



Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien yang Mengalami Pola Nafas Tidak Efektif dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi

Evi Vestabiliv¹, Cindi Putri Natalia²

Overview of the Implementation of Nursing Care for Patients Who Experienced Ineffective Breathing Patterns by Congestive Heart Failure at RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Bekasi City

Email: ¹vestabiliv@yahoo.co.id, jurnal@stikesphi.ac.id

Abstrak

Gagal jantung kongestif adalah gangguan fungsi jantung yang mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk kebutuhan sel-sel tubuh (Nurlaela, 2017). Tujuan umum Penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami pola nafas tidak efektif dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi.

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif pendekatan studi kasus dengan intervensi pemberian terapi oksigen dan posisi semifowler. Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Tulip RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi mulai Januari sampai Maret 2023 mencapai 52 pasien. Partisipan dalam penelitian ini adalah 2 orang pasien dan keluarga serta 1 orang perawat. Waktu pengumpulan data yaitu pada tanggal 10-14 April 2023.

Hasil pengkajian pasien mengeluh sesak, bengkak pada ekstremitas, sulit tidur dan cepat lelah. Hasil pengkajian ditemukan terdapat 4 diagnosa keperawatan pada Tn S dan 5 diagnosa keperawatan pada Tn E. Adapun diagnosa keperawatan yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi. Pada tahap perencanaan, penulis menetapkan tujuan, kriteria hasil dan intervensi dengan kriteria waktu 3x24 jam. Pada pelaksanaan memonitor pola nafas, memonitor frekuensi dengan hasil 20x/menit, memberikan terapi oksigen 4 lt/menit, dan memberikan posisi semifowler. Pada tahap evaluasi dari empat diagnosa Tn. S dan lima diagnosa Tn. E sudah teratasi sesuai dengan kriteria hasil. Kesimpulan bahwa tindakan pemberian terapi oksigen dan pengaturan posisi semifowler efektif dalam mengatasi masalah keperawatan pola nafas tidak efektif. Saran untuk peneliti selanjutnya dapat memberikan informasi lebih lanjut, sehingga dapat memperluas pengetahuan tentang gagal jantung kongestif.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Kongestif, Pola Nafas Tidak Efektif, Sesak Nafas

Abstract

Congestive heart failure is a heart function disorder that fails to pump blood for the needs of the body's cells (Nurlaela, 2017). The general objective of this research is to determine the description of nursing care for patients who experience ineffective breathing patterns with Congestive Heart Failure at RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Bekasi City.

The research design used was a qualitative descriptive case study approach with the intervention of oxygen therapy and semi-Fowler position. Based on data obtained from the Tulip Room at RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Bekasi City from January to March 2023 reached 52 patients. Participants in this study were 2 patients and their families and 1 nurse. Data collection time is April 10-14 2023.

As a result of the assessment, the patient complained of shortness of breath, swelling in the extremities, difficulty sleeping and fatigue quickly.

The results of the assessment found that there were 4 nursing diagnoses for Mr S and 5 nursing diagnoses for Mr E. The nursing diagnoses that were the focus of this research were ineffective breathing patterns related to hyperventilation. At the planning stage, the author sets goals, outcome criteria and interventions with a time criteria of 3x24 hours. During the implementation, monitor breathing patterns, monitor frequency with results of 20x/minute, provide oxygen therapy at 4 liters/minute, and provide a semi-Fowler position. At the evaluation stage of Mr. S and five diagnoses Mr. E has been resolved according to the outcome criteria. The conclusion is that the action of providing oxygen therapy and setting the semi-fowler position is effective in overcoming nursing problems with ineffective breathing patterns. Suggestions for future researchers can provide further information, so as to expand knowledge about congestive heart failure.

