

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian

Decompensasi Cordis adalah sindrom klinis ditandai oleh sesak nafas dan lelah saat istirahat atau saat aktivitas yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung memompa darah dengan kecepatan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik jaringan atau kemampuan melakukan hal ini pada tekanan pengisian yang meningkat (Pangabea, 2007).

Decompensasi Cordis adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal (Muttaqin, 2012).

Decompensasi Cordis kiri terjadi akibat kelemahan ventrikel meningkatkan tekanan vena pulmonalis yang menyebabkan sesak nafas. Pasien dengan gagal ventrikel kiri umumnya datang dengan perasaan sesak nafas (dispnea), terutama jika berbaring (ortopnea) atau pada malam hari (dispnea nokturnal paroksimal). Rasa lelah, nokturia dan kekacauan pikiran juga dapat disebabkan oleh decomp (Udjianti, 2013).

Decompensasi Cordis kiri terjadi akibat disfungsi ventrikel kiri dan darah terakumulasi di ventrikel kiri, atrium kiri dan sirkulasi pulmoner, dan disebabkan oleh hipertensi, infark miokard, stenosis aorta atau mitral (Boedi, 2013).

2.1.2 Etiologi

Decompensasi Cordis Kiri dapat disebabkan oleh :

1. Kelainan otot jantung

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

2. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi otot jantung karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat).

3. Hipertensi sistemik atau pulmonal

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

4. Peradangan dan penyakit Miokardium Degeneratif

Sangat berhubungan dengan *decompensasi cordis* karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung yang menyebabkan kontraktilitas menurun.

5. Penyakit Jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (Kasron, 2012).

2.1.3 Klasifikasi

1. Gagal jantung akut-kronik
 - a. Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan cardiac output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan, ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.
 - b. Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.
2. Gagal jantung kiri
 - a. Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral.
3. Gagal jantung sistolik-diastolik
 - a. Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya cardiac output menurun dan ventrikel hipertrofi.
 - b. Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume cardiac output turun (Kasron, 2012).

2.1.4 Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat keseluruh bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress fisiologis.

Mekanisme yang menyebabkan decompensated meliputi keadaan-keadaan

1. Pre Load (beban awal)

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

2. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya renggangan serabut jantung.

3. Afterload (beban akhir)

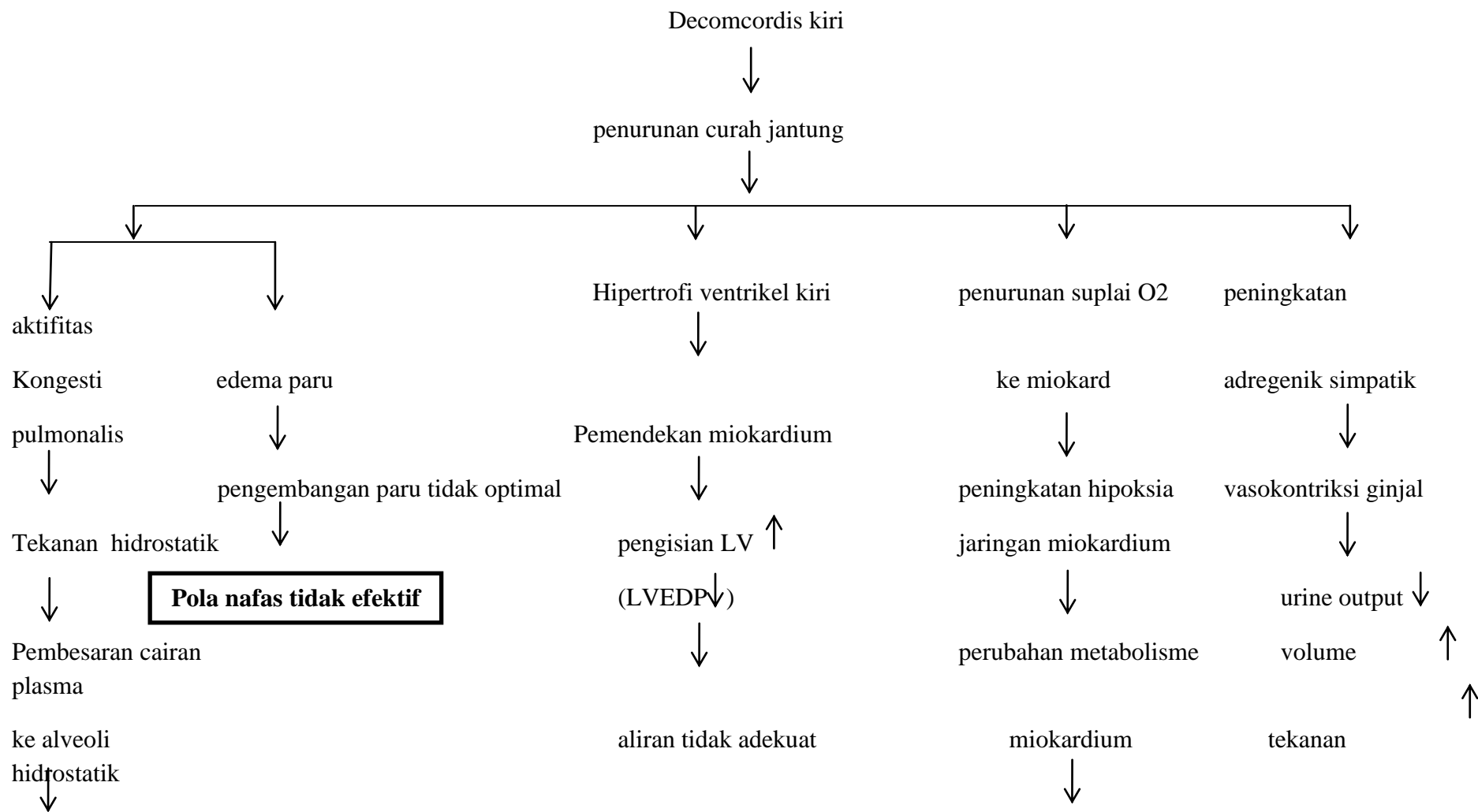
Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu atau lebih dari keadaan 3 diatas itu terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan pre load meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan after load meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas jantung dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung (Kasron, 2012).

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontriksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah kurang keginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat

penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Proses ini timbul masalah seperti nokturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia (Kasron, 2012).

Apabila suplai darah tidak lancar diparu-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan diparu-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah diparu-paru, sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam didalam tubuh. Situasi ini akan membentuk suatu gejala sesak nafas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru (Kasron, 2012).



**Kerusakan
pertukaran gas**

ke jantung dan otak

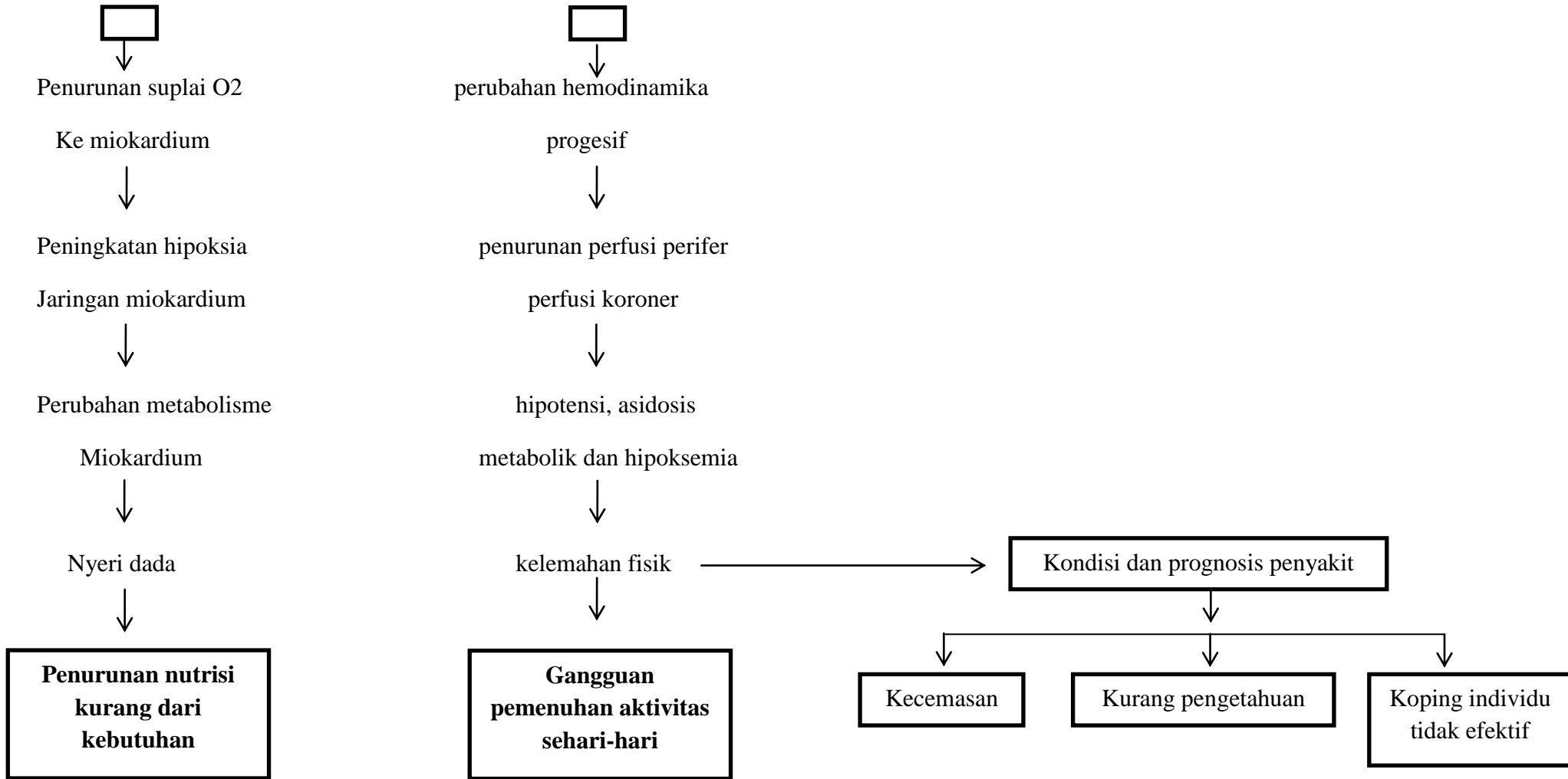


**Penurunan curah
jantung**

Nyeri dada



**Resiko tinggi
kelebihan volume**



2.1.5 Manifestasi Klinis

Tanda dominan gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Kongesti jaringan terjadi akibat tekanan arteri dan vena yang meningkat akibat turunnya curah jantung pada kegagalan jantung.

Gagal jantung kiri, manifestasi klinisnya :

1. Ortopnea

Sesak nafas pada saat berbaring dan dapat dikurangi dengan sikap duduk atau berdiri. Hal ini terjadi pada saat berdiri karena penimbunan cairan pada kaki dan perut. Pada saat berbaring maka cairan ini kembali ke pembuluh darah dan menambah darah balik sehingga terjadi nafas.

2. Dispnea nokturnal paroksimalis

Serangan sesak nafas ini terjadi pada saat malam hari, klien yang sedang tidur terbangun karna sesak nafas. Berbeda dengan ortopnea yang dengan cepat bisa disembuhkan dengan perubahan dari posisi tidur ke posisi berdiri, maka dispnea nokturnal paroksimalis memerlukan waktu agak lama, kira-kira 30 menit. Sebab yang pasti dispnea nokturnal paroksimalis tidak jelas, tetapi mungkin kombinasi dari faktor-faktor : menurunnya tonus simpatis, darah balik yang bertambah, penurunan aktifitas pernafasan pada malam hari, edema paru, keadaan ini merupakan suatu kesatuan atau keadaan tersendiri dan merupakan tingkat terberat dari gagal jantung.

3. Batuk

Batuk dapat terjadi akibat kongesti paru, terutama pada posisi berbaring, timbulnya ronchi yang disebabkan oleh transudasi cairan paru adalah ciri

khas dari gagal jantung ; ronchi pada awalnya terdengar dibagian bawah paru-paru karena pengaruh gaya gravitasi. Semua gejala dan tanda ini dapat dikaitkan dengan gagal kebelakang pada gagal jantung kiri. Batuk yang berhubungan dengan gagal ventrikel kiri bisa kering atau tidak produktif, tetapi yang tersering adalah batuk basah, batuk yang menghasilkan sputum berbusa.

4. Kelelahan / fatigue

Mudah lelah terjadi akibat curah jantung yang kurang dan menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat peningkatan energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernafasan atau batuk.

5. Kegelisahan / kecemasan

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik, kecemasan terjadi juga dispnea, yang pada gilirannya memperberat kecemasan.

Tanda penurunan curah jantung :

1. Takikardi
2. Hipertensi
3. Terdapat Bunyi S2/S4
4. Ortopnea
5. Akral dingin

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Ekokardiografi

Ekokardiografi sebaiknya digunakan sebagai alat pemeriksaan diagnostik yang pertama dan sebagai alat yang pertama untuk manajemen gagal jantung: sifatnya tidak invasif dan segera dapat memberikan diagnosis disfungsi jantung dan segera. Dengan adanya kombinasi M-mode, ekokardiografi 2D, dan doppler, maka pemeriksaan infasif lain tidak lagi diperlukan.

Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung akibat penyakit penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup adalah ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel.

2. Rontgen thorax

Foto rontgen thorax posterior-anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru, atau kardiomegali. bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena paru adalah adanya diversi aliran darah ke daerah atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah.

3. Elektrokardiografi

Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) meskipun memberikan informasi yang berkaitan dengan penyebab, tetapi tidak dapat memberikan gambaran yang spesifik. Pada hasil pemeriksaan EKG yang normal perlu dicurigai bahwa hasil diagnosis salah (Muttaqin, 2012).

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi oksigenasi

Pemberian oksigenasi terutama ditujukan pada klien dengan decompensasi yang disertai dengan edema paru. Pemenuhan oksigen akan mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.

2. Terapi nitrat dan vasolidator koroner

Penggunaan nitrat, baik secara akut maupun kronis, sangat dianjurkan dalam penatalaksanaan gagal jantung. Jantung mengalami unloaded (penurunan afterload-beban akhir) dengan adanya vasodilatasi perifer. Peningkatan curah jantung lanjut akan menurunkan pulmonary artery wedge pressure (pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vaskuler pulmonal dan beratnya gagal ventrikel kiri) dan penurunan pada konsumsi oksigen miokardium.

3. Terapi obat

Pada klien decompensasi harus tepat dalam pemberian obat, terutama pada obat yang sering digunakan untuk klien gagal jantung yaitu digoxin. Pada klien usia lanjut dan gagal ginjal sebaiknya dibatasi pada terapi digoxin (Muttaqin, 2012).

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi *decompensasi cordis* meliputi :

1. Syok kardiogenik.
2. Episode tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah.

3. Efusi dan tamponade perikardium (Smeltzer & Bare dalam Kasron, 2012).
4. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis. (Kasron, 2012).

2.2 Konsep Dasar Penurunan Curah Jantung

2.2.1 Definisi

Penurunan curah jantung adalah ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh yang ditandai dengan ortopneu, fatigue, kegelisahan (Nanda, 2015)

Curah jantung (Cardiac output) adalah jumlah darah yang dipompa oleh tiap ventrikel dalam waktu 1 menit dan jumlah darah yang mengalir dalam sirkulasi (udjianti,2013).

Curah jantung adalah volume darah yang dikeluarkan oleh kedua ventrikel per menit. Curah jantung terkadang disebut volume jantung permenit. Volumennya kurang lebih 5L permenit pada laki-laki dan berukuran rata-rata dan kurang 20% pada perempuan (muttaqin, 2014).

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi curah jantung

1. Metabolisme basal tubuh
2. Aktifitas berat
3. Umur
4. Aliran balik vena ke jantung (muttaqin, 2014)

2.2.3 Penentu curah jantung

1. Kecepatan jantung (denyut jantung per menit)
2. Isi sekuncup (volume darah yang dipompa per denyut)

Kecepatan jantung rata-rata saat istirahat adalah 70 denyut per menit, di tentukan oleh ritmisitas nodus SA; isi sekuncup rata-rata saat istirahat adalah 70 ml per denyut, menghasilkan curah jantung rata-rata 4900 ml per menit atau mendekati 5l/menit.

$$\begin{aligned}\text{Curah jantung} &= \text{kecepatan jantung} \times \text{isi sekuncup} \\ &= 70 \text{ denyut/menit} \times 70\text{ml/denyut} \\ &= 4900\text{ml/menit} = 5 \text{ l/denyut (udjianti, 2013)}\end{aligned}$$

2.2.4 Pengaruh tambahan curah jantung meliputi :

1. Hormon medular adrenal. Epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin meningkatkan frekuensi jantung dan daya kontraksi sehingga curah jantung meningkat.
2. Ion, konsentrasi kalium, natrium dan kalsium dalam darah serta cairan interstisial mempengaruhi frekuensi dan curah jantung
3. Usia dan ukuran tubuh seseorang dapat mempengaruhi curah jantungnya
4. Penyakit kardiovaskular (udjianti, 2013)

2.2.5 Batasan Karakteristik :

1. Penurunan kecepatan jantung atau irama
 - a. Aritmia
 - b. Bradikardi
 - c. Perubahan Ekg
 - d. Palpitasi

e. Takikardi

2. Perubahan preload

a. Edema

b. Penurunan tekanan vena central

c. Penurunan tekanan arteri paru

d. Kelemahan

e. Peningkatan tekanan vena central

f. Peningkatan tekanan arteri paru

g. Distensi vena jugularis

h. Murmur

i. Peningkatan BB

3. Perubahan afterload

a. Kulit berkeringat

b. Dyspnea

c. Penurunan nadi perifer

d. Penurunan resistensi pembuluh darah pulmonal

e. Peningkatan tahanan tekanan darah sistemik

f. Oliguria

g. Pengisian kembali dari perifer

h. Perubahan warna kulit

i. Hasil pembacaan tekanan darah berbeda-beda

4. Perubahan kontraktilitas

a. Ronchi basah

b. Batuk

- c. Fraksi ejeksi <40%
 - d. Penurunan index beban kerja ventrikel kiri
 - e. Penurunan index volume gerak
 - f. Penurunan index jantung
 - g. Ortopnea
 - h. Dyspnea nocturnal paroksismal
 - i. S3 atau S4 (bunyi jantung)
5. Tingkah laku atau emosional
- a. Kegelisahan
 - b. Keresahan

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan klien (Nikmatur, 2014).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (Keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual / potensial) dari individu atau kelompok agar

perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2014).

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi dan desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2014).

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2014).

2.3.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Untuk memudahkan perawat mengetahui atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP/SOAPI/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

1. S : Data subyektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : Data obyektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang disarankan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : Analisa

Intrepetasi dari data subyektif dan obyektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi.

4. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan , dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. I : Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan.

6. E : Evaluasi

Respon pasien terhadap tindakan keperawatan.

7. R : Reassessmeent

Pengkajian ulang yang dilakuakn terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi , atau dihentikan (Nikmatur, 2014).

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan *Decompensasi Cordis* (Tinjauan Teori)

2.4.1 Pengkajian keperawatan

Pengumpulan data klien baik subjektif maupun objektif meliputi anamnesis penyakit, pengkajian psikososial, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostic (Muttaqin, 2012).

1. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal MRS, tanggal pengkajian, ruang, diagnosa medis, penanggung jawab dan nomor rekam medik.

2. Keluhan utama

Sesak nafas saat beraktifitas dan kelemahan fisik.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit sekarang

Decompensasi cordis kambuh saat setelah melakukan aktifitas berat.

b. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat *decompensasi cordis* sebelumnya, diabetes mellitus, riwayat hipertensi, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dapat menyebabkan gagal jantung.

c. Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat keluarga yang pernah menderita *decompensasi cordis*, diabetes mellitus, dan hipertensi.

d. Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Biasanya klien dengan *decompensasi cordis* mempunyai kebiasaan merokok dan kebiasaan dalam pola hidup misalnya minum alkohol atau obat tertentu.

e. Riwayat psikososial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas, pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dari curah jantung dapat disertai insomni atau kebingungan (Muttaqin, 2012).

4. PEMERIKSAAN FISIK

B1 : BREATHING

Klien terlihat sesak, nafas terasa berat, sesak nafas seperti tercekik, frekuensi melebihi normal, terlihat cuping hidung dan otot bantu nafas. Biasanya terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, terdapat nyeri tekan pada daerah dada. Tipe pernafasan dispnea, ortopnea dan dispnea.

B2 : BLOOD

1. Inspeksi : inspeksi tentang adanya parut pada dada, keluhan kelemahan fisik, adanya edema ekstremitas.
2. Palpasi : denyut nadi perifer mengalami kelemahan.
3. Auskultasi : tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup, bunyi jantung tambahan akibat kelainan katub biasanya ditemukan apabila penyebab *decomcordis* adalah kelainan katub.

4. Perkusi : batas jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi (kardiomegali)

B3 : BRAIN

Kesadaran klien biasanya compos mentis. Sering ditemukan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien meliputi pemeriksaan raut muka, bentuk muka, ekspresi wajah, pemeriksaan muka bibir (sianosis atau anemia), pemeriksaan mata (konjungtiva, sklera, kornea, funduskopi).

B4 : BLADDER

Output urine merupakan indikator fungsi jantung yang penting. Penurunan pengeluaran urine merupakan signifikan yang harus dikaji lebih lanjut untuk menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urine atau karena ketidakmampuan klien untuk buang air kecil.

B5 : BOWEL

Klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan stasis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.

B6 : BONE

Kebanyakan klien yang menderita gangguan sistem kardiovaskuler juga mengalami penyakit vaskuler perifer atau edema perifer akibat gagal ventrikel kanan.

Pengkajian B6 yang mungkin dilakukan pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler adalah sebagai berikut :

1. Keluhan sesak, cepat lelah, pusing, dada terasa berdenyut dan berdebar.
2. Keluhan sulit untuk tidur (karena ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, nokturia, keringat malam hari).
3. Istirahat tidur : kaji kebiasaan tidur klien siang dan malam, berapa lama klien tidur dalam 24 jam.
4. Aktivitas : kaji aktivitas klien di rumah atau di rumah sakit.
(Muttaqin, 2012).

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan tau mencegah perubahan (Nikmatur, 2014).

NANDA (2015) Diagnosa *Decompensasi Cordis Kiri* :

1. Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung
2. Ketidakefektifan pola nafas b/d kelelahan otot-otot pernafasan
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

1. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penurunan kardiak output klien teratasi

2. Kriteria hasil

- a. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi)
- b. Dapat mentoleransi aktifitas dan tidak ada kelelahan
- c. Tidak ada edema paru perifer, dan tidak ada asites
- d. Warna kulit normal

Intervensi

1. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, perfusi) tiap 1 jam sekali

Rasional : hipotensi dapat terjadi akibat disfungsi ventrikel, menurunnya kekatan nadi salah satu tanda penurunan curah jantung.

2. Monitor auskultasi bunyi jantung tiap 4 jam

Rasional : mengetahui adanya perubahan bunyi jantung, bunyi jantung yang abnormal merupakan tanda adanya gangguan atau kegagalan jantung.

3. Pantau frekuensi jantung dan irama jantung tiap 1 jam

Rasional : perubahan frekuensi dan irama jantung dapat menunjukkan adanya komplikasi disritmia.

4. Monitor balance cairan tiap 6 jam

Rasional : asupan dan pengeluaran seimbang menunjukkan hemodinamika yang stabil

5. Kolaborasi

Pemberian oksigen tambahan 10 Lpm

Rasional : O² tambahan dapat memnuhi kebutuhan oksigen tubuh.

Diagnosa keperawatan 2

Ketidakefektifan pola nafas b/d kelelahan otot-otot pernafasan

1. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan keefektifan pola nafas

2. Kriteria hasil

- a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sekret, mampu bernafas dengan mudah)
- b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara abnormal)
- c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (Tekanan darah, nadi, suhu, respirasi)

Intervensi

1. Pertahankan jalan nafas : posisi head up 30° (semi fowler)

Rasional : posisi head up membebaskan jalan nafas dan merupakan posisi yang netral

2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan tiap 4 jam

Rasional : suara nafas tambahan menandakan adanya sumbatan pada jalan nafas

3. Monitor respirasi dan status O² tiap 1 jam

Rasional : sianosis yang adekuat menandakan jaringan perifer tersuplai oleh oksigen.

4. Monitor adanya sianosis tiap 4 jam

Rasional : sianosis tanda dari ketidakefektifan suplai oksigen ke perifer

Diagnosa keperawatan 3

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

1. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.

2. Kriteria hasil

- a. Klien dapat menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan rumah sakit
- b. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- c. Tidak terjadi penurunan berat badan

Intervensi

1. Kaji adanya alergi makanan

Rasional : alergi makanan dapat mempengaruhi nafsu makan klien

2. Anjurkan klien untuk meningkatkan intake dengan cara makan sedikit tapi sering

Rasional : tetap menjaga intake akan mengurangi resiko malnutrisi yang berlebih

3. Monitor intake output yang seimbang

Rasional : mempertahankan nutrisi dalam tubuh dapat terpenuhi

4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet

Rasional : gizi yang tepat dapat memenuhi nutrisi dalam tubuh

2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah diterapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2014).

2.4.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2014).