

BAB 4

PEMBAHASAN

Asuhan Keperawatan dilakukan pada Ny. H dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Elisabeth Gruyters 4 Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta selama dua hari mulai dari tanggal 4 Juni 2025 sampai 5 Juni 2025. Hasil asuhan keperawatan dijabarkan sebagai berikut.

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Rabu, 4 Juni 2025, pada pasien dengan riwayat hipertensi selama 10 tahun. Pasien mengaku tidak rutin minum obat dan sudah beberapa minggu terakhir berhenti mengonsumsi antihipertensi. Ketidakteraturan ini menjadi faktor penting yang memperburuk kondisinya. Saat datang, pasien mengeluhkan sesak napas, terutama saat berbaring (*orthopnea*), dan kelelahan meski hanya beraktivitas ringan. Hasil pengukuran tekanan darah menunjukkan 180/60 mmHg, menandakan hipertensi sistolik terisolasi dan peningkatan *afterload*. Kondisi ini membebani ventrikel kiri dan dalam jangka panjang memicu hipertrofi, yang kemudian menurunkan fungsi kontraktil jantung. Gejala yang muncul mengarah pada gagal jantung kongestif (CHF), yang kemungkinan besar dipicu oleh hipertensi kronik yang tidak terkontrol (Abdurachman, 2023).

Berdasarkan teori, hipertensi merupakan salah satu faktor risiko/penyebab utama CHF karena meningkatkan *afterload* (tekanan yang harus diatasi jantung untuk memompa darah ke sirkulasi sistemik). Peningkatan tekanan ini menyebabkan otot jantung menebal (*hipertrofi ventrikel kiri*) sebagai mekanisme kompensasi, namun dalam jangka panjang justru menyebabkan penurunan kontraktilitas jantung, sehingga kemampuan jantung untuk memompa darah menjadi tidak adekuat (Abdurachman, 2023).

Secara patofisiologis, hipertensi kronik menyebabkan ventrikel kiri harus memompa melawan tekanan yang lebih tinggi. Hal ini meningkatkan beban kerja jantung dan menyebabkan perubahan struktural berupa hipertrofi miokard, yang seiring waktu mengalami kelelahan dan penurunan fungsi.

Akibatnya terjadi penurunan cardiac output, sehingga tubuh tidak menerima oksigen dan nutrisi secara optimal. Tubuh kemudian merespons dengan aktivasi sistem kompensasi seperti sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), yang justru memperparah kondisi dengan meningkatkan retensi natrium dan air, menyebabkan edema (pembengkakan), dan gejala seperti sesak napas (dispnea), orthopnea, dan kelelahan (Nair, 2022).

Berdasarkan hasil pemeriksaan rontgen thoraks yang menunjukkan emphysematous lung, infiltrat parakardial dextra, dan kardiomegali, serta riwayat hipertensi sebelumnya, kondisi pasien dapat diklasifikasikan sebagai gagal jantung kronik. Gagal jantung kronik biasanya berkembang perlahan dan ditandai oleh adanya hipertrofi ventrikel kiri akibat peningkatan afterload yang berlangsung lama, seperti pada pasien hipertensi. Kardiomegali yang terlihat pada foto toraks merupakan gambaran khas dari proses pembesaran jantung yang progresif ini (Foster, 2017).

Selain itu, kondisi pasien juga mengarah pada gagal jantung kiri, yang terjadi ketika ventrikel kiri gagal memompa darah secara adekuat ke sirkulasi sistemik. Hal ini ditunjukkan dengan adanya infiltrat parakardial yang mencerminkan kongesti paru akibat peningkatan tekanan dalam pembuluh darah paru. Hipertensi sebagai penyebab utama juga memperkuat dugaan bahwa disfungsi ventrikel kiri menjadi pusat gangguan (Foster, 2017).

