**ASKEP DECOMPENSASI CORDIS**

**A.    PENGERTIAN**

Decompensasi cordis adalah kegagalan jantung dalam upaya untuk mempertahankan peredaran darah sesuai dengan kebutuhan tubuh.(Dr. Ahmad ramali.1994)

Dekompensasi kordis adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan kemampuan fungsi kontraktilitas yang berakibat pada penurunan fungsi pompa jantung ( Tabrani, 1998; Price ,1995).

**B.     ETIOLOGI**

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan timbulnya dekompensasi kordis adalah keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal, beban akhir atau yang menurunkan kontraktilitas miokardium. Keadaan yang meningkatkan beban awal seperti regurgitasi aorta, dan cacat septum ventrikel. Beban akhir meningkat pada keadaan dimana terjadi stenosis aorta atau hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokard atau kardiomyopati. Faktor lain yang dapat menyebabkan jantung gagal sebagai pompa adalah gangguan pengisisan ventrikel ( stenosis katup atrioventrikuler ), gangguan pada pengisian dan ejeksi ventrikel (perikarditis konstriktif dan temponade jantung). Dari seluruh penyebab tersebut diduga yang paling mungkin terjadi adalah pada setiap kondisi tersebut mengakibatkan pada gangguan penghantaran kalsium di dalam sarkomer, atau di dalam sistesis atau fungsi protein kontraktil ( Price. Sylvia A, 1995).

**Penyebab kegagalan jantung dikategori kepada tiga penyebab :**

Ü  Stroke volume : isi sekuncup

Ü  Kontraksi kardiak

Ü  Preload dan afterload

Meliputi :

**1.** Kerusakan langsung pada jantung (berkurang kemampuan berkontraksi), infark myocarditis, myocarial fibrosis, aneurysma ventricular

**2.** Ventricular overload terlalu banyak pengisian dari ventricle

Ü  Overload tekanan (kebanyakan pengisian akhir : stenosis aorta atau arteri pulmonal, hipertensi pulmonari

Ü  Keterbatasan pengisian sistolik ventricular

Ü  Pericarditis konstriktif atau cardomyopati, atau aritmi, kecepatan yang tinggi,tamponade, mitra; stenosis

Ü  Ventrucular overload (kebanyakan preload) regurgitasi dari aourta, defek seftum ventricalar

**decompensai cordis terbagi atas dua macam meliputi :**

1.         Decompensasi cordis kiri/gagal jantung kiri

Dengan berkurangnya curah jantung pada gagal jantung mengakibatkan pada akhir sistol terdapat sisa darah yang lebih banyak dari keadaan keadaan normal sehingga pada masa diatol berikutnya akan bertambah lagi mengakibatkan tekanan distol semakin tinggi, makin lama terjadi bendungan didaerah natrium kiri berakibat tejadi peningkatan tekanan dari batas normal pada atrium kiri (normal 10-12 mmHg) dan diikuti pula peninggian tekanan vena pembuluh pulmonalis dan pebuluh darah kapiler di paru, karena ventrikel kanan masih sehat memompa darah terus dalam atrium dalam jumlah yang sesuai dalam waktu cepat tekanan hodrostatik dalam kapiler paru-paru akan menjadi tinggi sehingga melampui 18 mmHg dan terjadi transudasi cairan dari pembuluh kapiler paru-paru..

Pada saat peningkatan tekanan arteri pulmonalis dan arteri bronkhialis, terjadi transudasi cairanin tertisiel bronkus mengakibatkan edema aliran udara menjadi terganggu biasanya ditemukan adanya bunyi eksspirasi dan menjadi lebih panjang yang lebih dikenal asma kardial fase permulaan pada gagal jantung, bila tekanan di kapiler makin meninggi cairan transudasi makin bertambah akan keluar dari saluran limfatik karena ketidaka mampuan limfatik untuk, menampungnya (>25 mmHg) sehingga akan tertahan dijaringan intertissiel paru-paru yang makain lama akan menggangu alveoli sebagai tempat pertukaran udara mengakibatkan udema paru disertai sesak dan makin lama menjadi syok yang lebih dikenal dengan syak cardiogenik diatandai dengan tekanan diatol menjadi lemah dan rendah serta perfusi menjadi sangat kurang berakibat terdi asidosis otot-otot jantung yang berakibat kematian.

Gagalnya kkhususnya pada ventrikel kiri untuk memompakan darah yang mengandung oksigen tubuh yang berakibat dua al:

Ü  Tanda-tanda dan gejela penurunan cardiak output seperit dyspnoe de effort (sesak nafas pada akktivitas fisik, ortopnoe (sesak nafas pada saat berbaring dan dapat dikurangi pada saat duduk atau berdiri.kemudian dispnue noktural paroksimalis (sesak nafas pada malam hari atau sesak pada saat terbangun)

Ü  Dan kongesti paru seperti menurunnya tonus simpatis, darah balik yang bertambah, penurunan pada pusat pernafasan, edema paru, takikakrdia,

Ü  Disfungsi diatolik, dimana ketidakmampuan relaksasi distolik dini ( proses aktif yang tergantung pada energi ) dan kekakuan dindiing ventrikel

2.    Decompensasi cordis kanan

Kegagalan venrikel kanan akibat bilik ini tidak mampu memeompa melawan tekanan yang naik pada sirkulasi pada paru-paru, berakibat membaliknya kembali kedalam sirkulasi sistemik, peningkatan volume vena dan tekanan mendorong cairan keintertisiel masuk kedalam(edema perier) (long, 1996). Kegagalan ini akibat jantung kanan tidak dapat khususnya ventrikel kanan tidak bisa berkontraksi dengan optimal , terjadi bendungan diatrium kanan dan venakapa superior dan inferiordan tampak gejal yang ada adalah udemaperifer, hepatomegali, splenomegali, dan tampak nyata penurunan tekanan darah yang cepat., hal ini akibaat vetrikel kanan pada saat sisitol tidak mampu mempu darah keluar sehingga saat berikutnya tekanan akhir diatolik ventrikel kanan makin meningkat demikin pula mengakibatkan tekanan dalam atrium meninggi diikuti oleh bendungan darah vena kava supperior dan vena kava inferior serta selruh sistem vena tampak gejal klinis adalah erjadinya bendungan vena jugularis eksterna, bven hepatika (tejadi hepatomegali, vena lienalis (splenomegali) dan bendungan-bedungan pada pada ena-vena perifer. Dan apabila tekanan hidristik pada di pembuluh kapiler meningkat melampui takanan osmotik plasma maka terjadinya edema perifer.

**C.    PATOFISIOLOGI**

Berdasarkan hubungan antara aktivitas tubuh dengan keluhan dekompensasi dapat dibagi berdasarkan klisifikasi sebagai berikut:

I.                   Pasien dg P. Jantung tetapi tidak memiliki keluhan pd kegiatan sehari-hari

II.                Pasien dengan penyakit jantung yang menimbulkan hambtan aktivitas hanya sedikit, akan tetapi jika ada kegaiatn berlebih akan menimbulkan capek, berdebar, sesak serta angina

III.             Pasien dengan penyakit jantung dimana aktivitas jasmani sangat terbatas dan hanya merasa sehat jika beristirahat.

IV.             Pasien dengan penyakit jantung yang sedikit saja bergerak langsung menimbulkan sesak nafas atau istirahat juga menimbulkan sesak nafas.

Konsep terjadinya gagal jantung dan efeknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar dapat dilihat pada gambar berikut

**Tanda dan gejala**

Dampakdari cardiak output dan kongesti yang terjadi sisitem vena atau sisitem pulmonal antara lain :

Ü  Lelah

Ü  Angina

Ü  Cemas

Ü  Oliguri. Penurunan aktifitas GI

Ü  Kulit dingin dan pucat

Tanda dan gejala yang disebakan oleh kongesti balikdari ventrikel kiri, antaralai :

Ü  Dyppnea

Ü  Batuk

Ü  Orthopea

Ü  Reles paru

Ü  Hasil x-ray memperlihatkan kongesti paru

Tanda-tanda dan gejala kongesti balik ventrikel kanan :

Ü  Edema perifer

Ü  Distensi vena leher

Ü  Hari membesar

Ü  Peningkatan central venous pressure (CPV

**D.    DIAGNOSTIK**

1. Keluhan penderita berdasarkan tanda dan gejala klinis
2. Pemeriksaan fisik EKG untuk melihat ada tidaknya infark myocardial akut, dan guna mengkaji kompensaai sepperti hipertropi ventrikel
3. Echocardiografi dapat membantu evaluasi miokard yang iskemik atau nekrotik pada penyakit jantung kotoner
4. Film X-ray thorak untuk melihat adanya kongesti pada paru dan pembesaran jantung
5. esho-cardiogram, gated pool imaging, dan kateterisasi arteri polmonal.utuk menyajikan data tentang fungsi jantung

**E.     PENGOBATAN pada decompensasi cordis**

Pada dasarnya pengobnatan penyakit decompensasi cordis adalah sbb:

1. pemenuhan kebutuhan oksigen

Ü  pengobatan faktor pencetus

Ü  istirahat

1. perbaikan suplai oksigen /mengurangi kongesti

Ü  pengobatan dengan oksigen

Ü  pengaturan posisi pasien deni kebcaran nafas

Ü  peningkatan kontraktilitas myocrdial (obat-obatan inotropis positif)

Ü  penurunan preload (pembatan sodium, diuretik, obat-obatan, dilitasi vena)

Ü  penurunan afterload (obat0obatan dilatasi arteri, obat dilatasi arterivena, inhibitor ACE

I. Konsep asuhan Keperawatan

**1.                  Pengkajian**

**1.      Aktivitas dan Istirahat**

Gejala : Mengeluh lemah, cepat lelah, pusing, rasa berdenyut dan berdebar.

