

**ANALISA PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *COMPREHENSIVE*
DISCHARGE PLANNING DALAM MENINGKATKAN MANAJEMEN
KESEHATAN DIRI PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART*
FAILURE (CHF)**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2018**

ANALISA PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *COMPREHENSIVE DISCHARGE PLANNING* DALAM MENINGKATKAN MANAJEMEN KESEHATAN DIRI PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)*

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)
Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



Disusun Oleh :

MURTIANTI, S.Kep

NIM. P1706060

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *COMPREHENSIVE DISCHARGE PLANNING* DALAM MENINGKATKAN MANAJEMEN KESEHATAN DIRI PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

MURTIANTI, S.Kep

NIM: P1706060

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 20 Desember 2018

PENGUJI I

Ns. Chrisyen Damantik, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.83.11.023

PENGUJI II

Arifudin Riyadi, S.Kep

NIP. 19750818.199503.1.003

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Mengetahui,

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.14.071



SAMARINDA

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Murtianti, S.Kep
NIM : P1706060
Program Studi : Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada
Samarinda

Judul Penelitian : Analisa Praktek Klinik Keperawatan
Penerapan *Comprehensive Discharge Planning*
Dalam Meningkatkan Manajemen Kesehatan
Diri Pada Pasien *Congestive Heart Failure*
(CHF)

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa kian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 20 Desember 2018
Yang membuat pernyataan,

Murtianti, S.Kep
P1706060

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalammu'alaikum wr.wb.

Segala puja dan puji syukur senantiasa penulis haturkan kehadirat Allah SWT atas rahmat, karunia, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul “Analisa Praktek Klinik Keperawatan Penerapan *Comprehensive Discharge Planning* Dalam Meningkatkan Manajemen Kesehatan Diri Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)”.

Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program Profesi Ners Ilmu Keperawatan di STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun 2018. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Dr. H. Rachim Dinata M, Sp.B, FINAC, M.Kes, selaku Pemimpin BLUD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian.
4. Ibu Ns.Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Koordinator Mata Kuliah Elektif.
5. Bapak Ns. Chrisylen Damanik, S. Kep., M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.

6. Bapak Arifudin Riyadi, S.Kep selaku Pembimbing Klinik di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
7. Seluruh pegawai Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang bersedia membantu dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
8. Dosen dan Staf Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.
9. Kepada seluruh keluarga besar yang tercinta, yang penuh kesabaran dan keikhlasan memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini kepada penulis.
10. Seluruh rekan-rekan Profesi Ners Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
11. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Samarinda, 20 Desember 2018

Penulis

ANALISA PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN *COMPREHENSIVE DISCHARGE PLANNING* DALAM MENINGKATKAN MANAJEMEN KESEHATAN DIRI PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)

Murtianti¹, Chrisyen Damanik², Arifudin Riyadi³

Abstrak

Congestive heart failure (CHF) merupakan suatu kondisi patologis jantung mengalami ketidakmampuan memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam jaringan. Perawatan pasien CHF di rawat inap yang paling utama adalah pemberian *discharge planning* dari rumah sakit ke rumah. *Discharge planning* berisi tentang gambaran secara rinci terkait penyakit yang diderita pasien dan perawatan selama di rumah seperti diet, kontrol berat badan, latihan fisik, gaya hidup dan kontrol obat-obat yang diminum oleh pasien, serta mengenali tanda dan gejala yang berkaitan dengan memburuknya CHF. Analisa praktik klinik keperawatan penerapan *comprehensive discharge planning* dalam meningkatkan manajemen kesehatan diri pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Evaluasi tindakan penerapan *discharge planning* adalah pilihan tepat mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diri dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah pada pasien CHF, sebab telah terbukti selama 8 hari perawatan dapat keluarga klien dan klien dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang di ajukan oleh perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yang di derita klien.

Kata kunci: *Congestive Heart Failure, Discharge Planning*

THE NURSING CLINICAL PRACTICE ANALYSIS OF *COMPREHENSIVE DISCHARGE PLANNING* IMPLEMENTATION IN IMPROVING SELF-HEALTH MANAGEMENT OF *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) PATIENTS

Murtianti¹, Chrisyen Damanik², Arifudin Riyadi³

Abstract

Congestive heart failure (CHF) is a pathological condition in which the heart has an inability to pump enough blood to meet the oxygen demand in the tissues. The care of CHF patients is hospitalized, the most important of which is the administration of *discharge planning* from the hospital to the house. *Discharge planning* consists of a detailed description of the patient's illness and care at home such as diet, weight control, physical exercise, lifestyle and control of medications taken by the patient, and recognizing signs and symptoms associated with worsening CHF. Analysis of nursing clinical practice in *comprehensive discharge planning* implementation in improving self health management in *Congestive Heart Failure* (CHF) patients in the Abdul Wahab Sjahranie Hospital ICU Hospital Samarinda. The evaluation of the application of the right choice of *discharge planning* to overcome the healthcare problem in patient was acute pain, ineffective breathing patterns, decreased cardiac output, activity intolerance, readiness to improve self-health management and risk of glucose instability in CHF patients. This was because it has been proven for 8 days care that the client's family wishes to ask about the illness suffered by the client.

Keywords: *Congestive Heart Failure, Discharge Planning*

¹ Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

² Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

³ Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori Jantung	6
B. Konsep Teori <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	12
C. Konsep <i>Discharge Planning</i>	17
D. Telaah Penelitian Terdahulu	28
BAB III LAPORAN KASUS	
A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan	32
B. Asuhan Keperawatan Pasien Resume I	61
C. Asuhan Keperawatan Pasien Resume II	63
D. Perbandingan Hasil Intervensi	65
BAB IV ANALISIS SITUASI	
A. Profil Lahan Praktik	68
B. Analisis Masalah Keperawatan Pada Pasien Kelolaan	69
C. Analisa Intervensi <i>Discharge Planning</i>	84

D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan	85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	



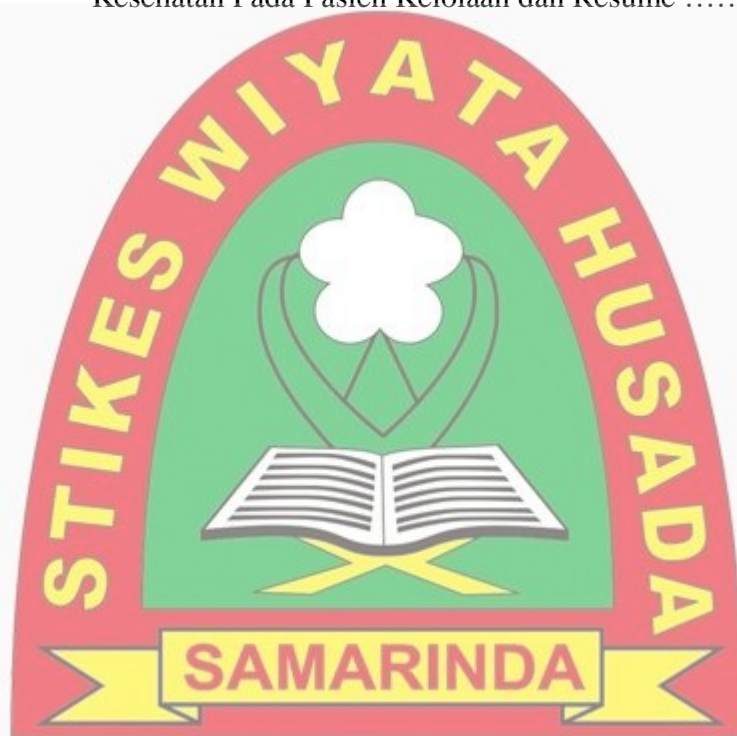
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Analisis Data dan Diagnosis Keperawatan.....	33
Tabel 3.2. Perbandingan Hasil Penelitian.....	68



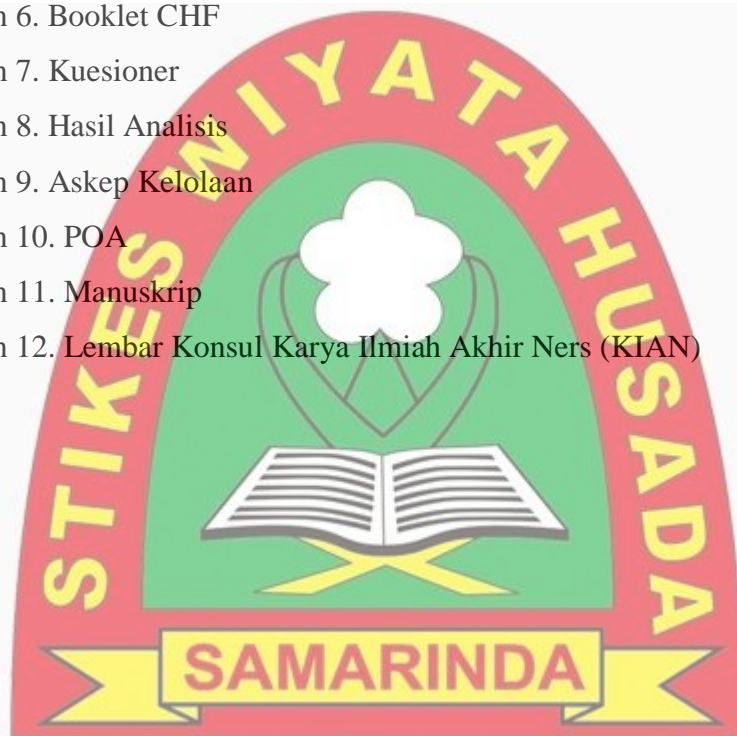
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Anatomi Jantung Manusia	6
Gambar 2.2. Sistem Kelistrikan Jantung	9
Gambar 3.1. Perbandingan Frekuensi Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan Pada Pasien Kelolaan dan Resume	68



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Time Line* Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)
- Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3. Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden Penelitian
- Lampiran 4. Form *Discharge Planning*
- Lampiran 5. Satuan Acara Penyuluhan CHF
- Lampiran 6. Booklet CHF
- Lampiran 7. Kuesioner
- Lampiran 8. Hasil Analisis
- Lampiran 9. Askep Kelolaan
- Lampiran 10. POA
- Lampiran 11. Manuskrip
- Lampiran 12. Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Congestive heart failure (CHF) merupakan ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas saat beraktifitas atau saat tidur terlentang tanpa bantal (AHA, 2013). Pada penderita gagal jantung kongestif akan terjadi gangguan yaitu menurunnya kontraktilitas miokard, karena suplai oksigen berkurang yang berakibat pada perubahan status hemodinamik. Jantung yang mengalami ketidakmampuan untuk memompa darah secara adekuat dalam memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi bagi jaringan tubuh maka akan menimbulkan sensasi yang subyektif berupa nafas pendek, berat, dan rasa tidak nyaman (Guyton & Hall, 2007).

Akibat dari ketidakmampuan jantung dalam memompa darah secara adekuat ke seluruh tubuh akan menyebabkan penurunan kapasitas fungsional pada pasien CHF. Aktivitas sehari-hari dari pasien akan terganggu dengan memburuknya gejala. Pasien-pasien CHF sering kembali ke rumah sakit akibat adanya kekambuhan. Sebagian besar kekambuhan diakibatkan karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan, dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan dari CHF (Smelzer & Bare, 2001).

Rawat inap ulang pasien telah mendapatkan perhatian yang lebih karena rawat inap ulang pasien mencerminkan efektifitas kinerja dari pelayanan kesehatan dan kualitas perawatan pasien di rumah. Sejumlah penelitian menyoroti bahwa *discharge planning* yang efektif sangat penting untuk meningkatkan kesehatan pasien dan mengurangi rawat inap ulang kembali (Carrie *et al*, 2012).

Hasil perolehan data awal dari pihak rekam medis RSUD Abdul Wahab Sjahranie bahwa penyakit CHF merupakan 10 penyakit terbanyak di ruang ICCU rumah sakit tersebut dengan jumlah penderita yang semakin bertambah setiap tahunnya. Adapun kejadian CHF pada tahun 2018 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie berjumlah 155 orang terdiri atas bulan Januari sebanyak 19 orang, Februari sebanyak 13 orang, Maret sebanyak 12 orang, April sebanyak 30 orang, Mei sebanyak 30 orang, Juni sebanyak 23 orang, Juli sebanyak 11 orang, Agustus sebanyak 22 orang, September sebanyak 7 orang, Oktober sebanyak 9 orang dan November sebanyak 9 orang (Data RSUD Abdul Wahab Sjahranie, 2018). Berdasarkan observasi, pasien-pasien dengan CHF yang sudah diperbolehkan pulang oleh dokter hanya diberikan *discharge planning* tentang waktu kontrol, obat-obat yang mestinya diminum, dan aktivitas yang perlu dikurangi. Informasi yang diberikan perawat begitu sederhana serta kurang adanya rencana tindak lanjut yang bisa dilakukan oleh perawat sesudah pasien pulang ke rumah.

Saat pasien CHF dirawat di rumah sakit, seorang perawat merupakan tenaga kesehatan yang selalu berada di dekat pasien. Perawat memberikan intervensi 24 jam kepada pasien. Perawat memberikan intervensi yang bermanfaat khususnya pada pasien CHF baik selama dirawat, saat sebelum pasien pulang dan setelah pasien pulang dari rumah sakit. Perawatan pasien CHF di rawat inap terdiri dari pengelolaan aktifitas secara bertahap, pembatasan cairan untuk mengurangi oedema, pengukuran berat badan, pengukuran *balance* cairan, dan yang paling utama adalah pemberian *discharge planning* dari rumah sakit ke rumah. Terpenting dalam pemberian *discharge planning* adalah evaluasi tindak lanjut *discharge planning* dari pasien dan pemberi perawatan di rumah.

Discharge planning berisi tentang gambaran secara rinci terkait penyakit yang diderita pasien dan perawatan selama di rumah seperti diet, kontrol berat badan, latihan fisik, gaya hidup dan kontrol obat-obat yang diminum oleh pasien, serta mengenali tanda dan gejala yang berkaitan dengan memburuknya CHF (Gonzales *et al*, 2014). *Discharge planning* difokuskan

untuk memenuhi kebutuhan pasien di rumah setelah hospitalisasi. Rawat inap berulang diakibatkan oleh tidak cukupnya bantuan pelayanan kesehatan di rumah, ketidakpatuhan dalam diet, dan kurangnya pengetahuan pasien. Oleh karena itu perlu adanya tindak lanjut setelah pasien pulang dari rumah sakit ke rumah. Intervensi yang dapat dilakukan meliputi manajemen gagal jantung, telemonitoring, dan pendidikan kesehatan di rumah. Program perawatan jantung tersebut dapat memberikan informasi tentang peningkatan mutu yang berkelanjutan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan hasil riset tentang teknik *discharge planning* tersebut dalam pengelolaan kasus yang dituangkan dalam Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) dengan judul “Analisa Praktek Klinik Keperawatan Penerapan *Comprehensive Discharge Planning* Dalam Meningkatkan Manajemen Kesehatan Diri Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)”.

B. Rumusan Masalah

Pemberian *discharge planning* terkontrol merupakan intervensi keperawatan yang perlu diberikan pada pasien saat pasien diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Pada pasien CHF, pemberian *discharge planning* perlu adanya observasi berkala untuk mengetahui perubahan kondisi pasien sehingga hal tersebut secara perlahan dapat meningkatkan kapasitas fungsional pasien. Kapasitas fungsional yang membaik akan mengurangi kejadian rawat inap berulang pada pasien CHF. Oleh karena itu perumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini adalah : “bagaimana praktek klinik keperawatan penerapan *comprehensive discharge planning* dalam meningkatkan manajemen kesehatan diri pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa praktek klinik keperawatan penerapan *comprehensive discharge planning* dalam meningkatkan manajemen kesehatan diri pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa *Congestive Heart Failure*.
- b. Menganalisa praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning* yang diterapkan secara kontinyu pada klien kelolaan dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien

Dapat mengetahui praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning* pada pasien secara umum, khususnya pada pasien *Congestive Heart Failure* yang dapat diaplikasikan secara mandiri oleh Klien.

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam penerapan *Comprehensive Discharge Planning* sebagai intervensi keperawatan mandiri disamping intervensi mandiri pada pasien *Congestive Heart Failure*.

3. Bagi Pendidikan

Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* yang disertai dengan

pelaksanaan intervensi mandiri keperawatan berdasarkan hasil riset-riset terkait.

4. Bagi Rumah Sakit

Memberikan rujukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi keperawatan.

5. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa berupa praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning* serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Jantung

1. Anatomi Fisiologi Jantung

Jantung adalah sebuah organ berotot dengan empat buah ruang yang terletak di rongga dada, di bawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Ruang jantung terdiri atas dua ruang yang berdinding tipis disebut atrium (serambi) dan dua ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (bilik) (Muttaqin, 2009).



Gambar 2.1. Anatomi Jantung Manusia

Jantung memiliki berat sekitar 300 gr, meskipun berat dan ukurannya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya aktifitas fisik, dan lain-lain. Jantung dewasa normal berdetak sekitar 60 sampai 80 kali per menit, menyemburkan sekitar 70 ml darah dari kedua ventrikel per detakan, dan keluaran totalnya sekitar 5 L/ menit (Smeltzer dan Bare, 2002).

Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (thoraks), diantara kedua paru. Selaput yang mengitari jantung disebut pericardium, yang terdiri atas 2 lapisan, yaitu pericardium parietalis,

merupakan lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru.dan pericardium viseralis, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri, yang juga disebut epikardium (Smeltzer dan Bare, 2002).

Di dalam lapisan jantung tersebut terdapat cairan pericardium,yang berfungsi untuk mengurangi gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa.Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan luar yang disebut pericardium, lapisan tengah atau miokardium merupakan lapisan berotot, dan lapisan dalam disebut endokardium. Organ jantung terdiri atas 4 ruang, yaitu 2 ruang yang berdinding tipis, disebut atrium, dan 2 ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel.

a. Atrium

- 1) Atrium kanan, berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena cava inferior, sertasinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan dan selanjutnya ke paru.
- 2) Atrium kiri, berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari kedua paru melalui 4 buah vena pulmonalis. Kemudian darahmengalir ke ventrikel kiri, dan selanjutnya ke seluruh tubuh melalui aorta.

b. Ventrikel

Permukaan dalam ventrikel memperlihatkan alur-alur otot yang disebut trabekula. Beberapa alur tampak menonjol, yang disebut muskulus papilaris. Ujung muskulus papilaris dihubungkan dengan tepi daun katup atrioventrikuler oleh serat-serat yang disebut *korda tendinae*.

- 1) Ventrikel kanan, menerima darah dari atrium kanan dan dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.
- 2) Ventrikel kiri, menerima darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh tubuh melalui aorta.

Kedua ventrikel ini dipisahkan oleh sekat yang disebut *septum ventrikel*. Untuk menghubungkan antara ruang satu dengan yang lain, jantung dilengkapi dengan katup-katup, diantaranya :

1) Katup atrioventrikuler

Oleh karena letaknya antara atrium dan ventrikel, maka disebut katup atrio-ventrikuler, yaitu :

a) Katup trikuspidalis

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, serta mempunyai 3 buah daun katup.

b) Katup mitral/ atau bikuspidalis

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri, serta mempunyai 2 buah katup. Selain itu katup atrioventrikuler berfungsi untuk memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase diastole ventrikel, dan mencegah aliran balik pada saat systole ventrikel (kontraksi).

2) Katup semilunar

a) Katup pulmonal

Terletak pada arteri pulmonalis, memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan.

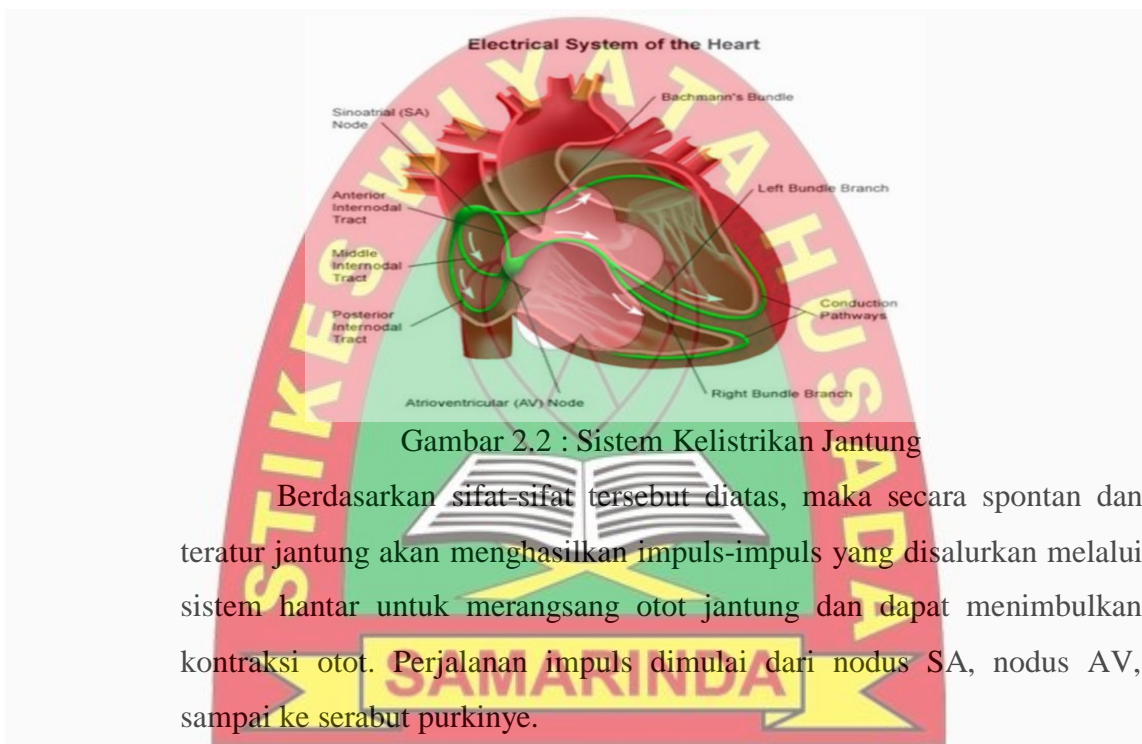
b) Katup aorta

Terletak antara ventrikel kiri dan aorta. Kedua katup semilunar ini mempunyai bentuk yang sama, yakni terdiri dari 3 daun katup yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Adapun katup semilunar memungkinkan darah mengalir dari masing masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama systole ventrikel, dan mencegah aliran balik waktu diastole ventrikel (Ulfah dan Tulandi, 2001).