Keywords: Congestive Heart Failure Nursing Care, Ineffective Breathing Pattern, Shortness of Breath

¹ Dosen STIKes Persada Husada Indonesia Prodi S1 Kesehatan Masyarakat

² Aumni STIKes Persada Husada Indonesia Prodi S1 Kesehatan Masyarakat

Pendahuluan

Gagal jantung kongestif adalah suatu gangguan fungsi jantung yang mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk kebutuhan sel-sel tubuh (Nurlaela, 2017). Gagal jantung adalah sindrom yang ditandai dengan sesak napas, dispnea saat aktivitas fisik, dispnea nokturnal paroksismal, ortopnea, dan edema perifer atau edema paru, hal tersebut terjadi karena penumpukan cairan di jaringan paru. Akibatnya pola nafas pasien menjadi tidak efektif (Wardani et al., 2018). Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018)

Berdasarkan data WHO pada tahun 2015 menunjukkan bahwa 70% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular (39,5 juta dari 56.4 kematian) (*World Health Organization*, 2020). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 prevalensi penyakit jantung menurut diagnosa dokter di Indonesia sejumlah 1.5% (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Menurut peneliti data yang diperoleh dari Ruang Tulip RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi, pada bulan Januari – Maret tahun 2023 sebanyak 52 pasien.

Gagal jantung kongestif disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya

aliran darah ke otot jantung. Terganggunya aliran darah ke otot jantung menyebabkan terjadinya hipoksia dan asidosis sehingga terjadi sesak nafas.

Salah satu masalah keperawatan pada pasien Gagal Jantung Kongestif adalah pola nafas tidak efektif yang disebabkan oleh penurunan ekspansi paru ditandai dengan sesak nafas (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Menurut PERKI 2015 penyebab gagal jantung kongestif yaitu:

- 1) Penyakit arteri koroner yang menimbulkan infark miokard dan tidak berfungsinya miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung.
- 2) Kelainan otot jantung menyebabkan penurunan kontraktilitas jantung.
- 3) Hipertensi sistemik/pulmonal (peningkatan afterload)
- 4) Perubahan irama jantung
- 5) Peradangan dan penyakit miokardium
- 6) Penyakit jantung lain seperti stenosis katup semilunair, tamponade perikardium, perikarditis konstriktif atau stenosis katup AV.
- 7) Faktor sistemik meningkatnya laju metabolisme seperti demam, hipoksia dan anemia diperlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik.

Patofisiologi

Gagal jantung kanan, karena ketidakmampuan jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kanan, dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatika menyebabkan hepatomegali dan kemudian menyebabkan asites.

Gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah dari paru ke atrium kiri terganggu akibat tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meningkat. Bila jantung kanan dan kiri mengalami gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru.

Manifestasi Klinis

- a. Gejala tipikal seperti sesak nafas, ortopnea, *paroxysmal, nocturnal dyspnea*, toleransi aktivitas yang berkurang, cepat lelah dan bengkak di pergelangan kaki.
- b. Tanda spesifik seperti peningkatan JVP, reflux hepatojugular, suara jantung S3 (gallop), apex jantung bergeser ke lateral, dan bising jantung.
- c. Gejala kurang tipikal seperti batuk di malam hari, BB bertambah lebih dari 2 kg perminggu, berdebar, bingung, penurunan nafsu makan dan pada stadium lanjut terjadi penurunan berat badan.
- d. Tanda kurang tipikal seperti edema perifer, krepitasi, pulmonal, suara pekak di basal pada perkusi, takikardi, nadi ireguler, nafas cepat, hepatomegali, asites, kaheksia.

Komplikasi

Menurut (Aspiani, Y., 2014) komplikasi pada gagal jantung kongestif yaitu:

- 1) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar merupakan manifestasi dari kegagalan jantung.
- 2) Asites bila proses hepatomegali ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh portal meningkat, sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, yaitu suatu kondisi yang dinamakan asites.
- 3) Edema paru pada gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi.

Penatalaksanaan

Terapi

Menurut (Schwarz et al., 2014) dapat dilakukan dengan pembatasan asupan garam, penurunan berat badan, diet rendah garam dan rendah kolesterol, tidak merokok, olahraga.

- 1) Terapi
 - a) Pemberian diuretik
 - (1) *Loop diuretic (Furosemide (lasix))*
 - (2) *Thiazide (Hydrochlorothiazide)*
 - (3) *Aldosterone (agonist dan spironolactone)*
 - b) Vasodilator Drugs
 - c) Nitrat (isosorbide)
 - d) Hydralazine (terutama apabila ditambah dengan regimen digoxin dan terapi diuretic)
 - e) Ace inhibitors (captopril, enalapril)
 - f) Beta Adrenergic blockers

- 2) Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan
- a) Coronary Reperfusion, terutama pada akut gagal jantung berulang dihubungkan dengan edema pulmonary.
 - b) Valvular Heart Disease.
 - c) Reduction ventriculoplasty meliputi eksisi pada bagian dari otot ventrikel kiri yang diskinetik. Hal ini biasanya dilakukan pada gagal jantung stadium akhir.
 - d) Transmyocardial laser revascularization
 - e) Prosedur operasi perbaikan fungsi jantung
 - (1) intra-aortic balloon pump
 - (2) permanent implantable balloon pump
 - (3) total artificial heart
 - f) Transplantasi Jantung (terapi paling efektif pada keadaan gagal jantung berat).