Mengeluh sulit tidur (ortopneu, dispneu paroksimal nokturnal, nokturia, keringat

malam hari).

Tanda: Takikardia, perubahan tekanan darah, pingsan karena kerja, takpineu, dispneu.

**2. Sirkulasi**

Gejala: Menyatakan memiliki riwayat demam reumatik hipertensi, kongenital: kerusakan arteial septal, trauma dada, riwayat murmur jantung dan palpitasi, serak, hemoptisisi, batuk dengan/tanpa sputum, riwayat anemia, riwayat shock hipovolema.

Tanda: Getaran sistolik pada apek, bunyi jantung; S1 keras, pembukaan yang keras, takikardia. Irama tidak teratur; fibrilasi arterial.

**3. Integritas Ego**

Tanda: menunjukan kecemasan; gelisah, pucat, berkeringat, gemetar. Takut akan kematian, keinginan mengakhiri hidup, merasa tidak berguna. kepribadian neurotik,

**4. Makanan/Cairan**

Gejala: Mengeluh terjadi perubahan berat badan, sering penggunaan diuretik.

Tanda: Edema umum, hepatomegali dan asistes, pernafasan payah dan bising terdengar krakela dan mengi.

**5. Neurosensoris**

Gejala: Mengeluh kesemutan, pusing

Tanda: Kelemahan

**6. Pernafasan**

Gejala: Mengeluh sesak, batuk menetap atau nokturnal.

Tanda: Takipneu, bunyi nafas; krekels, mengi, sputum berwarna bercak darah, gelisah.

**7. Keamanan**

Gejala: Proses infeksi/sepsis, riwayat operasi

Tanda: Kelemahan tubuh

**8. Penyuluhan/pembelajaran**

Gejala: Menanyakan tentang keadaan penyakitnya.

Tanda: Menunjukan kurang informasi.

**B.                 Pemeriksaan Penunjang**

**1. Foto polos dada**

- Proyeksi A-P; konus pulmonalis menonjol, pinggang jantung hilang, cefalisasi arteria pulmonalis.

- Proyeksi RAO; tampak adanya tanda-tanda pembesaran atrium kiri dan pembesaran ventrikel kanan.

**EKG**

Irama sinus atau atrium fibrilasi, gel. mitral yaitu gelombang P yang melebar serta berpuncak dua serta tanda RVH, LVH jika lanjut usia cenderung tampak gambaran atrium fibrilasi.

**3. Kateterisasi jantung dan Sine Angiografi**

Didapatkan gradien tekanan antara atrium kiri dan ventrikel kiri pada saat distol. Selain itu dapat dideteksi derajat beratnya hipertensi pulmonal. Dengan mengetahui frekuensi denyut jantung, besar curah jantung serta gradien antara atrium kiri dan ventrikel kiri maka dapat dihitung luas katup mitral.

**Kemungkinan diagnosa keperawatan**

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan pengisian ventrikel kiri, peningkatan atrium dan kongesti vena.

S: Mengeluh sesak, kelelahan, keletihan.

O: Perubahan EKG/disritmia, kulit dingin dan basah, cyanosis, kulit pucat dan lembab, oliguri atau anuria.

1. Resiko tinggi kelebihan volume cairan: edema berhubungan dengan kongesti vaskuler pulmonalis dan perpindahan cairan ke ekstra vaskuler.

S: Mengeluh badan terasa berat dan kemeng.

O: Odema.

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan aliran arteri vena dengan keterlibatan katup mitral.

S: Mengeluh lemah, cepat capek.

O: Kulit dingin, cyanosis, kapiler reffil > 3 detik.

1. Resiko tinggi gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membram kapiler alveoli dan retensi cairan interstisiil.

S: Mengeluh sesak nafas, batuk kering, tidak produktif dan kelelahan.

O: Oedema pada ektremitas bawah, akral dingin, cyanosis.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan demand oksigen.

S: Mengeluh sesak nafas, dispneu pada saat aktivitas.

O: Keluar keringat dingin, nyeri dada, fibrilasi arterial.

1. Resiko tinggi nyeri berhubungan dengan iskhemi jaringan miokard.
2. Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan status metabolik.
3. Cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan dan situasi krisis.

S: Mengelah tidak bisa tidur dan istirahat.

O: Wajah nampak tegang, takikardi.

1. Kurang pengetahuan tentang kondisi, kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi tentang penyakit katup jantung.
2. Gangguan pola nafas berhubungan peningkatan tekanan CO2.

S: Mengeluh sesak nafas.

O: Takipneu.

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan pengeluaran keringat berlebihan.

S: Mengeluh badan basah

O: Gelisah, sering mengelap badan.

1. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake, mual dan anoreksia.

S: Mengeluh mual, tidak nafsu makan.

O: Makan hanya beberapa sendok, sediaan tidak habis.

1. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh.
2. Resiko tinggi konstipasi berhubungan dengan penurunan intake fiber dan penurunan bising usus.
3. Gangguan pola tidur dan istirahat berhubungan dengan dispneu.
4. Resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.
5. Resiko gangguan sensorik-motorik berhubungan dengan hipoksemia.
6. Resiko terjadinya gagal ginjal akut berhubungan dengan penurunan aliran darah pada ginjal.
7. Resiko terjadinya kontraktur berhubungan pembatasan gerak, kelemahan.
8. Resiko injury berhubungan pusing dan kelemahan.

**Analisa Data**

Data yang dikumpulkan dikelompokkan meliputi : data subyektif dan data obyektif kemudian dari data yang teridentifikasi masalah dan kemungkinan penyebab dapat ditentukan yang menjadi acuan untuk menentukan diagnosa keperawatan. Meliputi :

Data subjektifitas

Ü  Status respiratorik : dypnea, othopnea,(faktor-faktor pencetu, derajatnya, faktor-faktoryang meringankan)

Ü  Tanda-tanda retensi cairan : kenaikan BB, pedel edema lkakki, kulit terasa bengkak

Ü  Kenyamann nyeri abdomen, nyeri angina

Ü  Pengetahuan dan jenispengobatan

Ü  Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengkonfensasi

Ü  Kemampuan penyesuaian

Ü  Pemahaman khusus mengenai kondisi

Data objekif

§  Edema : lokasi dan derajatnya

§  Distensi abdomen

§  Penimbangan BB setiap hari biasanya setelah pengosongan kandung kemih dan sebelum makan pagi

§  Unyi naas

§  Riti gallop dan auskultasi jantung

§  Tingakt kesadaran

§  Kesulitan bernafas dan kelaian nadi

**Diagnose dan Tindakan keperawatan**

**a.       Kerusakan pertukaran gas b.d kongesti paru sekunder perubahan membran kapiler alveoli dan retensi cairan interstisiil.**