2. Elektrofisiologi jantung

Di dalam otot jantung, terdapat jaringan khusus yang menghantarkan aliran listrik. Jaringan tersebut mempunyai sifat-sifat yang khusus, yaitu :

- a. Otomatisasi : kemampuan untuk menimbulkan impuls secara spontan.
- b. Irama : pembentukan impuls yang teratur.
- c. Daya konduksi : kemampuan untuk menyalurkan impuls.
- d. Daya rangsang : kemampuan untuk bereaksi terhadap rangsang.



Gambar 2.2 : Sistem Kelistrikan Jantung

Berdasarkan sifat-sifat tersebut diatas, maka secara spontan dan teratur jantung akan menghasilkan impuls-impuls yang disalurkan melalui sistem hantar untuk merangsang otot jantung dan dapat menimbulkan kontraksi otot. Perjalanan impuls dimulai dari nodus SA, nodus AV, sampai ke serabut purkinje.

a. SA Node

Disebut pemacu alami karena secara teratur mengeluarkan aliran listrik impuls yang kemudian menggerakkan jantung secara otomatis. Pada keadaan normal, impuls yang dikeluarkan frekuensinya 60-100 kali/ menit. Respons dari impuls SA memberikan dampak pada aktivitas atrium.

SA node dapat menghasilkan impuls karena adanya sel-sel pacemaker yang mengeluarkan impuls secara otomatis. Sel ini dipengaruhi oleh saraf simpatis dan parasimpatis.

Stimulasi SA yang menjalar melintasi permukaan atrium menuju nodus AV memberikan respons terhadap adanya kontraksi dari dinding atrium untuk melakukan kontraksi. Bachman bundle menghantarkan impuls dari nodus SA ke atrium kiri. Waktu yang diperlukan pada penyebaran impuls SA ke AV berkisar 0,05 atau 50 ml/ detik.

b. Traktus Internodal

Berfungsi sebagai penghantar impuls dari nodus SA ke Nodus

AV. Traktus internodal terdiri dari :

- 1) Anterior Tract
- 2) Middle Tract
- 3) Posterior Tract.

c. Bachman Bundle

Berfungsi untuk menghantarkan impuls dari nodus SA ke atrium kiri.

d. AV Node

AV node terletak di dalam dinding septum (sekat) atrium sebelah kanan, tepat diatas katup trikuspid dekat muara sinus koronarius. AV node mempunyai dua fungsi penting, yaitu :

- 1) Impuls jantung ditahan selama 0,1 atau 100 ml/ detik, untuk memungkinkan pengisian ventrikel selama atrium berkontraksi.

- 2) Mengatur jumlah impuls atrium yang mencapai ventrikel.

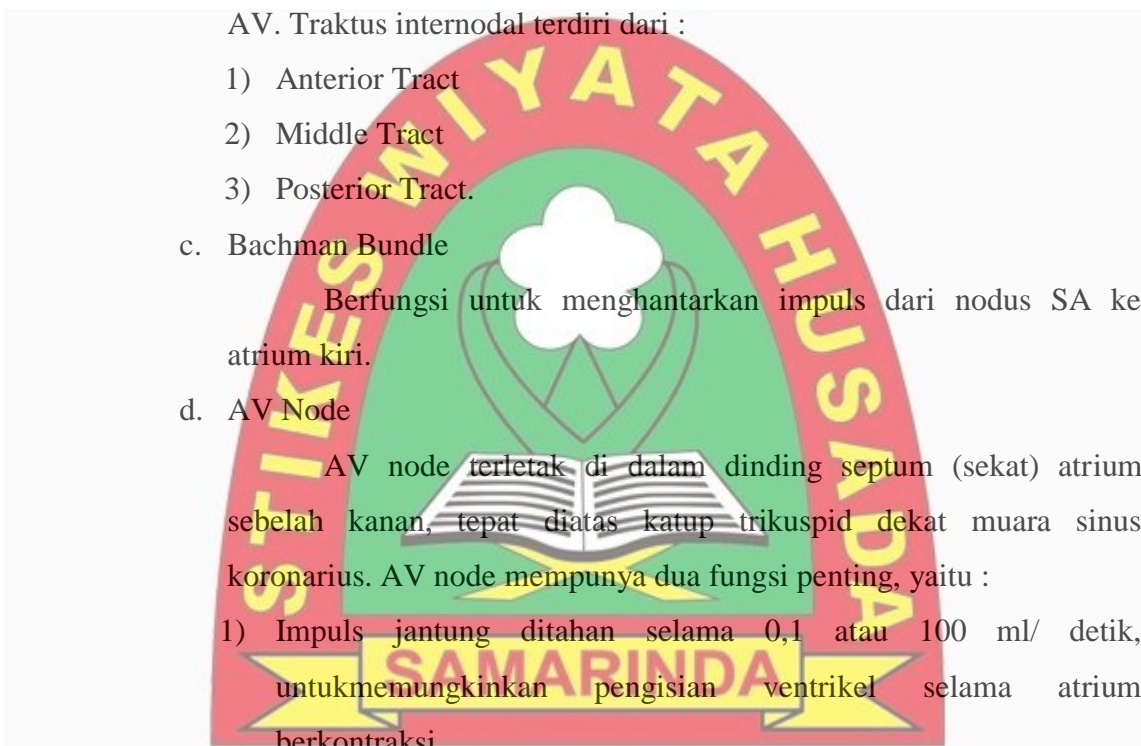
AV node dapat menghasilkan impuls dengan frekuensi 40-60kali/ menit.

e. Bundle His

Berfungsi untuk menghantarkan impuls dari nodus AV ke *system bundle branch*.

f. Bundle Branch

Merupakan lanjutan dari bundle of his yang bercabang menjadi dua bagian, yaitu :



- 1) Right bundle branch (RBB/ cabang kanan), untuk mengirim impuls ke otot jantung ventrikel kanan.
- 2) Left bundle branch (LBB/ cabang kiri) yang terbagi dua, yaitu deviasi ke belakang (*left posterior vesicle*), menghantarkan impuls ke endokardium ventrikel kiri bagian posterior dan inferior, dan deviasi ke depan (*left anterior vesicle*), menghantarkan impuls ke endokardium ventrikel kiri bagian anterior dan superior.

g. Sistem Purkinye

Merupakan bagian ujung dari bundle branch. Berfungsi untuk menghantarkan/mengirimkan impuls menuju lapisan sub-endokard pada kedua ventrikel, sehingga terjadi depolarisasi yang diikuti oleh kontraksi ventrikel. Sel-sel pacemaker di subendokard ventrikel dapat menghasilkan impuls dengan frekuensi 20-40 kali/menit. Pacemaker cadangan ini mempunyai fungsi sangat penting, yaitu untuk mencegah berhentinya denyut jantung pada waktu pacemaker alami (SA node) tidak berfungsi.

Depolarisasi yang dimulai pada SA node disebarkan secara radial ke seluruh atrium, kemudian semuanya bertemu di AV node. Seluruh depolarisasi atrium berlangsung selama kira-kira 0,1 detik. Oleh karena hantaran di AV node lambat, maka terjadi perlambatan kira-kira 0,1 detik (perlambatan AV node) sebelum eksitasi menyebar ke ventrikel. Perlambatan ini diperpendek oleh perangsangan saraf simpatis yang menuju jantung dan akan memanjang akibat perangsangan vagus. Dari puncak septum, gelombang depolarisasi menyebar secara cepat di dalam serat penghantar purkinye ke semua bagian ventrikel dalam waktu 0,08-0,1 detik (Ulfah dan Tulandi, 2001; Muttaqin, 2009).

3. Siklus Jantung

Siklus jantung adalah periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Siklus jantung terdiri dari periode sistole, dan diastole. Sistole adalah periode kontraksi dari ventrikel,

dimana darah dikeluarkan dari jantung. Diastole adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium, dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel.

a. Periode sistole (periode kontriksi)

Periode sistole adalah suatu keadaan jantung dimana bagian ventrikel dalam keadaan menguncup. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup, dan valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel kanan mengalir ke arteri pulmonalis, dan masuk kedalam paru-paru kiri dan kanan. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke aorta dan selanjutnya beredar keseluruh tubuh.

b. Periode diastole (periode dilatasi)

Periode diastole adalah suatu keadaan dimana jantung mengembang. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan terbuka sehingga darah dari atrium kiri masuk ke ventrikel kiri, dan darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Selanjutnya darah yang datang dari paru-paru kiri dan kanan melalu vena pulmonal kemudian masuk ke atrium kiri. Darah dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior masuk ke atrium kanan.

c. Periode istirahat

Adalah waktu antara periode diastole dengan periode systole dimana jantung berhenti kira-kira sepersepuluh detik (Kasron, 2011).

B. Konsep Teori *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Pengertian

Muttaqin (2009) mengemukakan *congestive heart failure* (CHF) merupakan suatu kondisi patologis jantung mengalami ketidakmampuan memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam jaringan. Brown, Diane & Edwards (2005) dalam Muttaqin (2009) berpendapat CHF adalah keadaan dimana jantung mengalami gangguan yang mengakibatkan ketidakmampuan jantung memompa darah

keluar ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh baik pada saat beristirahat maupun sedang beraktivitas.

Oleh karena itu, dapat disimpulkan CHF merupakan suatu kondisi jantung yang kehilangan kemampuan dalam memompa darah ke seluruh tubuh demi memenuhi kebutuhan suplai oksigen ke jaringan.

2. Etiologi

Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab CHF sebagai faktor resiko diantaranya adalah *hipertensi, diabetes mellitus*, kehamilan, anemia, gangguan pada paru, gangguan hormon tyroid, faktor usia, dan pola hidup (Udjianti, 2010). Adapun pendapat lain menurut Kasron (2012) terkait penyebab CHF sebagai berikut:

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung yang disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeratif atau inflamasi

b. Aterosklerosis coroner

Menyebabkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung yang disertai hipoksia dan asidosis.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal

Meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

Sangat berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit jantung lainnya

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang

masuk ke jantung, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah, serta peningkatan mendadak *after load*.

f. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal ginjal. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik.

3. Klasifikasi

Dikutip dalam *The American Health Association* (AHA, 2011) bahwa penyakit *congestive heart failure* (CHF) merupakan suatu keadaan yang timbul secara progresif dan perlahan menjadi lebih berat bahkan semakin memburuk. Adapun *stage* CHF menurut AHA (2011) adalah:

- a. Stage A (beresiko): pasien dengan kondisi medis yang dapat menyebabkan gagal jantung (DM, hipertensi, obesitas, dll)
- b. Stage B (penyakit jantung): pasien yang didiagnosis dengan penyakit jantung (serangan jantung, penyakit katup)
- c. Stage C (gejala): pasien dengan penyakit jantung dan beberapa keterbatasan aktivitas fisik karena sesak napas/kelelahan
- d. Stage D (berat): stadium akhir gagal jantung dan butuh perawatan di rumah sakit.

Klasifikasi CHF menurut Herdman (2012) membagi kriteria CHF berdasarkan akut-kronik, gagal jantung kanan-kiri, serta gagal jantung sistolik dan diastolik yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Gagal jantung akut-kronik

Gagal jantung akut terjadi secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan *cardiac output* dan tidak adekuatnya perfusi jaringan yang mengakibatkan edema paru dan perfusi jaringan. Gagal jantung kronik ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronik. Selain itu juga dapat terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia yang mengakibatkan ventrikel dilatasi dan hipertropi.

b. Gagal jantung kanan-kiri

Gagal jantung kiri, terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral. Gagal jantung kanan, disebabkan oleh peningkatan tekanan pulmonal akibat gagal jantung kiri yang terjadi cukup lama.

c. Gagal jantung sistolik-diastolik

Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang berakibat penurunan *cardiac output* dan *ventrikel hipertropi*. Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardiac output*.

4. Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat ke seluruh tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress secara fisiologis (Hatler, 2006). CHF kronik merupakan suatu keadaan dimana terjadi disfungsi antara satu atau kedua ventrikel. Secara normal, jantung memompa darah dari bagian kiri dan kanan sehingga menghasilkan aliran yang terus menerus, namun pada penderita CHF, salah satu sisi jantung mengalami kegagalan, sementara bagian lainnya masih berfungsi normal hingga periode beberapa waktu (Meng, 2013).

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan:

a. *Preload*

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung

c. *Afterload*

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

d. Pemeriksaan penunjang

- 1) Tes laboratorium
- 2) Sinar X dan Fluoroskopi. Pemeriksaan ini tidak membantu diagnosa infark miokard akut namun dapat menguatkan adanya komplikasi tertentu.
- 3) Elektrokardiogram (EKG)
- 4) Kateterisasi jantung

5. Penatalaksanaan CHF

a. Terapi non farmakologi

- 1) Pemberian diet pasien CHF diberikan diet yang sesuai untuk menurunkan gula darah, lipid darah, dan berat badannya. Asupan Nacl dibatasi hingga 2-3 gr/hari untuk gagal jantung ringan, atau <2 gr/hari untuk gagal jantung berat (Crawford, 2009).
- 2) Merokok harus dihentikan.
- 3) Aktivitas, olahraga yang teratur seperti berjalan dan naik sepeda dianjurkan untuk pasien gagal jantung yang stabil (NYHA kelas II-III) dengan intensitas yang nyaman bagi pasien.
- 4) Istirahat dianjurkan untuk gagal jantung akut dan gagal jantung tidak stabil (NYHA kelas IV). Modifikasi aktifitas fisik merupakan bagian dari manajemen pasien *heart failure*. Modifikasi minimal secara konsisten terhadap gaya hidup dapat membantu mengurangi gejala yang dirasakan pasien dan menurunkan kebutuhan yang lebih terhadap pengobatan (Crawford, 2009). Aktivitas fisik harus disesuaikan dengan tingkat gejala yang dialami pasien. Aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi pasien akan membantu menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan dan memperbaiki gejala serta berefek toleransi aktivitas pada gagal jantung

terkompensasi dan stabil. Namun pada kondisi *heart failure stage* sedang dan berat, pembatasan aktivitas fisik dan bed rest sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi klinis pasien. penting juga memberikan kesempatan bagi pasien untuk terlibat dalam melakukan aktivitas sehari-hari walaupun dalam kondisi yang tidak mendukung (Crawford, 2009).

- 5) Monitoring berat badan dianjurkan bagi pasien rutin dilakukan setiap hari, sebaiknya pagi hari sebelum sarapan. Penurunan berat badan $\geq 1,5$ kg lebih dari 3 hari harus menjadi perhatian dan perlu dilaporkan ke petugas kesehatan (Alves *et al.*, 2012). Sebaliknya berat badan berlebih (obesitas) merupakan faktor risiko terhadap perkembangan buruk *heart failure* khususnya terhadap perubahan hemodinamik seperti perubahan volume *overload* yaitu terjadi peningkatan *afterload* dan *preload*, hipertrofi ventrikel kiri dan *remodeling*. Oleh karena itu sangat penting untuk memberikan pemahaman bagi pasien mengenai pentingnya mengontrol berat badan.

C. Konsep Teori *Discharge Planning*

Perencanaan pulang atau biasa juga disebut dengan *discharge planning*, merupakan rangkaian tindakan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien dimanapun pasien tersebut berada. Berikut ini beberapa pendapat terkait pengertian, tujuan, manfaat serta prinsip-prinsip dalam pelaksanaan *discharge planning* atau perencanaan pulang:

1. Pengertian

Discharge planning adalah suatu rangkaian kegiatan yang menghubungkan antara rumah sakit, pelayanan berbasis masyarakat, serta organisasi non pemerintah (Departemen Kesehatan, 2005). *National Council of Social service* (2009) bahwa sebuah *discharge planning* merupakan tujuan akhir dari suatu rencana perawatan dengan memberdayakan pasien dalam memanfaatkan dukungan sumber daya

dalam keluarga maupun masyarakat. Rofi'I (2011) berpendapat *discharge planning* merupakan rangkaian perawatan sistematis diberikan sejak pasien baru masuk kemudian selama dirawat hingga pasien dalam persiapan pemulangan.

Pada dasarnya *discharge planning* merupakan program pemberian informasi atau pendidikan kesehatan kepada pasien terkait nutrisi, aktivitas/latihan, obat-obatan, serta tanda dan gejala penyakit pasien agar pasien dan keluarga mengetahui manajemen perawatan pasien setelah kembali ke rumah serta batasan dan implikasi kesehatan secara dinamis terdiri dari penilaian, persiapan, serta koordinasi dengan tujuan memudahkan pengawasan pelayanan kesehatan dan sosial sebelum maupun setelah kembali ke rumah (Nursalam, 2014). Dengan demikian, dapat disimpulkan *discharge planning* merupakan suatu tindakan secara berkesinambungan diberikan sejak pasien masuk hingga persiapan pulang mencakup pengkajian keperawatan berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan pasien

2. Tujuan *Discharge Planning*

World Health Organization (WHO) (2005) merumuskan tujuan dari pelaksanaan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga terkait kondisi kesehatan pasien serta hal-hal tertentu yang menjadi keterbatasan pasien selama berada di rumah
- b. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memodifikasi kondisi lingkungan rumah agar dapat memandirikan pasien
- c. Memastikan bahwa perawatan selanjutnya yang akan diperoleh pasien selama berada di rumah sudah tepat.

Menurut Nursalam (2014) tujuan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

- a. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial.
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
- c. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.

- d. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
- e. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
- f. Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

3. Manfaat *Discharge Planning*

Nursalam (2011) menjabarkan manfaat dari *discharge planning* adalah sebagai berikut:

- a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapatkan informasi terkait kesehatannya selama berada di rumah sakit, sehingga dapat berguna bila telah kembali ke rumah.
- b. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien.
- c. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
- d. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan di rumah.

Wulandari (2011) mengatakan bahwa manfaat dari pemberian *discharge planning* secara terstruktur sejak pasien masuk di ruang perawatan sampai rencana pemulangan adalah sebagai berikut:

- a. Mengurangi pelayanan yang tidak terencana.
- b. Mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan selama berada di rumah.
- c. Mengurangi LOS/*AvLos*.
- d. Meningkatkan kepuasan pasien.
- e. Menghemat biaya perawatan.
- f. Hasil kesehatan optimal dapat tercapai.

4. Prinsip-prinsip pelaksanaan *discharge planning*

Didalam proses pelaksanaannya, *discharge planning* memiliki beberapa prinsip yang dijelaskan oleh Nursalam (2014) sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan *discharge planning* berfokus kepada pasien seperti nilai keinginan dan kebutuhan pasien harus dikaji secara berkala.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan pasien. Kebutuhan yang dimaksud adalah segala kebutuhan terkait dengan masalah yang kemungkinan akan timbul pada saat pasien berada di rumah/pulang, sehingga dapat diidentifikasi sejak dini.
- c. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif yang melibatkan multidisiplin dalam setiap tim.
- d. Perencanaan pulang dilaksanakan pada setiap tatanan pelayanan kesehatan dimana setiap pasien masuk, maka perencanaan pulang harus dilakukan.

Selain prinsip tersebut diatas, Depkes RI (2008) mengemukakan prinsip yang harus diperhatikan oleh seorang perawat dalam pembuatan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

- a. Dibuat pada saat pasien masuk
Pelaksanaan pengkajian pada saat pasien masuk akan memudahkan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien. Perencanaan pemulangan pasien sejak awal dapat berpengaruh terhadap LOS dan biaya perawatan.
- b. Berfokus pada kebutuhan pasien
Kebutuhan pasien yang dimaksud adalah kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif.
- c. Melibatkan berbagai pihak yang terkait
Dalam penyusunan perencanaan keperawatan, pasien dan keluarga turut serta terlibat agar sumber pelayanan kesehatan dapat dimanfaatkan secara optimal setelah pasien dipulangkan
- d. Dokumentasi pelaksanaan *discharge planning*
Pelaksanaan *discharge planning* harus didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga minima 24 jam sebelum pasien dipindahkan.

5. Pemberi Layanan *discharge planning*

Proses penerapan *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif melibatkan multidisiplin ilmu dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2012). Seorang petugas rumah sakit sebagai koordinator *discharge planning* dalam tim *discharge planner* mempersiapkan proses persiapan pulang, menyiapkan pendidikan kesehatan serta merencanakan dan mengimplementasikan perencanaan pulang tersebut. Adapun peran seorang perawat dalam tim *discharge planner* memegang peranan penting dimana perawat selama 1x24 jam berada bersama pasien sejak pasien menjalani perawatan di rumah sakit (*Discharge Planning Association*, 2008).

6. Komponen *discharge planning*

Discharge Planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada dalam format *discharge planning* terdiri atas:

- a. Pengobatan di rumah mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan serta pengobatan yang dihentikan.
- b. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi serta efek samping secara umum.
- c. Hasil tes laboratorium yang dianjurkan serta pemeriksaan penunjang lain yang mendukung.
- d. Pola hidup mencakup aktivitas, latihan, diet yang dianjurkan dan pembatasannya.
- e. Petunjuk perawatan diri.
- f. Waktu serta bagaimana perawatan selanjutnya setelah dipulangkan, waktu kontrol selanjutnya dengan nama, tanggal dan lokasi yang jelas.
- g. Kontak yang dapat dihubungi ketika keadaan darurat.

