

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Tn. K DENGAN DECOMPENSASI CORDIS
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD SRAGEN**

NASKAH PUBLIKASI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan
Gelar Profesi Ners (Ns)**



Disusun Oleh :

NURINA KUSMASTUTI

J 230 113 016

**PROGRAM PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

ASUHAN KEPERAWATAN

**PADA Tn. K DENGAN DECOMPENSASI CORDIS
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD SRAGEN**

Disusun Oleh :

NURINA KUSMASTUTI

J 230 113 016

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 9 November 2012,
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

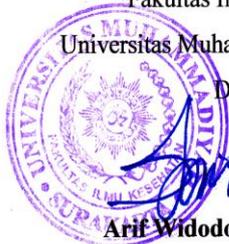
1. Arina Maliya, A.Kep., M.Si.Med (.....)
2. Indah Kartikowati, S.Kep., Ns (.....)
3. Okti Sri Purwanti, S.Kep., Ns (.....)

Surakarta, 9 November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,



Arif Widodo, A.Kep, M.Kes

PENELITIAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN DECOMPENSASI CORDIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD SRAGEN

Nurina Kusmastuti.*
Arina Maliya, A.Kep, M.Si. Med. **
Indah Kartikowati, S.Kep.Ns.***

Abstrak

Decompensasi cordis merupakan masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler masih menduduki peringkat yang tinggi, data WHO menunjukkan bahwa insiden penyakit dengan sistem kardiovaskuler memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu sekitar 3.000 penduduk Amerika menderita penyakit gagal jantung dan setiap tahun bertambah 550 orang, di Indonesia sendiri penderita gagal jantung mencapai 14.449 pasien. Decompensasi cordis adalah kondisi jantung mengalami kegagalan memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah agar dapat mengetahui gambaran dan penerapan konsep asuhan keperawatan dengan metode pendekatan proses keperawatan yang tepat bagi pasien dengan decompensasi cordis. Metode yang digunakan yaitu desain studi deskriptif dengan mengumpulkan data, menganalisis dan menarik kesimpulan. Teknik dalam pengambilan data dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Hasil dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah penulis dapat melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan serta menetapkan prioritas masalah keperawatan, menentukan intervensi, melakukan implementasi dan mengevaluasi tindakan. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah pasien Tn. K dengan Decompensasi Cordis dengan prioritas masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas dan penurunan curah jantung memerlukan perhatian khusus perawat dalam penanganannya.

Kata kunci : Decompensasi cordis, asuhan keperawatan, kegawat daruratan

Daftar Pustaka : 16 (2002-2012)

**NURSING CARE OF Tn. K WITH DECOMPENSATION CORDIS IN EMERGENCY
ROOM DEPARTMENT GENERAL HOSPITAL SRAGEN**

Nurina Kusmastuti.*
Arina Maliya, A.Kep, M.Si. Med. **
Indah Kartikowati, S.Kep.Ns.***

Abstract

Decompensation Cordis is a health problem with the cardiovascular system disorders still ranks high, WHO data show that the incidence of cardiovascular system have a high prevalence which is about 3,000 Americans suffering from heart failure and each year increased 550 persons in Indonesian reached 14,449 people with heart failure patients. Decompensation Cordis is a condition of the heart pumps blood fail to meet the needs of the body's cells will be supplemented by nutrient and oxygen. Purpose of this paper is Scientific Writing in order to know the description and application of the concept of nursing care the nursing process approach appropriate for patients with Cordis Decompensation. The method used is a descriptive study design to collect data, analyze and deduce. Techniques in data collection through interviews, observation and physical examination. The result of the provision of nursing care is the author can do the assessment, nursing diagnosis and nursing issues set priorities, determine interventions, implement and evaluate actions. Conclusion of Scientific Writing is Mr. K with Decompensation Cordis priority nursing problems ineffectiveness breathing pattern and decreased cardiac nurse requires special attention in handling..

Keywords: *Decompensation Cordis, nursing care, emergency*

Bibliography : 16 (2002-2012)

PENDAHULUAN

Jantung merupakan suatu organ kompleks yang fungsi utamanya adalah memompa darah melalui sirkulasi paru dan sistemik (Ganong, 2010). Hal ini dilakukan dengan baik bila kemampuan otot jantung untuk memompa, sistem katub serta pemompaan dalam keadaan baik. Bila ditemukan ketidaknormalan pada fungsi jantung maka mempengaruhi efisiensi pemompaan dan kemungkinan dapat menyebabkan kegagalan dalam memompa darah (Hudak & Gallo, 2002). Decompensasi cordis adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat (Udjianti, 2010).

Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler yang salah satunya adalah Decompensasi Cordis masih menduduki peringkat yang cukup tinggi, ini dibuktikan data dari WHO (*World Health Organisation*) yang menunjukkan bahwa insiden penyakit dengan sistem kardiovaskuler terutama kasus gagal jantung memiliki prevalensi yang cukup tinggi yaitu sekitar 3.000 penduduk Amerika menderita penyakit gagal jantung dan setiap tahunnya bertambah 550 orang penderita. Data dari *American Heart Association* (AHA) tahun 2004 menunjukkan gagal jantung sebagai penyebab menurunnya kualitas hidup penderita dan penyebab jumlah kematian bertambah. Di Indonesia, data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008 menunjukkan pasien yang diopname dengan diagnosis gagal jantung mencapai 14.449 pasien. Sedangkan pada tahun 2005 di Jawa Tengah terdapat 520 penderita

gagal jantung yang pada umumnya adalah lanjut usia. Prevalensi gagal jantung di negara berkembang masih cukup tinggi dan jumlahnya semakin meningkat, setengah dari pasien yang terdiagnosa gagal jantung masih mempunyai harapan hidup 5 tahun (Rahmawati dalam Harjani, 2012).

Data dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Sragen tanggal 2 - 28 Juli tahun 2012 terdapat 1833 pasien, dengan kasus jantung sebanyak 43 pasien (2,35 %).

Berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa jumlah penderita gagal jantung (Decompensasi Cordis) memiliki angka prevalensi yang cukup tinggi dan untuk mengurangi angka kematian diperlukan perawatan dan penanganan yang optimal dan mengacu pada fokus permasalahan yang tepat. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang penyakit dengan gangguan sistem kardiovaskuler khususnya penyakit gagal jantung (Decompensasi Cordis) dalam sebuah Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Tn. K dengan Decompensasi Cordis di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen".

LANDASAN TEORI

Decompensasi Cordis

Decompensasi cordis adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat (Udjianti, 2010). Decompensasi cordis adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan kemampuan fungsi kontraktilitas yang berakibat pada penurunan fungsi pompa jantung (Price, 2006).

Smeltzer and Bare (2002) menyebutkan tentang penyebab gagal jantung sebagai berikut :

- 1) Kemampuan kontraktilitas yang menyebabkan kerusakan serabut otot jantung.
- 2) Penurunan volume sekuncup.
- 3) Penurunan curah jantung.
- 4) Aterosklerosis coroner.
- 5) Hipertensi sistemik atau pulmonal.
- 6) Peradangan dan penyakit miocardium degeneratif.
- 7) Penyakit jantung lain.

Klasifikasi Gagal Jantung

Menurut NYHA (*New York Heart Association*) berdasarkan gejala dan aktifitas fisik, antara lain:

- 1) Class I : pasien dapat melakukan beraktivitas berat tanpa keluhan.
- 2) Class II : pasien tidak dapat melakukan aktivitas lebih berat dari aktivitas sehari-hari tanpa keluhan.
- 3) Class III : pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan.
- 4) Class IV : pasien sama sekali tidak dapat melakukan aktivitas apa pun dan harus tirah baring.

Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Menurut Smeltzer and Bare (2002), tanda gejala gagal jantung kiri antara lain: dyspnea, *Paroksimal Nokturnal Dyspnea* (PND), S3 dan S4, batuk, mudah lelah, insomnia, dan kegelisahan. Sedangkan tanda gejala gagal jantung kanan antara lain: kongestif jaringan perifer dan visceral, edema, penambahan berat badan, anorexia dan mual, hiponatremia, hipokalemia, hipoklorimia dan gangguan ginjal, albuminuria, kadar ureum tinggi, oliguria, nokturia

Patofisiologi Gagal Jantung

Stroke volume kedua ventrikel berkurang karena penekanan kontraktilitas atau afterload yang meningkat, sehingga volume akan meningkat, jika kondisi ini berlangsung lama, maka terjadi dilatasi ventrikel. Cardiac output menurun karena peningkatan tekanan diastolic yang berlangsung lama atau kronik yang menjalar ke kedua atrium, sirkulasi pulmoner dan sirkulasi sistemik. Akhirnya tekanan kapiler meningkat yang menyebabkan transudasi cairan dan timbul edema paru atau sistemik. Penurunan cardiac output yang diakibatkan oleh penurunan tekanan darah arterial pada ginjal yang akan mengaktifasi beberapa sistem saraf dan sistem hormonal, ginjal akan meresorpsi natrium dan mensekresi kalium. Peningkatan aktifitas sistem saraf simpatis memacu kontraksi miocardium, frekuensi denyut jantung, dan tonus vena (menimbulkan peningkatan preload). Takikardi dan peningkatan kontraktilitas miocardium memacu terjadinya iskemik pada pasien dengan penyakit arteri coroner sebelumnya dan peningkatan preload yang memperburuk kongesti pulmoner. Aktivasi sistem saraf simpatis juga meningkatkan resistensi perifer, jika aktivasi ini sangat meningkat akan menurunkan aliran darah ke ginjal dan jaringan, sehingga suplai oksigen oksigen berkurang. Resistensi vascular perifer juga merupakan determinan utama afterload ventrikel sehingga aktifitas simpatis yang berlebihan dapat menekan fungsi jantung itu sendiri (Lawrence, 2002).

Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Beck (2011), pemeriksaan diagnostik antara lain:

- 1) Electrocardiogram (EKG)
-

- 2) Foto thorax
- 3) Echocardiogram
- 4) Laboratorium

Penatalaksanaan

Menurut Black and Hawks (2005), penatalaksanaan gagal jantung antara lain:

- 1) Pembatasan aktivitas gerak
- 2) Pembatasan garam dan terapi diuretic
- 3) Pemberian agen vasodilator
- 4) Penurunan stress fisik dan emosi
- 5) Posisi semifowler
- 6) Pemberian oksigen (40-70 % liter/menit)
- 7) Pembatasan cairan 1000ml/ hari

Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

- 1) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, antara lain: monitor kedalaman pernafasan, frekuensi dan ekspansi dada, catat upaya pernafasan dan penggunaan otot bantu nafas, auskultasi bunyi nafas, tinggikan kepala dan bantu untuk mencapai posisi yang nyaman mungkin, kolaborasi pemberian oksigen sesuai dengan kebutuhan
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial, antara lain: kaji tanda penurunan curah jantung, kaji frekuensi dan irama jantung, palpasi nadi perifer, pantau haluaran urine, pertahankan bedrest dengan kepala elevasi 30°, berikan oksigen sesuai dengan kebutuhan, berikan terapi sesuai program, pantau EKG dan foto thorax
- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi

glomerulus, antara lain: monitor status hidrasi, kelembaban membran mukosa, tanda vital, edema, intake dan output cairan, turgor kulit, adanya kehausan, warna, kualitas urine, monitor serum albumin dan protein total

- 4) Ketidakefektifan perfusi jaringan: perifer berhubungan dengan hypervolemia, antara lain: kaji keadaan umum, tanda-tanda vital dan status mental pasien, kaji sirkulasi perifer (edema, nadi perifer, warna dan suhu ekstremitas, nyeri, balance cairan), kaji sensasi perifer (perbedaan tajam/ tumpul, parestesia, integritas kulit), rendahkan ekstremitas untuk meningkatkan sirkulasi arteri, ajarkan ROM secara pasif atau aktif
- 5) Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan, antara lain: kaji faktor penyebab penurunan nafsu makan, kolaborasi dengan ahli gizi dalam perencanaan diit
- 6) Nyeri akut berhubungan dengan agen penyebab cedera biologis (peningkatan asam laktat), antara lain: kaji nyeri secara komprehensif (, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan dan terapi analgesik sesuai dengan advis dokter (Wilkinson, 2007).

METODE PENELITIAN

Pendekatan

Metode dengan desain studi deskriptif, menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan decompensasi cordis di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen.

Tempat dan Waktu

Tempat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen, pada tanggal 12 Juli 2012 saat melakukan praktek peminatan kegawatdaruratan.

Langkah-langkah Penelitian

- 1) Melakukan pengkajian kepada pasien dan keluarga.
- 2) Membuat kesimpulan hasil pengkajian dan melakukan analisa masalah untuk menentukan masalah atau diagnosa keperawatan pada pasien.
- 3) Membuat rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien.
- 4) Melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan serta kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan.
- 5) Mengevaluasi tindakan dan hasil keperawatan yang telah dilakukan.
- 6) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

Teknik Pengambilan Data

- 1) Wawancara (interview)
- 2) Pengamatan (observasi)
- 3) Pemeriksaan fisik (Nazir, 2005).

Analisis Data

Analisa data dengan analisa deskriptif yang menjabarkan variabel.

Keabsahan Data

Instrument dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan lembar observasi dan dokumentasi dalam bentuk status data pasien, standar asuhan keperawatan dan NCP (Nursing Care Planning).

Etika

- 1) *Anonymity* (tanpa nama)
- 2) *Confidentiality* (kerahasiaan)

RESUME KASUS

Data Profil Objek

Klien datang ke RSUD Sragen dengan rujukan dari Puskesmas Ngrambe Sragen pada tanggal 12 Juli 2012 pukul 09.20 WIB, dengan inisial Tn. K, jenis kelamin laki-laki, umur 71 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, agama islam, alamat Bedis 01/I Tawang Rejo, Ngrambe, Ngawi, No RM 247224 dan diagnosa medis decompensasi cordis.

Gambaran Kasus

Tn. K berumur 70 tahun datang ke IGD RSUD Sragen. Keadaan saat di IGD RSUD Sragen, mengeluh nyeri dada sebelah kiri, seperti ditusuk-tusuk dan diperas, dirasakan hilang timbul dengan skala 6, sesak nafas dirasakan sejak 3 hari yang lalu dan kambuh-kambuhan, dada ampeg, nafas berat, pusing, badan lemas, mudah lelah saat beraktivitas dan nyeri ulu hati, BAK keluar hanya sedikit, klien khawatir penyakit hipertensinya bertambah parah. Riwayat penyakit dahulu yaitu riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun terakhir dan pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama, didalam keluarga mempunyai riwayat hipertensi, tidak mempunyai riwayat penyakit asma, diabetes mellitus, penyakit menular dan berbahaya lainnya.