Tujuan : Mempertahankan ventilasi dan oksigenasi secara adekuat, PH darah normal, PO2 80-100 mmHg, PCO2 35-45 mm Hg, HCO3 –3 – 1,2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TINDAKAN** | **RASIONAL** |
| 1. | 1. Kaji kerja pernafasan ( frekwensi, irama , bunyi dan dalamnya )  2.       Berikan tambahan O2 6 lt/mnt  3.       Pantau saturasi (oksimetri) PH, BE, HCO3 (dengan BGA)  4.       Koreksi kesimbangan asam basa  5.       Beri posisi yang memudahkan klien meningkatkan ekpansi paru.(semi fowler)  6.       Cegah atelektasis dengan melatih batuk efektif dan nafas dalam  7.       Lakukan balance cairan  8.       Batasi intake cairan  9.       Eavluasi kongesti paru lewat radiografi  10.   Kolaborasi :  - RL 500 cc/24 jam  - Digoxin 1-0-0  - Furosemid 2-1-0 | ·     *Untuk mengetahui tingkat efektivitas fungsi pertukaran gas.*  ·     *Untu meningkatkan konsentrasi O2 dalam proses pertukaran gas.*  ·     *Untuk mengetahui tingkat oksigenasi pada jaringan sebagai dampak adekuat tidaknya proses pertukaran gas.*  ·     *Mencegah asidosis yang dapat memperberat fungsi pernafasan.*  ·     *Meningkatkan ekpansi paru*  ·     *Kongesti yang berat akan memperburuk proses perukaran gas sehingga berdampak pada timbulnya hipoksia.*  ·     *Meningkatkan kontraktilitas otot jantung sehingga dapat meguranngi timbulnya odem sehingga dapat mecegah ganggunpertukaran gas.Membantu mencegah terjadinya retensi cairan dengan menghambat ADH.* |

**2.      Penurunan curah jantung b.d penurunan pengisian ventrikel kiri, peningkatan atrium dan kongesti vena.**

Tujuan perawatan : Stabilitas hemodinamik dapat dipertahanakan dengan kriteria : (TD > 90 /60 ), Frekwensi jantung normal,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARI/TGL** | **TINDAKAN** | **a)                  RASIONAL** |
| **II.                Senin,28 Jan**  2002 | **1.   Pertahankan pasien untuk tirah baring**  **2.   Ukur parameter hemodinamik**  3.   Pantau EKG terutama frekwensi dan irama.  4.   Pantau bunyi jantung S-3 dan S-4  5.   Periksa BGA dan saO2  6.   Pertahankan akses IV  7.   Batasi Natrium dan air  8.   Kolaborasi :  - ISDN 3 X1 tab  - Spironelaton 50 –0-0 | ·   *Mengurangi beban jantung*  ·   *Untuk mengetahui perfusi darah di organ vital dan untuk mengetahui PCWP, CVP sebagai indikator peningkatan beban kerj a jantung*  ·   *Untuk mengetahui jika terjadi penurunan kontraktilitas yang dapat mempengaruhi curah jantung.*  ·   *Untuk mengetahui tingkat gangguan pengisisna sistole ataupun diastole*  ·   *Untuk mengetahui perfusi jaringan di perifer*  ·   *Untuk maintenance jika sewaktu terjadi kegawatan vaskuler.*  ·   *Mencegah peningkatan beban jantung*  ·   *Meningkatkan perfisu ke jaringan*  ·   *Kalium sebagai salah satu komponen terjadinya konduksi yang dapat menyebabkan timbulnya kontraksi otot jantung.* |

**b.      Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan curah jantung.**

Tujuan: Kulit hangat dan kering klien memperlihatkan perbaikan status mental

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARI/TGL** | **TINDAKAN** | **RASIONAL** |
| Senin  28 Agst 2002 | 1.   Kaji status mental klien secara teratur  2.   Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer dan diaforesis secara teratur.  3.   Kaji kualitas peristaltik k/p pasang sonde  4.   Kaji adanya kongesti hepar pada abdomen kanan atas  5.   Ukur tanda vital, periksa lab : Hb, Ht, BUN, Sc, BGA sesuai peasanan. | ·        *Mengetahui derajat hipoksia pada otak*  ·        *Mengetahui derajat hipsemia dan peningkatan tahanan perifer*  ·        *Mengetahui pengaruh hipoksia terhadap fungsi saluran cerna. serta dampak penurunan elektrolit.*  ·        *Sebagai dampak gagal jantung, kanan jika berat akan ditemuka adanya tanda kongesti*  ·        *Untuk mengetahui keadekuatan fungsi dan vaskulrasisai sescara keseluruhan. Jika terjadi dekompensasi ditambah komlikasi Hb rendah, Ht tinggi akan memeperberat gangguan perfusi. Gangguan perfusi yang berat (PCO2 tinggi) akan mengurangi aliran darah ke ginjal sehingga ginjal dapat mengalami gangguan fungsi yang dapat dimonitir dari peningkatan kadar BUN, Sc.* |

**Kelebihan volume cairan b.d kongesti vaskuler pulmonalis dan perpindahan cairan ke ekstra vaskuler.**

Tujuan : haluaran urin adekuat akan dipertahankan dengan diuretika ( > 30 ml /jam ), tanda-tanda odem paru atau ascites tidak ada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARI/TGL** | **TINDAKAN** | **RASIOANAL** |
| Senin, 28 Jan  2002 | 1  .   Kaji tekanan darah  2.   Kaji distensi vena jugularis  3.   Timbang BB  4.   Beri posisi yang membantu drainage ektremitas, lakukan latihan gerak fasif,  5.   Evaluasi kadar Na. Klien, Hb dan Ht. | ·     *Sebagai salah satu cara untuk mengetahui peningkatan jumlah cairan yang dapat diketahui dengan meningkatkan beban kerja jantung yang dapat diketahui dari meningkatnya tekanan darah.*  ·     *Peningkatan cairan dapat membebani fungsi ventrikel kanan yang dapat dipantau melalui pemeriksaan tekanan vena jugularis.*  ·     *Kelebihan BB dapat diketahui dari peningkatan BB yang ekstrim akibat terjadiny penimbunan cairan ekstra seluler.*  ·     *Meningkatkan venus return dan mendorong berkurangnya edema perifer.*  ·     *Dampak dari peningkatan volume cairan akan terjadi hemodelusi sehingga Hb turun, Ht turun.*  *.* |

**Resiko tinggi intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplay dan demand oksigen.**

Tujuan : Klien menunjukkan kemampuan beraktivitas tanpa gejala – gejala yang berat, terutama mobilisasi di tempat tidur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARI/TGL** | **TINDAKAN** | **RASIONAL** |
| RABU  28 JANUARI  2002 | 1.       Pertahankan klien tirah baring sementara sakit akut.  2.       Tingkatkan klien duduk di kursi dan tinggikan kaki klien  3.       Pertahankan rentang gerak pasif selama sakit kritis  4.       Evaluasi tanda vital saat kemajuan akitivitas terjadi  5.       Berikan waktu istirahat diatara waktu aktivitas  6.       Pertahankan penambahan O2 sesuai pesanan  7.       Selama aktivitas kaji EKG, dispnoe, sianosis, kerja nafas dan frekwensi nafas serta keluhan subyektif.  8.       Berikan diet sesuai peasanan (pembatasan air dan Na ). | ·     *Untuk mengurangi beban jantung.*  ·     *Untuk meningkatkan venus return*  ·     *Meningkatkan kontraksi otot sehingga membantu venus return.*  ·     *Untuk mengetahui fungsi jantung, bila dikaitkan dengan aktivitas.*  ·     *Untuk mendapatkan cukup waktu qresolusi bagi tubuh dan tidak terlalu memaksa kerja jantung.*  ·     *Untuk meningkatkan oksigenasi jaringan*  ·     *Melihat dampak dari aktivitas terhadap fungsi jantung.*  ·     *Untuk mencegah retensi cairan dan odem akibat penurunan kontraktilitas jantung.* |

**5. Resiko gangguan pemenuhan nutrisi b.d nafsu makan menurun dan intake kurang.**

Tujuan : Setelah di rawat selama 3 hari klien mau makan, porsi makanan yang disediakan habis.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HARI/TGL | PERENCANAAN | RASIONAL |
| Senin, 28 januari 2002 | - Jelaskan tentang manfaat makan bila dikaitkan dengan kondisi klien saat ini.  - Anjurkan agar klien makan –makanan yang disediakan di RS.  - Beri makanan dalam keadaan hangat dan porsi kecil serta diit TKTPRG | *- Dengan pemahaman klien akan lebih kooperatif mengikuti aturan.*  *- Untuk menghindari makanan yang justeru dapat menggaggu proses penyembuhan klien.*  *- Untuk meningkatkan selera dan mencegah mual, mempercepat perbaikan kondisi serta mengurangi beban kerja jantung.* |

**6. Cemas b.d hospitalisasi dan kurangnya pengetahuan tentang penyakit serta penanganan yang akan didapatkan.**

Tujuan : Setelah di rawat kecemasan berkurang

Kriteria : Tidur 6-8 jam/hari, gelisah hilang, klien kooperatif dengan petugas dan tindakan yang diprogramkan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(1)               HARI/TGL** | **TINDAKAN** | **RASIONAL** |
| Senin, 28 Januari 2002 | - Lakukan pendekatan dan komunikasi.  - Berikan penjelasan tentang penyakit, penyebab serta penanganan yang akan dilakukan.  - Tanyakan keluhan dan masalah psikologis yang dirasakan klien saat ini.  - Kolaborasi  - Activan 2 X 1 | - Untuk membina saling percaya  - Untuk memberikan jaminan kepastian tentang, langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keluarga lebih pasti.  - Untuk dapat menemukan jalan keluar dari masalah yang dihadapi klien sehingga dapat mengurangi beban psikologis klien.  - Sebagai anti cemas |