7. Jenis-jenis *discharge planning*

Nursalam (2014) mengklasifikasikan jenis pemulangan sebagai berikut:

- a. *Conditioning discharge* (pulang sementara), keadaan ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien

sementara dirawat di rumah namun tetap memperoleh pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

- b. *Absolute discharge* (pulang mutlak/selamanya), cara ini merupakan akhir dari perawatan pasien, namun apabila perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.
- c. *Judicial discharge* (pulang paksa), pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien tetap dipantau dengan melakukan kerjasama dengan pihak puskesmas terdekat.

8. Mekanisme pelaksanaan *discharge planning*

Potter dan Perry (2012) membagi pelaksanaan *discharge planning* kedalam tiga fase yaitu fase akut, transisional dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian dititik beratkan pada usaha *discharge planning*, fase transisional, pasien sudah dipersiapkan untuk pulang dan kebutuhan pelayanan akut masih terlihat namun tingkat *urgency* telah berkurang, sedangkan pada fase pelayanan berkelanjutan, pasien ikut berpartisipasi dalam menyusun rencana pemulangan serta pelaksanaan perawatan berkelanjutan setelah berada di rumah. Selain itu, Potter dan Perry (2006) merumuskan pelaksanaan perencanaan pulang yang terdiri dari proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan dijelaskan sebagai berikut:

a. Pengkajian

- 1) Proses pengkajian dimulai sejak pasien masuk, dimana dalam mengkaji kebutuhan pemulangan menggunakan riwayat keperawatan yang terdiri dari kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber finansial, latar belakang budaya, serta tingkat pendidikan yang dilakukan secara terus menerus.
- 2) Mengkaji kemampuan pasien dan keluarga dalam penggunaan alat medis di rumah serta hal-hal yang berpotensi mengganggu kesehatan dan dapat menimbulkan komplikasi.

- 3) Mengkaji metode pembelajaran serta media yang diminati oleh pasien dan keluarga sehingga memudahkan dalam memahami informasi yang diberikan.
- 4) Faktor lingkungan. Bersama pasien dan keluarga mengidentifikasi faktor penghambat proses pelaksanaan keperawatan di rumah seperti luas kamar, fasilitas kamar mandi, fasilitas pendukung motorik, dsb.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul setelah pemulangan pasien bergantung kepada kondisi masing-masing individu yang kemudian dikembangkan guna mengetahui kondisi klien serta perawatan di rumah tepat sasaran. Dikutip dalam Carpenito (2009) standar perawatan lazimnya mengacu kepada resiko ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dan resiko kelemahan pemeliharaan di rumah.

c. Perencanaan

Potter & Perry (2012) menjelaskan bahwa proses perencanaan dalam *discharge planning* berpusat pada kondisi pasien serta penetapan kriteria hasil dilakukan sebagai pedoman dalam mencapai tujuan perawatan. Adapun proses perencanaan pulang terdiri dari:

- 1) Daftar kebutuhan pasien selama berada di lingkungan masyarakat.
- 2) Melibatkan *stakeholder* yang berperan dalam proses pemulangan pasien.
- 3) Mengidentifikasi fasilitas pendukung perawatan pasien selama berada di masyarakat.
- 4) Mengimplementasikan perencanaan pemulangan yang dapat dicapai.

Apabila seluruh prosedur perencanaan telah lengkap, maka hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien atau keluarga pasien (sebagai *care giver*) mampu menjelaskan bagaimana keberlangsungan pelayanan kesehatan setelah pasien berada di rumah, terapi pengobatan yang harus diperoleh pasien setelah berada di rumah.
- 2) Pasien dan keluarga mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau anggota keluarga mampu melakukan aturan perawatan).
- 3) Rintangan terhadap ambulasi dan pergerakan pasien diubah sesuai kebutuhan dan tingkat keterbatasan pasien serta mengidentifikasi hal-hal yang beresiko membahayakan kondisi kesehatan pasien.

d. Implementasi

Proses implementasi dalam *discharge planning* dibagi menjadi 2 bagian yang terdiri dari: penatalaksanaan sebelum hari pemulangan, dan penatalaksanaan pada hari pemulangan yang dijelaskan sebagai berikut:

1) Persiapan sebelum hari pemulangan

Pada tahap ini, pasien dan keluarga dipersiapkan dalam memperoleh informasi terkait sumber pelayanan setelah kembali ke masyarakat, memberikan *health education* tentang tanda dan gejala, komplikasi, kepatuhan pengobatan, diet, dan komunikasi dengan pihak RS terkait kepatuhan melaksanakan *discharge planning*. Selain hal tersebut diatas, pada tahap ini pasien dan keluarga dipersiapkan dalam mengidentifikasi hambatan untuk belajar serta kemauan untuk belajar, mengadakan sesi pengajaran dengan pasien dan keluarga menggunakan *leaflet*, buku-buku, atau rekaman video. Apabila aktivitas diatas dapat dilakukan sebelum hari pemulangan, maka proses perencanaan akan berjalan dengan efektif.

2) Persiapan setelah hari pemulangan

Setelah melakukan persiapan sebelum proses pemulangan, maka pada saat hari pemulangan aktivitas yang dilakukan adalah memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga mengajukan pertanyaan terkait kondisi kesehatan pasien, isu-isu terkait perawatan di rumah, serta mendemonstrasikan kemampuan keluarga sebagai *care giver* dalam merawat pasien di rumah. Pada tahap ini juga dilakukan pemeriksaan terhadap instruksi pemulangan dokter, resep pengobatan sesuai instruksi dokter, kebutuhan alat-alat medis baik selama perjalanan maupun setelah berada di rumah, persiapan transportasi, mengatur jadwal pertemuan *follow up* dengan dokter, serta tetap menjaga privasi pasien selama berada di perjalanan.

e. Evaluasi

Pada tahap ini, pasien dan keluarga diberi kesempatan untuk menjelaskan kembali tentang penyakit, pengobatan, diet, tanda dan gejala yang harus dilaporkan ke pihak RS (dokter/perawat), mendemostrasikan setiap pengobatan yang dilakukan di rumah, serta perawat yang bertugas melakukan *home care/care giver* agar mengidentifikasi segala faktor yang berpotensi dapat menghambat keberlangsungan dari proses perawatan dan pengobatan pasien selama berada di rumah.

9. Elemen *discharge planning*

- Perencanaan pulang harus dimulai sejak pasien baru masuk di rumah sakit.
- Pengkajian menggunakan instrumen pengkajian pemulangan khusus.
- Memilih perencanaan pulang yang paling sesuai dengan pasien.

10. Penerima *discharge planning*

Berdasarkan DPA (2008) mengatakan bahwa semua pasien yang dihospitalisasi memerlukan *discharge planning*, namun terdapat beberapa kondisi yang menyebabkan pasien beresiko tidak dapat

memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang contohnya pasien dengan penyakit terminal atau dengan kecacatan permanen.

11. Cara mengukur *discharge planning*

Sebuah *discharge planning* dikatakan baik apabila pasien dipersiapkan untuk pulang, dan sebelum pulang pasien memperoleh informasi serta penjelasan yang penting terkait kondisi/pengobatan serta perawatannya di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004).

Discharge planning yang berhasil adalah suatu proses yang terpusat dan terkordinir dari berbagai disiplin ilmu yang menyatakan bahwa pasien memiliki suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit. Indikator keberhasilan *discharge planning* dapat dilihat dari:

- a. Pasien dan keluarga mampu memahami diagnose, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan serta tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi tindakan keperawatan lanjutan serta respon pada saat kondisi gawat darurat
- b. Pendidikan mendalam (*deep learning*) diberikan kepada pasien dan keluarga demi memastikan perawatan yang tepat setelah pasien dipulangkan ke rumah.
- c. Berkoordinasi dengan sistem pelayanan pendukung.

12. Faktor yang mempengaruhi *discharge planning*

Melalui suatu penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Poglitsch, Emery & Darragh (2011) tentang faktor-faktor yang menentukan proses perencanaan pulang terdiri dari 6 faktor yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Karakteristik perawat

Adapun karakteristik perawat dalam hal ini terdiri dari umur, jenis kelamin, jenjang pendidikan, masa kerja serta status pernikahan mampu mempengaruhi proses penerapan *discharge planning* di rumah sakit.

b. Umur

Umur merupakan faktor penentu dalam kinerja seseorang, dimana semakin bertambahnya umur diyakini dapat menurunkan kemampuan kerja karyawan/staff, dan sebaliknya pada umur tertentu, produktivitas seseorang dapat meningkat.

c. Jenis Kelamin

Robbins (2009) mengatakan bahwa penelitian-penelitian dalam bidang ilmu psikologi menunjukkan hasil bahwa pria lebih cenderung memiliki harapan besar dalam keberhasilan dibandingkan wanita walaupun perbedaan tersebut tidak signifikan, namun wanita lebih cenderung dapat mematuhi wewenang daripada pria.

d. Jenjang pendidikan

Hasil penelitian Riyanti (2015), berpendapat semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar pula keinginannya untuk mengaplikasikan ilmu yang mereka miliki.

e. Masa kerja

Masa kerja seseorang juga berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* dimana hanya seseorang dengan pengalaman kerja yang sudah cukup dapat berperan sebagai *discharge planner*. Dimana pendapat lain oleh Robbins (2009) mengatakan bahwa masa atau pengalaman kerja dapat menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas kinerja seorang karyawan.

f. Status pernikahan

Seorang karyawan dengan status pernikahan akan berbeda cara memaknai suatu pekerjaan dibandingkan dengan karyawan yang belum menikah, dimana seseorang dengan keluarga akan jauh bertanggung jawab terhadap pekerjaan karena merasa telah memiliki beban hidup yang lebih dalam hal ini adalah keluarga.

g. Personil perencanaan pulang

Orang-orang yang berkontribusi dalam proses penerapan *discharge planning* memiliki peranan dan pengaruh sangat penting. Faktor

personil *discharge planning* terdiri dari perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, petugas gizi, pasien itu sendiri, beserta keluarga pasien (Poglits, Emery & Darragh, 2011).

h. Komunikasi

Komunikasi yang dimaksud adalah sejauh mana petugas kesehatan memberikan informasi terkait kesehatan pasien serta informasi tersebut dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga. Tugas seorang perawat sebagai *discharge planner* adalah menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada pasien dan keluarga yang akan merawat di rumah. Informasi diberikan kepada pasien dan keluarga harus dengan cara dan tingkat kecepatan komunikasi yang sesuai dengan kondisi mereka.

i. Waktu

Proses penerapan *discharge planning* membutuhkan waktu yang cukup agar berjalan optimal. Berdasarkan Pengalaman Implementasi *discharge planning* menggunakan *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) strategy_4 tools IDEAL discharge planning* bahwa penerapan yang optimal dilakukan sebanyak 4 kali tatap muka melibatkan pasien dan keluarga yang akan merawat pasien setelah kembali ke rumah (*AHRQ Tools Ideal Discharge Planning*)

j. Perjanjian dan consensus

Hasil penelitian Astuty dan Risqi (2015) menunjukkan hasil bahwa salah satu faktor penyebab perencanaan pulang tidak dilakukan secara optimal diakibatkan oleh beban kerja perawat yang cukup banyak sehingga perawat sebagai pemberi *discharge planning* tidak mampu melaksanakan, perawat hanya melakukan poin penting pada tiap subvariabel *discharge planning*.

D. Telaah Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu sebagai bahan pertimbangan dengan penelitian yang hendak dilakukan. Tujuan dicantumkannya penelitian terdahulu adalah untuk

mengetahui keilmuan yang sudah dilakukan oleh orang lain, sehingga penelitian yang akan dilakukan benar-benar baru dan belum diteliti oleh orang lain. Dengan kata lain, dengan menelaah penelitian terdahulu, seseorang akan dengan mudah melokalisasi kontribusi yang akan dibuat (Sugiyono, 2010).

Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Weny Anggraini Adhistry (2017) mengenai efektifitas Penerapan *Discharge Planning* terhadap *Average Length of Stay (AvLOS)* dan *Hospital Cost* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasy eksperimen post test only non equivalent control group*. Sampel penelitian sebanyak 36 responden yang terdiri dari 18 kelompok intervensi dan 18 kelompok kontrol. Data dianalisis dengan menggunakan 2 metode, yaitu uji statistik *Mann Withney* untuk data numerik dan uji *Fisher's Exact Test* untuk data kategorik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat Efektifitas penerapan *discharge planning* secara signifikan terhadap *AvLOS* dan *Hospital Cost* pada pasien dengan CHF dengan nilai $p < 0.05$ dimana nilai *Mean AvLOS* kelompok intervensi yakni 4.83 hari jauh lebih singkat daripada *Mean AvLOS* kelompok kontrol memanjang hingga 8.28 hari dengan tingkat kemaknaan $p = 0.015$. Hal ini juga berimplikasi terhadap *Hospital Cost* dimana *mean* kelompok kontrol jauh lebih besar yakni Rp. 6.798.659,22 sedangkan pada kelompok intervensi sebesar Rp. 3.291.754 dengan tingkat kemaknaan $p = 0.001$.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nur Hasanah (2017) mengenai asuhan keperawatan pasien CHF dengan masalah Penurunan Curah Jantung. Hasil pengkajian data yang ditemukan bahwa kelima kasus kelolaan penulis memiliki batasan karakteristik yang sama. Hasil analisa data didapatkan masalah keperawatan Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan preload. Intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital, observasi keadaan umum, monitor status pernafasan, monitor balance cairan, monitor adanya edema, tinggikan posisi kaki 30 derajat, monitor toleransi aktifitas, evaluasi adanya nyeri dada, atur periode latihan dan istirahat, kolaborasi pemberian terapi farmakologi. Hasil inovasi bahwa pemberian posisi kaki 30

derajat diatas tempat tidur terbukti efektif terhadap pengurangan edema kaki pada masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload.

Penelitian terdahulu yang dilakukan Ngatini (2016) mengenai Pengaruh Latihan Pasrah Diri dan Latihan *Range of Motion* Melalui *Discharge Planning* Terhadap Perubahan *Activity Daily Living* pada Pasien Stroke Iskemik. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasy-experiment pre-post-test with control group design*. Populasi adalah pasien stroke iskemik. Sampel berjumlah 28 orang kemudian dibagi menjadi dua kelompok intervensi berjumlah 14 orang dan kelompok kontrol berjumlah 14 orang dengan teknik consecutive sampling. Penelitian dimulai bulan Agustus - September 2015. Instrument penelitian menggunakan skor Indeks Barthel. Data dianalisa dengan menggunakan uji Wilcoxon Signed Ranks Test dan Mann Withney test. Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan ADL sebelum dan sesudah diberi latihan pasrah diri dan latihan ROM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dari analisa uji Wilcoxon Signed Ranks Test menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan pasrah diri dan latihan ROM terhadap perubahan kemampuan ADL, diperoleh nilai signifikansi 0.000 pada kelompok intervensi dan 0.008 pada kelompok kontrol lebih kecil dari taraf signifikansi 95% ($p < 0.05$). Uji statistik dengan Mann-Whitney diperoleh nilai $p = 0,003$ ($p < 0,05$). Kesimpulan hasil penelitian ini bahwa latihan pasrah diri dan latihan ROM dapat di praktekkan dalam tindakan keperawatan untuk meningkatkan ADL pada pasien stroke.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nessma Putri Austaryani (2012) Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Intensive Cardio Vascular Care Unit (ICVCU) Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Ruang Intensive Cardio Vascular Care Unit (ICVCU) pada 12 Juli 2012 jam 07.30. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn.J adalah gangguan pertukaran gas, penurunan cardiac output, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Penyakit gagal jantung merupakan kasus kegawatdaruratan karena jika penyebab yang mendasari tidak segera mendapat penanganan akan menyebabkan kematian.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Bagus Arif Fianto (2017) mengenai asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Gangguan Ketidakefektifan pola nafas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Mawar Rumah Sakit Prof. Dr. Soekarjo Purwokerto. Pengkajian dilakukan kepada tiga pasien gagal jantung kongestif secara allanamnesa dan autoanamnesa, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik serta penunjang. Dari analisa data yang didapatkan penulis menarik kesimpulan masalah keperawatan prioritas adalah ketidakefektifan pola nafas. Setelah dilakukan tindakan memberikan terapi oksigenasi dan memposisikan pasien semi fowler 30-45° selama tiga kali dua belas jam didapatkan hasil pasien lebih nyaman dan terlihat rileks.



BAB III

LAPORAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan lansia kelolaan dengan Gagal jantung atau *Congestive Heart Failure (CHF)* yang telah dilakukan intervensi di ICCU. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan

Pada Sub bab ini akan dibahas asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien kelolaan di ICCU

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. S berusia 57 tahun merupakan salah satu pasien yang dirawat di ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Klien merupakan pasien lansia perempuan yang beragama islam dengan latar belakang pendidikan terakhir SMP. Klien mengatakan alasannya berada di ICCU RSUD AWS karena sesak napas selama 4 hari kemudian pada tanggal 28 November 2018 klien dibawa keluarga ke Rumah Sakit Siaga Ramania namun saat berada di IGD RS Siaga keluarga ingin merujuk klien ke RSUD AWS karena keluarga beranggapan di RSUD AWS dari segi perlengkapan lebih lengkap dari RS Siaga dan dokter spesialis yang lebih berpengalaman dan kemudian klien dipindahkan ke RSUD AWS. Hasil dari pengkajian saat klien masuk di ICCU RSUD AWS pada tanggal 28 November 2018 pukul 19.00 didapatkan bahwa keluhan klien adalah sesak napas, badan lemas, kadar gula darah tinggi dan juga klien tidak mengetahui bagaimana mengontrol kadar gula darahnya.

Hasil pengkajian lebih lanjut didapatkan data klien masih mengalami sesak napas dengan Respirasi Rate 32 x/menit dan menggunakan oksigen berupa kanul nasal sebesar 4 lpm. Saat bernapas klien menggunakan otot diafragma, pergerakan dada simetris, suara napas vesikuler dan klien mengeluh susah untuk menarik napas. Tingkat kesadaran Compos Mentis GCS 15 E₄V₅M₆, keadaan umum lemah, TD

120/60 mmHg, Nadi 150 x/menit, Klien terpasang Dower Catheter no. 16 dan jumlah urine pada urine bag adalah 200 cc. Klien belum ada BAB saat berada di Rumah Sakit, mukosa bibir lembab, tidak ada mual dan muntah.

2. Analisa Data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis data terdapat pada tabel 3.1 dibawah ini :

Tabel 3.1 Analisis Data dan Diagnosis Keperawatan

Data Klien	Masalah Keperawatan
Ds : Klien mengatakan dada sakit tembus belakang dan rasa ditimpa beban berat, nyerinya seperti ditusuk-tusuk Do : Pasien mengalami nyeri dada P : gagal jantung / CHF Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri dada disebelah kiri tembus belakang S : Skala 5 T : Hilang timbul	Nyeri akut (00132) Domain 12 : kenyamanan Kelas 1 : Kenyamanan fisik Rasa sejahtera atau nyaman dan/atau bebas dari nyeri
Ds : Pasien mengatakan nyeri dada, sesak nafas D0 : Keadaan umum lemah Kesadaran composmentis TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit RR : 32 x/menit EKG : sinus tackikardi Terapasang O ₂ binasal 4 lpm Pitting edema derajat 2 BC : 450 cc/24 jam	Pola napas tidak efektif (00032) Domain 4: activity/rest Kelas 4 : kardiosvakular/pulmonal responses
DS : Klien mengatakan nyeri dada dan sesak napas DO : KU. klien tampak lemah Klien Bedrest TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit RR : 32 x/menit EKG : sinus tackikardi Terapasang O ₂ binasal 4 lpm Pitting edema derajat 2 BC : 450 cc/24 jam Denyut jantung regular	Penurunan curah jantung (00029) Domain 4 : aktivitas/istirahat Kelas 4 : kardiosvakular/pulmonal responses
DS : Klien mengatakan tidak dapat beraktifitas karena sesak napas ygt diderita DO : Kondisi umum lemah Klien bedrest total Kekuatan otot 5 I 5 ekstremitas atas dan 5 I 5 ekstremitas bawah.	Intolerans aktivitas (00092) Domain 4 : aktivitas/istirahat Kelas 4 : kardiosvakular/pulmonal responses

DS : Klien mengatakan tidak mengetahui penyakit yang diderita dan cara mencegah keparahan penyakitnya	Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diri (00162)
DO : Pasien sudah dapat berjalan melakukan aktivitas ringan Pasien tampak ketakutan untuk bergerak Tidak tahu alasan mengapa penyakit kambuh kembali	Domain 1 : health promotion Kelas 2 : health management
DS : Klien mengatakan memiliki riwayat DM, badan terasa lemah, mudah haus dan lapar	Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah (00002)
D0 : GDS 314 g/dL TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit RR : 32 x/menit	Domain 2 : Nutrition Kelas 1: Ingestion

3. **Diagnosis Keperawatan**

Didapatkan enam prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Masalah utama yang diangkat adalah nyeri akut. Hal ini dikarenakan adanya gangguan pada kardiovaskuler yang merupakan keluhan utama dan sangat mengganggu aktivitas klien. Nyeri akut perlu ditangani lebih dahulu karena mengancam nyawa pasien dan mencegah terjadinya masalah baru dalam gangguan kardiovaskuler yang dialami klien. Dalam diagnosa kedua yaitu ketidakefektifan pola napas perlu ditanggapi dengan serius karena adanya gangguan pada breathing yang juga mengancam jiwa dan memperparah keadaan klien. Pada diagnosa penurunan curah jantung merupakan awal dari penyebab keluhan utama nyeri dada dan ketidakefektifan pola napas yang terjadi pada klien sehingga memerlukan perawatan khusus. Intolerans aktivitas merupakan diagnosa keperawatan yg berdasarkan ketidak sanggupannya klien melakukan aktivitas dan memerlukan bedrest untuk meminimalkan kerja jantung. Kurangnya pengetahuan yang dialami klien terhadap penyakitnya didasari oleh minimnya pengetahuan klien terhadap penyakit yang diderita dan ketidaktahuan cara mencegah keparahan penyakitnya Risiko ketidakstabilan glukosa darah merupakan diagnosa keperawatan yang

didasari oleh kadar Glukosa dalam darah yang melonjak sangat tinggi dan memerlukan penanganan yang serius. Namun ketidak tahuan klien dalam mengontrol kadar gula dalam darah yang mendasari adanya gangguan pada kardiovaskuler klien, sehingga penulis akan membahas masalah tersebut yaitu kurangnya pengetahuan klien dalam gaya hidup, dan perilaku sehari-hari untuk mengontrol kadar gula darah klien. Walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

4. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Nyeri akut

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping sebagai berikut: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8x24 jam, nyeri teratasi dengan kriteria hasil nyeri berkurang, skala nyeri menurun 1-3 atau 0, pasien dan keluarga dapat membantu mengatasi nyeri secara mandiri, ekspresi wajah pasien tidak meringis (tidak menunjukkan kesakitan). Intervensi NIC yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital pasien, observasi keluhan nyeri pasien termasuk lokasi dan lamanya, bantu pasien untuk memposisikan semi fowler, bantu lakukan relaksasi untuk membantu menurunkan persepsi respon nyeri dalam hal ini relaksasi nafas dalam, kompres air hangat dan relaksasi progresif, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter untuk membantu proses penyembuhan.

b. Implementasi

Implementasi dilakukan dari tanggal 3 Desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 15.20 wib. Kemudian mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pukul 15.25 wib. Data subyektif: pasien mengatkan nyeri, data obyektif pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke

miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri sedang 6, T: Nyeri terus menerus. Kedua, memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan suplai oksigen yang dilakukan pada pukul 15.30 wib data subyektif: pasien mengatakan bernafas lebih lega, data obyektif: pasien terlihat lebih rileks saat dilakukan tindakan. Pada pukul 15.40 mengajarkan relaksasi napas dalam, data subyektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan, data obyektif: pasien terlihat mampu melakukan teknik nafas dalam. Pada pukul 17.00 mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk kompres hangat di bagian dada untuk mengurangi nyeri, data subyektif: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan tindakan kompres hangat, data obyektif: pasien dan keluarga pasien tampak mengerti tentang tujuan kompres hangat pada bagian dada. Pada pukul 17.30 wib mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien, data subyektif: pasien mengatakan belum paham tentang relaksasi progresif, data obyektif: pasien terlihat masih bingung dalam melakukannya. Pada pukul 20.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi Furosemid 20 mg/24 jam, injeksi omeprazole 40mg/24 jam, injeksi ketorolax 30mg/8 jam, injeksi ceftriaxone 2x125 mg/ 24 jam. Obat oral yang diberikan sucralfat syrup 3x2 sendok takar, dan digoxin 1x1tab.