Metode

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif dengan intervensi. Penelitian kualitatif merupakan suatu penelitian yang digunakan untuk meneliti pada objek yang alamiah dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Prasanti, 2018). Dalam penelitian ini adalah 2 orang pasien dan 2 keluarga yang mengalami diagnosa medis yang sama yaitu Pola Nafas Tidak Efektif dengan Gagal Jantung Kongestif. Pengumpulan data lapangan dilaksanakan pada tanggal 10-14 April 2023. Observasi yang dilakukan oleh penulis dalam menyusun karya

tulis ilmiah ini dilakukan dengan pengamatan secara langsung terhadap pasien serta melakukan pemeriksaan fisik dengan metode: inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data. Uji keabsahan data dilakukan dengan menggunakan triangulasi. Triangulasi adalah suatu cara mendapatkan data yang benar-benar absah dengan menggunakan pendekatan metode ganda. Analisis data ini menggunakan metode triangulasi metode dan sumber data.

Hasil dan Pembahasan

Pengkajian

Pada identitas Tn. S dan pasien Tn. E terbilang berbeda dari usia Tn. S 44 tahun termasuk dalam dewasa akhir dan Tn. E 62 tahun termasuk dalam lansia akhir. Menurut (Hakim, 2020) klasifikasi usia menurut Kementerian Kesehatan sebagai berikut: masa dewasa akhir: 36-45, masa lansia awal: 46-55 tahun, masa lansia akhir: 56-65 tahun, masa manula: >65 tahun. Pasien dengan gagal jantung rata-rata berusia 60 tahun dan kebanyakan berjenis kelamin laki-laki, tidak menutupi kemungkinan adanya pasien berusia lebih muda. Hal ini biasanya terjadi pada pasien yang pernah merokok memiliki resiko mengalami gagal jantung. (Sidhi Laksono, 2021) Menurut penulis terdapat kesenjangan antara kasus dan teori pada Tn. S termasuk kategori usia dewasa akhir, namun Tn. S bisa mengalami gagal jantung karena disebabkan pola hidup atau kebiasaan merokok.

Sedangkan pada Tn. E sudah sesuai dengan teorinya.

Pada riwayat penyakit sekarang Tn. S mengatakan nyeri dada terasa tertarik, sulit tidur pada malam hari karena sesak nafas, pada riwayat kesehatan dahulu Tn. S mempunyai riwayat jantung dan paru, pada riwayat penyakit keluarga Tn. S tidak terdapat riwayat penyakit keluarga sedangkan Tn. E mengatakan kaki bengkak sudah 1 bulan yang lalu, pada riwayat keluarga Tn. E mempunyai riwayat asma dari seorang ibu. Menurut (Muttaqin, 2013) pada pengkajian riwayat sekarang yang mendukung yaitu keluhan pasien terganggu aktivitas lainnya seperti keluhan tentang insomnia atau sulit tidur, dan kelemahan yang disebabkan sesak nafas. Riwayat penyakit dahulu apakah pasien sebelumnya pernah menderita nyeri dada, hipertensi, dan diabetes melitus. Riwayat penyakit keluarga menurut (Zulistin, 2015) terdapat 44,1% yang memiliki faktor keturunan penyakit gagal jantung dalam keluarga. Riwayat psikososial menurut (Majid, 2013) bahwa dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan mekanisme koping individu dengan memberikan dukungan dan saran yang berfokus pada aspek yang lebih positif. Menurut peneliti pada Tn. E tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena Tn. E mengalami edema, dan sesak nafas, sedangkan pada Tn. S tidak terdapat edema karena pada Tn. S tidak terjadi retensi cairan sehingga tidak terdapat edema sedangkan pada teori yang ada dalam keluhan

pasien gagal jantung yaitu salah satunya edema pada ekstremitas atau perut.