§

Asuha kepperawab pasien dengan decompensas kordis

Membantu dalam pecapaian terapi :

Pentingnya penghematan tenaga

Ü  Batasi kegiatan yang membutuhkan tenaga

Ü  Istapntang garm

Ü  Obsebvasi intake dan output cairan

Ü  Memberikan diuretik hati-hati dantepat waktu

Ü  Pemberian preparat degetakis dilaihat nafi apial

Ü  Amati gejala keacunan degetalis’obsasi BB setiap hari

Ü  Memberikan obat sesuaidengan program

Diagnosa keperawatan :

1        Penurunan cardiak output (curah jantung) berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial ditandai dengan :

Ü  Peningkatan frekwensi jantung (takikardia),disritmia : perubahan gambaran pola EKG

Ü  Perubahan tekanan darah (TD) (hipotensi/hipertensi)

Ü  Bunyi jantung ekstra (S3, S4)

Ü  Penurunan haluaran urine

Ü  Nadi ferifer tidak teraba

Ü  Kulit dingin (kusam : diaforesis

Ü  Ortopnea, krakles, JVD,Pembesaran hepar,edema

Ü  Nyeri dada

Tujuan : menunjukkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima (disritmia terkontrol atau hilang dan bebas gejala gagal jantung (mis parameter hemodinamik dalam batas normal, haluaran urine adekuat).

Dengan kriteria hasil :

Ü  Pasien akan melaporkan penurunan efisode dispnea, angina

Ü  Dan berperan dalam aktivitas mengurangi beban kerja jantung.

Intervensi keperawatan :

|  |  |
| --- | --- |
| **Rencana keperawatan** | **Rasionalisasi** |
| 1.      Periksa keadaan klien dengan mengauskultasi nadai, apikal : kaji frekuensi, irama jantung (dokumentasi disritmia, bila terssedia telemetri)  2.      Catat bunyi jantung  3.      Palpasi nadi perifer  4.      Pantau adanya haluaran urine, catat haluaran dankepekatan/kosentrasi urine.  5.      Kaji perubahan pada sensorik, contoh letargi, cemas dan depresi.  6.      Berikan istirahat semi rekumben pad a tempat tidur atau kursi, kaji dengan pemeriksaan fisik sesuai indikasi.  7.      Berikan istirahar psikologi dengan lingkungan dengan tenang : menjelaskan manajemen medik/keperawatan : membantu pasien menghindari dri stress, mendengar /berespon terhadap ekspresi perasaan takut.  8.      batasi aktivitas seperti BAB dan BAK disamping tepat tidur menghindari respon valsava : mengejan, defekasi, menahan naas selama perubahan posisi.  9.      berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker sesuai dengan indikasi. :  10.  berikan obat sesuai dngan indikasi :   1. diuretik, contoh furosemid (lasix): asam etakrinik (edecrin);bumetamid (bumex);sprironolakton (aldakton) 2. vasodilator, contoh nitrat (nitro-dur, isodril) : arteriodilator, contoh hidralazin (apresoline);kombnasi obat prazosin (minippres);’ 3. digoxin(lanoxin) 4. captopril (capoten);lisinopril (prinivil);enapril (vasotec) : 5. morfin sulfat 6. tranqulilizer/sedatif 7. antikoagulan, contoh heparin dosis rendah warfarin(coumadin) 8. pemberian cairan IV, pembatasan julah total sesuai dengn indikasi hindari cairan garam. 9. pantau seri EKG dan perubahan foto dada. | 1.      Biasanya terjadi takikardi meskipun pada saat istirahat untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel, KAP, PAT, MAT, PVC, danAF disritmia umum berkenaan dengan GJK meskipun lainnya juga terjadi.  2.      Catatan : disritmia ventrikel yang tidak rensponsifterhadap obat yang duduga aneurime ventrikel  3.      S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa, irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah kedalam serambi yang distensim mur-mur dapat menunjukkan inkompetensi/stenosis mitral.  4.      Penurunan curah jantung daap menunjukkan menurunnya nadi, radial, popliteal,dorsalis pedis, dan postibial, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi, dan pulsusn alteran (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.  5.      Ginjal beresp[on untuk menurunkan curah jantung dengan menahan ciran dan natrium , haluaran urine biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan ciran kajaring tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali kesirkulasi bila pasien tidur.  6.      Dapat menunjukakan tidak adekuatnya perfusi serebral sekunder terhadap penurunan curah jantung  7.      Istirahat fisik harus dipertahankan selama GJK akut atau refraktori untuk memperbaiki efisiensi kontraksi jantung dan menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen miokard dan kerja berlebihan. Stress emosi menghasilkan vasokontriksi, yang terkait dan meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi /kerja jantung.  8.      pispon digunakan menurunkan kerja kekamar mandi atau kerja keras menggunakan bedpan. Manuvervalsava menyebabkan rangsang vagal diikuti dengan takikardi yang selanjutnya berpengaruh pada fungsi jantung/curah jantung  9.      meningkatkan sediaan oksigen untuk kebuthan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia.  10.  banyaknya obat dapat digunakan untuk meningkatkan volume sekuncup, memper baiki kontaktilitas, dan menurunakn kongesti   1. tife dan dosis diuretik tergantung pada derajat gagal jantung dan status fungsi ginjal. Penurunan preloas paling banyak digunkan dalam mengobati pasien dengan curah jantung relatif normal ditambah dengan gejala kongestidiuret ik blok reabsorbsi diuretik, sehingga mempengaruhi reabsorbsi natrium dan air. 2. vasodilator digunakan untuk meningkatkan curah jantung, menurunkan volume sirkulai (vasodilator) dan tahanan vaskuler sistemik (arteridilator, juga kerja ventrikel. 3. meningkatkan kekuatan kotraksi miokard dan memperlambat frekuensi jantung dengn menurunkan volume sirkulasi (vasodilator)dan tahanan vaskuler sistemik (arteriodilator) juga kerja ventrikel. 4. meningkatkan kekuatan kontraksi miokard dan memperlambat frekuensi jantung dengan menurunkan konduksi dan memperlama periode refraktori angitensin dlam paru dan menurunkan vasokontriksi, SVR dan TD. 5. penurunantahananvaskuler dan lairn balik vena menurunkan kerja miokard,menghilangkan cemas dan mengistirahatkan sirkulasi umpan balik cemas/pengeluaran katekolamin/cemas 6. meningkatkan istirahat/relaksasi dan menurunkan kebutuhan oksigen dan kerja mioklard. Catatan : ada on’trial oral yang analog dengan amrinon (incor) agen inotrofik positif yang disebut milrinon yang dapat cocok untuk penggunaan jangka panjang. 7. dapat digunakan secara profilaksis untuk mencegah pembentukkan trombus/emboli pada adanya aktor resiko seperti statis vena , tirah baring, disritmia jantung dan riwayat efisode sebelumnya. 8. karena adan peningkaan tekanan ventrikel kiri pasien tidak dapat mentoleransi peningaktan volume cairan (preload) pasien Gkjugamengeluaraknn sedikit natriu, yang menyebabkan tretensi cairan dan meningkatkan kerja miokard. 9. depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadai karenapeningkatan kebutuhan oksigen miokard meskipun tak ada penyakit arteri koroner. Foto dada dapat menunjukkan pembesaran jantung dan perubahan kongesti pulmonal. |

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN NY “S” DENGAN**

**OMI &HYPERTENSI STAGE III & DECOMPENSASI CORDIS FC IV**

No Regester Medik : 10183985.

Ruang : Cardiologi

Tanggal MRS : 5 agustus 2002 jam 09.30 WIB

Tanggal didata : 5 agustus 2002 jam 13.00 WIB

Diagnosa Medis : OMI, Hipertensi fc IV, decompensasi cordis

**1.         I. IDENTITAS PASIEN**

Nama : Ny supini No. Regester : 10183985.

Umur/tgl lahir : 74 Tahun.09-06-28

Jenis Kelamin : Perempuan

Suku/Bangsa : jawa/Indonesia

Agama : Islam

Status Perkawinan : Kawin

Pekerjaan : Tukang masak

Pendidikan : SD

Bahasa yang digunakan : jawa/Indonesia

Alamat : Jln. Kedung Pengkol I/53 C

Kiriman dari : IRD

Tanggal MRS : 5 agustus 2002

Cara Masuk : Lewat Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr.