Pengkajian primer didapatkan Airway: tidak terdapat sumbatan jalan nafas, vesikuler, lidah tidak jatuh kebelakang. *Breathing*: pola nafas tidak efektif, sesak saat bernafas, RR 38 x/menit, nafas cepat, pendek, menggunakan otot bantu pernafasan, vesikuler. *Circulation*: nadi karotis dan perifer teraba, *capillary refill* kembali 3 detik, akral dingin, ujung ekstremitas

bawah pucat, TD: 180/110 mmHg, N: 108 x/menit. *Disability*: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS: 15 (E4V5M6). *Exposure*: Ujung ekstremitas bawah pucat, edema ekstremitas bawah, *capillary refill* kembali 3 detik, suhu 36,5 °C.

Pengkajian sekunder (AMPLE) didapatkan *Alergi*: klien tidak mempunyai alergi obat, makanan, minuman, dan lingkungan. *Medikasi*: sebelum dibawa ke RS, klien minum captopril 12,5 mg resep dari puskesmas. *Pastilness*: sebelum dibawa ke RS, klien mengeluh sesak nafas yang dirasakan sejak 3 hari yang lalu. *Lastmeal*: klien terakhir mengkonsumsi bubur nasi diit dari puskesmas. *Environment*: klien tinggal dalam satu rumah dengan istri dan anaknya.

Pemeriksaan *head to toe* didapatkan Kepala: mesocephal, tidak hematoma, tidak ada jejas/ lesi, rambut beruban, lurus. Mata: pupil isokor, ukuran 2mm/ 2mm, simetris kanan-kiri, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reaksi cahaya baik. Hidung: simetris, tidak ada polip, tidak ada sekret. Telinga: simetris, tidak ada penumpukan serumen. Mulut: tidak ada perdarahan pada gusi, mukosa bibir lembab. Leher: tidak terjadi pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan JVP. Thorax meliputi dada antara lain inspeksi: pengembangan dada simetris antara kanan-kiri, tidak terjadi retraksi dinding dada, menggunakan otot bantu pernafasan, RR: 38 x/menit, palpasi: fremitus vokal sama kanan-kiri, perkusi: sonor, auskultasi: vesikuler. Jantung (sirkulasi) meliputi inspeksi: ictus cordis tidak tampak, palpasi: ictus cordis teraba di mid klavikula intercosta V sinistra, perkusi: pekak, auskultasi: bunyi jantung (S1-S2) irreguler, tidak ada

suara jantung tambahan. Abdomen meliputi inspeksi: tidak ada lesi/ jejas, auskultasi: peristaltik 10 x/menit, palpasi: tidak terjadi nyeri tekan, hepar dan lien tidak teraba, perkusi: tympani. Genitourinaria: bersih, tidak terdapat pengeluaran abnormal, BAK hanya keluar sedikit. Kulit: turgor kulit elastis, kembali kurang dari 3 detik, tidak ada lesi, tidak ada kelainan pada kulit. Ekstremitas atas: kekuatan otot penuh (5), dapat melakukan aktifitas, tidak edema, *capillary refill* 3 detik, tidak terdapat luka, bawah: kekuatan otot penuh (5), edema, pitting edema kembali dalam 2 detik *capillary refill* 3 detik, tidak terdapat luka.

Terapi Tn. K tanggal 12 Juli 2012 dari Puskesmas Ngrambe yaitu Captopril 12,5 mg dan setelah masuk IGD RSUD Sragen klien mendapat terapi IV line RL 20 tpm micro. Terapi injeksi: Ranitidine 50 mg, Furosemide 20 mg. Terapi O₂ 4 lpm nasal kanul. Terapi oral: Potassium L-aspartate (kalipar) 100 mg, Spironolactone 25 mg, Captopril 12,5 mg, pemasangan DC. Dilakukan EKG hasil sinus takhikardi HR 108 x/menit.

Analisa data menurut data-data hasil pengkajian yang diperoleh antara lain untuk masalah yang pertama didapatkan data subyektif antara lain klien mengatakan dada sebelah kiri terasa sakit (P: suplai oksigen ke jaringan berkurang. Q: ditusuk-tusuk dan diperas, R: dada kiri, S: 6, T: hilang timbul), klien mengatakan dada terasa ampeg dan nafas berat, klien mengatakan kepala terasa pusing dan badan terasa lemas, klien mengatakan sesak saat bernafas dirasakan sejak 3 hari yang lalu, klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas, klien mengatakan BAK hanya keluar sedikit dan didapatkan data obyektif antara lain keadaan umum lemah,

kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), ekspresi wajah menahan sakit, berkeringat dingin, ujung ekstremitas bawah pucat, edema ekstremitas bawah dan pitting edema kembali dalam 2 detik, oliguria, TTV: TD: 180/110 mmHg, N: 108 x/menit, t: 36,5 °C, RR: 38 x/menit dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial. Masalah yang kedua didapatkan data subyektif antara lain klien mengatakan dada terasa ampeg dan nafas terasa berat, klien mengatakan sesak saat bernafas yang dirasakan sejak 3 hari yang lalu, dan didapatkan data obyektif antara lain keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), berkeringat dingin, ujung ekstremitas bawah dan pucat, nafas cepat dan pendek, menggunakan otot bantu pernafasan, RR: 38 x/menit dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

Masalah yang ketiga didapatkan data subyektif antara lain klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas, klien mengatakan dada terasa ampeg dan nafas terasa berat, dan didapatkan data obyektif antara lain keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), nafas cepat dan pendek, menggunakan otot bantu pernafasan, RR: 38 x/menit, klien mudah lelah saat beraktivitas, berkeringat dingin, akral dingin, ujung ekstremitas bawah pucat dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan.