Implementasi dilakukan dari tanggal 4 Desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 15.20 wib. Kemudian mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pukul 15.25 wib. Data subyektif: pasien mengatakan nyeri, data obyektif pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri sedang 6, T: Nyeri terus menerus. Kedua, memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan suplai oksigen yang dilakukan pada pukul 15.30 wib data subyektif: pasien mengatakan bernafas lebih lega, data obyektif: pasien terlihat lebih

rileks saat dilakukan tindakan. Pada pukul 15.40 mengajarkan relaksasi napas dalam, data subyektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan, data obyektif: pasien terlihat mampu melakukan teknik nafas dalam. Pada pukul 17.00 mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk kompres hangat di bagian dada untuk mengurangi nyeri, data subyektif: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan tindakan kompres hangat, data obyektif: pasien dan keluarga pasien tampak mengerti tentang tujuan kompres hangat pada bagian dada.

Pada pukul 17.30 wib mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien, data subyektif: pasien mengatakan belum paham tentang relaksasi progresif, data obyektif: pasien terlihat masih bingung dalam melakukannya. Pada pukul 20.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi Furosemid 20 mg/24 jam, injeksi omeprazole 40mg/24 jam, injeksi ketorolax 30mg/8 jam, injeksi ceftriaxone 2x125 mg/ 24 jam. Obat oral yang diberikan sucralfat sirup 3x2 sendok takar, dan digoxin 1x1tab.

Implementasi dilakukan dari tanggal 5 Desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 15.20 wib. Kemudian mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pukul 15.25 wib. Data subyektif: pasien mengatakan nyeri, data obyektif pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri sedang 6, T: Nyeri terus menerus. Kedua, memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan suplai oksigen yang dilakukan pada pukul 15.30 wib data subyektif: pasien mengatakan bernafas lebih lega, data obyektif: pasien terlihat lebih rileks saat dilakukan tindakan. Pada pukul 15.40 mengajarkan relaksasi napas dalam, data subyektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan, data obyektif: pasien terlihat mampu melakukan teknik nafas dalam. Pada pukul 17.00 mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk kompres hangat di bagian dada untuk mengurangi nyeri, data

subyektif: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan tindakan kompres hangat, data obyektif: pasien dan keluarga pasien tampak mengerti tentang tujuan kompres hangat pada bagian dada. Pada pukul 17.30 wib mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien, data subyektif: pasien mengatakan belum paham tentang relaksasi progresif, data obyektif: pasien terlihat masih bingung dalam melakukannya. Pada pukul 20.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi Furosemid 20 mg/24 jam, injeksi omeprazole 40mg/24 jam, injeksi ketorolax 30mg/8 jam, injeksi ceftriaxone 2x125 mg/ 24 jam. Obat oral yang diberikan sucralfat sirup 3x2 sendok takar, dan digoxin 1x1tab.

Implementasi dilakukan dari tanggal 6 Desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 14.20 wib. Kemudian mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pukul 14.35 wib. Data subyektif: pasien mengatakan nyeri, data obyektif Pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri sedang 4, T: Nyeri terus menerus. Kedua, memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan suplai oksigen yang dilakukan pada pukul 15.50 wib data subyektif: pasien mengatakan bernafas lebih lega, data obyektif: pasien terlihat lebih rileks saat dilakukan tindakan. Pada pukul 16.00 mengajarkan relaksasi napas dalam, data subyektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan, data obyektif: pasien terlihat mampu melakukan teknik nafas dalam. Pada pukul 16.40 mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk kompres hangat di bagian dada untuk mengurangi nyeri, data subyektif: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan tindakan kompres hangat, data obyektif: pasien dan keluarga pasien tampak mengerti tentang tujuan kompres hangat pada bagian dada. Pada pukul 17.00 mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien, data subyektif: pasien mengatakan mulai paham tentang

relaksasi progresif, data obyektif: pasien terlihat masih bingung dalam melakukannya. Pada pukul 20.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi Furosemid 20 mg/24 jam, injeksi omeprazole 40mg/24 jam, injeksi ketorolax 30mg/8 jam, injeksi ceftriaxone 2x125 mg/ 24 jam. Obat oral yang diberikan sucralfat sirup 3x2 sendok takar, dan digoxin 1x1tab.

Implementasi dilakukan dari tanggal 7 Desember 2018 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 14.20 wib. Kemudian mengkaji nyeri pasien yang dilakukan pukul 14.35 wib. Data subyektif: pasien mengatakan nyeri, data obyektif Pengkajian nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri sedang 4, T: Nyeri terus menerus. Kedua, memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan suplai oksigen yang dilakukan pada pukul 15.50 wib data subyektif: pasien mengatakan bernafas lebih lega, data obyektif: pasien terlihat lebih rileks saat dilakukan tindakan. Pada pukul 16.00 mengajarkan relaksasi napas dalam, data subyektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan, data obyektif: pasien terlihat mampu melakukan teknik nafas dalam. Pada pukul 16.40 mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk kompres hangat di bagian dada untuk mengurangi nyeri, data subyektif: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan tindakan kompres hangat, data obyektif: pasien dan keluarga pasien tampak mengerti tentang tujuan kompres hangat pada bagian dada. Pada pukul 17.00 mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien, data subyektif: pasien mengatakan mulai paham tentang relaksasi progresif, data obyektif: pasien terlihat masih bingung dalam melakukannya. Pada pukul 20.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi Furosemid 20 mg/24 jam, injeksi omeprazole 40mg/24 jam, injeksi ketorolax 30mg/8 jam, injeksi ceftriaxone 2x125 mg/ 24 jam.

Obat oral yang diberikan sucralfat syrup 3x2 sendok takar, dan digoxin 1x1tab.

c. Evaluasi

Evaluasi pada tanggal 3 Desember 2017 berdasarkan SOAP yaitu Subyektif: Pasien mengatakan masih nyeri. Obyektif: Pengkajian PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan oleh penurunan suplai oksigen ke miokardum, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: skala 6, T: terus-menerus. Ekspresi wajah pasien meringis kesakitan. Assesment : tanggal 3 masalah belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan relaksasi progresif. Planning: lanjutkan intervensi: kaji nyeri, ajarkan kembali latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, relaksasi progresif, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi pada tanggal 4 Desember 2017 berdasarkan SOAP yaitu Subyektif: Pasien mengatakan masih nyeri. Obyektif: Pengkajian PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan oleh penurunan suplai oksigen ke miokardum, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: skala 6, T: terus-menerus. Ekspresi wajah pasien meringis kesakitan. Assesment : tanggal 3 masalah belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan relaksasi progresif. Planning: lanjutkan intervensi: kaji nyeri, ajarkan kembali latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, relaksasi progresif, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi pada tanggal 4 Desember 2017 berdasarkan SOAP yaitu Subyektif: Pasien mengatakan masih nyeri. Obyektif: Pengkajian PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan oleh penurunan suplai oksigen ke miokardum, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: skala 6, T: terus-menerus. Ekspresi wajah pasien meringis kesakitan. Assesment : tanggal 3 masalah belum teratasi

dalam edukasi tentang tindakan relaksasi progresif. Planning: lanjutkan intervensi: kaji nyeri, ajarkan kembali latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, relaksasi progresif, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi pada tanggal 5 Desember 2018 yaitu Subyektif: Pasien mengatakan lebih nyaman dan nyeri dada berkurang. Obyetif: Pengkajian nyeri PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan penurunan suplai oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: skala nyeri turun menjadi 4, T: Nyeri terus menerus. Ekspresi wajah pasien meringis kesakitan. Assesment: pada tanggal 4 masalah teratasi sebagian dalam menurunnya skala nyeri dari 6 menjadi 4. Planning: Lanjutkan intervensi: Kaji nyeri, ajarkan latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, relaksasi progresif, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi pada tanggal 6 Desember 2018 yaitu Subyektif: Pasien mengatakan lebih nyaman dan nyeri dada berkurang. Obyetif: Pengkajian nyeri PQRST sebagai berikut P: Nyeri dada disebabkan penurunan suplai oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: skala nyeri turun menjadi 4, T: Nyeri terus menerus. Ekspresi wajah pasien meringis kesakitan. Assesment: pada tanggal 4 masalah teratasi sebagian dalam menurunnya skala nyeri dari 6 menjadi 4. Planning: Lanjutkan intervensi: Kaji nyeri, ajarkan latihan napas dalam, berikan kompres hangat ke daerah nyeri, relaksasi progresif, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi tanggal 7 Desember 2018 hasilnya Subyektif: Pasien mengatakan masih nyeri. Obyektif: Pengkajian Nyeri P: Nyeri dada

disebabkan penurunan suplai oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri 2, T: Nyeri hilang timbul. Ekspresi wajah pasien tidak meringis kesakitan. Assesment: Masalah teratasi sebagian menurunnya nyeri dari skala 4 menjadi 2, ekspresi wajah pasien tidak meringis kesakitan. Planning: lanjutkan intervensi kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

Evaluasi tanggal 8 Desember 2018 hasilnya Subyektif: Pasien mengatakan masih nyeri. Obyektif: Pengkajian Nyeri P: Nyeri dada disebabkan penurunan suplai oksigen ke miokardium, Q: Nyeri seperti tertekan beban berat, R: Dada bagian kiri, S: Skala nyeri 2, T: Nyeri hilang timbul. Ekspresi wajah pasien tidak meringis kesakitan. Assesment: Masalah teratasi sebagian menurunnya nyeri dari skala 4 menjadi 2, ekspresi wajah pasien tidak meringis kesakitan. Planning: lanjutkan intervensi kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi ketorolac 30mg/8jam dan O₂ sesuai program 3 liter.

5. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Ketidakefektifan Pola Napas

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8x24jam diharapkan pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan dapat teratasi dengan kriteria hasil: tanda vital, jalan napas paten, RR dalam normal. Intervensi yang dilakukan adalah pantau keadaan umum pasien, pantau tanda vital pasien, berikan terapi oksigenasi, berikan posisi semi fowler, anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, kolaborasi pemberian terapi.

b. Implementasi

Implementasi pada 3 Desember 2012, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum lemah, sesak. Memantau tanda-tanda vital pasien, tanda-tanda vital TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit,

RR : 32 x/menit. Memberi terapi oksigenasi, terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi (ISDN 5 mg) terapi masuk. Memberikan terapi obat analgetik (furosemide 20 mg, captopril 12,5 mg), terapi masuk sesuai dengan program. Implementasi pada 4 Desember 2012, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum lemah, sesak. Memantau tanda-tanda vital pasien, tanda-tanda vital TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit, RR : 32 x/menit. Memberi terapi oksigenasi, terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi (ISDN 5 mg) terapi masuk. Memberikan terapi obat analgetik (furosemide 20 mg, captopril 12,5 mg), terapi masuk sesuai dengan program.

Implementasi pada 5 Desember 2012, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum lemah, sesak. Memantau tanda-tanda vital pasien, tanda-tanda vital TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit, RR : 32 x/menit. Memberi terapi oksigenasi, terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi (ISDN 5 mg) terapi masuk. Memberikan terapi obat analgetik (furosemide 20 mg, captopril 12,5 mg), terapi masuk sesuai dengan program. Implementasi pada 6 Desember 2018, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum pasien lemah. Monitor tanda-tanda vital pasien, TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit dan RR : 32 x/menit. Memonitor oksigenasi, oksigen terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi obat (ISDN 5 mg) terapi masuk sesuai program. Memberikan posisi yang nyaman, posisi tidur pasien semi fowler. Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi pada 7 Desember 2018, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum pasien lemah. Monitor tanda-tanda vital pasien, TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit dan RR : 32 x/menit. Memonitor oksigenasi, oksigen terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi obat (ISDN 5 mg) terapi masuk sesuai program. Memberikan posisi yang nyaman, posisi tidur pasien semi fowler. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Implementasi pada 8 Desember 2018, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum

pasien lemah. Monitor tanda-tanda vital pasien, TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit dan RR : 32 x/menit. Memonitor oksigenasi, oksigen terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi obat (ISDN 5 mg) terapi masuk sesuai program. Memberikan posisi yang nyaman, posisi tidur pasien semi fowler. Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi pada 9 Desember 2018, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum pasien lemah. Monitor tanda-tanda vital pasien, TD : 120/60 mmHg, N : 150 x/menit dan RR : 32 x/menit.

Memonitor oksigenasi, oksigen terpasang O₂ binasal 4 lpm. Memberikan terapi obat (ISDN 5 mg) terapi masuk sesuai program. Memberikan posisi yang nyaman, posisi tidur pasien semi fowler. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Implementasi pada 10 Desember 2018, memantau keadaan umum pasien, keadaan umum pasien cukup. Monitor tanda vital pasien, TD 110/80 N: 90 RR: 24 S: 36. Monitor Oksigen, oksigen dipasang O₂ binasal 4 lpm. Memberi terapi obat (aminopilin 1 amp), obat dimasukkan sesuai program. Memberikan posisi yang nyaman, posisi semifowler. Menganjurkan pasien istirahat, pasien kooperatif istirahat.

c. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada 11 Desember 2018. S: pasien mengatakan sudah tidak sesak. O: pasien tampak rileks. A: masalah pola napas sudah teratasi. P: pertahankan intervensi, pertahankan oksigenasi, anjurkan istirahat, berikan posisi senyaman mungkin.

**6. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan :
Penurunan Curah Jantung**

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan yaitu posisikan *semi fowler*, monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung, monitor BC, monitor adanya perubahan TD dan berikan lingkungan yang tenang, monitor TTV, monitor adanya dyspnea, instruksikan pasien untuk istirahat total di tempat tidur, atur periode latihan dan istirahat untuk

menghindari kelelahan, anjurkan untuk menurunkan stres, berikan terapi oksigen sesuai indikasi, kolaborasi terapi obat diuretik dan antibiotic dengan dokter.

b. Implementasi

Implementasi tanggal 3 Desember 2018 yaitu pukul 09.00 dan 12.00 monitor TTV, pukul 12.30 berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, memberikan obat oral. Pukul 13.00 tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari

kelelahan, menyeka pasien. Implementasi tanggal 4 Desember 2018 yaitu pukul 09.00 dan 12.00 monitor TTV, pukul 12.30 berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, memberikan obat oral. Pukul 13.00 tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan, menyeka pasien.

Implementasi tanggal 5 Desember 2018 yaitu pukul 09.00 dan 12.00 monitor TTV, pukul 12.30 berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, memberikan obat oral. Pukul 13.00 tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan, menyeka pasien.

Implementasi tanggal 6 Desember 2018 yaitu pukul 09.00 dan 12.00 monitor TTV, pukul 12.30 berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, memberikan obat oral. Pukul 13.00 tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari

kelelahan, menyeka pasien. Implementasi tanggal 7 Desember 2018 yaitu pukul 09.00 dan 12.00 monitor TTV, pukul 12.30 berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, memberikan obat oral.

Pukul 13.00 tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan, menyeka pasien.

Implementasi tanggal 8 Desember 2018 yaitu pukul 08.00 posisikan semi fowler, pukul 09.00 monitor TTV, pukul 13.00 melakukan edukasi terhadap pasien, tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan, menyeka pasien.

Implementasi tanggal 9 Desember 2018 yaitu pukul 08.00 posisikan semi fowler, pukul 09.00 monitor TTV, pukul 13.00 melakukan edukasi terhadap pasien, tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O_2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan, menyeka pasien. Implementasi tanggal 10 Desember 2018 yaitu pukul 08.00 posisikan pasien *semi fowler* pemasangan kanul O_2 dengan yang baru dan steril serta melakukan penkes.

c. Evaluasi

Evaluasi tanggal 3 Desember 2018 yaitu klien mengatakan masih sesak napas 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 120/60 mmHg, MAP : 80 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 28 x/menit, S : 36,4 °C, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau penurunan kesadaran. Evaluasi tanggal 4 Desember 2018 yaitu klien mengatakan masih sesak napas 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 120/60 mmHg, MAP : 80 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 28 x/menit, S : 36,4 °C, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau penurunan kesadaran. Evaluasi tanggal 5 Desember 2018 yaitu klien mengatakan masih sesak napas 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 120/60 mmHg, MAP : 80 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 28 x/menit, S : 36,4 °C, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau penurunan kesadaran.

Evaluasi tanggal 6 Desember 2018 yaitu : klien mengatakan masih sesak napas, 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 110/80 mmHg, MAP : 90 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 25 x/menit, S : 36 °C. A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau toleransi aktifitas dan tingkat kelelahan klien. Evaluasi tanggal 7 Desember 2018 yaitu : klien mengatakan masih sesak napas, 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 110/80 mmHg, MAP : 90 mmHg, N : 80

x/menit, RR : 25 x/menit, S : 36 °C. A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau toleransi aktifitas dan tingkat kelelahan klien. Evaluasi tanggal 8 Desember 2018 yaitu : klien mengatakan masih sesak napas, 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 110/80 mmHg, MAP : 90 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 25 x/menit, S : 36 °C. A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau toleransi aktifitas dan tingkat kelelahan klien.

Evaluasi tanggal 9 Desember 2018 yaitu : klien mengatakan masih sesak napas, 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 110/80 mmHg, MAP : 90 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 25 x/menit, S : 36 °C. A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau toleransi aktifitas dan tingkat kelelahan klien. Evaluasi tanggal 10 Desember 2018 yaitu klien mengatakan sesak napas berkurang, 0 : KU cukup, kesadaran CM GCS : 15 E4V5M6, TTV : TD : 110/80 mmHg, MAP : 90 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 23 x/menit, S : 36,1 °C. A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan Intervensi, pantau vital sign dan pantau kesadaran.

7. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Intolerans Aktifitas

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktifitas, kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak napas, diaphoresis, perubahan hemodinamik), monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan, bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk

aktivitas yang diinginkan, sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri, Monitor responfisik, emosi, sosial dan spiritual.

b. Implementasi

Pada 3 Desember 2017 penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi yang telah di buat oleh penulis. Pada pukul 08.15 penulis bersama perawat jaga melakukan tindakan injeksi ranitidine sebanyak 1 ampul/12jam dan pemberian obat oral: digoxin 1 tablet, aspilet 1 tablet, aspilet 1 tablet, sinvastine 1 tablet, ramipril 1 tabletx2,5 mg, amiodaron 1 tablet. Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik dan meminum obat yang diberikan, didisuntikan ranitidin sebanyak 1 ampul lewat intravena yang terpasang. Pada pukul 09.15 Wib memposisikan pasien semi flower agar pasien lebih nyama dan dapat mengurai sesak nafas. Data obyektif pasien masih terlihat kesusahan untuk nafas dan megangi dada.