Soetomo Surabaya

Diagnosa Medis : OMI, Hipertensi FC IV, Decompensasi Cordis

IV

Alasan Dirawat : sesak nafas yang berat seperti ditekana benda berat pada saat baru bangun tidur di Dirumah

Keluhan Utama : Sesak Nafas

Upaya yang telah dilakukan : Berobat langsung dibawa ke rumah sakit dr soetomo surabaya.

**2.         RIWAYAT KEPERAWATAN (NURSING HISTORY)**

**1)        Riwayat Penyakit Dahulu**

Klien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, klien termasuk orang yang sangat jarang memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, sehingga pada saat klien mengalami sakit seperti sakit kepala klien biasanya membeli obat diwarung sendiri berdasarkan pengetahuan klien dan tanpa resep dokter.

Klien mengetahui ia mengidap penyakit hipertensi 15 tahun yang lalu pada saat terpaksa berangkat kepuskesmas ketika mengalami saki t gigi, dan penyakit-penyakit yang lain klien tidak pernah tahu.

**2)        Riwayat Penyakit Sekarang**

Klien datang ke Instalasi rawat darurat RSUD Dr. Soetomo jam 08.00 wib dengan keluhan sesak nafas berat seperti ditekan benda berat terlebih pada posisi terlentang disertai keringat yang banyak (diaporesis) dan dada-dada terasa berdebar-debar dan perasaan badan terasa lemas..

**3)        Riwayat Kesehatan Keluarga**

Anggota keluarga yang lain tidak ada yang menderita penyakit seperti yang diderita klien saat ini.

Klien tidak mengetahui secara pasti apakah Bapak dan ibu dari klien tidak mempunyai riwayat Hipertensi dan penyakit Diabetes Militus.

GENOGRAM :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Tinggal serumah

: klien yang sakit

: meninggal

**3.         OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

**Pada awal pengkajian 5 juli 2002**

**1)        Keadaan Umum :**

Kesadaran compos mentis, penampilan klien cukup rapi, klien tampak agak gemuk,

**2)        Tanda-tanda vital**

Suhu : 36 0C

Nadi : 120 X/menit. lemah dan teratur

Tekanan darah : 197/132 mmHg.

Respirasi : 30 x/menit

**3)        Body Systems**

**(1)      Pernafasan (B 1 : Breathing)**

*Inspeksi :* adanya takipnue pada inspirasi dan ekspirasi Pernafasan cepat, Frekuensi 30 x/menit, Irama teratur, terlihat gerakan cuping hidung, terlihat pucat /anemi pada sekitar bibir, mulut dan dasar kuku, terdengar suara nafas tambahan ronkhi, whizziing (-) bentuk dada simetris, batuk-batuk kadang-kadang, klien duduk dengan posisi setengah duduk atau tidur dengan bantal ditinggikan lebih banyak.

*Palpasi* : pergerakkan asimetris kiri dan kanan, fremitus raba sama pada kiri dan kanan dinding dada ,

*Perkusi* : adanya suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hepar,

*Auskultasi* terdengar adanya suara vesikuler dikedua lapisan paru, suara ronkhi (+) dan whizing tidak ada.

**(2)      Cardiovascular (B 2 : Bleeding)**

*Inspeksi* : Bentuk dada simetris kanan kiri, denyut jantung pada ictus cordis 1 cm lateral medial (5). Pulsasi jantung tampak

*Palpasi* frekuensi Nadi /HR : 120 X/menit lemah dan teratur, tekanan darah 197/132 mmHg, Suhu 36 0C, perfusi dingin, berkeringat adanya peningkatan/bendungan tekanan jugularis

*Perkusi* terdengar suara pekak.

*Auskultasi* Cor S1 S2 tunggal,S3 S4 tidak ada. irama reguler, ekstra sistole/murmur tidak ada.

.

**(3)      Persyarafan (B 3 : Brain)**

Tingkat kesadaran (GCS) Membuka mata : kalau diajak bicara atau dipanggil nama (3)

Verbal : con fuse tidak Orientasi penuh,. (4)

Motorik : mampu menunjukkan tepat tempat rangsang nyeri yang dirasakan (5)

Apatis : perhatian berkurang

Keadaan nervus I –XII tidak ada kelainan

**(4)      Perkemihan-Eliminasi Uri (B.4 : Bladder)**

*Inspeksi* :Jumlah urine 100 ml/ 8 jam, warna urine kuning.gangguan perkemihan tidak ada. Pemeriksaan genetalia eksternal tidak ada infeksi, jamur, ulkus, lesi dan keganasan

*Palpasi* : tidak ada pembesaran kelenjar inguinalis, nyeri tekan.tidak ada,

*Perkusi ;* tidak ada nyeri pada perkusi daerah ginjal

**(5)      Pencernaan-Eliminasi Alvi (B 5 : Bowel)**

*Inspeksi :* mulut dan tenggorokan tampak kering, Abdomen normal tidak ada kelainan, keluhan nyeri, gangguan pencernaan tidak ada, , tidak kembung, tidak terdapat obstipasi maupun diare, klien buang air besar 3 X/hari.

*palpasi :* hepar tidak teraba, ginjal tidak teraba, anoreksia,tidak ada nyeri tekan

*perkusi :* suara tympani (+) pada abdomen, kembung tidak ada suara pekak pada daerah hepar,

*auskultasi :* Peristaltik normal

**(6)      Tulang-Otot-Integumen (B 6 : Bone)**

Kemampuan pergerakan sendi range of mation baik, bebas.

Tonos otot pada ekstrimitas baik dengan nilai (4) kekuatan kurang dibandingkan sisi lain kanan dan kiri

Ekstrimitas : Tidak ada kelainan

Atas : Tidak ada kelainan

Bawah : Tidak ada kelainan

Tulang Belakang : Tidak ada kelainan

Warna kulit : Tidak ada kelainan

Akral : Hangat

Turgor : Baik

Tidak terdapat kontraktur maupun dikubitus.

**Pola aktivitas sehari-hari**

**(1)      Pola Persepsi Dan Tata Laksana Hidup Sehatan**

*Saat sehat :* klien mempunyai kebiasaan makan-makanan yang berlemak dan berdaging.

*Pada saat sakit* : klien tidak pernah tahu resiko yang dapat muncul pada saat mengkonsumsi makanan belemak dan daging tinggi.

**(2)      Pola Nutrisi dan Metabolisme**

*Saat sehat :* klien makan teratur 3 x sehari, klien minum perhari sebanyak 1,5 liter air dan terbiasa minum susu, tidak ada kesulitan menelan, klien tidak pernah diet khusus , postur tubuh gemuk

*Saat sakit :* klien makan tidak teratur (porsi makan tidak dihabiskan) dengan alasan ada rasa mual, minum 5-6 gelas sehari Adanya perasaan mual - mual dan rasa kering pada rongga mulut,

**(3)      Pola Eliminasi**

*Saat sehat :* klien BAB dengan jumlah feses sedikit-sedikit, warna feses kuning dan berbau khas, pasien BAK dengan Jumlah urine 400 ml / 8 jam, warna urine kuning muda dengan kejernihan : Jenih. Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan. Klien buang air besar 1 X/hari.

*Saat sakit :* selama masuk klien belum pernah BAB. BAK jumlah 200x/mnt.

**(4)      Pola tidur.dan Istirahat**

*Saat sehat :* Klien mempunyai kebiasaan sehari-hari klien lebih banyak istirahat selama 6 jam mulai jam 21.00 – 03.00 pagi, klien mengatakan kalau sudah bangun sulit untuk bisa tidur lagi dan biasanya sering bangun terlalu awal. Pasien terbiasa tidur dengan suasana tenang.

*Saat sakit :* klien mengatakan pada awal masuk klien tidak dapat tidur sama sekali karena sesak yang dialaminya, dan klien mengatakan selama dirumah sakit ini klien tidur tidak bisa nyenyak karena agak ramai bertepatan disebelah ruang duduk dokter dan perawat.

**(5)      Pola Aktivitas dan latihan**

*Saat sehat :* Untuk aktivitas sehari-hari klien mengatakan lebih banyak dilakukan ditempat tinggalnya bermain dengan cucu-cucunya dan melakukan pekerjaannya sebagai juru masak bila ada pesanan.

*Saat sakit :* Untuk aktivitas dan latihan kecendrungan lebih kepada latihan gerak terbatas mengerakkan tangan dan kakinya sebatasnya ditempat tidur

Aktivitas di RS lebih banyak istirahat di Tempat Tidur dan aktivitas terbatas di Tempat Tidur.

**(6)      Pola Hubungan dan Peran**

*Saat sehat dan sakit :* Hubungan klien dengan orang lain dan keluarga baik, sebagai ibu dalam keluarga klien termasuk orang yang kooperatif dengan sesamanya, selama sakit klien tidak bisa menjalankan peran sepertinya biasanya.