Pola kesehatan Tn. S pola nutrisi menghabiskan 1 porsi makan 3 kali sehari, pola eliminasi tidak ada keluhan, pola istirahat mengeluh sulit tidur pada malam hari karena sesak nafas, pola aktivitas tidak bisa beraktivitas terlalu berat sedangkan Tn. E pada pola nutrisi menghabiskan ½ porsi makan 3 kali sehari karena mual, pola eliminasi b.a.k hanya sedikit dan saat sakit belum b.a.b 2 hari, pola istirahat tidak ada keluhan. Pola aktivitas jika beraktivitas terlalu berlebihan akan mengalami sesak nafas. Menurut (Wijayati, 2019) pola nutrisi pada gagal jantung terdapat gejala mual, muntah, kehilangan nafsu makan. Pola eliminasi terjadinya penurunan berkemih, urine berwarna gelap, berkemih pada malam hari atau nokturia dan bisa terjadi diare atau konstipasi. Pola istirahat tidur pada pasien gagal jantung biasanya mengalami sulit tidur dan juga istirahat karena adanya sesak nafas yang ditandai dengan kondisi pasien yang gelisah dan sering terbangun. Pola aktivitas biasanya pasien mengalami kelelahan terus menerus sepanjang hari, serta sesak nafas saat melakukan aktivitas. Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara kasus dan teori pada Tn. S pada pola eliminasi tidak terdapat konstipasi karena asupan cairan cukup sedangkan pada Tn. E pada pola eliminasi terdapat konstipasi karena berkurangnya mobilitas seperti kurang aktivitas fisik lainnya, dan asupan makanan tinggi serat kurang.

Hasil pemeriksaan fisik pada Tn. S dan Tn. E ditemukan masalah sistem pernafasan yaitu

pasien mengatakan sesak nafas, sistem kardiovaskuler pada Tn. S ditemukan dada terasa nyeri saat aktivitas seperti tertarik dan cepat lelah sedangkan Tn. E terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, pada sistem pencernaan Tn. S tidak ada keluhan sedangkan Tn. E sistem pencernaan ada mual atau kurang nafsu makan dan abdomen kembung, pada sistem urogenital Tn. S tidak ada keluhan dan kelebihan cairan +70ml sedangkan Tn. E sistem urogenital pola eliminasi b.a.k hanya sedikit dan kelebihan cairan +605 ml. Menurut (Fikriana, 2018) pada pasien yang mengalami gangguan sistem pernafasan adanya tanda kongestif vaskuler pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nocturnal proksimal, dan batuk. Pada sistem kardiovaskuler, beberapa penyakit memunculkan gejala sesak nafas, pada pasien gagal jantung sesak nafas seringkali muncul akibat kelelahan. Pada sistem pencernaan yang terjadi kurang nafsu makan terjadi karena pencernaan mengalami penurunan kebutuhan sehingga akan menyebabkan gangguan dalam pencernaan. Pada sistem urogenital pengukuran volume keluaran urine yang berhubungan dengan asupan cairan dengan memantau adanya edema ekstremitas yang menandakan retensi cairan. Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara kasus dan teori pada Tn. E sistem pencernaan yaitu jika terjadi penumpukan cairan pada organ sistem pencernaan bisa membuat pasien gagal jantung menjadi begah sehingga mual dan kurang nafsu makan, pada sistem urogenital mengalami oliguria sehingga mengakibatkan Tn. E edema, sedangkan pada

Tn. S tidak terdapat kesenjangan karena pada sistem pernafasan Tn. S mengatakan sesak nafas, ortopnea, dispnea nocturnal proksimal, pada sistem kardiovaskuler mengatakan nyeri dada dan cepat lelah, pada sistem pencernaan tidak terdapat mual, dan pada sistem urogenital tidak terdapat oliguria atau menandakan retensi cairan.