Pada 4 Desember 2017 pukul 09.45 melakukan pengkajian pola aktivitas dan apa yang dirasakan saat beraktifitas di atas bed dan hasilnya pasien mengatakan merasakan kesusahan saat beraktifitas di atas bed karena badan terasa lemas dan dada terasa berat. Pada pukul 10.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi kepada pasien dan keluarga, dan mau mengikuti arahan yang diberikan, data obyektuf didapatkan pasien mengatakan pasien terlihat mendengarkan dengan baik, selama 1 meniti pernafasan yang terhitung 14kali /menit dan mengikuti apa yang diajarkan.

Pada 5 Desember 2017 pukul 11.00 melakukan pengkajian tentang mengapa bisa dada terasa sakit dan lemas saat bergerak, pasien mengatakan kemarin ia melkukan perkerjaan semua sendiri dan tidak mau dibantu sedangkan saat itu kondisi telat makan, data obyektif pasien terlihat maish lemas, tidak banyak gerak dan berbicara. Pada 6 Desember Pada jam 12.00 WIB melakukan pemberian obat oral amiodaron 1 tablet, pasien mengatakan bersedia untuk meminum obat

oral yang diberikan, data obyektif pasien terlihat meminum obat yang diberikan. Pada pukul 12.30 mengajarkan cara tirah baring atau miring kanan dan kiri secara benar, pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan, data obyektif pasien terlihat mengikuti apa yang diarahkan.

Pada 7 Desember 2018 melakukan injeksi ranitidine sebanyak 1 ampul/ 12 jam dan memberikan obat oral digoxin 1 tablet, aspilet 1 tablet, aspilet 1 tablet, sinvastine 1 tablet, ramipril 1 tablet x 2,5 mg, amiodaron 1 tablet. Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik dan meminum obat yang diberikan, lalu disuntikan ranitidin sebanyak 1 ampul lewat selang intravena yang terpasang. Pada pukul 08.45 melakukan perekaman denyut jantung dengan alat EKG, pasien mengatakan mau untuk dilakukan tindakan, pasien terlihat mengikuti arahan dan hasil denyut jantung mulai stabil. Pada pukul 09.30 melakukan pengkajian pernafasan pasien, pasien mengatakan sesaknya mulai berkurang dan dada sudah tidak berdebar-debar, data obyektif pasien terlihat sudah tidak sesak nafas dengan RR=17x/ menit dan tidak memegang dadanya lagi. Pada pukul 10.30 melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien dan mengajarkan cara membuat jadwal aktivitas, data obyektif pasien dan keluarga pasien terlihat mendengarkan dan dapat menjawab dengan pertanyaan dengan baik dan keluarga pasien mengikuti cara membuat jadwal aktivitas.

Pada 8 Desember 2018 pukul 12.00 amiodaron 1 tablet, pasien mengatakan bersedia untuk meminum obat oral yang diberikan, data obyektif pasien terlihat meminum obat yang diberikan. Pada pukul 13.00 mengajarkan tirah baring atau miring kanan dan kiri, pasien mengatakan bahwa pasien sudah mulai melakukannya sendiri walaupun masih dibantu keluarga, data obyektif pasien terlihat mulai sudah bisa melakukan sendiri.

Pada 9 Desember 2018 melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi yang telah di buat oleh penulis. Pada pukul 08.15 penulis

bersama perawat jaga melakukan tindakan injeksi ranitidine sebanyak 1 ampul/12jam dan pemberian obat oral: digoxin 1 tablet, aspilet 1 tablet, aspilet 1 tablet, sinvastine 1 tablet, ramipril 1 tablet x 2,5 mg, amiodaron 1 tablet. Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik dan meminum obat yang diberikan, lalu didisuntikan ranitidin sebanyak 1 ampul lewat selang intravena yang terpasang.

Pada 10 Desember 2018 jam 08.45 melakukan tindakan perekaman denyut jantung dengan EKG, pasien mengatakan mau untuk dilakukan tindakan, pasien terlihat mengikuti arahan dan hasil denyut jantung sudah stabil. Pada pukul 09.30 melakukan tindakan tirah baring, pasien mengatakan sudah tidak tersakit saat bergerak dan sudah bisa sendiri melakukan miring kanan dan kiri sendiri, jadwal aktivitas sudah diisi dan mau untuk melakukannya, data obyektif pasien terlihat sudah bisa melakukan sendiri dan menyusun jadwal dengan baik. Pada jam 10.00 melakukan pengecekan tanda-tanda vital pasien sebelum pindah ke bangsal, pasien mengatakan mau dilakukan tindakan, pasien terlihat mengikuti arahan.

c. Evaluasi

Penulis melakukan evaluasi hari pertama pada 3 Desember 2018. Pasien dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Pasien terlihat kesusahan saat bernafas, pernafasanya kusmaul dan pernafasanya selama 1 menit adalah 14 kali. Pada 4 Desember 2018. Pasien dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Pasien terlihat kesusahan saat bernafas, pernafasanya kusmaul dan pernafasanya selama 1 menit adalah 14 kali. Evaluasi 5 Desember 2018 dalam bernafas pasien menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian saat bernafas pasien juga terlihat adanya peningkatan ekspansi paru dan pasien saat beraktivitas diatas bed harus dibantu serta mengikuti cara tirah baring. Dari data tersebut maka masalah

belum teratasi dan untuk planning lanjutkan intervensi kaji status pernafasan pasien, ajarkan tindakan tirah baring dan berikan pendidikan kesehatan ke pasien dan keluarga tentang penyakit dan beraktivitas yang baik.

Evaluasi 6 Desember 2018 dalam bernafas pasien menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian saat bernafas pasien juga terlihat adanya peningkatan ekspansi paru dan pasien saat beraktivitas diatas bed harus dibantu serta mengikuti cara tirah baring.

Dari data tersebut maka masalah belum teratasi dan untuk planning lanjutkan intervensi kaji status pernafasan pasien, ajarkan tindakan tirah baring dan berikan pendidikan kesehatan ke pasien dan keluarga tentang penyakit dan beraktivitas yang baik. Evaluasi 7 Desember 2018 dalam bernafas pasien menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian saat bernafas pasien juga terlihat adanya peningkatan ekspansi paru dan pasien saat beraktivitas diatas bed harus dibantu serta mengikuti cara tirah baring. Dari data tersebut maka masalah belum teratasi dan untuk planning lanjutkan intervensi kaji status pernafasan pasien, ajarkan tindakan tirah baring dan berikan pendidikan kesehatan ke pasien dan keluarga tentang penyakit dan beraktivitas yang baik.

Penulis melakukan evaluasi 8 Desember 2018. Pasien dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen. Pasien terlihat sudah tidak terlihat kesusahan bernafas, pernafasannya kusmaul dan pernafasannya selama 1 menit adalah 17 kali. Dalam bernafas pasien sudah tidak menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian dan pasien saat melakukah cara tirah baring sudah bisa sendiri meskipun dibantu sedikit oleh keluarga dan pasien mengatakn terima kasih telah dikasih tahu tentang penyakitnya dan cara pencegahanya. Dari data tersebut maka masalah belum teratasi sebagian, dan untuk planning

lanjutkan intervensi melakukan perekaman denyut jantung, ajarkan tindakan tirah baring dan membantu cara membuat jadwal aktivitas.

Penulis melakukan evaluasi 9 Desember 2018. Pasien dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen. Dalam bernafas pasien sudah tidak menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian dan pasien saat melakukah cara tirah baring sudah bisa sendiri meskipun dibantu sedikit oleh keluarga dan pasien mengatakn terima kasih telah dikasih tahu tentang penyakitnya dan cara pencegahanya. Dari data tersebut maka masalah belum teratasi sebagian, dan untuk planning lanjutkan intervensi melakukan perekaman denyut jantung, ajarkan tindakan tirah baring dan membantu cara membuat jadwal aktivitas.

Penulis melakukan evaluasi 10 Desember 2018. Pasien dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen. Pasien terlihat sudah tidak terihat kesusahan bernafas, pernafasnyakusmaul dan pernafasanya selama 1 menit adalah 19 kali. Dalam bernafas pasien sudah tidak menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian pasien saat melakukah cara tirah baring sudah bisa sendiri dan pasien mengatakan terima kasih telah diajarkan cara membuat jadwal, dari data tersebut maka masalah pada teratasi dan untuk planning intervensi dihentikan.

8. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan Diri

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 8x24 jam, diharapkan manajemen kesehatan diri klien meningkat dengan melihat kriteria hasil *knowledge* tentang *health behavior* yaitu :

- 1) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar dengan kriteria awal 1 dan target 5.

- 2) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat secara benar dengan kriteria awal 1 dan target 5.

Keterangan skala :

- 1 : tidak pernah menunjukkan
- 2 : jarang menunjukkan
- 3 : kadang-kadang menunjukkan
- 4 : sering menunjukkan
- 5 : selalu menunjukkan

Edukasi terhadap pasien mengenai pengobatan yang tepat, diet, tindak lanjut medis, aktivitas fisik dan mengenali gejala kekambuhan CHF. Diketahui yaitu :

- 1) Pengobatan yang tepat yaitu mencakup menembus resep, sesuai dosis, sesuai dalam waktu pemberian / konsumsi obat dan penghentian obat sesuai waktunya. Ketidapatuhan akan mengakibatkan penggunaan suatu obat yang kurang berhasil. Cara untuk meningkatkan pompa jantung adalah dengan menggunakan agonis adrenergik atau terapi inotropik. Agen inotropik utama adalah dobutamine, milrinone, dopexamine, dan digoxin. Pada klien hipotensi dengan gagal jantung maka dopamin dan dobutamin yang akan digunakan. Obat tersebut akan memfasilitasi kontraktilitas miokardium dan meningkatkan volume sekuncup. Selain itu, obat ini juga dapat memicu terjadinya disritmia. Dobutamin adalah terapi yang sering digunakan untuk mengatasi gagal jantung karena memproduksi stimulator beta didalam miokardium, yang akan meningkatkan denyut jantung, konduksi atrioventrikular, dan kontraktilitas miokardium. Dobutamin berguna untuk meningkatkan *cardiac output* tanpa meningkatkan kebutuhan oksigen pada miokardium atau mengurangi aliran darah koroner. Milrinone dapat mendilatasi pembuluh darah. Amrinone jarang digunakan untuk mengatasi gagal jantung karena dapat menyebabkan trombositopenia. Digoxin lebih sedikit digunakan

pada penanganan gagal jantung pada keadaan emergensi. Digoxin memberikan efek yang sedikit atau bahkan tidak ada efek untuk mendekompensasi gagal jantung.

- 2) Tujuan manajemen diet atau nutrisi pada pasien CHF adalah untuk mengurangi natrium dan retensi cairan. Pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah, mengatur atau mengurangi edema. Banyak pasien dengan gagal jantung hanya membatasi garam pada makanannya berkisar 3 gram sehari atau 1000-2000 miligram natrium. Garam itu tidak 100% mengandung natrium, tetapi setiap 1 gram garam mengandung 393 miligram natrium. Nutrisi pada gagal jantung berkaitan dengan kadar kolesterol. Peningkatan kadar kolesterol pada penderita gagal jantung akan menyebabkan kerusakan dan pengerasan pada pembuluh darah sehingga beban jantung yang sudah mengalami kegagalan akan memperparah kerja jantung.
- 3) Tindak lanjut medis : Diuretik merupakan terapi yang penting karena organ ginjal merupakan organ target utama dalam perubahan neurohormonal sebagai respon dari gagal jantung. Pilihan terapi pertama adalah *loop diuretik*, seperti furosemide yang menghambat reabsorpsi garam didalam lengkung henle *ascending*. Diuretik akan mengurangi sirkulasi volume darah, mengurangi preload, dan mengurangi kongesti sistemik maupun pulmonal. *Loop diuretik* dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dari ringan sampai berat. Hipokalemia merupakan efek samping dari *loop diuretik* yang dapat menyebabkan kelemahan pada miokardial dan kardiak distritmia. Hipokalemia juga berpotensi menyebabkan toksikasi digitalis. Vasodilator dapat mengurangi preload dan afterload. Nitrogliserin mengurangi kebutuhan oksigen di miokardial dengan menurunkan preload dan afterload. Morphine IV digunakan pada pasien dengan gagal jantung pada fase akut. Morphine selain berguna sebagai anxiolytic

dan analgesik, efek terpentingnya adalah dilatasi pembuluh darah vena yang akan menurunkan preload. Morphine juga akan mendilatasi pembuluh darah arteri yang akan mengurangi resistensi vaskular sistemik (SVR) dan meningkatkan *cardiac output*. Nitroglycerin merupakan terapi terbaru yang dapat mendilatasi pembuluh darah vena dan arteri secara bersamaan. Beta adrenergik antagonis (beta blockers) digunakan untuk menghambat efek dari sistem saraf simpatis dan mengurangi kebutuhan oksigen di miokardium. Beta blockers akan memperbaiki aktivitas reseptor beta-1 atau menghambat aktivitas katekolamin, yang berguna untuk melindungi jantung dengan gangguan pada fungsi ventrikel kiri.

- 4) Aktivitas fisik : Pasien dengan gagal jantung memiliki manifestasi klinis salah satunya yaitu mudah merasa lelah ketika beraktivitas. Tingkat kelelahan dirasakan berbeda setiap individu sesuai dengan derajat dari gagal jantung yang dialami. Kelelahan terjadi karena pengaruh dari sirkulasi ke jaringan yang tidak adekuat sehingga konsumsi O₂ ke jaringan juga mengalami penurunan. Tubuh merespon dengan melakukan metabolisme anaerob yang menghasilkan zat sisa berupa asam laktat. Penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih akan menyebabkan kelelahan sehingga muncul gejala penurunan toleransi aktivitas pada sebagian besar pasien dengan gagal jantung. Oleh karena itu, pasien dengan gagal jantung lebih disarankan untuk mengurangi aktivitas yang berat. Pasien dengan gagal jantung masih dapat melakukan aktivitas namun disesuaikan dengan toleransi tubuh. Karena aktivitas diperlukan tubuh untuk melatih kapasitas fungsional jantung tetapi juga ditujukan supaya aktivitas tersebut tidak juga menjadi faktor pemberat terjadinya serangan jantung.

- 5) Gejala kekambuhan CHF

- a) Aktivitas/ istirahat, Gejala : Kelelahan/ kelelahan terus menerus yang dapat dirasakan sepanjang hari; insomnia; nyeri dada dengan aktivitas; dispnea pada istirahat atau pada pengurangan tenaga. Tanda : Gelisah; perubahan status mental (misal: letargi); tanda-tanda vital berubah pada saat beraktivitas.
- b) Sirkulasi, Gejala : Bengkak pada kaki; telapak kaki; abdomen/asites. Tanda : Tekanan darah mungkin rendah (gagal pemompaan), normal (GJK ringan atau kronis), atau tinggi (kelebihan beban cairan). Tekanan nadi mungkin sempit yang menunjukkan penurunan volume sekuncup. Frekuensi jantung bisa takikardi (gagal jantung kiri). Irama jantung umumnya disritmia (misal: fibrilasi atrium, blok jantung). Bunyi jantung dapat S3 (gallops) adalah diagnostik, S4 dapat terjadi, S1 dan S2 mungkin melemah. Murmur sistolik dan diastolik dapat menandakan adanya stenosis katup atau insufisiensi. Nadi perifer berkurang berupa perubahan dalam kekuatan denyutan. Nadi sentral mungkin kuat (misal: nadi jugularis, karotis, abdominal). Warna sianosis. Punggung kuku pucat atau sianotik dengan CRT yang lambat. Hati terkadang mengalami pembesaran. Bunyi napas krekles, ronchi. Edema mungkin dependen, umum atau iting khususnya pada ekstremitas.
- c) Integritas ego, Gejala : Ansietas, khawatir, ketakutan. Stress yang berhubungan dengan penyakit/kekhawatiran finansial (pekerjaan, biaya perawatan medis). Tanda : berbagai manifestasi perilaku (misal: ansietas, marah, ketakutan, atau mudah tersinggung).
- d) Eliminasi, Gejala : Penurunan berkemih, urin berwarna gelap. Berkemih pada malam hari (nokturia). Diare/konstipasi.
- e) Makanan/cairan, Gejala : Kehilangan nafsu makan; mual/muntah. Penambahan berat badan signifikan. Pembengkakan pada ekstremitas bawah. Pakaian dan atau sepatu terasa sesak.

Diet tinggi garam/ makanan yang telah diproses, lemak, gula, dan kafein. Penggunaan diuretik. Tanda : Penambahan berat badan yang cepat. Distensi abdomen (asites); edema (umum, dependen, tekanan, pitting).

f) Higiene, Gejala : Keletihan/ kelemahan; kelelahan selama aktivitas perawatan diri. Tanda ; Penampilan menandakan kelalaian perawatan personal.

g) Neurosensori, Gejala : Kelemahan, pening, episode pingsan. Tanda : Letargi, kusut ikir, disorientasi. Perubahan perilaku, mudah tersinggung.

h) Nyeri/ Ketidaknyamanan, Gejala : Nyeri dada/ angina akut atau kronis. Nyeri abdomen kanan atas. Sakit pada otot. Tanda : Tidak tenang, gelisah. Fokus menyempit (menarik diri). Perilaku melindungi diri.

i) Pernapasan, Gejala : Dipsnea ketika beraktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal. Batuk dengan/ tanpa pembentukan sputum. Riwayat penyakit paru kronis. Penggunaan alat bantu pernapasan (misal: oksigen atau medikasi). Tanda : Pernapasan takipnea, napas dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan. Batuk kering/ nyaring/ non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan/ tanpa pembentukan sputum . Sputum mungkin bersemu darah, merah muda/ berbuih (edema pulmonal). Bunyi napas mungkin tidak terdengar, dengan krakles basilar dan mengi. Fungsi mental mungkin menurun, letargi atau dengan kegelisahan. Warna kulit pucat atau sianosis.

j) Keamanan, Gejala : Perubahan dalam fungsi mental. Kehilangan kekuatan/ tonus otot. Kulit lecet

k) Interaksi sosial, Gejala Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan/ diikuti.

- 1) Pembelajaran/ pengajaran, Gejala : Menggunakan/ lupa menggunakan obat-obat jantung. Tanda : Bukti tentang ketidakberhasilan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai program terapi.

b. Implementasi

Implementasi pada 3 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai pengobatan yang tepat dengan skor 1. Implementasi pada 4 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 1. Implementasi pada 5 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai tindak lanjut medis dengan skor 2.

Implementasi pada 6 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 2. Implementasi pada 7 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai mengenali gejala kekambuhan dengan skor 3. Implementasi pada 8 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 3.

Implementasi pada 9 Desember 2012, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 4. Implementasi pada 10 Desember 2018, menanyakan pada keluarga pasien dan pasien apakah sudah paham atau belum tentang penyakit, dengan memberikan pertanyaan mengenai pengobatan yang tepat, serta memberikan waktu kepada pasien dan keluarga pasien untuk bertanya diperoleh skor 5.

c. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada 11 Desember 2018. S : Klien dan keluarga klien mengatakan sudah tentang penyakit. 0 : Keluarga klien

dan klien dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang di ajukan oleh perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yang di derita klien. A : Masalah teratasi. P : Hentikan Intervensi.

9. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Diagnosa risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dititikberatkan pada memberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus, diit nutrisi untuk penderita diabetes mellitus, aktivitas fisik, pemanfaatan fasilitas kesehatan.

b. Implementasi

Implementasi pada 3 Desember 2018, melakukan penkes tentang DM. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan. Implementasi pada 4 Desember 2018, melakukan penkes tentang DM. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan. Implementasi pada 5 Desember 2018, melakukan penkes tentang diit nutrisi untuk penderita diabetes mellitus. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan.

Implementasi pada 6 Desember 2018, melakukan penkes tentang diit nutrisi untuk penderita diabetes mellitus. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan. Implementasi pada 7 Desember 2018, melakukan penkes tentang aktifitas fisik untuk penderita diabetes mellitus. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah

dijelaskan. Implementasi pada 8 Desember 2018, melakukan penkes tentang aktifitas fisik untuk penderita diabetes mellitus. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan.

Implementasi pada 9 Desember 2018, melakukan penkes pemanfaatan fasilitas kesehatan. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan. Implementasi pada 10 Desember 2018, melakukan penkes pemanfaatan fasilitas kesehatan. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang apa yang sudah dijelaskan.

c. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada 11 Desember 2018. S : keluarga mengatakan sudah paham tentang diabetes mellitus, diet nutrisi untuk penderita diabetes mellitus, aktivitas fisik, pemanfaatan fasilitas kesehatan. O : keluarga kooperatif, keluarga mampu menjelaskan diabetes mellitus, diet nutrisi untuk penderita diabetes mellitus, aktivitas fisik, pemanfaatan fasilitas kesehatan. A : TUK 1, 2, 3, 4, 5 tercapai. P : intervensi tercapai.

B. Asuhan Keperawatan Pasien Resume I

Ny. K yang berusia 53 tahun (11 September 1965) dengan No RM 99.59.97. Ny. K bekerja sebagai penjual ikan (Swasta) Ny. K mengatakan beliau menjual ikan ±15 tahun. Ny. K tinggal di jalan Anggur RT 57 (Samarinda), dibawa oleh keluarga ke rumah sakit pada tanggal 16 November 2018 pukul 01:50 di ruang IGD RS AWS. Pada saat di ruang IGD Ny. K diberikan Asuhan Keperawatan dan dilakukan pemeriksaan, yaitu keluhan utama : badan lemas, nyeri dada sebelah kiri, mual 1 hari yang lalu. TTV : TD : 170/104 mmHg, MAP : 126 mmHg, N : 91 x/menit, RR : 26 x/menit, S :

36,5 °C, SPO₂ : 97%. Serta, Ny. K mempunyai riwayat penyakit Jantung Koroner dan Hipertensi.