Masalah yang keempat didapatkan data subyektif antara lain klien mengatakan khawatir penyakit

hipertensinya bertambah parah, dan data obyektif antara lain riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, riwayat opname dengan keluhan yang sama dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Masalah keperawatan yang diangkat antara lain Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan, Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Didapatkan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial, maka diagnosa tersebut dilakukan rencana tindakan sebagai berikut:

- 1) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan pola nafas kembali efektif. Kriteria hasil: RR 16-24 x/menit, irama teratur, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada bunyi nafas tambahan. Intervensi: kaji keadaan umum, status mental dan tanda-tanda vital, kaji adanya pucat dan sianosis, kaji kecepatan, irama, kedalaman, pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu pernafasan serta retraksi dinding dada, kaji pola pernafasan, auskultasi bunyi nafas, berikan posisi semifowler, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, kolaborasi dalam pemberian

oksigen bantuan dan terapi farmakologi sesuai program.

- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan kontraktilitas miokardium stabil. Kriteria hasil: TD: 120/90 mmHg, N: 60-100 x/menit, RR: 16-24 x/menit, tidak edema, *capillary refill* ≤ 2 detik, akral hangat. Intervensi: kaji nyeri secara komprehensif, kaji tanda gejala penurunan cardiac output, *capillary refill*, berikan posisi semifowler, berikan O₂ sesuai kebutuhan, batasi aktifitas (bed rest), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi: diuretic dan vasodilator.

Implementasi tanggal 12 Juli 2012 Kamis pukul 09.20 WIB diagnosa 1 yaitu mengkaji keadaan umum, status mental dan tanda-tanda vital. Respon: klien mengatakan dada ampeg dan nafas berat, Klien mengatakan sesak nafas tidak berkurang dengan istirahat, Klien mengatakan sesak nafas yang dirasakan sejak 3 hari yang lalu, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis (GCS= E4V5M6), TD: 180/110 mmHg, N: 108 x/menit, T: 36,5 °C, RR: 38 x/menit, berkeringat dingin, ujung ekstremitas bawah dingin dan pucat, cepat, pendek, dan menggunakan otot bantu pernafasan. Pukul 09.25 WIB diagnosa 1 memberikan posisi semifowler dan terapi O₂ 4 lpm. Respon: klien mengatakan dada terasa ampeg dan nafas terasa berat, posisi semifowler dengan O₂ 4 lpm. Pukul 09.30 WIB diagnosa 2 yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif, Mengkaji tanda dan gejala penurunan cardiac output. Respon: klien mengatakan dada

terasa sakit (P: suplai O₂ ke jaringan berkurang, Q: ditusuk-tusuk dan diperas, R: dada kiri, S: 6, T: hilang timbul), klien mengatakan kepala pusing dan lemas, klien mengatakan BAK hanya keluar sedikit, ekspresi wajah menahan sakit, edema ekstremitas bawah, pitting edema kembali dalam 2 detik, berkeringat dingin, akral dingin, ujung ekstremitas bawah pucat. Pukul 09.35 WIB diagnosa 2 melakukan kolaborasi pemberian terapi IV line RL dan Dower Catheter (DC), terpasang IV line RL 20 tpm micro di tangan kanan dan DC. Pukul 09.45 WIB diagnosa 2 yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi Ranitidine 50 mg, Furosemide 20 mg, terapi injeksi masuk/ IV sesuai dengan advis dokter. Pukul 09.55 WIB diagnosa 2 melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi Potassium L-aspartate (kalipar) 1x100 mg, Spironolactone 1x25 mg, Captopril 3x12,5 mg, terapi masuk/ oral sesuai dengan advis dokter. Pukul 10.05 WIB diagnosa 1 yaitu mengkaji keadaan umum, status mental, tanda-tanda vital, menganjurkan klien untuk membatasi aktifitas, klien mengatakan dada sebelah kiri masih terasa sakit, klien mengatakan pusing sudah berkurang, klien mengatakan ampeg dan sesak nafas berkurang, keadaan umum lemah, TD: 160/100 mmHg, N: 98 x/menit, T: 36,5 °C, RR: 26 x/menit, ekspresi wajah menahan sakit, cepat, pendek, tidak menggunakan otot bantu pernafasan. Pukul 10.30 WIB klien pindah ruang ICU RSUD Sragen.