Hasil pemeriksaan diagnostik pada Tn. S terjadi penurunan hemoglobin, penurunan hematokrit, peningkatan leukosit, penurunan eGFR, peningkatan glukosa darah sewaktu dan penurunan pada natrium dan kalium sedangkan pada Tn. E terjadi penurunan hemoglobin, peningkatan ureum, penurunan eGFR, peningkatan glukosa darah sewaktu, dan penurunan klorida. Menurut (Suhatri et al., 2018) gangguan elektrolit umumnya pada pasien gagal jantung adalah hiponatremia, hipokalemia dan hipomagnesemia. Hiponatremia adalah kelainan elektrolit yang paling umum pada pasien rawat inap di rumah sakit. Hiponatremia menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas dalam berbagai kondisi klinis. Hipokalemia adalah efek samping kombinasi diuretik dan digoxin yang sering terjadi dalam pengobatan gagal jantung, karena kombinasi ini meningkatkan hipokalemia. Hipomagnesemia adalah salah satu bentuk gangguan elektrolit yang ditandai dengan penurunan kadar magnesium dalam darah. Hipokloremia adalah salah satu bentuk gangguan elektrolit yang ditandai dengan penurunan kadar klorida dalam darah. Menurut peneliti ada kesenjangan antara kasus dan teori pada Tn. S tidak ditemukan pada

hipomagnesium karena pada data magnesium dalam batas normal sedangkan natrium dan kalium kurang dari batas normal sehingga ditemukan hiponatremia dan hipokalemia. Pada Tn. E tidak ditemukan hiponatremia, hipokalemia, dan hipomagnesium karena pada nilai natrium, kalium dan magnesium dalam batas normal sedangkan hipokloremia kurang dari batas normal sehingga ditemukan hipokloremia. Peran elektrolit yaitu pada tubuh manusia sangat penting, sebab tidak ada proses metabolisme yang tidak terpengaruh oleh elektrolit sehingga terjadi penurunan atau tidak normal pemeriksaan elektrolit pada pasien gagal jantung.

Penatalaksanaan pada Tn. S yaitu mendapatkan terapi obat bisoprolol untuk mengatasi hipertensi, aritmia, dan gagal jantung, obat furosemide untuk mengatasi pembengkakan yang disebabkan penyakit hati dan penyakit ginjal, obat brilinta untuk mencegah kejadian trombotik (misalnya infark miokard), sedangkan Tn. E mendapatkan terapi obat lasix untuk mengeluarkan cairan berlebih pada kondisi edema pada penderita gagal jantung, obat digoxin untuk mengurangi beban kerja jantung dan membantu mengembalikan irama jantung menjadi normal, obat vblock untuk mengatasi tekanan darah tinggi dan gagal jantung, dan obat clopidogrel untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah. Menurut (Nurkhalis & Adista, 2020) Terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis dan terapi farmakologis. Tujuan dari adanya terapi

yakni untuk meredakan gejala. Obat yang digunakan dalam terapi gagal jantung meliputi: loop diuretic (furosemide, lasix), aldosteron, ACE inhibitor (captopril), beta adrenergic blocker (metoprolol, carvedilol, dan bisoprolol adalah obat golongan beta blocker yang terbukti dapat mengurangi mortalitas gagal jantung), Hydralazine (terutama apabila ditambah regimen digoxin digunakan untuk memperlambat laju ventrikel pada pasien gagal jantung dengan fibrilasi atrial). Menurut peneliti tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada kedua pasien dimana Tn. E mendapatkan terapi obat yang didapatkan digoxin sama dengan bisoprolol yang diberikan kepada Tn. S, sedangkan Tn. S mendapatkan terapi furosemide sama dengan lasix yang diberikan kepada Tn. E.

Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa Tn. S dan Tn. E memiliki 3 (tiga) persamaan diagnosa keperawatan dan 3 (tiga) perbedaan diagnosa keperawatan antara Tn. S dan Tn. E Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. S dan Tn. E yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas otot jantung
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Adapun diagnosa keperawatan pada Tn. S yang tidak ditemukan pada Tn. E adalah

gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan (sesak nafas). Ada dua diagnosa keperawatan pada Tn. E yang tidak ditemukan pada Tn. S yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena.

Diagnosa yang ada di teori tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi; perubahan pada membran alveolar-kapiler dan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian; kekhawatiran mengalami kegagalan; kurang terpapar informasi. Menurut peneliti pada Tn. S dan Tn. E tidak terdapat data hipoksemia, sianosis, penggunaan otot aksesori, dan tidak mengalami ansietas karena sudah mempunyai riwayat pada penyakit tersebut dan sudah melakukan perawatan pada penyakit gagal jantung kongestif.