EKG : tanggal 16 November 2018 menunjukkan Rasional : EKG : ST Elevation Infark Miokard Antero lateral septal : Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V1-V6. ST Elevation adalah rusaknya bagian otot jantung secara permanen akibat insufisiensi aliran darah koroner oleh proses degeneratif maupun di pengaruhi oleh banyak faktor dengan ditandai keluhan nyeri dada, peningkatan enzim jantung dan ST elevasi pada pemeriksaan EKG.

EKG : tanggal 17 November 2018 menunjukkan Rasional : EKG : ST Elevation Infark Miokard Antero lateral septal : Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V1-V6. ST Elevation adalah rusaknya bagian otot jantung secara permanen akibat insufisiensi aliran darah koroner oleh proses degeneratif maupun di pengaruhi oleh banyak faktor dengan ditandai keluhan nyeri dada, peningkatan enzim jantung dan ST elevasi pada pemeriksaan EKG.

Pada hasil laboratorium Ny. K pada tanggal 16 November 2018 terdapat peningkatan nilai Mean *Corpuscular Hemoglobin* (MCH) merupakan salah satu jenis pemeriksaan yang ada pada darah, di mana akan dinilai massa dari hemoglobin dari satuan sel darah merah yang ada di tubuh. Jika nilai MCH didalam tubuh meningkat maka akan memacu detak jantung menjadi cepat. Intervensi keperawatan kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan selama 8 x 8 jam.

Skala Target Outcome :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang-kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan
5. Secara konsisten menunjukkan

Implementasi pada 16 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai

pengobatan yang tepat dengan skor 1. Implementasi pada 17 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 1. Implementasi pada 18 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai tindak lanjut medis dengan skor 1. Implementasi pada 19 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 2.

Implementasi pada 20 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai mengenali gejala kekambuhan dengan skor 2. Implementasi pada 21 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 3. Implementasi pada 22 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 3. Implementasi pada 23 November 2018, menanyakan pada keluarga pasien dan pasien apakah sudah paham atau belum tentang penyakit, dengan memberikan pertanyaan mengenai pengobatan yang tepat, serta memberikan waktu kepada pasien dan keluarga pasien untuk bertanya diperoleh skor 4.

C. Asuhan Keperawatan Pasien Resume II

Tn. U mengatakan nyeri dada yang hilang timbul dirasakan dalam waktu 5-10 menit sudah sejak dua hari yang lalu pada saat sedang tidak beraktivitas dengan keluhan tambahan nyeri ulu hati dan muntah sebanyak tiga kali sebelum masuk rumah sakit. Klien di bawa oleh keluarga ke IGD Rumah Sakit I.A Moies dengan keluhan tersebut lalu klien di Rujuk Oleh Rumah sakit I.A Moies ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan diagnosa sementara ACS STEMI. Saat di ruang IGD klien diberikan Asuhan Keperawatan dengan hasil pemeriksaan : TTV : TD 139/89 mmHg, MAP : mmHg, N : 110 x/menit, RR : 30 x/menit, S : 36,5 °C, SPO₂ : 99%. Klien diberikan oksigen nasal kanul 3 Lpm (Aliran 3-4 liter/menit menghasilkan O₂ dengan konsentrasi 30-40%.

Interpretasi EKG:

1. Irama : Reguler
2. Frekuensi jantung (HR): 116x/i
3. Gelombang P: ada, 0,12 detik (3 kotak kecil), tinggi 2 mv
4. Interveal P-R: 0,20 (5 Kotak)
5. Gelombang QRS melebar 0,012
6. ST Segmen: ST Elevasi V1, V2, V3, V4 dan V5
7. Axis: Normal
8. Gelombang T inverted

Kesimpulan : LBBB (*Left Bundle Branch Block*)

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien *Congestive Heart Failure* antara lain dengan memonitor frekuensi dan irama jantung, mengobservasi perubahan status mental, monitor pemeriksaan diagnostik dan hasil laboratorium seperti EKG, GDA (PaO₂, PaCO₂, SPO₂), elektrolit, memposisikan pasien semi fowler, memberikan terapi O₂, monitor vita sign, memberikan lingkungan yang tenang dan membatasi pengunjung, melakukan kolaborasi untuk memberikan obat sesuai anjuran dokter. Setelah dilakukannya Asuhan Keperawatan selama 8x12 jam di dapatkan hasil pernafasan pasien menjadi normal, sudah tidak terdapat edema, dan pasien paham terhadap penyakit CHF (*Congestive Heart Faillure*). Pasien juga diberikan *discharge planning* sebagai kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan meliputi:

Implementasi pada 19 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai pengobatan yang tepat dengan skor 1. Implementasi pada 20 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 1. Implementasi pada 21 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai tindak lanjut medis dengan skor 2. Implementasi pada 22 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 2.

Implementasi pada 23 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai mengenali gejala kekambuhan dengan skor 3. Implementasi pada 24 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai diet dengan skor 4. Implementasi pada 25 November 2018, mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai aktivitas fisik dengan skor 4. Implementasi pada 26 November 2018, menanyakan pada keluarga pasien dan pasien apakah sudah paham atau belum tentang penyakit, dengan memberikan pertanyaan mengenai pengobatan yang tepat, serta memberikan waktu kepada pasien dan keluarga pasien untuk bertanya diperoleh skor 5.

D. Perbandingan Hasil Intervensi

Perbandingan hasil intervensi pasien kelolaan dengan pasien resume yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

Pada pasien kelolaan Ny. S didapatkan enam prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Untuk kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diberikan *discharge planning* melalui *knowledge* tentang *health behavior* yaitu mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai pengobatan yang tepat, diet, tindak lanjut medis, aktivitas fisik dan mengenali gejala kekambuhan.

Pasien Resume I yaitu Ny. K intervensi yang dilakukan adalah untuk nyeri akut dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus, monitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. melakukan tindakan non-farmakologi (relaksasi nafas dalam), kurangi faktor-faktor yang dapat menambah ungkapan nyeri dan tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri, hasil intervensi yaitu pengurangan atau

reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. Untuk ketidakefektifan pola napas, intervensi yang diberikan yaitu posisikan pasien untuk memaksimalkan jalan nafas, auskultasi suara nafas, catat area ventilasi yang menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan dan kelola oksigen, hasil intervensi yaitu fasilitas kepatenan jalan nafas. Untuk penurunan curah jantung, intervensi yang diberikan yaitu catat adanya distrimia jantung, monitor adanya tanda dan gejala cardiac output, memonitor status kardiovaskuler, monitor Balance Cairan, monitor Vital Sign, monitor Kualitas Nadi dan monitor Bunyi Jantung. Hasil intervensi optimalisasi denyut jantung, preload dan afterload serta kontraktilitas (jantung). Untuk kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diberikan *discharge planning* melalui *knowledge* tentang *health behavior* yaitu mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai pengobatan yang tepat, diet, tindak lanjut medis, aktivitas fisik dan mengenali gejala kekambuhan.

Pasien Resume II Tn. U untuk nyeri akut yaitu penanganan nyeri dapat dilakukan dengan terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Intervensi nonfarmakologis merupakan intervensi yang cocok untuk pasien yang merasa cemas terhadap efek samping yang ditimbulkan oleh terapi farmakologi. Stimulasi kutaneus, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing dan hipnosis adalah contoh intervensi nonfarmakologis yang sering digunakan dalam keperawatan untuk mengelola nyeri. Stimulasi kutaneus, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing dan hipnosis adalah contoh intervensi nonfarmakologis yang sering digunakan dalam keperawatan untuk mengelola nyeri. Untuk ansietas yaitu pasien dilakukan tindakan keperawatan selama 8 x 8 jam, dimana diharapkan masalah ansietas dapat teratasi berupa kontrol kecemasan diri meliputi menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan pada waktu 12-20x/menit pada klien dengan aktifitas. Dimana klien melaporkan mudah dalam melaksanakan ADL dan klien melaporkan tidak mengalami keletihan. Untuk intoleransi aktivitas yaitu hal ini terlihat dari manifestasi klinis pada pasien kasus kelolaan ini pasien mengeluhkan sesak

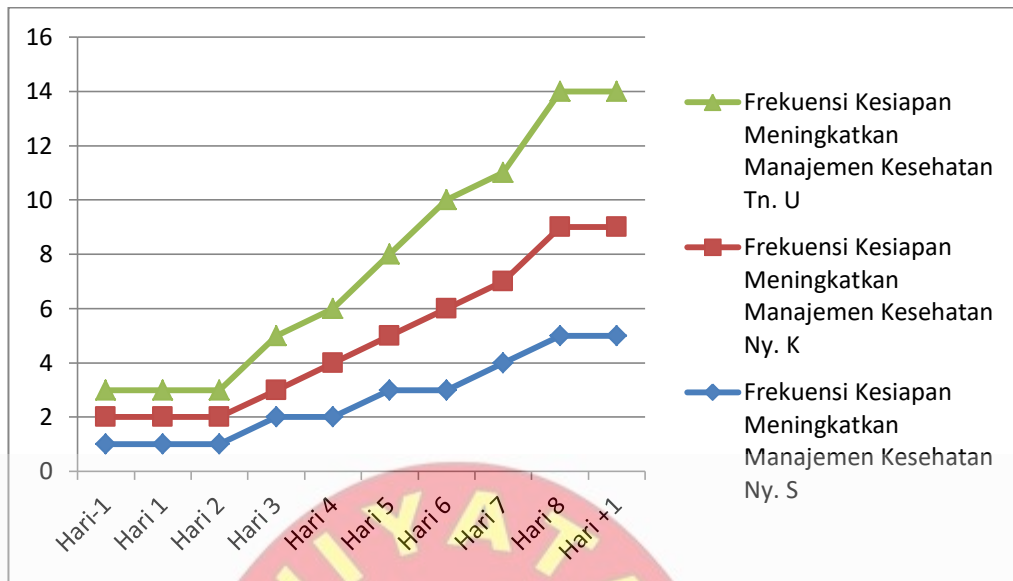
nafas saat beraktivitas. Hal ini terjadi dikarenakan ketidakmampuan jantung memompa darah dalam mencukupi kebutuhan oksigenasi jaringan tubuh untuk menghasilkan energy. Untuk gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dada yaitu mengatasi gangguan tidur pada pasien tersebut dengan memonitor pola tidur dan jumlah jam tidur. Monitor pola tidur pasien dengan mencatat kondisi fisik (misalnya apnea tidur, sumbatan jalan nafas, nyeri dan frekuensi buang air kecil) dan psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur. Untuk kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diberikan *discharge planning* melalui *knowledge* tentang *health behavior* yaitu mengkaji pemahaman pasien dan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien mengenai pengobatan yang tepat, diet, tindak lanjut medis, aktivitas fisik dan mengenali gejala kekambuhan.

Lebih jelasnya perbandingan nilai *discharge planning* antara hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dapat dilihat tabel berikut :

Tabel 3.2. Perbandingan Hasil Penelitian

No	Nama Klien	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi	Selisih
1	Ny. S	37	51	14
2	Ny. K	30	44	14
3	Tn. U	35	49	14

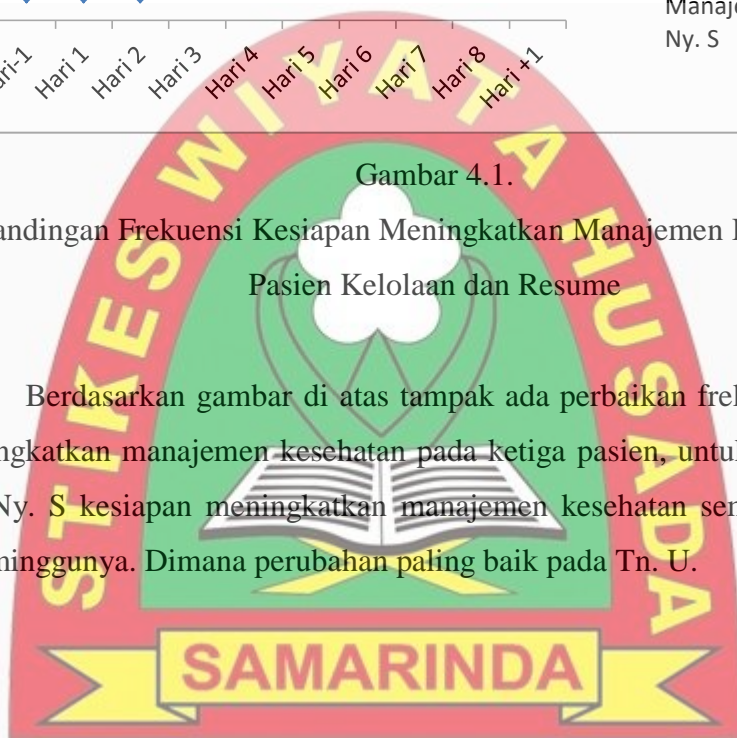
Tabel di atas memperlihatkan adanya perubahan pengetahuan tentang CHF melalui *discharge planning*, dengan selisih sebanyak 14 poin. Adapun perbandingan frekuensi skala kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan pada pasien kelolaan dan resume dapat dilihat dari gambar berikut :



Gambar 4.1.

Perbandingan Frekuensi Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan Pada Pasien Kelolaan dan Resume

Berdasarkan gambar di atas tampak ada perbaikan frekuensi kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan pada ketiga pasien, untuk Tn. U, Ny. K dan Ny. S kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan semakin membaik tiap minggunya. Dimana perubahan paling baik pada Tn. U.



BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahranie sebagai Top Referral dan sebagai rumah sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan klinik Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman juga program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS D) Bedah, selain itu berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan Perguruan tinggi kesehatan yang ada di Kalimantan Timur.

Gambaran visi dan misi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda :

1. Visi : “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional”.
2. Misi :
 - a. Meningkatkan Askes dan Kualitas Pelayanan berstandar Internasional
 - b. Mengembangkan RS sebagai Pusat Penelitian

RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda memiliki Instalasi Perawatan Intensif (IPI) yang terdiri dari Ruang Intensive Care Unit (ICU), Intensive Cardiac Care Unit (ICCU), Neonatal Intensive Care Unit (NICU) dan Pediatric Intensive Care Unit (PICU). Selama Praktik Klinik Keperawatan Stase Elektif penulis memilih ruang ICCU sebagai ruang praktik keperawatan.

Gedung baru ICCU yang letaknya bersebelahan dengan ICU ditempati sejak tahun 2004, memiliki 11 bed atau tempat tidur dengan dilengkapi peralatan yang memadai. Ruang ICCU (*Intensive Cardiac-Care Unit*) merupakan unit Khusus untuk merawat pasien yang mempunyai kelainan pada jantung secara intensif. Berbagai jenis penyakit yang terdapat di Ruang ICCU, antara lain : CAD (*Coronary Artery Disease*) CHF (berserta komplikasinya). Aneurisma aorta penyakit jantung konginetal,

kelainan katup, dan penyakit kardiovaskuler, banyak dari pasien yang di rawat diperiksa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan pemeriksaan khusus seperti echocardiografi, angiography, CT angiography, sampai dilakukan tindakan operasi jantung.

Ketenagaan berjumlah 26 orang sudah termasuk Kepala Ruangan dan CCM. Pendidikan terakhir terdiri dari S-1 9 orang, Ners 3 orang, D-IV 2 orang, D-III 12 orang. Jenis pelatihan yang sudah dilakukan adalah Kardiovaskuler Dasar (KD), ACLS, BTCLS, BCLS, BLS, Perawatan Intensif, Perawatan Luka, CI, Manajemen Bangsal, Pasien Safety, C.Exelen, Tata Ruang, ESQ, Poli Prima, dan PPGD.

B. Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien Kelolaan

Kasus kelolaan utama dalam karya ilmiah ini adalah *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu kondisi patologis jantung mengalami ketidakmampuan memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam jaringan. CHF termasuk keadaan dimana jantung mengalami gangguan yang mengakibatkan ketidakmampuan jantung memompa darah keluar ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh baik pada saat beristirahat maupun sedang beraktivitas. Oleh karena itu, CHF merupakan suatu kondisi jantung yang kehilangan kemampuan dalam memompa darah ke seluruh tubuh demi memenuhi kebutuhan suplai oksigen ke jaringan (Muttaqin, 2009).

Dalam melakukan pengkajian pada Ny. S, penulis menggunakan metode wawancara, observasi serta catatan rekam medis. Diagnosa medis pasien adalah CHF. CHF kronik merupakan suatu keadaan dimana terjadi disfungsi antara satu atau kedua ventrikel. Secara normal, jantung memompa darah dari bagian kiri dan kanan sehingga menghasilkan aliran yang terus menerus, namun pada penderita CHF, salah satu sisi jantung mengalami kegagalan, sementara bagian lainnya masih berfungsi normal hingga periode beberapa waktu.

Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab CHF sebagai faktor resiko diantaranya adalah *hipertensi, diabetes mellitus*, kehamilan, anemia, gangguan pada paru, gangguan hormon tyroid, faktor usia, dan pola hidup. Penyebab CHF juga terkait kelainan otot jantung, aterosklerosis coroner, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium degenerative, penyakit jantung lainnya dan faktor sistemik.

Pola makan klien merupakan salah satu gaya hidup klien yang memiliki kerentanan untuk timbulnya CHF. Klien menyukai semua jenis makanan. Klien juga tidak ada larangan budaya dalam pemilihan jenis makanan dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan. Pola makan klien yang tidak teratur dan gemar makan makanan yang berlemak serta berkolesterol dapat menyebabkan meningginya kadar kolesterol dalam tubuh *low density lipoprotein* (LDL). Peningkatan LDL merupakan faktor resiko utama penyebab aterosklerosis yang dapat menyumbat pembuluh darah. Hasil riset menunjukkan adanya korelasi yang berbanding lurus antarakadar kolesterol darah dan resiko penyakit jantung, merokok, hipertensi, kadar HDL rendah, riwayat keluarga dan usia merupakan faktor resiko yang mempengaruhi kadar kolesterol LDL (Damayanti, 2013).

Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui dua mekanisme. Mekanisme pertama yaitu terjadinya hipertrofi ventrikel kiri akibat peningkatan afterload dan vasokonstriksi akibat efek aktivasi saraf simpatis yang menyebabkan kepayahan otot jantung dalam memompa darah. Mekanisme kedua merupakan timbulnya penyakit jantung koroner. Hal ini disebabkan oleh menurunnya sirkulasi darah ke pembuluh koroner akibat adanya hipertensi (Damayanti, 2013).

Proses penuaan yang dialami oleh klien juga menjadi salah satu faktor resiko yang dapat menyebabkan kelemahan pada jantung. Klien berusia 57 tahun dan telah masuk pada katagori usia lanjut. Penuaan akan menyebabkan penurunan fungsi tubuh, termasuk fungsi siste kardiovaskuler. Penurunan fungsi kardiovaskuler terjadi seiring perubahan-perubahan yang terjadi akibat penuaan, meliputi kekakuan dinding ventrikel kiri akibat peningkatan kolagen,

penurunan penggantian sel miosit yang telah mati, kekakuan dinding arteri dan gangguan sistem konduksi kelistrikan jantung akibat penurunan jumlah sel pace maker. Kekakuan dinding ventrikel kiri, stimulasi inotropik dan kronotropik, serta dilatasi pembuluh darah dapat menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung dan hipertensi pada lansia (Damayanti, 2013)

Kerusakan yang ditimbulkan pada pasien CHF menyebabkan beberapa masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Masalah utama yang diangkat adalah nyeri akut. Hal ini dikarenakan adanya gangguan pada kardiovaskuler yang merupakan keluhan utama dan sangat mengganggu aktivitas klien. Masalah-masalah keperawatan tersebut akan didiskusikan lebih lanjut pada pembahasan di bawah ini :

1. Nyeri akut

Tahap perencanaan ada empat, yaitu dengan menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi. Menentukan kriteria hasil perlu memperhatikan hal seperti yang bersifat spesifik, realistik, dapat diukur, dan berpusat pada pasien, setelah itu penulis perlu merumuskan rencana keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Intervensi keperawatan harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8x24 jam, nyeri teratasi dengan kriteria hasil nyeri berkurang, skala nyeri menurun 1-3 atau 0, pasien dan keluarga dapat membantu mengatasi nyeri secara mandiri.

Intervensi yang dilakukan pada pada pasien yaitu observasi keluhan nyeri pasien termasuk lokasi dan lamanya, bantu pasien untuk memposisikan semi fowler, bantu lakukan relaksasi untuk membantu menurunkan persepsi respon nyeri dalam hal ini relaksasi nafas dalam dan

kompres air hangat, relaksasi progresif, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik untuk membantu proses penyembuhan. Kedua, memberikan posisi semi fowler yang dilakukan pada pukul 20.20. Dampak pemberian tindakan tersebut membuat pasien dari hari ke hari merasa lebih nyaman. Posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala di tempat tidur lebih tinggi dari posisi badan karena manfaat posisi ini sangat efektif untuk memberikan posisi nyaman. Posisi ini efektif untuk pasien dengan penyakit kardiopulmonal dimana bagian kepala dan tubuh dinaikkan dengan derajat kemiringan 45 derajat, yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma.

Posisi semi fowler membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga mempermudah dalam pernapasan. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga pengiriman oksigen menjadi optimal yang berdampak nyeri akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi pasien akan lebih cepat. Posisi ini bertujuan untuk meningkatkan curah jantung dan ventilasi serta mempermudah eliminasi fekal dan berkemih (Febraska, 2014).

Ketiga, mengajarkan relaksasi napas dalam yang dilakukan pada pukul 20.25 wib. Saat tindakan ini dilakukan selama tiga hari pada pasien, ternyata memberikan pengaruh yang positif yaitu nyeri dada pasien menjadi menurun. Pemberian teknik relaksasi napas dalam akan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga menurunkan tingkat nyeri yang dialami individu. Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri dengan mekanisme yaitu pertama dengan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme yang disebabkan prostaglandin, sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik.