**(7)      Pola Sensori dan Kognitif**

*Saat sehat* Klien mampu melihat dan mendengar serta meraba dengan baik, klien tidak mengalami disorientasi.reflek (+)

*Saat sakit :* proses melihat, mendengar, mencium dan meraba cukupbaik, berfikir lancar, isi pikiran dapat dimengerti namun daya ingatnya sedang,klien mengerti akan pertayaan yang diberikan

**(8)      Pola Persepsi Dan Konsep Diri**

*Saat sehat :* selama sehat klien mengatakan sering ditegur melakukan kebiasaan jelek seperti makanan-makanan berlemak dan tinggi kolesteral oleh anak-anaknya. Klien mengatakan juga sangat senang ngobrol dan berkumpul dengan keluaraga maupun teman-temannya

*Saat sakit :* selama perawatan, menyebabkan klien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem). Selain itu klien mengalami cemas karena Kurangnya pengetahuan tentang sifat penyakit, pemeriksaan diagnostik dan tujuan tindakan yang diprogramkan. Tampak tidak ada kontak mata yang jarang dilakukan.

**(9)      Pola Seksual dan Reproduksi**

Pasien sudah menikah dengan mempunyai 9 orang anak, 6 orang perempuan dan 3 orang laki-laki dan selama ini klien telah menopouse

**(10)  Pola mekanisme/Penanggulangan Stress dan koping**

Dalam menghadapi sakit yang dideritanya sekarang ini klien mengatakan apa yang sudah terjadi biarlah terjadi dan berlalu toh engga bisa berubah lagi.klien mengatakan lebih baik memikirkan bagaimana sekarang bisa sehat, klien tampak berlapang dada dengan menerima keadaannya berbesar hati,. Masalah anak merupakan masalah yang sering menjadi stressor menyebabkan strees pada klien, tapi klien termasuk orang yang terbuka baik dengan anak-anaknya dan istrinya untuk dipecahkan bersama.

**(11)  Pola Tata Nilai dan Kepercayaan**

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta penyakit paru ini tidak menghambat klien dalam melaksanakan ibadah walaupun tetap merubah pola ibadah yang biasanya klien lakukan seperti biasanya.

**Personal Higiene**

Kebiasaan di rumah klien mandi 2 X/hari, gosok gigi 2 X/hari, dan cuci rambut 1 X/minggu.

**Ketergantungan**

Karena penyakit jantung yang dideritanya sehingga klien mempunyai ketergantungan mentaati hal-hal yang berkaitan dengan faktor-faktor yang dapat mencetus parahnya penyakit

**Aspek Psikologis**

Klien terkesan cemas akan penyakitnya, merasa terasing dan sedikit stress akibat sesak yang dialami

**Aspek Sosial/Interaksi**

Hubungan dengan keluarga, teman kerja maupun masyarakat di sekitar tempat tinggalnya biasa sangat baik dan akrab.

**Aspek Spiritual**

Klien dan keluarganya sejak kecil memeluk agama Islam, ajaran agama dijalankan setiap saat. Klien sangat aktif menjalankan ibadah dan aktif mengikuti kegiatan agama yang diselenggarakan oleh mesjid di sekitar rumah tempat tinggalnya maupun oleh masyarakat setempat.

Saat ini klien tidak merasa terganggu pemenuhan kebutuhan spiritualnya

**DIAGNOSTIC TEST/PEMERIKSAAN PENUNJANG**

**Hasil pemeriksaan Laboratorium : 6 agustus 2002**

Darah lengkap tanggal tanggal 6 agustus 2002

-            Hb : 13,0 mg/dl (L 13,5 – 18,0 – P 11,5 – 16,0 mg/dl)

-            Leukosit : 17,2 X 109 (4000 – 11.000).

-            Trombosit : 288 x 109 (150 – 350)

-            PCV : 0,40 ( 0,40 – 0,47)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Hasil normal** |
| Analisa gas darah  PH  PCO2  PO2  HCO3  BE | 7,281  49,8  62,0  22,9  -3,8  02 saturasi 80,7 | (7,35-7,45)  35-45  80-104  (21-25)  (L – 2,9 + 2,3)  (P -3,3+1,2) |
| Haemoglobin | 13,0 | (13,4 - 17,7) |
| Leukosit | 17,2 x 109 | 4,3-10,3 |
| Trombosit | 288 x 109 | 150 – 350 |
| Glukosa darah sewaktu | mg/dl | < 200 |
| SGOT | 15 | <25 |
| BUN | - | (10 -20) |
| Kreatinin serum | 0,75 | L:1,5 ; P: 1,2 |
| Kalium | 3,8 | 3,8 – 5,0 |
| Natrium | 138 | 136 – 149 |
| Krorida serum | 105 | 97 -113 |

Urine profile

Analisis Chem

SG : 1,025

PH : 5,0

Leu : 500 /ul (+++)

N+T : - mg

Pro : 75 mg/dl(+)

Glo : 1000 mg/dl +++

Ket : negatif

UBG : normal

Bil : normal

Ery : 150 / ul (+++)

Warna kuning muda

Kejernihan : agak keruh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Hasil agak keruh** | **Nilai normal** |
| Glukosa darah acak  Hexokinase-hitachi | 427 | (<140-mg/dl |
| Urea – N (darah)  Urease-hitachi | 16,3 | (10 – 20) mg/dl |
| Kreatinin serum  Jaffe-hitachi | 0,75 | (L : <1,5 P : <1,2) |
| Elektrolit (ISE-AVL 9180 |  | |
| Kalium serum | 3,8 | (3,8 - 5,5) meg/L |
| Natrium serum | 138 | (136 – 144) |
| Klorida serum | 105 | (97 – 113 /mmol/L |
| Urine lengkap (meditron) |  | |
| Analisis kimia |  |  |
| Sedimen |  |  |
| Sel lekosit |  | 1-2 LP besar |
| Sel eritrosit |  | 1-2 LP besar |
| Sel efitel |  | 1-2 LP besar |
| Kristal |  | Neg |
| Selinder |  | Neg |
| Lain-lain |  | neg |

Laporan elektrokardiogram :

***Frekuensi***

Atrium : 125 x/mnt

Ventrikel : 125x/mnt

P-R interval 0,14

ORS interval 0,06

Q-T : 0,32

Bedd frontal 900C

Sub lid horizontal : V3-V4

***Irama sinus :***

Ts : di V1&V2

T inversi di V3 – V5

Depresi ST inversi di V5-V6

P+R interval 0,16

QRS interval 0,06

Q-T interval 0,44

Sinus tachicardi 104 x/mnt

Ischemia anterolateral

LV strain

**TERAPI :**

-          Posisi ½ duduk diet KV 2100

-          02 k/p

-          Infus RL 500 cc/24 jam

-          Furosemid inj 1-0-1 (iv)

-          Captopril (tab)3x12,5 mg

-          ISDN 3x 1 tb

-          Actrafid inj 3x 8 unit sc

-          Cefotaxim 3x1 gr

**ANALISA DATA**

Nama :ny “S” Ruang : Cardiology

Umur : 73 tahun Dx Medik : OMI,HIPERTENSI GRADE

III, DC IV

. **DATA KEPERAWATAN**

(

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Etologi** | **Diagnose** |
| ***III.             Data subyektif :***  §  Klien mengeluh lemah, cepat lelah, sesak napas, sulit melakukan aktivitas karena lelah, terasa berdebar –debar. Sering terbangun pada malam hari  ***Data Obyektif :***  Tensi 190/120 mmHg, Nadi 120 X/menit, ireguler, kulit dingin, Cappilary refill kurang dari 3 detik, CTR 60 | Dekompensasi kordis  ⇩  penurunan kontraktilitas jantung  ⇩  penurunan tekanan darah  ⇩  penurunan cardiak output | Penurunan Cardiac out put |
| ***Data Subyektif***  §  Klien mengeluh sesak bila bangun dari posisi tidur.  ***Data Obyektif***  §  Berkeringat dingin bila merubah posisi dari tidur langsung duduk.  §  Tanda vital setelah bangun dari tempat tidur :  Tensi :190/120 mmHg  Nadi : 120 x/mnt  Resp. :28 x/mnt. | Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan akan oksigen  ⇩  Cardiac output ↓  ⇩  Gangguan perfusi jaringan  ⇩  Sesak, pusing, mudah lelah  ⇩  Penurunan dalam kapasitas  fisiologis untuk melakukan aktifitas | Tidak toleransi terhadap aktivitas/ Intoleransi akti-fitas. |
| ***Data Subyektif :***  §  Pasien mengatakan bahwa ia cemas dengan penyakinya karena kata orang penyakitnya(jantrung) berbahaya , Pasien bertanya tentang –perkembangan penyakitnya  ***Data obyektif :***  §  Klien sering merenung dan susah tidur, banyak bertanya , Ekpresi wajah cemas, Nadi 100 X/menit | Kurangnya informasi tentang penyakitnya  ⇩  ***stressor***  **⇩**  Interpretasi yang salah, tidak akurat, informasi yang didapat tidak lengkap  ↓  cemas | Cemas |

Diagnosa keperawatan

1.      Penurunan Cardiac OutPut sehubungan dengan penurunan Kontraksi myocard.

2.      Tidak toleransi terhadap aktivitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.

3.      Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan perkembangannya.