Perencanaan

Tahap ini fokus pada penentuan prioritas masalah keperawatan, penentuan tujuan dan kriteria hasil selama 3x24 jam yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan. Pada perencanaan kasus gagal jantung kongestif dengan pemberian terapi oksigen dan posisi semi fowler dengan hasil yang digunakan terapi oksigen nasal kanul untuk memenuhi kebutuhan oksigen didalam tubuh, dan posisi semi fowler dengan 45° untuk

pasien gagal jantung untuk mengurangi konsumsi oksigen, serta meningkatkan dilatasi paru. Dan telah mengacu pada masalah keperawatan dengan mengumpulkan kedua data pasien dan menetapkan diagnosa keperawatan maka tahap berikutnya yaitu perencanaan.

Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa dari satu sampai lima pada Tn. S dan Tn. E sudah disesuaikan berdasarkan perencanaan yang dibuat. Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. E untuk mengatasi diagnosa pola nafas tidak efektif yaitu memonitor pola nafas, memonitor frekuensi nafas, memonitor adanya sumbatan jalan nafas, memberikan terapi oksigen, memberikan posisi yang lebih nyaman dengan hasil selama 3x24 jam pada Tn. S dan Tn. E yaitu pola nafas normal, frekuensi 20x/menit, dan tidak terdapat sumbatan jalan nafas, memberikan terapi oksigen 4lt/menit, memberikan posisi semi fowler.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. E untuk mengatasi diagnosa penurunan curah jantung yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala (mis, edema), memonitor tekanan darah, memonitor keluhan nyeri dada, dan memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres dengan hasil selama 3x24 jam pada Tn. S tidak terdapat edema, hasil tekanan darah 135/89 mmHg,

pasien sudah tidak merasakan nyeri dada, dan dengan terapi teknik nafas dalam pasien lebih rileks. Pada Tn. E sudah tidak terdapat edema pada ekstremitas, hasil tekanan darah 147/82 mmHg, pasien tidak merasakan nyeri dada, dan dengan terpai teknik nafas dalam pasien lebih rileks.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. E untuk mengatasi diagnosa intoleransi aktivitas yaitu menganjurkan tirah baring, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dengan hasil 3x24 jam pada Tn. S dan Tn. E yaitu pasien beristirahat atau bedrest dengan nyaman, pasien lebih nyaman saat beristirahat, pasien terlihat rileks.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk mengatasi diagnosa gangguan pola tidur yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, dan menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan hasil 3x24 jam pada Tn. S yaitu susah tidur karena sesak pada malam hari, pencahayaan dalam ruangan sudah cukup, pasien sudah mengetahui tentang tidur berkualitas.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. E untuk mengatasi diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu memonitor kemerahan panas nyeri pada ekstremitas, menghindari pemasangan infus di area keterbatasan perifer, dan menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi dengan hasil 3x24 jam pada Tn. E tidak terdapat panas atau nyeri

pada ekstremitas, pasien terhindar dari area keterbatasan perifer, dan tidak terjadi penekanan pada ekstremitas keterbatasan perfusi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. E untuk mengatasi diagnosa hipervolemia yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis; dispnea, edema), membatasi asupan cairan dan garam, menganjurkan cara membatasi cairan, dan mengkolaborasi pemberian diuretik dengan hasil 3x24 jam yaitu pasien tidak terdapat edema pada ekstremitas, pasien membatasi asupan cairan, pasien dan keluarga diajarkan cara membatasi cairan dengan minum tidak boleh 1.500 liter, kolaborasi dengan pemberian obat lasix.

Evaluasi

Pada tahap evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien Tn. S dan Tn. E masalah pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru masalah teratasi pada 3x24jam, berdasarkan kriteria hasil dicapai yaitu pola nafas normal. Sedangkan evaluasi ke empat diagnosa keperawatan lainnya pada pasien Tn. S dan Tn. E didapatkan masalah keperawatan teratasi pada 3x24jam dan kriteria hasil tercapai ditunjukkan dengan data pola nafas normal frekuensi 20x/menit, balance cairan intake dan output +95ml, pasien sudah tidak lemas, pola tidur pasien kembali normal, pasien membatasi aktivitas yang tidak terlalu berat dan sesuai dengan standar intervensi.