Mekanisme kedua, teknik relaksasi napas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepas opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Mekanisme ketiga, mudah dilakukan karena tidak memerlukan alat relaksasi, lebih melibatkan sistem otot dan respirasi serta tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu.

Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin, dan substansi, akan berpengaruh merangsang saraf simpatis. Hal ini menyebabkan vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medula spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri (Agung, Andriyani, & Sari, 2013).

Keempat, memberikan kompres hangat di bagian dada. Pengaruh pemberian tindakan ini sangat positif dari hari ke hari karena nyeri dada pasien berkurang. Pemberian kompres hangat terhadap pengobatan nyeri yaitu membuat otot-otot yang tegang menjadi rileks sehingga nyeri menjadi berkurang (Fauziyah, 2013). Efek fisiologis kompres hangat bersifat vasodilatasi yaitu meredakan nyeri dengan merelaksasi otot, meningkatkan aliran darah, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi yang menimbulkan nyeri. Kompres hangat bekerja dengan cara induksi, yaitu terjadinya perpindahan panas dari kompres ke dalam daerah yang terasa nyeri. Panas bekerja dengan cara menstimulasi reseptor nyeri untuk memblok reseptor nyeri (Pratintya, Harmilah, & Subroto, 2014).

Kelima, mengajarkan relaksasi progresif, ini merupakan teknik untuk mengurangi ketegangan otot-otot sistemik, mulai dari otot wajah

dan berakhir pada otot kaki. Setelah dilakukan tindakan terbukti bahwa teknik relaksasi progresif membantu menurunkan nyeri (Dewi, Bayhakki & Misrawati, 2015).

2. Ketidakefektifan pola napas

Ketidakefektifan pola napas menjadi masalah utama pada setiap CHF. Data subjektif yang didapat adalah klien yang merasa sesak napas saat banyak beraktivitas dan saat berbaring telentang (supinasi) serta badan masih terasa lemas. Ketidakefektifan pola napas terjadi akibat perubahan struktur dan fungsi jantung. Perubahan struktur jantung terjadi akibat proses kompensasi yang terus menerus sehingga menyebabkan terjadinya remodeling. Remodeling merupakan hasil dari hipertrofi sel otot jantung dan aktifitas sistem neurohormonal yang terus menerus dan melakukan dilatasi ventrikel yang mengakibatkan pengerasan dinding ventrikel oleh hipertrofi otot jantung (Black dan Hawks, 2009).

Keluhan sesak yang timbul merupakan akibat kegagalan fungsi sistolik untuk memompakan darah ke jaringan secara adekuat. Kegagalan ini menyebabkan jumlah sisa darah di ventrikel pada akhir diastolik meningkat sehingga menurunkan kapasitas ventrikel untuk menerima darah dari atrium. Kondisi tersebut tidak memungkinkan untuk menerima seluruh darah yang datang dari vena pulmonalis dan tekanan di atrium kiri meningkat. Hal tersebut mengakibatkan aliran balik darah di vena pulmonalis ke paru-paru karena jantung tidak mampu menyalurkannya sehingga terbentuk bendungan darah di paru-paru (Black dan Hawks, 2009). Bendungan ini akan mengganggu proses pertukaran gas yang mengakibatkan keluhan sesak. Untuk mengurangi sesak, pasien dilakukan pemberian oksigen, pasien dianjurkan meningkatkan istirahat, stur posisi semi fowler dan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat.

3. Penurunan curah jantung

Penurunan curah jantung terjadi akibat perubahan struktur dan fungsi jantung. Perubahan struktur jantung terjadi akibat proses kompensasi yang terus menerus sehingga menyebabkan terjadinya

remodeling. Remodeling merupakan hasil dari hipertrofi sel otot jantung dan aktifitas sistem neurohormonal yang terus menerus dan melakukan dilatasi ventrikel yang mengakibatkan pengerasan dinding ventrikel oleh hipertrofi otot jantung (Black dan Hawks, 2009).

Keluhan sesak yang timbul merupakan akibat kegagalan fungsi sistolik untuk memompakan darah ke jaringan secara adekuat. Kegagalan ini menyebabkan jumlah sisa darah di ventrikel pada akhir diastolic meningkat sehingga menurunkan kapasitas ventrikel untuk menerima darah dari atrium. Kondisi tersebut tidak memungkinkan untuk menerimaseluruh darah yang datang dari vena pulmonalis dan tekanan di atrium kiri meningkat. Hal tersebut mengakibatkan aliran balik darah di vena pulmonalis ke paru-paru karena jantung tidak mampu menyalurkannya sehingga terbentuk bendungan darah di paru-paru (Black dan Hawks, 2009). Bendungan ini akan mengganggu proses pertukaran gas yang mengakibatkan keluhan sesak. Untuk mengurangi sesak, pasien dilakukan pemberian oksigen, pasien dianjurkan meningkatkan istirahat, stur posisi semi fowler dan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat.

4. Intoleransi aktivitas

CHF merupakan penyakit yang menyebabkan intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau ingin dilakukan (Herdman dan Kamitsuru, 2014). Hal ini terlihat dari manifestasi klinis pada pasien kasus kelolaan ini pasien mengeluhkan sesak nafas saat beraktivitas. Hal ini terjadi dikarenakan ketidakmampuan jantung memompa darah dalam mencukupi kebutuhan oksigenasi jaringan tubuh untuk menghasilkan energi (Damayanti, 2013).

Intoleransi aktivitas adalah ketika mereka melakukan suatu gerakan. Bagi orang normal, berjalan dua tiga meter tidak merasa lelah, akan tetapi bagi pasien yang mengalami intoleransi, bergerak atau berjalan

sedikit saja nafasnya sudah terengah-engah. Sudah kelelahan. Karena tubuhnya tidak mampu memproduksi energi yang cukup untuk bergerak. Jadi, apapun penyakit yang membuat terhambatnya atau terputusnya suplai nutrisi dan O₂ ke sel, dengan kata lain mengganggu pembentukan energi dalam tubuh, dapat menimbulkan respon tubuh berupa intoleransi aktifitas. Jantung bertugas untuk memompa darah ke seluruh tubuh, apabila jantung mengalami gangguan, maka darah yang membawa O₂ dan nutrisi menjadi berkurang jumlahnya, sehingga produksi energy menjadi berkurang.

5. Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan

Ny. S merupakan pasien CHF yang disertai dengan diabetes mellitus, yang mana masuk rumah sakit bukan untuk pertama kali, tetapi sudah sering keluar masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama. Oleh karena itu diperlukan pengkajian kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan.

Pada penderita gagal jantung kongestif akan terjadi gangguan yaitu menurunnya kontraktilitas miokard, karena suplai oksigen berkurang yang berakibat pada perubahan status hemodinamik. Jantung yang mengalami ketidakmampuan untuk memompa darah secara adekuat dalam memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi bagi jaringan tubuh maka akan menimbulkan sensasi yang subyektif berupa nafas pendek, berat, dan rasa tidak nyaman.

Akibat dari ketidakmampuan jantung dalam memompa darah secara

adekuat ke seluruh tubuh akan menyebabkan penurunan kapasitas fungsional

pada pasien CHF. Aktivitas sehari-hari dari pasien akan terganggu dengan memburuknya gejala. Pasien CHF sering kembali ke rumah sakit akibat adanya kekambuhan. Sebagian besar kekambuhan diakibatkan karena pasien

tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya tidak mampu

melaksanakan

terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi

tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan, dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan dari CHF.

Melalui pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Wahit *et al*, 2007). Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sedang dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Secara umum, tujuan dari pendidikan kesehatan ialah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, dan bertambahnya masalah kesehatan mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.

Saat pasien CHF dirawat di rumah sakit, seorang perawat merupakan

tenaga kesehatan yang selalu berada di dekat pasien. Perawat memberikan intervensi 24 jam kepada pasien. Perawat memberikan intervensi yang bermanfaat khususnya pada pasien CHF baik selama dirawat, saat sebelum

pasien pulang dan setelah pasien pulang dari rumah sakit. Perawatan pasien

CHF di rawat inap terdiri dari pengelolaan aktifitas secara bertahap, pembatasan cairan untuk mengurangi oedema, pengukuran berat badan, pengukuran *balance* cairan, dan yang paling utama adalah pemberian *discharge planning* dari rumah sakit ke rumah. Yang terpenting dalam pemberian *discharge planning* adalah evaluasi tindak lanjut *discharge planning* dari pasien dan pemberi perawatan di rumah.

Discharge planning berisi tentang gambaran secara rinci terkait penyakit yang diderita pasien dan perawatan selama di rumah seperti diet, kontrol berat badan, latihan fisik, gaya hidup dan kontrol obat-obat yang diminum oleh pasien, serta mengenali tanda dan gejala yang berkaitan dengan memburuknya CHF.

Discharge planning difokuskan untuk memenuhi kebutuhan pasien di rumah setelah hospitalisasi. Rawat inap berulang diakibatkan oleh tidak cukupnya bantuan pelayanan kesehatan di rumah, ketidakpatuhan dalam diet, dan kurangnya pengetahuan pasien. Oleh karena itu perlu adanya tindak lanjut setelah pasien pulang dari rumah sakit ke rumah. Intervensi yang dapat

dilakukan meliputi manajemen gagal jantung, telemonitoring, dan pendidikan

kesehatan di rumah. Program perawatan jantung tersebut dapat memberikan

informasi tentang peningkatan mutu yang berkelanjutan. Data yang bisa dikumpulkan diantaranya kualitas pelayanan, kematian, jumlah rawat inap berulang, kematian, dan status fungsional *discharge planning* pada pasien gagal jantung yang bertarget pada program pemulihan dapat mengurangi jumlah hari dirawat atau meninggal.

Pasien-pasien yang diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri di rumah mengalami perbaikan sehingga dapat melakukan perawatan diri secara bertahap dengan mandiri. Dengan peningkatan kemampuan pasien secara mandiri untuk merawat diri, kapasitas fungsional pasien CHF dapat meningkat yang berdampak pada penurunan resiko terjadinya rawat inap ulang. *Discharge planning* adalah memberikan informasi tentang penyakitnya, diet, kontrol berat badan, pola latihan, gaya hidup, dan medikasi. Setelah dilakukan edukasi di rumah sakit, perawat melakukan komunikasi lewat handphone 48 jam dan 10 hari dari pemberian *discharge planning*.

Perawat menanyakan masalah dan gejala yang terjadi. *Discharge planning* berisi tentang obat yang harus diminum, tanggal kontrol, dan diet pada pasien. Perawat memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan pasien gagal jantung kongestif. Oleh karena itu, memahami manajemen penyakit ini sangat penting bagi seorang perawat.

a. Manajemen aktivitas dan istirahat

Pasien perlu beristirahat baik secara fisik maupun emosional. Istirahat dapat mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah. Istirahat juga dapat mengurangi kerja otot pernapasan dan penggunaan oksigen. Setiap aktivitas latihan harus dilakukan secara bertahap dimulai dari aktivitas ringan sampai berat dengan diikuti fase istirahat. Pasien sebaiknya melakukan monitor terhadap respon tubuhnya terhadap aktivitas terutama yang berkaitan dengan tanda dan gejala gagal jantung. Hal ini dikarenakan memberi kesempatan oksigen untuk metabolisme di dalam tubuh. Keuntungan dari latihan adalah : 1) melatih tubuh sesuai dengan kapasitasnya dengan tidak menimbulkan efek samping; 2) membuktikan sistem kardiovaskuler bekerja dengan efisien, 3) mempertahankan postur tubuh, 4) membantu mengatur berat badan, 5) Membantu untuk hidup lebih baik dan menekan stres.

b. Manajemen stress

Pasien yang cemas dan stres tidak akan dapat beristirahat dengan cukup. Stres emosional mengakibatkan vasokonstriksi, tekanan arteri meningkat dan denyut jantung cepat. Berikan kenyamanan fisik dan hindari situasi yang menyebabkan kecemasan dan agitasi dapat membantu pasien untuk rileks. Perawat memberikan kenyamanan secara fisik dan psikologis, melibatkan keluarga dan berkomunikasi secara pelan, tenang, percaya diri dan mempertahankan kontak mata. Pasien diajarkan cara mengurangi dan mencegah cemas dengan teknik relaksasi, dan istirahat yang cukup. Kecemasan yang terjadi pada kebanyakan pasien gagal jantung dikarenakan mereka mengalami kesulitan mempertahankan oksigenasi yang adekuat sehingga mereka cenderung sesak nafas dan gelisah. Pada pasien gagal jantung kongestif, cemas dan perilaku koping yang kurang baik akan dapat memperparah kondisi pasien seperti pasien akan gelisah yang berlebihan sampai berteriak-teriak, sesak nafas, tekanan darah meningkat, denyut nadi cepat dan tidak patuh dalam pengobatan sehingga penyakitnya tidak kunjung sembuh. Selain itu pasien mengalami gangguan dalam istirahat, terkadang terjadi halusinasi.

c. Memperbaiki perfusi jaringan

Penurunan perfusi jaringan pada pasien gagal jantung adalah sebagai akibat dari tingkat sirkulasi oksigen yang tidak adekuat dan stagnasi darah di jaringan perifer. Lakukan latihan harian ringan sesuai yang dapat ditoleransi pasien. Latihan ringan dapat memperbaiki aliran darah ke jaringan perifer. Oksigenasi yang adekuat dan diuresis yang sesuai juga dapat memperbaiki perfusi jaringan. Olahraga atau latihan fisik telah terbukti bermanfaat bagi kesehatan, termasuk dalam meningkatkan kerja berbagai fungsi organ tubuh, dan jantung merupakan salah satu di antaranya. Dengan melakukan olahraga secara teratur kita dapat mengontrol faktor risiko penyakit jantung. Manfaat olahraga atau latihan fisik saat ini bisa didapat melalui berbagai cara. Bahkan, terapi yang wajib dijalani para pasien yang

telah menjalani operasi jantung adalah olahraga. Hal itu bisa dilihat dari aktivitas yang dilakukan pasien di bagian rehabilitasi di rumah sakit. Hasil penelitian memperlihatkan manfaat yang diperoleh adalah terjadinya regenerasi sel otot dan sekaligus terbentuknya pembuluh darah baru. Bagi mereka-mereka yang sudah pernah dinyatakan oleh dokter menderita gagal jantung kronik jangan ragu untuk memulai latihan fisik berskala sedang misalnya bersepeda sedikitnya 30 menit dalam sehari untuk membantu memperbaiki kerusakan yang telah terjadi.

d. Manajemen cairan

Pengawasan atau kontrol natrium dan retensi cairan dapat meningkatkan kerja jantung. Pembatasan intake cairan pada gagal jantung ringan sampai sedang tidak terlalu dipikirkan. Pada gagal jantung berat, diperlukan pembatasan cairan sampai 1000 sampai 1500 ml/hari, karena intake cairan yang berlebihan dapat menurunkan konsentrasi natrium pada cairan tubuh sehingga dapat terjadi low salt syndrome (hiponatremia).

Pembatasan cairan juga bermanfaat dalam pengurangan gejala, karena pasien dengan CHF mengalami penurunan kemampuan untuk mengeluarkan air dari dalam tubuh. Hiponatremia yang berat pada suatu episode gagal jantung kongestif dapat menimbulkan kematian.

Hiponatremia sering terjadi pada pasien CHF karena pengaruh kelebihan hormon neuroendokrin. Aktivasi dari reninangiotensin-aldosteron karena perfusi ginjal menurun meningkatkan retensi natrium dan air.

e. Manajemen nutrisi

Tujuan manajemen nutrisi pada pasien gagal jantung adalah untuk mengurangi natrium dan retensi cairan. Pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah, mengatur atau mengurangi edema. Banyak pasien dengan gagal jantung hanya membatasi garam pada makanannya berkisar 3 gram sehari atau 1000 – 2000 miligram natrium. Garam itu

tidak 100% mengandung natrium, tetapi setiap 1 gram garam mengandung 393 mg natrium. Nutrisi pada gagal jantung berkaitan dengan kadar kolesterol. Peningkatan kadar kolesterol pada penderita gagal jantung akan menyebabkan kerusakan dan pengerasan pada pembuluh darah sehingga beban jantung yang sudah mengalami kegagalan akan memperparah kerja jantung.

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa terjadi peningkatan

manajemen kesehatan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan ini didukung dengan adanya profesionalisme petugas melalui tehnik komunikasi yang baik, pemberian informasi yang jelas pada responden dan keluarga tentang penyakit yang diderita dan cara penanganannya, sehingga dapat mengurangi masalah psikologis seperti kecemasan dan dapat meningkatkan keyakinan diri pasien dalam melakukan mobilisasi dini. Kecemasan dan keyakinan diri pasien berkaitan erat dengan kemampuan mobilisasi dini pada pasien CHF. Hal ini yang menyebabkan klien sebelum diberi pendidikan latihan takut melakukan aktivitas mobilisasi dini. Persepsi pada saat rawatan sebelumnya yang mengharuskan klien untuk bedrest total selama hari rawatan termasuk salah faktor yang menyebabkan klien tidak melakukan mobilisasi dini setelah fase akut teratasi.

Adapun hambatan dalam kesiapan manajemen kesehatan diri pasien yaitu komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien. Dimana perawat yang kurang melakukan komunikasi yang baik dan benar dengan pasien dapat berdampak kurangnya pengetahuan yang diperoleh sehingga kesiapan manajemen kesehatan diri tidak maksimal. Perawat merupakan salah satu ujung tombak dalam pemberian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Hal ini menjadi sebuah tuntutan peran dan juga fungsi perawat untuk memberikan sebuah pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan pasien. Di dalam memberikan pelayanan keperawatan, perawat dituntut untuk memiliki pengetahuan dan

kemampuan berkomunikasi yang baik sebagai awal dari terciptanya sebuah hubungan perawat dengan klien, karena komunikasi merupakan sebuah proses yang sangat penting dalam hubungan antar manusia. Perawat yang memiliki kemampuan dan keterampilan baik dalam hal berkomunikasi akan mudah menjalin hubungan dengan pasien maupun keluarga.

Komunikasi yang baik dan benar merupakan poin penting yang harus

dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan, khususnya perawat. Komunikasi dibutuhkan oleh perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan baik kepada pasien maupun keluarga. Kemampuan seperti ini penting dan harus ditumbuhkembangkan oleh perawat, sehingga menjadi suatu kebiasaan dalam setiap menjalankan tugasnya dalam memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Komunikasi berperan dalam kesembuhan klien, berhubungan dalam kolaborasi yang dilakukan perawat dengan tenaga kesehatan lainnya, dan juga berpengaruh pada kepuasan klien dan keluarga. Hal tersebut menjadikan komunikasi dibutuhkan di setiap bentuk pelayanan yang ada di Rumah Sakit. Salah satu bentuk pelayanan yang ada di Rumah Sakit adalah ruangan *intensive care unit* (ICU) yaitu sebuah bentuk pelayanan khusus pada pasien-pasien yang mengalami kondisi kritis. *Intensive care unit* adalah unit perawatan khusus yang dikelola untuk

merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang akan mengancam nyawa atau berpotensi mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien-pasien.

Kondisi pasien yang tidak stabil dan umumnya mengalami penurunan kesadaran, menjadikan keluarga sebagai pihak penting dalam pembuat keputusan yang berkaitan dengan tindakan keperawatan. Dalam

kondisi

seperti itu, tentunya dibutuhkan komunikasi yang efektif antara perawat dan keluarga. Oleh karena itu, perawat merupakan inti dalam komunikasi dan

memainkan peranan penting dalam memfasilitasi komunikasi yang profesional, hal ini dikarenakan perawat merupakan jembatan penghubung antara pasien dan keluarga dengan tenaga kesehatan profesional lainnya.

6. Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah

Pada Ny. S dengan CHF, ditemukan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Pemeriksaan kadar glukosa darah klien di ruang ICU selanjutnya dilakukan setiap hari melalui pemeriksaan darah rutin dengan metode basah (pemeriksaan laboratorium). Untuk klien yang diindikasikan hiperglikemi atau menderita diabetes melitus pemeriksaan (metode kering) dilakukan secara manual oleh perawat melalui order dokter tanpa adanya protokol atau standar prosedur operasional. Untuk klien ICU yang tergolong komposmentis dan tidak ada riwayat hiperglikemi atau diabetes melitus tidak dilakukan pemeriksaan kadar glukosa sehingga tidak ada antisipasi klien yang mengalami stres hiperglikemik.

Pasien dengan sakit kritis memiliki risiko tinggi untuk terkena hiperglikemia disebabkan oleh berbagai stresor diantaranya kondisi penyakit, respon hormonal penyakit yang berhubungan dengan stres, dan lingkungan perawatan kritis. Stres pada penyakit kritis memicu respon yang signifikan oleh sistem endokrin. Kelebihan glukosa dalam darah terjadi sebagai akibat dari pelepasan hormone counterregulatory yang meningkatkan gluconeogenesis hepatic dan penurunan pemanfaatan glukosa perifer yang menyebabkan hipoinsulinemia relatif (Sole et al, 2013).

Hiperglikemi dapat memengaruhi otot jantung karena aterosklerosis dini arteri koroner yang menyebabkan penyakit jantung iskemik atau terjadi perubahan-perubahan berupa fibrosis interstisial,

pembentukan kolagen, dan hipertrofi sel-sel otot jantung. Pada tingkat seluler terjadi gangguan pengeluaran kalsium dari sitoplasma, perubahan struktur troponin T, dan peningkatan aktivitas piruvat kinase sehingga akan menyebabkan gangguan kontraksi dan relaksasi otot jantung dan peningkatan tekanan end-diastolic yang dapat menimbulkan kardiomiopati restriktif (Shahab, 2009).