4.      Potensial kambuh sehubungan dengan ketidak tahuan mengenai perawatan gagal jantung

ASUHAN KEPERAWATAN

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | DX PERAWATAN | TUJUAN | INTERVENSI | RASIONAL | IMPLEMEMTASI | EVALUASI |
| 1. | Penurunan Cardiac out put sehubungan menurunnya kontrasi jantung  Data Subyektif :  Klien mengeluh lemah, keringat dingin | Pasien akan mendemostrasikan keadaan jantung yang stabil.  Kriteria :  1.   Tekanan Darah Dalam batas normal. (120/80 mmHg  2.   Nadi 80 X /menit  3.   Tidak terjadi aritmia  4.   Denyut jantung dan irama jantung teratur  5.   Cappilary refill kurang dari 3 detik | 1.      Kaji dan lapor tanda penurunan CO.  2.         Monitor dan catat ECG secara continue untuk mengkaji rate, ritme dan setiap perubahan per 2 atau 4 jam atau jika perlu. Buat ECG 12 lead.  3.         Kaji dan monitor tanda vital dan parameter hemodinamik per 1 – 2 jam atau indikasi karena keadan klinik.  4.         Mempertahankan bed rest dengan kepala tempat tidur elevasi 300  5.         Memberi obat – obatan arythemia, nitrat. Beta blocker.  6.         Melanjutkan pengkajian dan moitor tanda penurunan CO. Auskultasi suara paru – paru dan jantung tiap 4 – 8 jam.  7.         Tingkatkan level aktifitas sesuai dengan status klinik. | Rasional : Kejadian mortality dan morbidity sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama.  Rasional : Ventrikal vibrilasi sebab utama kematian akibat MI akut terjadi dalm 4 – 12 jam I dari terjadinya serangan. ECG 12 lead mengidentufikasi lokasi MI.  Rasional : Mendeteksi terjadinya disfungsi myocard karena komplikasi. .  Rasional : Untuk mengurangi tuntutan kebutuhan 02 myocard.  Rasional : Mengurangi luasnya infrak dengan perfusi kembali otot – otot jantung yang iskhemia.  Rasional : Monitor tanda – tanda komplikasi awal, Contoh : MI yang meluas, cardioganic yang meluas, cardioganic shock. Heart failure. Miocardial ruptur, yang mungkinterjadi dalam 10 hari dari terjadinya serangan  Rasional : Monitor yang hati – hati diperlukan untuk mendeteksi hipotensi dan distitmia dan melangkah ke level aktifitas berikutnya yang sesuai. | Melakukan pengkajian terhadap tanda – tanda penurunan Cardiac out put  Melakukan rekaman EKG  Memonitor tensi dan nadi tiap 3 jam  Memberikan pasien posisi tidur dengan elevasi kepala tempat tidur 300  Memonitor tetesan dan cairan infues  Memberikan Pengobatan sesuai dengan pesanan dokter  Pemberian obat personde  - Captopril 25 mg  - ISDN 5 mg  - Spironelacton 50 mg  - KSR 1 tab  Pemberian terapi IV  - Lasix 1 ampul  Melakukan asukultasi paru  Memberikan penjelasan pada klien serta cara melakukan mobilisasi secara bertahap. |  |
|  | Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan perkembangannya. | Tujuan : Setelah di rawat kecemasan berkurang  Kriteria : Tidur 6-8 jam/hari, gelisah hilang, klien kooperatif dengan petugas dan tindakan yang diprogramkan. | 1.        Kaji tanda – tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan.  2.        Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat. Memberi obat – obatan yang sedatif sesuai pesanan.  3.        Temani pasien selama periode kecemasan tinggi beri kekuatan, gunakan suara tenang.  4.        Berikan penjelasan yang singkat dan jelas untuk semua prosedur dan pengobatan.  5.        Ijinkan anggota keluarga membantu pasien, bila mungkin rujuk ke penasihat spiritual  6.        Mendorong pasien mengekspresikan perasaan perasaan, mengijinkan pasien menangis.  7.        Mulai teknik relaksasi contoh : nafas dalam, visual imergery, musik – musik yang lembut. | Rasional : Level kecemasan berkembang ke panik yang merangsang respon simpatik dengan melepaskan katekolamin. Yang mengkontribusikan peningkatan kebutuhan O2 myocard.  Rasional : Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.  Rasional : Pengertian yang empati merupakan pengobatan dan mungkin meningkatkan kemampuan copyng pasien.  Rasional : Memberi informasi sebelum prosedur dan pengobatan meningkatkan komtrol diri dan ketidak pastian.  Rasional : Penggunaan support system pasien dapat meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kelengangan.  Rasional : Menerima ekspresi perasaan membantu kemampuan pasien untuk mengatasi ketidak tentuan pasien dan ketergantungannya.  Rasional : Untuk mengalihkan pasien dari peristiwa – peristiwa yang baru saja terjadi. | Mengkaji tanda – tanda dan ekspresi verbal dari kecemasan  Menyiapkan lingkungan yang nyaman dan memberikan obat sesuai pesanan dokter  Berdiskusi dengan pasien dan istrinya  Memberikan penjelasan kepada klien dan istrinya tentang semua prosedur yang akan dilakukan serta obat yang diberikan  Mendoromg pasien untuk mengungkapkan perasaannya  Memberikan contoh dan menganjurkan klien untuk melakukan tekhnik relaksasi napas dalam. |  |
|  | Intoleransi aktifitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara pemasukan dan kebutuhan O 2  Do. : berkeringat dingin bila merubah posisi dari tidur langsung duduk.  Tanda vital setelah bangun dari tempat tidur : tensi :110/80 mmHg  Nadi : 124 x/mnt  Resp. :28 x/mnt.  Ds. :Klien mengeluh sesak bila bangun dari posisi tidur. | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai & kebutuhan oksigen.  Tujuan:  Tanda-tanda intoleransi aktifitas menurun, serta kebutuhan aktifitas terpenuhi.  Kriteria Hasil:  -Klien mampu berpartisipasi dalam aktifitas yang diinginkan/diperlukan.  -Melaporkan peningkatan aktifitas yang dapat diukur, spt:  ·       Duduk  ·       Menyisir rambut  ·       Makan/minum  ·       dll  -Melaporkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktifitas. | 1.      Kaji hal hal lain yang menyebabkan klien lemah,seperti nyeri dan obat  2.      Monitor tingkat intoleransi aktifitas  3.      Tingkatkan aktifitas klien sesuai kemampuan  4.      Bantu klien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar | Untuk mengetahui respon klien terhadap aktifitas. Untuk mengetahui tingkat aktifitas yang dapat ditolerir oleh klien.  Kelemahan dapat disebabkan oleh hal lain seperti nyeri dan obat obatan  Untuk menghindari adanya aktifitas yang berlebihan, sehingga berakibat fatal.  Dapat meningkatkan kompensasi jantung terhadap aktifitas  Dilakukan dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan dasar klien | 1.      mengkaji hal hal lain yang menyebabkan klien lemah,seperti nyeri dan obat  2.      memonitor tingkat intoleransi aktifitas  3.      meningkatkan aktifitas klien sesuai kemampuan  4.      membantu klien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar |  |