Klasifikasi selanjutnya adalah gagal jantung sistolik, yang ditandai oleh penurunan kemampuan kontraktile ventrikel kiri dalam memompa darah. Dalam jangka panjang, hipertensi dapat menyebabkan penurunan elastisitas dan efisiensi pompa jantung, yang berujung pada dilatasi ventrikel kiri dan penurunan curah jantung (Prof. dr. Harmani Kalim, 2017).

Akhirnya, kondisi ini juga menunjukkan tanda-tanda efek kebelakang (backward effects), yaitu akumulasi darah di paru-paru yang ditunjukkan oleh infiltrat parakardial. Hal ini menandakan adanya kongesti pulmonal akibat disfungsi ventrikel kiri yang menyebabkan peningkatan tekanan dalam vena pulmonalis dan jaringan paru (Prof. dr. Harmani Kalim, 2017).

Dari sisi klasifikasi berdasarkan kapasitas fungsional menurut New York Heart Association (NYHA), pasien kemungkinan berada pada Kelas III atau IV, tergantung pada beratnya sesak napas yang dialami. Jika sesak hanya terjadi saat melakukan aktivitas ringan, maka masuk kategori Kelas III; namun jika keluhan muncul bahkan saat istirahat, maka termasuk Kelas IV. Kombinasi dari gejala, tekanan darah tinggi, dan gambaran radiologis menunjukkan adanya gagal jantung yang sudah memasuki tahap lanjut dan memerlukan penatalaksanaan intensif (Andayani, 2019).

Tanda dan Gejala yang pertama pada pasien, bahwa pasien mengalami kelelahan saat beraktivitas ringan maupun dalam kondisi istirahat. Kondisi ini sesuai dengan gejala khas CHF yang dijelaskan dalam teori bahwa penurunan kemampuan jantung dalam memompa darah menyebabkan penurunan perfusi ke otot rangka, sehingga tubuh cepat merasa lelah. Patofisiologinya pada CHF, jantung tidak mampu memompa darah secara optimal sehingga curah jantung menurun. Aliran darah ke otot rangka menjadi berkurang sehingga suplai oksigen dan nutrisi tidak tercukupi. Energi otot tidak terpenuhi dengan baik, menyebabkan tubuh mudah lelah meskipun hanya melakukan aktivitas ringan. Penelitian oleh (Latifardani, 2023) menunjukkan bahwa sekitar 77,4% pasien gagal jantung mengalami kelelahan berat, yang berdampak pada kualitas hidup mereka. Kelelahan ini dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup pasien, serta mempengaruhi perilaku perawatan diri mereka.

Data pasien dari tanda dan gejala yang kedua, pasien mengeluhkan sesak napas, terutama saat malam hari dan ketika berbaring (orthopnea). Gejala ini sangat khas pada CHF dan menunjukkan adanya kongesti paru, yaitu penumpukan cairan dalam paru-paru karena aliran balik dari jantung kiri tidak lancar. Gagalnya ventrikel kiri memicu penumpukan darah di atrium kiri dan selanjutnya di pembuluh darah paru. Tekanan kapiler paru meningkat, mendorong cairan keluar ke alveoli. Pertukaran gas terganggu, menyebabkan rasa sesak napas terutama saat posisi berbaring. Penelitian oleh (Solela, 2024) menunjukkan bahwa sekitar 70% pasien gagal jantung akut mengalami orthopnea. Hal ini menunjukkan bahwa gejala tersebut merupakan salah satu indikator penting dalam menilai derajat keparahan CHF. Posisi tidur

menyebabkan redistribusi cairan dari ekstremitas ke rongga toraks, memperparah kongesti paru, dan meningkatkan beban kerja jantung. Oleh karena itu, keluhan orthopnea yang dialami pasien ini mencerminkan adanya disfungsi ventrikel kiri dan gangguan hemodinamik yang perlu segera mendapatkan perhatian klinis.

Data pasien dari tanda dan gejala yang ketiga, pasien mengeluhkan ada batuk tetapi tidak bisa keluar dahaknya. Pasien menunjukkan batuk yang menetap terutama pada malam hari dan saat berbaring tanpa pengeluaran dahak. Hal ini disebabkan oleh kongesti paru akibat disfungsi ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan kapiler paru dan menyebabkan akumulasi cairan dalam alveoli dan bronkiolus kecil, yang menstimulasi refleks batuk namun tidak produktif. Penelitian (Pirrota et al., 2021) Menegaskan bahwa bahkan pada pasien dengan CHF stabil, pemeriksaan lewat ultrasound dada sering mendeteksi kongesti paru yang subklinis dan dapat tetap tidak disadari hingga muncul gejala seperti batuk kering sebagai salah satu tanda awal eksaserbasi. Pola tidur memperparah redistribusi cairan ke rongga toraks, sehingga frekuensi batuk malam meningkat dan menandakan gangguan hemodinamik progresif.

Komplikasi pada pasien Ny. H telah terjadi episode tromboemboli yang ditandai dengan sesak napas mendadak dan berat, nyeri dada, serta peningkatan frekuensi napas. Hasil rontgen thorax menunjukkan emphysematous lung, infiltrat paracardial dextra, dan cardiomegali, yang menandakan adanya gangguan paru dan pembesaran jantung. Cardiomegali mengindikasikan stasis darah yang bisa memicu pembentukan trombus, sementara infiltrat menunjukkan kemungkinan kongesti paru, meskipun belum ditemukan tanda edema paru aktif. Kondisi cardiomegali menunjukkan disfungsi jantung yang dapat menyebabkan stasis darah, memicu pembentukan bekuan darah di dalam jantung. Infiltrat paracardial dextra dapat mengindikasikan kongesti paru yang memperberat kondisi pasien. Bekuan darah yang berpindah ke arteri paru menyebabkan gangguan aliran darah paru dan penurunan kapasitas oksigenasi, sehingga pasien mengalami penurunan saturasi oksigen dan kelelahan berat. Penanganan cepat dan tepat sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi

serius seperti gagal napas atau kematian mendadak akibat tromboemboli paru. Penelitian yang dikutip oleh (Roger, 2021) menyebutkan bahwa lebih dari 50% pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF) yang mengalami dekompensasi akut menunjukkan tanda-tanda kongesti paru pada pemeriksaan toraks, termasuk infiltrat paracardial. Penelitian lain oleh (Diamond & DeVore, 2022) menambahkan bahwa episode tromboemboli dapat terjadi pada sekitar 25% pasien dengan CHF yang mengalami dekompensasi akut, menunjukkan adanya gangguan aliran darah paru yang signifikan, sehingga memerlukan penanganan dini untuk mencegah komplikasi lebih lanjut pada pasien CHF.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Terdapat 2 Masalah Keperawatan pada pasien, antara lain :

4.2.1 Risiko Penurunan Curah Jantung

Diagnosis ini diangkat dengan etiologi perubahan irama jantung. Etiologi ini dipilih karena pasien memiliki gangguan irama jantung berupa fibrilasi atrium dengan respons ventrikel cepat (AFRVR), yang secara klinis ditandai dengan denyut jantung tidak teratur dan cepat. Fibrilasi atrium menyebabkan aktivitas listrik di atrium menjadi kacau, sehingga kontraksi jantung tidak efektif dalam mendorong darah ke ventrikel. Dalam jangka waktu tertentu, kondisi ini dapat menurunkan efisiensi kerja jantung dan mengurangi curah jantung.

Diagnosis ini merupakan diagnosis keperawatan risiko, yang menurut SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) ditegakkan berdasarkan keberadaan faktor risiko yang kuat, tanpa memerlukan data mayor seperti pada diagnosis aktual. Dalam kasus ini, faktor risiko yang relevan meliputi: perubahan pada irama jantung (AFRVR), hipertensi yang tidak terkontrol (TD 180/60 mmHg), serta usia lanjut, yang semuanya dapat memengaruhi kemampuan jantung memompa darah secara efektif. Jika tidak ditangani, pasien berisiko mengalami penurunan perfusi jaringan sistemik, penurunan saturasi oksigen, hingga gagal jantung.

4.2.2 Risiko Intoleransi Aktivitas

Diagnosis ini diangkat dengan etiologi gangguan pernapasan. Etiologi ini dipilih karena pasien menunjukkan tanda-tanda ketidakefisienan sistem

pernapasan, seperti frekuensi napas meningkat, penggunaan otot bantu napas, dan keluhan cepat lelah saat beraktivitas ringan. Mekanisme napas yang tidak efektif dapat membatasi kemampuan tubuh dalam memenuhi kebutuhan oksigen saat aktivitas, sehingga tubuh menjadi mudah lelah.

Diagnosis ini termasuk dalam kategori risiko berdasarkan SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) sehingga penegakannya tidak memerlukan data mayor, melainkan cukup berdasarkan faktor risiko yang nyata. Pada pasien ini, faktor risiko mencakup: gangguan pernapasan. Pada pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF), gangguan pernapasan dapat terjadi meskipun tidak disertai dengan edema paru. Pasien mungkin tetap mengalami sesak napas dan kelelahan, terutama saat melakukan aktivitas ringan, akibat penurunan curah jantung yang menyebabkan suplai oksigen ke jaringan tubuh tidak adekuat. Meskipun tidak ditemukan tanda-tanda kongesti paru, gejala sesak ini tetap mencerminkan ketidakefektifan sistem pernapasan dalam menyesuaikan kebutuhan metabolik tubuh. Kondisi ini meningkatkan beban kerja sistem pernapasan dan kardiovaskular, sehingga dapat memperburuk toleransi aktivitas dan meningkatkan risiko komplikasi jika tidak ditangani dengan baik.

4.3 Perencanaan

Berdasarkan Rencana Keperawatan disusun berdasarkan pedoman SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) dan SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Dari dua diagnosis keperawatan yang ditentukan, prioritas masalah keperawatan berdasarkan urutan adalah risiko penurunan curah jantung, risiko intoleransi aktivitas. Risiko penurunan curah jantung ini dijadikan prioritas perencanaan dikarenakan sesuai dengan prinsip triage dan ESI (Emergency Severity Index) termasuk dalam kategori ESI level 1 atau 2, yaitu kondisi yang mengancam nyawa dan memerlukan penanganan segera. Penetapan ini juga mengacu pada pendekatan triage ABC (Airway, Breathing, Circulation), di mana aspek circulation menjadi perhatian utama karena gangguan curah jantung dapat menyebabkan penurunan perfusi jaringan, hipotensi, syok, hingga henti jantung jika tidak segera ditangani. Sementara itu, risiko intoleransi aktivitas berada pada prioritas kedua karena meskipun tidak

mengancam jiwa secara langsung, kondisi ini tetap berdampak pada kemampuan fungsional pasien dan menandakan adanya keterbatasan dalam kapasitas jantung dan paru yang harus diperhatikan dalam rencana perawatan lanjutan. Pembahasan untuk rencana keperawatan, sebagai berikut :

4.3.1 Risiko Penurunan Curah Jantung

Kriteria waktu pada masalah ini ditetapkan selama 2x24 jam dengan alasan untuk mengevaluasi respons awal terhadap intervensi keperawatan secara efektif, khususnya pada pasien dengan kondisi kardiovaskular seperti gagal jantung atau risiko penurunan curah jantung. Dalam teori keperawatan, intervensi dalam 48 jam pertama sangat penting untuk menilai efektivitas terapi, menstabilkan kondisi hemodinamik, mencegah komplikasi lanjutan seperti penurunan oksigenasi, serta memantau respon terhadap tindakan terapeutik yang telah diberikan. Observasi ketat dalam dua hari pertama dapat membantu mendeteksi perubahan klinis lebih awal, sehingga tindakan lanjut dapat segera dilakukan sesuai kebutuhan pasien (Patricia A. Potter, Anne G. Perry, Patricia A. Stockert, 2021). Kriteria hasil yang ditetapkan dalam SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) menunjukkan peningkatan, hal ini karena adanya perubahan positif pada parameter klinis pasien, seperti penurunan keluhan sesak napas, kestabilan tanda-tanda vital, peningkatan saturasi oksigen, serta membaiknya respons terhadap aktivitas ringan. Peningkatan luaran ini menandakan bahwa intervensi yang telah diberikan efektif dalam mendukung fungsi kardiopulmonal pasien.

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan sudah berdasarkan OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi). Intervensi keperawatan yang sudah dilakukan berdasarkan SIKI yang berpedoman pada intervensi utama perawatan jantung.

4.3.2 Risiko Intoleransi Aktivitas

Kriteria waktu pada masalah ini yaitu 2x24 jam dengan alasan karena periode tersebut cukup untuk mengevaluasi respon awal pasien terhadap aktivitas ringan, serta mengamati adanya penurunan kelelahan, sesak napas, atau peningkatan tanda vital saat beraktivitas. Teori (Patricia A. Potter, Anne G.

Perry, Patricia A. Stockert, 2021) menjelaskan bahwa pasien dengan gangguan kapasitas jantung atau pernapasan harus dievaluasi secara ketat dalam 48 jam pertama untuk mencegah kelelahan berlebih dan komplikasi akibat aktivitas yang tidak sesuai dengan kemampuan tubuh. Kriteria hasil yang ditetapkan oleh SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) meningkat, hal ini karena pasien menunjukkan kemampuan melakukan aktivitas ringan secara bertahap, tanpa keluhan berat seperti sesak napas atau kelelahan ekstrem, serta tanda-tanda vital tetap stabil setelah aktivitas dilakukan. Hal ini menunjukkan efektivitas intervensi seperti penyesuaian aktivitas bertahap, istirahat yang cukup, dan pemantauan respon tubuh selama aktivitas.

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan sudah berdasarkan OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi). Intervensi keperawatan yang sudah dilakukan berdasarkan SIKI yang berpedoman pada intervensi utama manajemen energi.

4.4 Implementasi

Intervensi keperawatan dilakukan selama 2x24 jam sesuai dengan kriteria waktu yang ditetapkan pada tujuan. Intervensi berdasarkan masalah keperawatan, sebagai berikut :

4.4.1 Risiko Penurunan Curah Jantung

Intervensi dilakukan selama 2x24 jam sesuai dengan kriteria waktu dan tujuan yang telah ditetapkan. Dari total tiga belas rencana intervensi, seluruhnya telah dilaksanakan dengan baik. Namun, terdapat kendala terutama saat edukasi mengenai nutrisi dan aktivitas pada pasien CHF, karena pasien tinggal di panti dan tidak ada keluarga yang mendampingi atau menunggu saat edukasi berlangsung. Hal ini menjadi penghambat dalam pemahaman pasien secara menyeluruh dan pelaksanaan intervensi secara optimal. Faktor penghambat dalam melakukan intervensi adalah minimnya keterlibatan keluarga atau pendamping yang mendampingi pasien, mengingat pasien tinggal di panti dan tidak ada caregiver keluarga yang terlibat langsung. Kondisi ini menyulitkan dalam memberikan edukasi dan pengawasan aktivitas secara maksimal. Faktor pendukung dalam melakukan intervensi adalah sikap pasien yang kooperatif dan patuh terhadap arahan yang diberikan

oleh tenaga kesehatan, sehingga pelaksanaan intervensi dapat berjalan dengan baik meskipun tanpa pendamping keluarga.

4.4.2 Risiko Intoleransi Aktivitas

Intervensi dilakukan selama 2x24 jam sesuai dengan kriteria waktu dan tujuan yang telah ditetapkan. Dari enam rencana intervensi yang dirancang, seluruhnya telah dilaksanakan dengan baik. Namun, terdapat sedikit kendala, yaitu tidak adanya keluarga yang menemani pasien, sehingga pemantauan lanjutan terhadap kondisi pasien di luar waktu intervensi menjadi terbatas dan tidak ada pihak lain yang bisa membantu dalam mendukung aktivitas bertahap yang telah diajarkan. Faktor penghambat dalam melakukan intervensi adalah minimnya keterlibatan keluarga atau pendamping, sehingga edukasi lanjutan, pengawasan, dan penguatan intervensi di luar waktu perawatan langsung sulit dilakukan. Faktor pendukung dalam melakukan intervensi adalah sikap pasien yang kooperatif dan patuh saat diarahkan, seperti saat berlatih duduk secara perlahan, miring kanan-kiri secara bertahap, dan makan sendiri dengan perlahan. Respons positif pasien ini sangat membantu dalam mencapai tujuan intervensi yang berfokus pada peningkatan toleransi aktivitas secara bertahap.

4.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan terdiri dari evaluasi tindakan, evaluasi proses, dan evaluasi hasil. Hasil evaluasi dari masalah keperawatan, sebagai berikut :

4.5.1 Risiko Penurunan Curah Jantung

Evaluasi hasil dari masalah risiko penurunan curah jantung menunjukkan bahwa tujuan tercapai sebagian. Untuk menjamin kesinambungan intervensi, perawat tetap menganjurkan pasien untuk menerapkan pola hidup sehat secara konsisten. Hal ini meliputi menjaga keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, melakukan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan secara teratur, menjaga asupan nutrisi dengan mengonsumsi makanan rendah garam dan lemak, serta menghindari faktor risiko seperti merokok dan stres berlebihan. Pasien juga dianjurkan untuk mematuhi pengobatan yang telah diresepkan dan melakukan kontrol rutin untuk memantau fungsi jantung. Keterlibatan

keluarga dalam mendampingi dan mendukung pasien sangat penting untuk memastikan keberlanjutan perawatan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

4.5.2 Risiko Intoleransi Aktivitas

Evaluasi hasil dari masalah intoleransi aktivitas menunjukkan bahwa tujuan tercapai sebagian. Untuk menjamin kesinambungan intervensi, perawat tetap menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan perlahan, dimulai dari aktivitas ringan sesuai dengan toleransi tubuh. Pasien juga diimbau untuk terus memantau tanda-tanda kelelahan atau sesak napas selama beraktivitas, serta segera beristirahat jika gejala tersebut muncul. Selain itu, perawat memberikan edukasi kepada pasien agar dapat mengenali batas kemampuan fisik pasien dan mendampingi selama beraktivitas, guna mencegah kelelahan berlebihan yang dapat memperburuk kondisi jantung. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien secara aman dan bertahap.

4.6 Dokumentasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan dokumentasi masih diperlukan bimbingan dalam penggunaan Electronic Rekam Medis (ERM), khususnya oleh preceptor sendiri. Dokumentasi yang dilakukan belum sepenuhnya sesuai dengan prinsip dokumentasi yang benar. Salah satu hal yang perlu diperbaiki adalah cara pembetulan penulisan, yaitu dengan mencoret satu garis pada bagian yang salah, kemudian dibubuhkan tanda tangan dan nama terang. Faktor penghambat yang dialami dalam proses dokumentasi antara lain kurangnya pemahaman terhadap seluruh fitur yang tersedia di dalam sistem ERM, serta tidak lengkapnya data yang dituliskan, sehingga menyulitkan saat melakukan studi dokumentasi dan berpotensi menimbulkan ketidaksesuaian dalam pencatatan.