Kesimpulan

Pada tahap pengkajian sebagian besar data pengkajian kedua pasien hampir sama dan sesuai dengan tinjauan teori seperti identitas, riwayat penyakit, perubahan pola kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, terapi obat yaitu Tn. S usia 44 tahun dan Tn. E usia 62 tahun, pada riwayat penyakit sekarang Tn. S memiliki keluhan sesak nafas, dan cepat lelah disertai nyeri dada terasa tertarik dan mempunyai riwayat jantung dan paru, pada pola aktivitas tidak bisa terlalu beraktivitas berat, dan mengeluh sulit tidur. Sedangkan pada Tn. E mengalami kaki bengkak sudah 1 bulan yang lalu sehingga mengalami kelebihan cairan +605 dan mempunyai riwayat asma sejak sekolah dasar, pola nutrisi menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan 3 kali sehari karena mual, eliminasi b.a.k hanya sedikit dan saat sakit belum b.a.b 2 hari. Pemeriksaan diagnostik pada Tn. S terjadi penurunan hemoglobin, penurunan hematokrit, peningkatan leukosit, penurunan egfr, peningkatan glukosa darah sewaktu dan penurunan pada natrium dan kalium sedangkan pada Tn. E terjadi penurunan hemoglobin, peningkatan ureum, penurunan egfr, peningkatan glukosa darah sewaktu, dan penurunan klorida. Obat yang didapatkan pada Tn. S yaitu obat bisoprolol, obat furosemide, obat brilinta, sedangkan Tn. E mendapatkan terapi obat lasix, obat digoxin dan obat clopidogrel.

Tahap diagnosa Tn. S dan Tn. E memiliki 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang sama dan 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang berbeda antara Tn. S dan Tn. E. Adapun persamaan

diagnosa utama pada Tn. S dan Tn. E yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas otot jantung. Namun terdapat perbedaan diagnosa yaitu pada Tn. S pola nafas tidak efektif dengan penurunan ekspansi paru, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan (sesak nafas), sedangkan Tn. E pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa keperawatan ini diambil berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti pasien mengatakan sesak nafas, pasien nyeri dada terasa tertarik, pasien mengatakan cepat lelah, pasien mengatakan susah tidur, pasien mengatakan mual.

Tahap perencanaan fokus pada penentuan prioritas masalah keperawatan, penentuan tujuan dan kriteria hasil selama 3x24 jam yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan. Adapun prioritas masalah pada kasus Tn. S dan Tn. E memiliki diagnosa yang sama yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru dengan kriteria hasil 3x24 jam yaitu pemberian terapi oksigen dan posisi semi fowler dengan hasil yang digunakan terapi oksigen nasal kanul untuk memenuhi kebutuhan oksigen didalam tubuh,

dan posisi semi fowler dengan 45° untuk pasien gagal jantung untuk mengurangi konsumsi oksigen, serta meningkatkan dilatasi paru. Penulis menyusun intervensi pada masing-masing diagnosa dengan berpedoman pada standar intervensi keperawatan Indonesia yang ditetapkan oleh PPNI tahun 2018.

Tahap pelaksanaan sebagian besar rencana tindakan dapat dilaksanakan sesuai dengan diagnosa keperawatan masing-masing. Pada diagnosa prioritas pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, penulis melakukan tindakan mandiri yaitu memonitor pola nafas, memonitor frekuensi nafas, memonitor adanya sumbatan jalan nafas, memberikan terapi oksigen, memberikan posisi yang lebih nyaman dengan hasil selama 3x24 jam pada Tn. S dan Tn. E yaitu pola nafas normal, frekuensi 20x/menit, dan tidak terdapat sumbatan jalan nafas, memberikan terapi oksigen 4lt/menit, memberikan posisi semi fowler.

Tahap evaluasi ini, pada Tn. S dan Tn. E setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien Tn. S dan Tn. E pada ke 4 (empat) diagnosa masalah keperawatan masalah teratasi pada 3x24jam dan kriteria hasil tercapai dengan data pola nafas normal frekuensi 20x/menit, balance cairan intake dan output +95ml, pasien sudah tidak lemas, pola tidur pasien kembali normal, pasien membatasi aktivitas yang tidak terlalu berat dan sesuai dengan standar intervensi.