C. Analisa Intervensi *Discharge Planning*

Pada asuhan keperawatan ini, salah satu diagnosa yang diangkat penulis adalah pasien CHF dengan masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien Ny. S. Intervensi inovasi ini berupa *discharge planning*.

Discharge planning yang dilakukan segera setelah pasien masuk rumah sakit hingga pasien pulang bertujuan diharapkan pasien dan keluarga memiliki kesiapan fisik, psikologis dan sosial terhadap kesehatannya, tercapainya kemandirian pasien dan keluarga terlaksananya perawatan pasien yang berkelanjutan ketrampilan dan sikap pasien serta keluarga menjadi meningkat dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan pasien selebihnya *discharge planning* diharapkan dapat mendukung upaya mengurangi angka kekambuhan dan komplikasi. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan perawatan berkelanjutan yang artinya perawatan yang dibutuhkan pasien dimanapun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup dan disfungsi fisik.

Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik terarah sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk proses perawatan di rumah. Dengan demikian dalam *discharge planning* dibutuhkan adanya informasi yang berfokus pada masalah pasien, sehingga dalam

discharge planning perlu disertakan informasi mengenai penyakit, rehabilitasi, pencegahan, perawatan rutin dan cara mengantisipasi masalah yang dapat terjadi.

Dari hasil pengamatan selama beberapa hari dilakukannya intervensi *discharge planning*, keluarga klien dan klien dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang di ajukan oleh perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yang di derita klien.

D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Discharge planning adalah pilihan tepat mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, sebab telah terbukti selama 8 hari perawatan dapat keluarga klien dan klien dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang di ajukan oleh perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yang di derita klien.

Kerjasama atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain juga diperlukan seperti dokter. Berkolaborasi dengan tim medis (dokter) dalam memberikan terapi medikasi untuk nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah pada pasien CHF. Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi keperawatan dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas yang dikaitkan dengan teori dan konsep terkait, maka diperoleh alternatif pemecahan yaitu menganjurkan klien untuk *discharge planning* dengan pantau keadaan umum pasien, pantau tanda vital pasien, berikan terapi oksigenasi, berikan posisi semi fowler, anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, kolaborasi pemberian terapi dikarenakan setelah terapi badan pasien terasa lebih kuat, bisa duduk tanpa bantuan, sesak nafas klien tidak lagi.

Klien juga lebih rileks dan rasa cemasnya sudah mulai hilang dan lebih bertawakkal dan banyak berdo`a pada Allah SWT. Dilihat juga wajah klien

terlihat tenang, tidak ada tanda-tanda kecemasan yang sangat berarti. Selain itu, klien sudah bisa makan minum seperti biasa serta melakukan aktivitas ringan sendiri tanpa bantuan orang lain.

Pasien disarankan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar klien seperti makan dan minum di tempat tidur, menyediakan pispot untuk memenuhi kebutuhan eliminasi (BAK dan BAB), membantu memenuhi kebutuhan kebersihan diri (mandi dan berias) ditempat tidur. Pasien juga dianturkan untuk melakukan aktivitas ditempat tidur sesuai dengan toleransi tubuh, memantau respon klien terhadap aktivitas yang dilakukan serta monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui kemungkinan perubahan status kesehatan yang dapat terjadi secara tiba-tiba.

Fungsi jantung (kontraktilitas) dan pemberian tambahan oksigen melalui nasal kanul untuk meminimalkan demand oksigen klien. Sedangkan bentuk kolaborasi dengan ahli gizi adalah menganjurkan pemberian diet jantung sesuai kebutuhan kalori tubuh klien dengan tekstur yang lembut sehingga mudah dicerna dan diserap oleh tubuh klien.

Selain itu, memberikan informasi kesehatan klien meliputi mengenai tanda dan gejala bahaya, cara mempertahankan kesehatan setelah masa perawatan di rumah sakit, jadwal dan manfaat medikasi yang diresepkan untuk dikonsumsi dirumah, dan jadwal kontrol terkait dengan masalah kesehatan klien.

Tindakan alternatif yang telah disebutkan di atas perlu dikomunikasikan kepada keluarga klien. Keluarga dimotivasi oleh perawat untuk berperan aktif dalam support untuk mempertahankan kesehatan pasien.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

E. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan pada Ny. S dengan diagnosa medis gagal jantung atau

Congestive Heart Failure (CHF) didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Keluhan utama dari hasil pengkajian Ny. S mengeluh nyeri dada.
- b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Masalah utama yang diangkat adalah nyeri akut. Hal ini dikarenakan adanya gangguan pada kardiovaskuler yang merupakan keluhan utama dan sangat mengganggu aktivitas klien.
- c. Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 8 hari prognosis penyakit klien menjadi lebih baik. Dimana masalah keperawatan nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah teratasi.
- d. Hasil analisa penerapan *discharge planning* adalah pilihan tepat mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut, ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, intolerans aktivitas, kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah pada pasien CHF, sebab telah terbukti selama 8 hari perawatan dapat keluarga klien dan klien dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang di ajukan oleh

perawat. Keluarga klien kooperatif mau bertanya tentang penyakit yang di derita klien.

F. Saran

1. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai salah satu penatalaksanaan tindakan keperawatan non-farmakologi, diharapkan perawat mampu mengimplementasikan untuk membantu pasien yang mengalami nyeri dada. Sehingga dapat meningkatkan harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit.

2. Pelayanan Keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat sering mengaplikasikan *discharge planning* dalam pemberian intervensi nonfarmakologi.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah ini diharapkan bagi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda supaya membuat tim perawat *discharge planning* sehingga dapat meningkatkan pelayanan pada klien dan keluarganya selama perawatan di rumah sakit maupun perawatan di rumah sehingga bisa meningkatkan standar kualitas hidup bagi pasien khususnya penderita CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). 1992. *Panel on the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Prevention of Pressure Ulcers: A patient's Guide*. Washington, D.C.: Public Health Service, U.S Department of Health and Human Services.
- Andarmoyo, S. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Ar-Ruzz, Yogyakarta.
- Brunner, Suddarth. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta : ECG.
- Dasna. 2014. *Efektifitas Terapi aroma bunga Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Klien Infark Miokard*. Jurnal Keperawatan COPING NERS.
- Harun, S. dan Alwi, I. 2009. *Infark Miokard Akut Tanpa Elevasi ST'*, dalam Sudoyo, A.W., Setyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M. dan Setiati, S., *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi V*. Jakarta, InternaPublishing, hal. 1757-1763
- Jeff C, Christopher M, James L. 2010. *The Relationship Between Depression, Anxiety and Cardiovascular Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndromes*. Neuropsychiatric Disease and Treatment.
- Karlina, dkk. 2014. *Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender secara Inhalasi terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Fisiologis pada Primipara Inpartu Kala Satu Aktif di BPM "Fetty Fathiyah" Kota Mataram*. Jurnal Keperawatan COPING NERS.
- Kasron. 2011. *Buku Ajar Anatomi Fisiologi Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Penyakit Tidak Menular Volume 2*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.depkes.go.id/downloads/BULETIN%20PTM.pdf>.
- Kumar, V., Cotran, R.S., dan Robbins S.L. 2007. *Buku Ajar Patologi. Edisi 7; alih Bahasa, Brahm U, Pendt ;editor Bahasa Indonesia, Huriawati Hartanto, Nurwany Darmaniah, Nanda Wulandari*. Jakarta: EGC.
- Lili, M. 2011. *100 Questions & Answer Hipertensi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Mangoenprasodjo, S. S., & Hidayati, S. N. 2005. *Terapi alternatif dan gaya hidup sehat*. Yogyakarta: Pradipta Publishing.

Mukhoirotin. 2012. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kecemasan Primigravida Dalam Menghadapi Persalinan di Puskesmas Peteromgan Jombang (Tesis)*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Muttaqin, A. 2009. *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Nawawi, et al. 2006. *Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung: Pencegahan, Penyembuhan, Rehabilitasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Potter, P.A. & Perry, A.G. 2009. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC

Pramono. 2017. *Pengaruh Teknik Hipnoterapi Terhadap Nyeri Klien Post Appendictomi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah raden Mattaher Provinsi Jambi*. Posiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah.

Price, S.A. 2006. *Patofisiologi edisi 6. Volume 2*. Jakarta: EGC.

Primayanthi dkk. 2016. *Pengaruh terapi slow stroke back massage dengan minyak essential lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada low back pain di Klinik Praktek Perawat Latu Usadha*. Jurnal Keperawatan COPING NERS Edisi Januari-April 2016.

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014. *INFODATIN Pusat Data dan Informasi Kemeterian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Remaja*. Jakarta.

Shocker. 2008. *Patient care standart: nursing process diagnosis, alih bahasa Yasmin et al*, Jakarta: EGC.

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo (dkk)*. EGC. Jakarta.

Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata K, M., & Setiati, S. 2009. *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 11*. Jakarta: Interna Publishing.

Tamsuri. 2007. *Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC. Jakarta.

Ulfah, A, Tulandi, A. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita"*. Jakarta: Bidang Pendidikan & Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita".

WHO. 2015. *Cardiovascular Disease Fact Sheets*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.



Lampiran 2

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Murtianti, S.Kep

NIM : P1706060

No. Hp : 081253238503

Judul Penelitian : Analisa Praktek Klinik Keperawatan Penerapan *Comprehensive Discharge Planning* Dalam Meningkatkan Manajemen Kesehatan Diri Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui analisa praktek klinik keperawatan penerapan *comprehensive discharge planning* dalam meningkatkan manajemen kesehatan diri pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Manfaat penelitian ini bagi responden yaitu hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning* pada pasien secara umum, khususnya pada pasien *Congestive Heart Failure* yang dapat diaplikasikan secara mandiri oleh Klien.

Responden bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila responden sudah memutuskan untuk ikut, responden juga bebas untuk mengundurkan diri atau berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda atau pun sanksi apapun.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Peneliti akan melakukan praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning*. Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i merasa keberatan pada saat dilakukan penelitian, mohon memberitahu peneliti atau menghubungi nama-nama yang tertera di bawah, maka eksperimen akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Responden tidak akan mendapatkan uang ataupun souvenir pada penelitian ini. Jika terjadi kecelakaan pada saat pelaksanaan penelitian, peneliti akan menanggung semua bentuk resiko. Semua biaya atau dana yang terkait penelitian akan ditanggung oleh peneliti dan bantuan dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama-nama di bawah ini :

1. Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep., M. Kep No. Hp : 081235338835
2. Arifudin Riyadi, S.Kep No. Hp : 08125868203
3. Murtianti, S.Kep No. Hp : 081253238503

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Desember 2018

Peneliti

Murtianti, S.Kep

Lampiran 3.

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Analisa Praktek Klinik Keperawatan Penerapan *Comprehensive Discharge Planning* Dalam Meningkatkan Manajemen Kesehatan Diri Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah ;

1. Bersedia dilakukan praktek klinik keperawatan penerapan *Comprehensive Discharge Planning*.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda,.....2018

Mengetahui
Peneliti

Yang membuat pernyataan

Murtianti, S.Kep


Nama & Tanda tangan

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN Gagal Jantung Kongestif (CHF)

Pokok Bahasan	: Penyakit Gagal Jantung Kongestif (CHF)
Sub Pokok Bahasan	: Gagal Jantung Kongestif
Sasaran	: Ny. S dan keluarga
Hari/ Tanggal	: Selasa / 3 Desember 2018
Waktu	: Pukul 17.00 – 17.30 WIB
Tempat	: Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Latar Belakang



Saat ini *Congestive Hearth Failure* (CHF) atau yang biasa disebut gagal jantung kongestif merupakan satu-satunya penyakit kardiovaskuler yang terus meningkat insiden dan prevalensinya. Risiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% pertahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Selain itu, gagal jantung merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit (readmission) meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan secara optimal (R. Miftah Suryadipraja).

Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1 x 30 menit keluarga Ny. S mampu memahami tentang penyakit gagal jantung kongestif dan perawatannya.

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1 x 30 menit Ny. S dan keluarga diharapkan dapat menjelaskan tentang :

1. Pengertian Gagal jantung kongestif
2. Penyebab Gagal jantung kongestif
3. Tanda dan gejala Gagal jantung kongestif

4. Komplikasi Gagal jantung kongestif
5. Pengobatan dan perawatan gagal jantung kongestif

Kisi-kisi Materi

1. Pengertian Gagal jantung kongestif
2. Penyebab Gagal jantung kongestif
3. Tanda dan gejala Gagal jantung kongestif
4. Komplikasi Gagal jantung kongestif
5. Pengobatan dan perawatan gagal jantung kongestif

Metode

Ceramah dan diskusi

Media

Booklet

Proses pelaksanaan

No	Kegiatan	Respon peserta	waktu
1	Pendahuluan - Memberi salam - Menyampaikan pokok bahasan - Menyampaikan tujuan - Melakukan apresiasi	-Menjawab salam - Menyimak - Menyimak - Menyimak	5 menit
2	Isi Penyampaian materi	- Memperhatikan	15 menit
3	Penutup - Diskusi - Kesimpulan - Evaluasi	-Menyampaikan jawaban -Mendengarkan	10 menit

	- Memberikan salam penutup	-Menjawab salam	
--	----------------------------	-----------------	--

Setting Tempat

Duduk di kursi bersisihan

Evaluasi

1. Kegiatan : jadwal, tempat, alat bantu/media, pengorganisasian, proses penyuluhan.

2. Hasil penyuluhan : memberi pertanyaan pada keluarga Ny. S :

- a. Apa pengertian, penyebab gagal jantung kongestif ?
- b. Bagaimana tanda dan gejala penyakit gagal jantung kongestif ?
- c. Apa saja komplikasi yang mungkin terjadi ?
- d. Bagaimana pengobatan dan perawatan gagal jantung kongestif?

Referensi

1. Smeltzer, SC & Bare, BG, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 8 Vol 2, EGC, Jakarta.
2. Mansjoer, A., 2004, *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi Ketiga, Jilid Satu, Media Aeskulapius, Jakarta.
3. Susalit, E., Kapojos, E.J., Lubis, H.R., *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam "Hipertensi Primer"*, FK UI, Jakarta.

Materi Pembahasan

A. Definisi



Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat ke seluruh tubuh (Ebbersole, Hess,1998).

Klasifikasi

1. Gagal jantung akut -kronik

- a. Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan kardiak output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.

- b. Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.

2. Gagal Jantung Kanan- Kiri

- a. Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral
- b. Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbenjeng akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura, dll.

3. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik

- a. Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya kardiak output menurun dan ventrikel hipertrofi
- b. Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardiac output* turun.

B. Etiologi

Penyebab gagal jantung kongestif yaitu:

1. Kelainan otot jantung
2. Aterosklerosis koroner

3. Hipertensi sistemik atau pulmonal
4. Peradangan dan penyakit miokardium
5. Penyakit jantung lain seperti stenosis katup semilunar, tamponade perikardium, perikarditis konstruktif, stenosis katup AV
6. Faktor sistemik seperti demam, tirotoksikosis, hipoksia, anemia.

C. Tanda dan Gejala

1. CHF Kronik

Meliputi: anoreksia, nokturia, edema perifer, hiperpigmentasi ekstremitas bawah, kelemahan, hepatomegali, ascites, dyspnea, intoleransi aktivitas berat, kulit kehitaman.

2. CHF Akut

Meliputi: ansietas, peningkatan berat badan, restlessness, nafas pendek, bunyi krekels, fatigue, takikardi, penurunan resistensi vaskuler, distensi vena jugularis, dyspnea, orthopnea, batuk, batuk darah, wheezing bronchial, sianosis, denyut nadi lemah dan tidak teraba, penurunan urin output, delirium, sakit kepala.

D. Komplikasi

1. Trombosis vena dalam, karena pembentukan bekuan vena karena stasis darah.
2. Syok Kardiogenik, akibat disfungsi nyata
3. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. EKG; mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpanan aksis, iskemia dan kerusakan pola.
2. ECG; mengetahui adanya sinus takikardi, iskemi, infark/fibrilasi atrium, ventrikel hipertrofi, disfungsi penyakit katub jantung.
3. Rontgen dada; Menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal.

- 
- The logo of ST KesNIYATA Husada Samarinda is a circular emblem. It features a green background with a white cloud at the top and an open book at the bottom. The text 'ST KESNIYATA HUSADA' is written in yellow around the top inner edge of the circle, and 'SAMARINDA' is written in red on a yellow banner at the bottom. The logo is partially overlaid by the text of the list items.
4. Scan Jantung; Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan jantung.
 5. Kateterisasi jantung; Tekanan abnormal menunjukkan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan dan kiri, stenosis katub atau insufisiensi serta mengkaji potensi arteri koroner.
 6. Elektrolit; mungkin berubah karena perpindahan cairan atau penurunan fungsi ginjal, terapi diuretic.
 7. Oksimetri nadi; Saturasi Oksigen mungkin rendah terutama jika CHF memperburuk PPOM.
 8. AGD; Gagal ventrikel kiri ditandai alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan tekanan karbondioksida.

9. Enzim jantung; meningkat bila terjadi kerusakan jaringan-jaringan jantung, misal infark miokard (Kreatinin fosfokinase/CPK, isoenzim CPK dan Dehidrogenase Laktat/LDH, isoenzim LDH).



DAFTAR PUSTAKA

Barbara C Long, *Perawatan Medikal Bedah* (Terjemahan), Yayasan IAPK Padjajaran
Bandung, September 1996, Hal. 443 - 450

Doenges Marilyn E, *Rencana Asuhan Keperawatan (Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien)*, Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Tahun 2002, Hal ; 52 – 64 & 240 – 249.

Junadi P, Atiek S, Husna A, *Kapita selekta Kedokteran (Efusi Pleura)*, Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1982, Hal.206 - 208

Wilson Lorraine M, *Patofisiologi (Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit)*, Buku 2, Edisi 4, Tahun 1995, Hal ; 704 – 705 & 753 - 763.



KUESIONER PENELITIAN

A. Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda check list (√) pada pilihan jawaban yang dipilih.

B. Pertanyaan di bawah ini menanyakan tentang (kemampuan aktivitas perawatan diri) yang terdiri dari pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), monitoring gula darah, minum obat dan perawatan yang dilakukan selama bapak/ibu rawat inap di rumah sakit

C. Petunjuk pengisian kuesioner :

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara/I :

1. Sangat sering (SS) : Bila selalu dilakukan
2. Sering diberi (S) : Bila sering dilakukan 80% dan tidak dilakukan 20%
3. Cukup sering (CS) : Bila dilakukan dan tidak dilakukan seimbang
4. Kadang-kadang (KK) : Bila jarang dilakukan
5. Tidak pernah (TP) : Bila tidak pernah dilakukan

PERTANYAAN	SS	S	CS	KK	TP
1. Apakah mengikuti perencanaan makan (diet) yang disediakan di Rumah Sakit ketika rawat inap?					
2. Apakah membatasi jumlah kalori yang dimakan sesuai dengan anjuran dokter/ahli gizi					

3. Apakah mengatur pemasukan makanan yang mengandung karbohidrat seperti Nasi, Roti, mie, ketan, sereal, ubi, dll ?					
4. Apakah makan sayuran setiap hari ?					
5. Apakah makan makanan yang mengandung tinggi lemak seperti daging, makanan yang mengandung minyak/mentega, dll ?					
6. Apakah makan-makanan selingan yang banyak mengandung gula seperti kue, biscuit, selai, dll ?					
7. Apakah berolahraga sedikitnya dalam waktu 20-30 menit ?					
8. Apakah melakukan latihan ringan seperti jalan kaki di sekitar rumah sakit ?					
9. Apakah memeriksa gula darah setiap hari secara mandiri atau dibantu ?					
10. Apakah minum obat sesuai dengan petunjuk dokter ?					
11. Apakah selalu memeriksa kesehatan setiap hari ?					
12. Apakah selalu istirahat yang cukup ?					
13. Apakah menghindari stress agar penyakit tidak kambuh?					
14. Apakah mengkonsumsi makanan yang cukup serat ?					

Lampiran 8

PERHITUNGAN KESIAPAN MENINGKATKAN MANAJEMEN KESEHATAN

No	Ny. S		Ny. K		Tn. U	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
1	2	3	2	3	2	3
2	3	4	2	3	3	4
3	3	4	3	4	2	3
4	2	3	2	3	2	3
5	3	4	2	3	2	3
6	2	3	2	3	3	4
7	3	4	2	3	2	3
8	3	4	3	4	3	4
9	2	3	2	3	3	4
10	3	4	2	3	2	3
11	3	4	2	3	3	4
12	3	4	2	3	3	4
13	2	3	2	3	2	3
14	3	4	2	3	3	4
Jumlah	37	51	30	44	35	49

Hari	Frekuensi Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan		
	Ny. S	Ny. K	Tn. U
Hari-1	1	1	1
Hari 1	1	1	1
Hari 2	1	1	1
Hari 3	2	1	2
Hari 4	2	2	2
Hari 5	3	2	3
Hari 6	3	3	4
Hari 7	4	3	4
Hari 8	5	4	5
Hari +1	5	4	5

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Murtianti, lahir di Samarinda pada tanggal 15 Desember 1983. Merupakan anak bungsu dari empat bersaudara dari orang tua yang bernama Bapak Sukarsono Ismanto (Alm) dan Ibu Normah (Alm). Penulis memiliki suami bernama Faisol Amir dan anak yang bernama Achmad Haytsam Amir.

Riwayat pendidikan dimulai pada SDN 071 Samarinda dan lulus pada tahun 1995. Pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan ke SMP Aminah Syukur Samarinda dan lulus pada tahun 1998. Dan juga pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan ke SMUN 2 Samarinda dan lulus pada tahun 2001. Kemudian melanjutkan ke DIII Akper Pemprov Samarinda dan lulus pada tahun 2004.

Adapun penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang strata 1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda pada tahun 2015. Penulis bekerja sejak tahun 2006 sampai dengan sekarang sebagai perawat pelaksana di IBS RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