|  | Potensial kambuh sehubungan dengan ketidak tahuan mengenai perawatan gagal jantung  Do.Klien bertanya mengenai cara untuk mencegah agar penyakitnya tidak kambuh  Ds. Klien mengatakan tidak tahu mengenai makanan yang tidak boleh dikonsumsi | mengurangi resiko untuk kambuh  Kriteria :  1.      setelah dijelaskan klien dapat menjelaskan kembali.  2.      Saat kunjungan rumah/chek di rumah sakit tidak terdapat tanda gagal jantung seperti peningkatan berat badan, odem ekstremitas | 1.      Diskusikan dengan klien mengenai fungsi normal jantung  2.      Jelaskan mengenai manfaat diet rendah garam,rendah lemak dan memepertahankan berat yang ideal ( 50 kg )  3.      Diskusi dengan klien mengenai jenis makanan rendah garam dan rendahlemak  4.      Jelaskan kepada klien dan keluarga mengenai faktor faktor yang dapat meningkatkan resiko kambuh seperti rokok, konsumsi garam yang berlebihan,stress  5.      Jelaskan kepada klien bila bebart badan meningkat, odem ekstremitas agar segera memeriksakan diri  6.      Menyarankan kepada keluarga agar memanfaatkan sarana kesehatan di masyarakat. | Diharapkan dapat memprmudah menerangkan penyakitnya  Rendah garam untuk mengurangi retensi cairan,rendah lemak untuk mengurangikolesterol, dan berat badan ideal untu mengurangi beban kerjajantung  Diharapkan agar klien dapat mengurangi konsumsi makanan tersebut untuk mengurangi resiko kambuh  Agar klien dapat menghindari faktor faktor yang meningkatkan resiko kambuhdan keluarga dapat memberikan lingkungan yang mendudkung penyembuhan  Berat badan meningka, odem ekstremitas merupakan indikasi penyakit kambuh.s  Untuk memudahkan klien dalam memonitor status kesehatannya | 1.      mediskusikan dengan klien mengenai fungsi normal jantung  2.      menjelaskan mengenai manfaat diet rendah garam,rendah lemak dan memepertahankan berat yang ideal ( 50 kg )  3.      berdiskusi dengan klien mengenai jenis makanan rendah garam dan rendahlemak  4.      menjelaskan kepada klien dan keluarga mengenai faktor faktor yang dapat meningkatkan resiko kambuh seperti rokok, konsumsi garam yang berlebihan,stress  5.      menjelaskan kepada klien bila beba badan meningkat, odem ekstremitas agar segera memeriksakan diri  6.      Menyarankan kepada keluarga agar memanfaatkan sarana kesehatan di masyarakat. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TANGGAL**  **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** |
| Selasa, 6 aguatus 2002  Jam 08.30 wib  Penurunan Cardiac OutPut sehubungan dengan penurunan Kontraksi myocard.  6 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Tidak toleransi terhadap aktivitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen  6 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan perkembangannya. | ***IV.              Data subyektif :***  §  Klien masih mengeluh lemah, cepat lelah, sesak napas agak berkurang, sulit melakukan aktivitas karena lelah, terasa berdebar –debar kadang-kadang. Sering terbangun pada malam hari  ***Data Obyektif :***  Tensi 190/110 mmHg, Nadi 115 X/menit, ireguler, kulit dingin, Cappilary refill kurang dari 3 detik, CTR 60  A : tujuan belum teratasi  P : teruskan rencana  I :  ***Data Subyektif***  §  Klien mengatakan sesak yang dirasakan agak berkurang bila bangun dari posisi tidur.  ***Data Obyektif***  §  Berkeringat dingin bila merubah posisi dari tidur langsung duduk.  §  Tanda vital setelah bangun dari tempat tidur :  Tensi :180/110 mmHg  Nadi : 115 x/mnt  Resp. :28 x/mnt.  A : masalah teratasi sebagian  P : rencana diteruskan  ***Data Subyektif :***  §  Pasien mengatakan bahwa ia cemas yang dirasakan agak berkurang dengan penyakinya karena kata orang penyakitnya(jantung) berbahaya , Pasien bertanya tentang –perkembangan penyakitnya  ***Data obyektif :***  §  Klien sudah tampak bisa tersenyum dan tapi masih susah tidur, banyak bertanya , Ekpresi wajah cemas, Nadi 100 X/menit  A : masalah teratasi sebagian  P : rencana diteruskan |
| Selasa, 7 aguatus 2002  Jam 08.30 wib  Penurunan Cardiac OutPut sehubungan dengan penurunan Kontraksi myocard.  7 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Tidak toleransi terhadap aktivitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen  7 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan perkembangannya. | ***V.                 Data subyektif :***  §  Klien sudah mulai kuat beraktifitas fasif ditempat tidur, lelah kalau melakukan akktivitas yangagak berat, sesak napas agak berkurang, sulit melakukan aktivitas karena lelah, terasa berdebar –debar kadang-kadang. Sering terbangun pada malam hari  ***Data Obyektif :***  Tensi 190/110 mmHg, Nadi 115 X/menit, ireguler, kulit dingin, Cappilary refill kurang dari 3 detik, CTR 60  A : tujuan belum teratasi  P : teruskan rencana  I :  ***Data Subyektif***  §  Klien mengeluh sesak yang dirasakan sudah mulai berkurang dari sebelumnya bila bangun dari posisi tidur sudah tidak dirasakannya lagi  ***Data Obyektif***  §  Berkeringat dingin bila merubah posisi dari tidur langsung duduk.  §  Tanda vital setelah bangun dari tempat tidur :  Tensi :170/100 mmHg  Nadi : 105 x/mnt  Resp. :24 x/mnt.  A : masalah teratasi  P : rencana tetap dipertahankan  ***Data Subyektif :***  §  Pasien mengatakan bahwa ia sudah mulai mengerti dengan penyakinya  ***Data obyektif :***  §  Klien sudah bisa tersenyum bersama keluarganya dan sudah bisa tidur, banyak bertanya , Ekpresi tenang, Nadi 100 X/menit  A : masalah teratasi sebagian  P : rencana diteruskan |
| Selasa, 8 aguatus 2002  Jam 08.30 wib  Penurunan Cardiac OutPut sehubungan dengan penurunan Kontraksi myocard.  8 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Tidak toleransi terhadap aktivitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen  8 agustus 2002  Selasa, jam 09.00 wib  Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan perkembangannya. | ***VI.              Data subyektif :***  §  Klien badannya sudah mulai kuat dan segar, lelah kadang-kadang, sesak tidak ada, hanya aktivitas berat klien merasa lelah, terasa berdebar–debar kadang-kadang. Sering terbangun pada malam hari  ***Data Obyektif :***  Tensi 190/110 mmHg, Nadi 115 X/menit, ireguler, kulit mulai hangat, Cappilary refill kurang dari 3 detik, CTR 60  A : tujuan belum teratasi  P : teruskan rencana  I :  ***Data Subyektif***  §  Klien mengatakan sesak bila bangun dari posisi tidur. Tidak ada lagi  ***Data Obyektif***  §  Akktivitas bila merubah posisi dari tidur langsung duduk.baik tidak ada keluhan  §  Tanda vital setelah bangun dari tempat tidur :  Tensi :170/100 mmHg  Nadi : 100 x/mnt  Resp. :24x/mnt.  A : masalah teratasi  P : rencana dihentikan  ***Data Subyektif :***  §  Pasien mengatakan bahwa ia sudah mulai mengerti dengan penyakinya  ***Data obyektif :***  §  Klien sudah bisa tersenyum bersama keluarganya dan sudah bisa tidur, banyak bertanya , Ekpresi tenang, Nadi 100 X/menit  A : masalah teratasi  P : rencana dihentikan |
| Selasa, 9 aguatus 2002  Jam 08.30 wib  Penurunan Cardiac OutPut sehubungan dengan penurunan Kontraksi myocard. | ***VII.           Data subyektif :***  §  Klien badannya sudah mulai kuat dan segar, lelah kadang-kadang, sesak tidak ada, hanya aktivitas berat klien merasa lelah, terasa berdebar–debar tidak ada.  ***Data Obyektif :***  Tensi 170/100 mmHg, Nadi 105 X/menit, ireguler, kulit mulai hangat, Cappilary refill kurang dari 3 detik, CTR 60  A : tujuan teratasi  P : teruskan dipertahankan  I : |

**DAFTAR PUSTAKA**

Tabrani, (1998), ***Agenda Gawat Darurat*** *Jilid 2*, Penerbit Alumni Bandung

Guyton, (1991), ***Fisiologi Manusia,*** EGC, Jakarta

Barbara Engram, (1995*),* ***Perawatan Medikal Bedah***, EGC, Jakarta

Dongoes M.E, Marry F, Alice G (1997) ***Nursing Care Plans****,* F.A davis Company, Philadelphia.

Carpennito L.J (1997), *Nursing Diagnosis,* JB. Lippincot, New York

Hudak & Gallo (1997), ***Keperawatan Kritis Pendekatam Holistik****,* Penerbit EGC, Jakarta.

Price Sylvia A ( 1993) , *Patofisiologi,* Penerbit EGC, Jakarta*.*

Lily ismudiati rilanto dkk, (2001). ***Buku Ajar Kardiologi***, penerbit Fakultas Kedokteran Unversitas Indonesia, GayaBaru Jakarta.

Long. C.B (1996) ***Medical Surgical. Nursing***. CV. Mosby St Louis, USA