Saran

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan komprehensif dalam waktu yang lama sehingga mendapatkan hasil yang lebih maksimal. Bagi institusi diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi bacaan dalam perpustakaan untuk menambah ilmu pengetahuan mengenai pola nafas tidak efektif. Bagi perawat agar mengembangkan tentang asuhan keperawatan, serta perawat harus benar-benar memonitor keadaan umum dan kesadaran pasien dengan gagal jantung kongestif, memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan perawatan gagal jantung kongestif dengan melakukan hidup sehat. Bagi mahasiswa hasil penelitian ini diharapkan dapat lebih meningkatkan ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi pada pasien yang mengalami masalah gagal jantung kongestif. Bagi pasien dan keluarga hasil penelitian ini diharapkan pasien dan keluarga supaya mengetahui gambaran umum tentang gangguan sistem kardiovaskuler beserta perawatan yang benar bagi pasien agar penderita mendapatkan perawatan yang tepat dalam keluarga.

Ucapan Terima Kasih

1. Agustina S.K.M, M.Kes, Ns. Fitria Prihatini, M. Kep, Evi Vestabilivy S.Kp, M.Kep, Elwindra S.T, M.Kes, yang telah mensupport, menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya.

2. Dr. Kusnanto Saidi M.A.R.S selaku Direktur RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi yang telah memberikan kesempatan dalam menjalankan praktek ini.
3. Teristimewa kedua orangtua Ayahanda dan Ibunda (Almh) yang saya cintai, serta segala doa dan pendampingan yang telah diberikan selama ini.

Daftar Pustaka

- Anggraeni, K., & Suryandari, D. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Jantung Kongestif Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi.
- Aspiani, Y., R. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler: Aplikasi NIC & NOC. Buku Kedokteran EGC.
- Fikriana, R. (2018). Sistem Kardiovaskuler. (Dwi Novidi). Deepublish.
- Hakim, L. N. (2020). Urgensi Revisi Undang-Undang tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, 11(1), Diakses 20 maret 2023
- Haryoko M.Pd. (2020). Analisa Data Penelitian Kualitatif. <http://eprints.unm.ac.id/20838/> Diakses 25 maret 2023
- Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1 (I. K. Dewi (ed.). PT. Pustaka Baru.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematianterbanyak-ke-2-di-indonesia.html Diakses tanggal 25 maret 2023
- Muttaqin, A. (2013). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan. Salemba Medika.
- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gangguan Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36–46.
- Nurlaela, E. S. (2017). Upaya penatalaksanaan pola nafas tidak efektif pada pasien congestive heart failure. Karya Tulis Ilmiah, 1–13.
- PERKI. (2015). Pedoman Tatalaksana Gangguan Jantung.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Prasanti, D. (2018). Penggunaan Media Komunikasi Bagi Remaja Perempuan Dalam Pencarian Informasi Kesehatan. *Lontar: Jurnal Ilmu Komunikasi*, 6(1), 13–21. <https://doi.org/10.30656/lontar.v6i1.645> Diakses tanggal 1 april 2023
- Rukayah, S. (2022). *Jurnal Persada Husada Indonesia Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Pola Nafas Tidak Efektif dengan Bronkopneumonia di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi Nursing Care of Clients Who Experienced Ineffective*

Breath with Bronchopneumonia in Budi Lestari Hos. 9(35), 55–64. Diakses tanggal 1 maret 2023

Schwarz, P (2014). Patomekanisme Penyakit Gagal Jantung Kongestif. 171(6). <https://ejournal.bioscientifica.com/view/journals/eje/171/6/727.xml>. Diakses tanggal 1 maret 2023

Sidhi Laksono, D. (2021). Diagnosis Gagal Jantung. In Sidhi Laksono (Ed.), Seri kardiologi Praktis Gagal Jantung. Penerbit Bintang Pustaka Madani.

Suhatri, Elfi, E. F., & Marsellinda, E. (2018). Gambaran Kadar Elektrolit (Natrium dan Kalium) Terapi Gagal Jantung di RSUP Dr . M . Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 5(3), 243–246.

Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien TB Paru. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 3(2), 98–114.

Wijayati, S. (2019). Pengaruh Posisi Tidur Semi Fowler 45 Pasien Gagal Jantung Kongestif. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/439/posisi-fowler-duduk

World Health Organization. (2020). *WHO reveals leading causes of death and disability worldwide. World Health Organization.*

Yulianti, Y., & Chanif, C. (2021). buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskuler aplikasi nic & noc.

Zulistin, R. (2015) Gambaran Faktor Risiko Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif