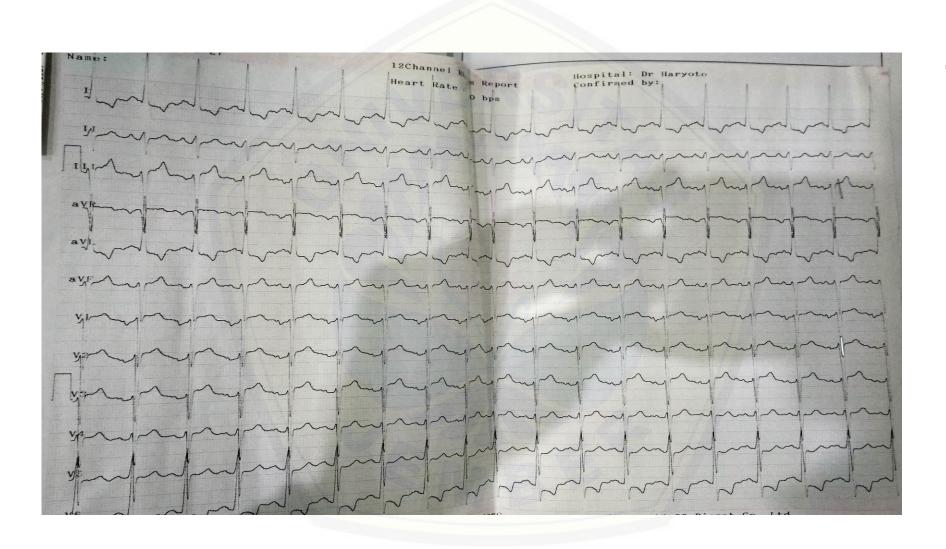
HASIL PEMERIKSAAN RONTGEN



Foto Rontgen Pasien 1



Foto Rontgen Pasien 2



Lampiran 4.3

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN 1

	Marit BASOK	LUMAJ	M DAERAH d KLINIK (LABO TELP. (0334) 881666 ANG - 67311	AJANG r. HARYOTO RATORIUM) FAX. (0334) 887383
479903 811AB 1175705		NAMA PASIEN : Sug		
THE PARK AM MELLINIS	26 09.36 67 TH	JENIS KELAMIN	No. of Concession, Name of Street, or other Persons, Name of Street, or ot	
North D	FS TH	DOKTER PERUJUK	: Perawat R. Melati	
TANGGAL PERIKSA 1	12/02/2018	KELAS	:111	
NO. JENIS PERIKSA	HASIL PEMERIKSAAN	NORMA		
FENATOLOLGI		and the first		METODE
1 Hemoglobin	10,5	P 13,0	- 18.0 g/dL	Flowcytometri
2 Lekosil	10.120	3500	18,0 g/dL 10000 /cmm	
3 Entrosit	3,79		6,5 juta/cmm P 3,0 - 6,0	Flowcytometri
A Laju Endap Darai	7 38	Joseph Cill		Flowcytometri
Laju Ericap Cara,	32		Jam P0-7/Jam	Westergren
y siteman		L 40 - 5 P 35 - 4	4 %	Flowcytometn
6 Trembosit	239.000		- 450000	Flowcytometri
7 Diffeount	6/0/0/60/25/9	1-2/0-1/	3-5/54-62/25-33/3-7	Flowcytometri
8 DL Callex / DL Auto	oma			7 sorregionneur
FAAL HATI 9 SGOT	71			
10 SGPT	59	Up to 37		IFCC
ELEKTROLIT ISE		Up to 40) mU/ml	IFCC
11 Kalium Serum	3,7	3,5 - 5,2	mMol/I	10.0
12 Natrium Serum	149		6 m mol/I	ISE
13 Clorida Serum	111	94 - 111		ISE
FAAL GINJAL				IGE
14 BUN	9,46	10 - 20 r	ng/dl	Bertelot
15 Serum Creatinin	0,74	P 0,7 - 1	,2 mg/dl	Jaffe
16 Uric Acid	5,5	L 0,8 - 1 P 1,9 - 5		many Harris
		L 3,1 - 7	,9 mg/di	PAP
LEMAK			The state of the s	
17 Cholesterol 18 Trigliserida	125	< 250 mg	g/dl	CHOD-PAP
a control of	101	60 - 165	mg/di	GPO-PAP
NI STREET, DE	31	> 35 mg/	dl	CHOD-PAP
0 LDL Kholesterol	74	< 150 mg	g/dl	
ADAR GULA DARAH 1 Gula Darah Acak				
- Wan Acak	91	63 - 115	mg/dl	GOD-PAP

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN 2

	74751	LUIV	UM DAERAH (GI KLINIK (LABO D. 5 TELP. (0334) 881666 AJANG - 67311	FAX. (0334) 887383
A DECISTRADI	178007	NAMA PAS ALAMAT	IEN : Sud	
). REKAM MEDIK : 30).26.13 TH	JENIS KEL	MIN :	
AUR :PS		DOKTER PERUJUK	: Perawat R. Melati	
NGGAL PERIKSA : 20	/02/2018	KELAS		
, JENIS PERIKSA	HASIL PEMERII	KSAAN	: 111	CHEST SERVICE CONTRACTOR
MATOLOLGI		The same of the sa	NORMAL	METODE
.Hemoglobin	12,8	Name of Street, or other Designation of the last of th	2 13,0 - 18,0 g/dL	Name of Street, or other Designation of the last of th
Lekosit	15.540		- 14,0 - 18,0 g/dL	Flowcytometri
Entrosit	4,85		3500 - 10000 /cmm	Flowcytometri
Enrosit	4,00		4,5 - 6,5 juta/cmm P 3 0 - 6	,0 Flowcytometri
.Laju Endap Darah	30		ata/Cilim	r torregionneur
Hematokrit	37		0-5/Jam P0-7/Jam	Westergren
			- 40 - 54 % - 35 - 47 %	Flowcytometri
Trombosit	294.000	A STATE OF THE PARTY OF	50000 - 450000	Eloum do model
.Diffcount	1/0/0/83/6	140	-2/0-1/3-5/54-62/25-33/3-7	Flowcytometri Flowcytometri
DL Caltex / DL Autor				riow Cytometh
Golongan darah	0		N B I OI AB	ABO System
L HATI				The official
SGOT	72		Jp to 37 mU/ml	IFCC
SGPT	63		Jp to 40 mU/ml	IFCC
CTROLIT ISE				
Kalium Serum	4,1		5,5 - 5,2 mMol/l	ISE
Natrium Serum	144		35 - 146 m mol/l	ISE
Clorida Serum	102		14 - 111 mMol/l	ISE
GINJAL				
BUN	36,38 (DL	JPLO)	0 - 20 mg/dl	Bartelot
Serum Creatinin	2,38 (DL		0,7 - 1,2 mg/dl . 0,8 - 1,5 mg/dl	Jaffe
Uric Acid	11,2		2 1,9 - 5,1 mg/dl . 3,1 - 7,9 mg/dl	PAP
K				
Cholesterol	205	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN	250 mg/dl	CHOD-PAP
Trigliserida	134		0 - 165 mg/dl	GPO-PAP
HDL Kholesterol	36		35 mg/dl	CHOD-PAP
DL Kholesterol	142		: 150 mg/dl	
GULA DARAH			20 44E moldl	GOD-PAP
Gula Darah Acak	171	(3 - 115 mg/dl	GOD-PAP

Lampiran 4.4

SATUAN ACARA PENYULUHAN PENANGANAN PADA GAGAL JANTUNG



Disusun Oleh:

Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) PENANGANAN PADA GAGAL JANTUNG

TOPIK : Cara penanganan pada penderita gagal jantung

HARI / TANGGAL : 14 dan 19 Februari 2018

WAKTU : 10 Menit

TEMPAT : Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

SASARAN : Tn. Sg, Tn. Sd

A. Analisa Situasi

- 1) Audience
- Jumlah Pengunjung \pm 2-3 orang.
- Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
- 2) Penyuluh
- Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Semester 6.
- Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Cara penanganan pada penderita gagal jantung dengan baik dan mudah dipahami oleh peserta penyuluhan.
- 3) Ruangan
- Bertempat di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang
- Penerangan dan ventilasi cukup memadai untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan.

B. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang cara penanganan pada penderita gagal jantung diharapkan Tn. Sg dan Tn. Sd mampu memahami cara penanganan pada penderita gagal jantung dalam kehidupan sehari-hari.

C. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan Tn. T mampu:

- 1) Menyebutkan definisi gagal jantung
- 2) Menyebutkan penyebab gagal jantung
- 3) Menyebutkan gejala pada penderita gagal jantung
- 4) Menyebutkan cara penanganan pada penderita gagal jantung

Pokok Materi

- 1) Definisi gagal jantung
- 2) Penyebab gagal jantung
- 3) Gejala pada penderita gagal jantung
- 4) Cara penganan gagal jantung

Metode

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

D. Media

1) Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	 Salam pembukaan Perkenalan Apersepsi tentang gagal jantung Relevansi Kontrak waktu 	 Menjawab / merespon Memperhati kan 	Ceramah	1 menit
Penyajian	Penyampaian	1. Mendengar	1. Ceramah	5 menit
	materi:	kan	2. Demonst	
	1. Menjelaskan	2. Memperhati	rasi	

	definisi gagal	kan	3. Tanya	
	jantung	3. Mencatat	jawab	
	2. Menyebutkan			
	penyebab gagal			
	jantung			
	3. Menyebutkan			
	gejala pada			
	penderita gagal			
	jantung			
	4. Menjelaskan			
	cara penanganan			
	gagal jantung			
Penutup	1. Mengevaluasi	Menjawab	Tanya jawab	4 menit
	pengetahuan Tn. T			
	dengan memberi			
	pertanyaan			
	2. Menyimpulkan			
	isi materi			
	3. Tindak lanjut			
	4. Salam penutup			

F. Materi

(Terlampir)

G. Pertanyaan Evaluasi

- 1) Jelaskan definisi Gagal Jantung?
- 2) Sebutkan penyebab Gagal Jantung?
- 3) Sebutkan gejala Gagal Jantung?
- 4) Sebutkan cara penanganan Gagal Jantung?

H. Daftar Pustaka

(Terlampir)

LAMPIRAN

GAGAL JANTUNG

1. Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi (Aspiani, 2014).

2. Penyebab Gagal Jantung

- 2.1 Faktor predisposisi
- 2.1.1 Penyakit yang menimbulkan penurunan fungsi ventrikel.
- 1) Penyakit arteri koroner
- 2) Kardiomiopati
- 3) Penyakit pembuluh darah
- 4) Penyakit jantung konginetal (Aspiani, 2014).
- 2.1.2 Keadaan yang membatasi pengisian ventrikel
- 1) Stenosis mitral-penyakit perkardial
- 2) Kardiomiopati (Aspiani, 2014).
- 2.2 Faktor pencetus
- 2.2.1 Peningkatan asupan garam
- 2.2.2 Ketidakpatuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung
- 2.2.3 Serangan hipertensi
- 2.2.4 Aritmia akut
- 2.2.5 Infeksi atau demam, anemia, emboli paru
- 2.2.6 Tirotoksikosis, kehamilan, dan endokarditis infektif (Aspiani, 2014).
- 2.3 Faktor risiko
- 2.3.1 Merokok
- 2.3.2 Hipertensi
- 2.3.3 Hiperlipidemia
- 2.3.4 Obesitas
- 2.3.5 Kurang aktivitas fisik

- 2.3.6 Stres emosi
- 2.3.7 Diabetes melitus (Aspiani, 2014).

3. Gejala Gagal Jantung

3.1 Gagal jantung kiri

Keluhan berupa perasaan badan lemah, cepat lemah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, anoreksia, dan keringat dingin, batuk dan/atau batuk berdarah, fungsi ginjal menurun. Tanda dan gejala kegagalan ventrikel kiri:

- 3.1.1 Kongesti vaskuler pulmonal
- 3.1.2 Dipsnea, nyeri dada dan syok
- 3.1.3 Ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal
- 3.1.4 Batuk iritasi, edema pulmonal akut
- 3.1.5 Penurunan curah jantung
- 3.1.6 Gallop atrial –S4, gallop ventrikel –S1
- 3.1.7 Crackles paru
- 3.1.8 Disritmia pulsus alterans
- 3.1.9 Peningkatan berat badan
- 3.1.10 Pernafasan chyne stokes
- 3.1.11 Bukti radiografi tentang kongesti vaskuler pulmonal.
- 3.2 Gagal jantung kanan
- 3.2.1 Edema, anoreksia, mulas, asites, sakit daerah perut. Tanda dan gejala kegagalan ventrikel.
- 3.2.2 Curah jantung rendah
- 3.2.3 Distensi vena jugularis
- 3.2.4 Edema
- 3.2.5 Disritmia
- 3.2.6 S3 dan S4 ventrikel kanan
- 3.2.7 Hipersonor pada perkusi
- 3.2.8 Imobilisasi diafragma rendah
- 3.2.9 Peningkatan diameter pada antero posterial.

Gagal Jantung kongestif adalah gabungan kedua gambaran tersebut (Muttaqin, 2012).

4. Cara Penanganan Penderita Gagal Jantung

4.1 Penatalaksanaan Non Farmakologis

Menurut Siswanto, dkk (2015) dalam "buku panduan tata laksana penyakit jantung" ada 7 penatalaksanaan non farmakologis pada pasien dengan gagal jantung:

4.1.1 Manajemen Perawatan Mandiri

Manajemen perawatan mandiri dapat didefinisikan sebagai tindakantindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memerburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung kongestif.

4.1.2 Ketaatan pasien berobat

Ketaatan pasien berobat menurunkan morbiditas, mortalitas dan kualitas hidup pasien. Berdasarkan literatur, hanya 20 - 60% pasien yang taat pada terapi farmakologi maupun non-farmakologi.

4.1.3 Pemantauan berat badan mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikan dosis diuretik atas pertimbangan dokter.

4.1.4 Pengurangan berat badan

Pengurangan berat badan pasien obesitas (IMT > 30 kg/m²) dengan gagal jantung kongestif dipertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung kongestif, mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup.

4.1.5 Pendidikan kesehatan yang menyangkut penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan (Aspiani, 2014)

4.2 Penatalaksanaan Farmakologis

Penatalaksanaan gagal jantung bertujuan untuk menurunkan kerja jantung, meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas miokard, dan menurunkan retensi garam dan air. Penatalaksanaan, meliputi (Aspiani, 2014):

4.2.1 Pemberian deuretik

Akan menurunkan *preload* dan kerja jantung.

4.2.2 Pemberian morfin

Untuk mengatasi edema pulmonal akut, vasodilatasi periver, menurunkan aliran balik vena dan kerja jantung, menghilangkan ansietas karena dispnea berat.

4.2.3 Reduksi volume darah sirkulasi

Dengan metode plebotomi, yaitu suatu prosedur yang bermanfaat pada pasien dengan edema pulmonal akut karena tindakan ini dengan segera mamindahkan volume darah dari sirkulasi sentral, menurunkan aliran balik vena dan tekanan pengisian serta sebaliknya menciptakan masalah hemodinamik segera.

4.2.4 Terapi nitrit

Untuk vasodilatasi perifer guna menurunkan afterload.

4.2.5 Terapi digitalis

Obat untuk meningkatkan kontraktilitas (inotropik), memerlambat frekuensi ventrikel, peningkatan efisiensi jantung

4.2.6 Inotropik positif

1) Dopamin

Pada dosis kecil 2,5-5 mg/kg akan merangsang alfa-adrenergik dan beta-adrenegik. Reseptor dopamin ini mengakibatkan keluarnya katekolamin dari sisi penyimpana syaraf. Memerbaiki kontraktilitas curah jantung isi sekuncup. Dilatasi ginjal-serebral dan pembuluh koroner. Pada dosis maksimal 10-20 mg/kg BB akan menyebabkan vasokontriksi dan meningkatkan beban kerja jantung (Aspiani, 2014).

2) Dobutamin

Merangsang hanya beta-adrenergik, dosis mirip dopamin memerbaiki isi sekuncup, curah jantung dengan sedikit vaso kontriksi dan takikardia (Aspiani, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler: Aplikasi NIC dan NOC. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2012). Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Salemba Medika.
- Siswanto, B. B., Hersunanti, N., Erwinanto, Rossana, B., Pratito, R., Nauli, S., et al. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.



Cara Penanganan Gagal Jantung



Oleh

Cahyo Adi Baskoro NIM 152303101090

D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER – KAMPUS LUMAJANG 2018

Apa itu Gagal Jantung?

Suatu keadaan ketika tidak jantung mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi.



Penyebabnya Apa?

1. Faktor **Predisposisi** (langsung)

- ✓ Penyakit arteri koroner
- ✓ Kardiomiopati
- ✓ Penyakit pembuluh darah
- ✓ Penyakit jantung konginetal (bawaan lahir)

2. Faktor **Pencetus**

- ✓ Peningkatan asupan garam
- ✓ Serangan hipertensi
- ✓ Infeksi atau demam, anemia

3. Faktor Resiko

- ✓ Merokok
- **✓** Hipertensi
- ✓ Hiperlipidemia/ banyak lemak (gemuk)
- ✓ Kurang **aktivitas** fisik/ aktvitas berlebih
- ✓ Stres emosi
- ✓ Diabetes mellitus/kencing manis



INGAT ...!

"GAGAL JANTUNG BUKANLAH AKHIR DARI SEGALANYA"

"LAKUKAN PENANGANAN YG TEPAT"

Segera



Bagaimana Cara Penanganannya?

- Taat minum obat (diuretic, digitalis, nitrat, trombolitik)
- 2. Sering periksa
- 3. Sering pantau berat badan
- 4. **Pengurangan Berat Badan** (jika **gemuk**/obesitas)
- 5. Kurangi Aktivitas
- 6. **Jangan mengejan** saat BAB



Tanda Gejalanya Apa?

1. Gagal Jatung Kiri

Keluhan berupa perasaan badan lemah, **cepat lemah**, **berdebar-debar, sesak nafas**, **batuk, anoreksia**/nafsu makan turun, dan **keringat dingin**, batuk dan/atau **batuk berdarah**, fungsi ginjal menurun.

2. Gagal Jantung Kanan

- ✓ Edema/bengkak,
- ✓ Anoreksia/ Nafsu makan turun,
- ✓ Mulas
- ✓ Asites/ perut bengkak