Evaluasi selama di IGD pada tanggal 12 Juli 2012 Kamis pukul 10.15 WIB diagnosa 1 yaitu klien mengatakan dada masih terasa

ampeg dan sesak nafas berkurang, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis (GCS: E4V5M6), cepat, pendek, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, RR: 26 x/menit, terapi O₂ 4 lpm nasal canul, posisi semifowler, pembatasan aktifitas. Masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian. Rencana tindak lanjut: pantau keadaan umum, status mental, dan tanda-tanda vital, pantau pola nafas (irama, kecepatan, kedalaman, retraksi dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan), pertahankan O₂ sesuai kebutuhan, pertahankan bed rest dan posisi semifowler, kolaborasi dengan dokter untuk terapi lanjutan. Evaluasi dari tindakan tanggal 12 Juli 2012 hari Kamis pukul 10.20 WIB diagnosa 2 yaitu klien mengatakan dada sebelah kiri masih terasa nyeri (P: suplai O₂ ke jaringan berkurang, Q: ditusuk-tusuk dan diperas, R: dada kiri, S: 4, T: hilang timbul), klien mengatakan pusing sudah berkurang, kesadaran composmentis (E4V5M6 = 15), ekspresi wajah menahan sakit, TD: 160/100 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 26 x/menit, t: 36,5 °C, klien bed rest total dan pembatasan aktivitas, klien terpasang DC, terapi O₂ 4 lpm nasal canul dengan posisi semifowler, terapi IV line RL 20 tpm micro, terapi injeksi (Ranitidine 50mg, Furosemide 20mg) masuk sesuai advis dokter, terapi oral (Potassium L-aspartate (Kalipar) 100 mg, Spironolactone 25 mg, Captopril 12,5 mg) masuk sesuai advis dokter. Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian, TD: 160/100 mmHg, edema pada ekstremitas bawah. Rencana tindak lanjut untuk perawatan di ICU yaitu Pantau keadaan umum, status mental, dan tanda-tanda vital,

Pantau intake dan output, Pertahankan pemberian O₂ 4 lpm nasal canul, Pembatasan aktifitas, Posisi semifowler, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi injeksi (Ranitidine 50 mg, Furosemide 20 mg), dan oral (Potassium L-aspartate (Kalipar) 100 mg, Spironolactone 25 mg, Captopril 12,5 mg).

PEMBAHASAN

Pengkajian

Menurut Smeltzer and Bare (2002) salah satu penyebab decompensasi cordis adalah hipertensi. Klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun terakhir dan TD 180/110 mmHg. Hipertensi dapat meningkatkan beban kerja jantung yang mengakibatkan efek hipertrofi miocard, keadaan ini sebagai mekanisme kompensasi karena dapat meningkatkan kontraktilitas jantung.

Menurut Smeltzer and Bare (2002) tanda gejala gagal jantung kiri: dyspnea, *Paroksimal Nokturnal Dyspnea* (PND), S3 dan S4, batuk, mudah lelah saat beraktivitas, insomnia, cemas. Dan tanda gejala gagal jantung kanan: edema ekstremitas bawah, penambahan berat badan, hepatomegali, hiponatremia, hipokalemia, dan gangguan ginjal. Berdasarkan hasil pemeriksaan ditemukan kesamaan adanya dyspnea, mudah lelah saat beraktivitas, dan edema ekstremitas bawah. Namun terdapat kesenjangan yaitu tidak terdapat suara jantung tambahan tetapi suara jantung S1-S2 irregular.

Diagnosa Keperawatan

Didapatkan 4 diagnosa dengan 2 diagnosa prioritas, dan pada tinjauan pustaka terdapat 6 diagnosa, yaitu 2 diagnosa sesuai dengan tinjauan

pustaka atau teori dan muncul dalam kasus, antara lain:

- 1) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Menurut Smeltzer (2002), dyspnea memberikan beban paru-paru untuk mencukupi kebutuhan oksigen, dijadikan prioritas karena didapatkan data RR: 38 x/menit, menggunakan otot bantu pernafasan, dada ampeg dan nafas terasa berat.
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial. Menurut Lawrence (2002) terjadi karena ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruh tubuh. Diagnosa tersebut penulis angkat pada pemeriksaan didapatkan TD: 180/110 mmHg, N:108 x/menit, akral pucat dan dingin, keringat dingin, BAK hanya keluar sedikit.

Diagnosa yang tidak ada dalam tinjauan pustaka atau teori tetapi muncul dalam kasus, antara lain:

- 1) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan. Diagnosa ini tidak muncul dalam teori, tetapi di lapangan didapatkan data bahwa pasien mudah lelah saat beraktivitas. Menurut Smeltzer (2002), mudah lelah terjadi karena penurunan curah jantung dan meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas. Diagnosa ini tidak dijadikan prioritas masalah keperawatan.
- 2) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Diagnosa ini tidak muncul dalam teori, tetapi di lapangan ditemukan bahwa pasien mengalami kecemasan sebagai akibat dari gangguan oksigenasi

jaringan, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Menurut Nikolas (2012) dalam jurnalnya "*Effect of Anxiety and Depression in The Onset and Progression of Heart Failure*", disimpulkan dalam jurnal penelitian tersebut bahwa kecemasan dan depresi secara independen berhubungan dalam permulaan dan memperparah gagal jantung, dan didukung dengan penelitian dari Miche, E (2003) dalam jurnalnya yang berjudul "*Effects of Education, Self-Care Instruction and Physical Exercise on Patients with Chronic Heart Failure*", menyatakan bahwa rehabilitasi program yang dilakukan selama dirumah sakit antara lain memberikan edukasi atau penyuluhan, manajemen diri pasien dan latihan fisik ringan dapat memberikan efek yang positif bagi kerja jantung dan fisik yang lebih baik. Diagnosa ini tidak dijadikan sebagai prioritas masalah keperawatan.

Diagnosa yang ada dalam tinjauan pustaka atau teori tetapi tidak dijadikan sebagai diagnosa dalam kasus, antara lain:

- 1) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus. Menurut Lawrence (2002) penurunan cardiac output menyebabkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus yang mengakibatkan retensi cairan dan Na yang menyebabkan peningkatan volume intravaskuler dan penimbunan cairan. Weber (2002) dalam jurnalnya yang berjudul "*Renin-Angiotensin-Aldosterone Activation in Heart Failure, Aldosterone Escape*"

yang menyatakan bahwa pengaktifan renin-angiotensin-aldosteron saat jantung mengalami penurunan cardiac output atau penurunan perfusi di ginjal, sehingga tubuh merespon beberapa sistem hormonal, efek dari pengaktifan hormon tersebut adalah terjadinya retensi cairan yang dapat meningkatkan preload ventricular. Aldosteron diaktifkan oleh angiotensin II yang berkontribusi dalam meresorpsi sodium di tubular ginjal. Tidak menjadi prioritas masalah keperawatan karena kurangnya data nilai balance cairan. Hal ini sebagai kelemahan peneliti dikarenakan tidak melakukan balance cairan pada pasien yang mengalami kelebihan volume cairan dengan tanda klinis adanya edema pada tubuh.

- 2) Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan hypervolemia. Menurut Ganong (2010), terjadi karena kurangnya suplai oksigen ke jaringan. Tidak dijadikan masalah keperawatan karena kurangnya data pendukung seperti saturasi oksigen.
- 3) Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Menurut Ganong (2010), aktivasi saraf parasimpatis dapat menurunkan motilitas usus. Tidak dijadikan masalah keperawatan karena tidak mengalami mual, muntah dan penurunan nafsu makan.
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen penyebab cedera biologis. Menurut Lawrence (2002), karena suplai oksigen berkurang sehingga jaringan melakukan metabolisme secara anaerob yang menghasilkan asam laktat.

Tidak dijadikan masalah keperawatan dikarenakan intervensi yang dilakukan sama dengan intervensi pada penurunan curah jantung.

Perencanaan Keperawatan

Ditemukan kesenjangan, menurut Beck (2011) pemeriksaan diagnostik antara lain EKG, foto thorax, dan AGD. Namun di lapangan pemeriksaan AGD dan balance cairan tidak dimasukkan dalam perencanaan tindakan.

Pelaksanaan Keperawatan

Secara nonfarmakologi tidak didapatkan kesenjangan, menurut Black and Hawks (2005) penatalaksanaan decompensasi cordis, antara lain penurunan beban kerja miokardial dengan pembatasan aktivitas gerak, penurunan preload dengan pembatasan garam, posisi semifowler untuk support pernafasan, pemberian oksigen untuk mengurangi hipoksia dan dyspnea, memperbaiki pertukaran O₂ dan CO₂ dan pembatasan cairan 1000 ml/ hari. Secara farmakologi tidak didapatkan kesenjangan, terapi diuretik untuk menambah ekresi ginjal dan untuk menurunkan tekanan darah, dan penurunan afterload (menurunkan tekanan darah) dengan terapi Potassium L-aspartate (Kalipar) 100 mg, Spironolactone 25 mg, Captopril 12,5 mg. Dalam jurnal yang berjudul "*Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patient Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)*", menyatakan bahwa langkah awal untuk menurunkan tekanan darah yaitu dengan menggunakan ACE, dan jika

memungkinkan pemberian obat dapat ditambah dengan diuretic sebagai tatalaksana atau regimen pemberian obat (multi obat). Dalam pemberian secara bersamaan harus secara hati-hati dan selalu di evaluasi (The American Assosiasi, 2002).

Pemeriksaan diagnostik didapatkan kesenjangan yaitu pemeriksaan AGD dan balance cairan tidak dilakukan, karena terbatasnya sarana dan prasarana yang tersedia, ketidak sesuaian antara jumlah tenaga medis dengan jumlah pasien, serta kelemahan peneliti dalam melakukan intervensi keperawatan.

Evaluasi Keperawatan

Masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian, kerena belum tercapainya semua kriteria hasil yang diharapkan, RR: 26x/ menit, cepat dan dangkal, sesak nafas berkurang dan dada terasa ampeg. Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian, karena belum tercapainya semua kriteria hasil yang diharapkan, TD: 160/100 mmHg, edema ekstremitas bawah.

Dokumentasi Keperawatan

Peneliti melakukan dokumentasi di lembar asuhan keperawatan klien, buku register IGD RSUD Sragen dan laporan kasus peneliti

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1) Pengkajian yang telah dilakukan pada pasien dengan Decompensasi Cordis didapatkan data antara lain nyeri dada sebelah kiri yang dirasakan hilang timbul dengan kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk dan diperas, skala 6, nyeri ulu hati,

sesak nafas saat beraktivitas, dada ampeg, pusing, badan lemas, TD: 180/110 mmHg, N: 108x/ menit, RR: 38x/ menit, nafas cepat, pendek, menggunakan otot bantu pernafasan, BAK hanya keluar sedikit, ekstremitas bawah pucat, akral dingin, edema, *capillary refill* kembali dalam 3 detik.

- 2) Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat berdasarkan data yang didapat antara lain ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan, dan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
 - 3) Menyusun rencana tindakan berdasarkan masalah keperawatan yang ada diantaranya untuk masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas dengan rencana tindakan yaitu monitor tanda-tanda vital dan status mental, posisikan semifowler, untuk masalah keperawatan penurunan curah jantung dengan rencana tindakan yaitu pembatasan intake cairan dan aktivitas, berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan, kolaborasi dalam pemberian terapi farmakologi, misal diuretic atau vasodilator.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah dibuat, namun ada beberapa tindakan yang belum terlaksana diantaranya pemeriksaan AGD, balance cairan dan foto thorax yang dikarenakan terbatasnya
-

sarana dan prasarana yang tersedia, ketidaksesuaian antara jumlah tenaga medis dengan jumlah pasien, serta kelemahan peneliti dalam melakukan intervensi keperawatan.

- 5) Mengevaluasi tindakan yang diberikan dan hasil yang telah dicapai. Tindakan yang diberikan sesuai dengan rencana dan advis dokter, tetapi hasil belum tercapai semua kriteria hasil yang diharapkan.
- 6) Mendokumentasikan semua tindakan baik yang sudah atau belum terlaksana dalam lembar asuhan keperawatan klien, register IGD dan laporan peneliti.

Saran

- 1) Bagi perawat
Diharapkan dapat melakukan pengkajian sampai evaluasi keperawatan dengan teliti yang mengacu pada fokus permasalahan yang tepat sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada pasien Decompensasi Cordis.
- 2) Bagi peneliti/ penulis
Diharapkan untuk kedepannya dapat menerapkan asuhan keperawatan secara tepat dan optimal khususnya pada pasien Decompensasi Cordis.
- 3) Bagi peneliti lain
Diharapkan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dapat dijadikan referensi untuk penelitian selanjutnya khususnya untuk pasien dengan Decompensasi Cordis.

DAFTAR PUSTAKA

Beck, Erick. 2011. *Tutorial Diagnosis Banding (Tutorials in Differential Diagnosis) Edisi 4*. Jakarta: EGC

Black J, Hawks JH. 2005. *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome Edisi 7 Volume 1*. Elsevier Saunders: University Michigan

Ganong, William F. 2010. *Patofisiologi Penyakit Pengantar Menuju Kedokteran Klinis Edisi 5*. Jakarta: EGC

Hudak & Gallo. 2002. *Keperawatan Kritis Edisi 4 Volume 1*. Jakarta: EGC

Lawrence, M et al. 2002. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Salemba Medika

Mansjoer, Arif. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid II*. Jakarta: Media Aesculapius

Miche, E. 2003. *Effects of Education, Self-Care Instruction and Physical Exercise on Patients with Chronic Heart Failure*. Diakses tanggal 12 November 2012. <http://link.springer.com>

Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika

Nasir, Moh. 2005. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia

Nikolaos, Agelopoulou Zoi, Brokalaki Hero. 2012. *Effect of Anxiety and Depression in the Onset and Progression of Heart Failure*. Diakses tanggal 18

Oktober 2012. <http://vima-asklipiou.gr>

Price, Sylvia A. 2006. *Patofisiologi : Konsep klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta: EGC

Smeltzer & Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah. Brunner & Suddarth Jilid II Edisi 8*. Jakarta : EGC

The American Association. 2012. *Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patient Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)*. Diakses tanggal 12 November 2012. <http://www.fineprint.com>

Udjianti, Wajan I. 2010. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika

Weber, K. T. 2002. *Renin-Angiotensin-Aldosterone Activation in Heart Failure, Aldosterone Escape*. Diakses tanggal 11 November 2012. <http://jurnal.publications.chestnet.org>

Wilkinson, J. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Edisi 7. Jakarta: EGC

Nurina Kusmastuti : Mahasiswa Profesi Ners FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura

Arina Maliya, A.Kep, M.Si. Med : Dosen Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura.

Indah Kartikowati, S.Kep.Ns : Pembimbing Klinik Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Sragen
