

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Congestive Heart Failure**

##### **1. Definisi**

Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen dalam jaringan meskipun aliran balik vena yang memadai (Hidayah & Wahyuningtyas, 2018).

Gagal jantung merupakan ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam memenuhi kebutuhan akan metabolisme jaringan, baik saat melakukan aktivitas maupun pada saat beristirahat (Azzahra dkk, 2018). Congestive Heart Failure adalah suatu keadaan dimana jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen sel-sel tubuh secara adekuat sehingga dapat menyebabkan terjadinya peregangan pada bilik jantung (dilatasi) yang berfungsi untuk menampung lebih banyak darah untuk dipompa ke seluruh tubuh. (Linajari, 2021).

##### **2. Etiologi**

Penyebab *Congestive Heart Failure* yaitu kegagalan miokard antara lain akibat sindrom koroner akut dan miokarditis, hipertensi, kardiomiopati, maupun ada kelainan otot pada jantung. Hal ini dapat menimbulkan gangguan oksigenasi sehingga menyebabkan ruang pompa utama menjadi lebih besar dan otot-otot jantung tidak dapat bekerja

dengan semestinya, sehingga terjadi penumpukan cairan di paru-paru yang akan menimbulkan gejala sesak nafas (dispnea) (Andiantro, 2019).

Gagal jantung paling sering disebabkan oleh gagal kontraktilitas miokard seperti yang terjadi pada infark miokard, hipertensi lama, atau kardiomiopati. Namun pada kondisi tertentu infark miokard dengan kontraktilitas yang baik tidak dapat memenuhi kebutuhan darah sistemik ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Kondisi ini disebabkan misalnya masalah mekanik seperti regurgitasi katup berat, fistula arteriovenosa, defisiensi tiamin, dan anemia berat. Keadaan curah jantung yang tinggi secara tiba-tiba dapat menyebabkan gagal jantung (Siregar, 2020).

Menurut (Rahmatiana & Clara, 2019) ada 6 jenis penyebab CHF sebagai berikut :

- a. Kelainan pada otot jantung biasanya disebabkan penurunan kontraktilitas jantung.
- b. Aterosklerosis koroner dapat menyebabkan disfungsi miokard sehingga terganggunya aliran darah ke otot jantung.
- c. Hipertensi sistemik dapat meningkatkan beban kerja pada jantung dan mengakibatkan hipertrofi serabut otot pada jantung.
- d. Penyakit degeneratif miokard berhubungan dengan gagal jantung akibat kondisi pada serabut jantung yang rusak sehingga penurunan kontraktilitas.

- e. Penyakit gagal jantung bisa terjadi karena penyakit jantung yang sebenarnya tidak langsung mempengaruhi jantung.
- f. Faktor sistemik, terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan keparahan gagal jantung peningkatan laju metabolisme .

### **3. Tanda dan Gejala**

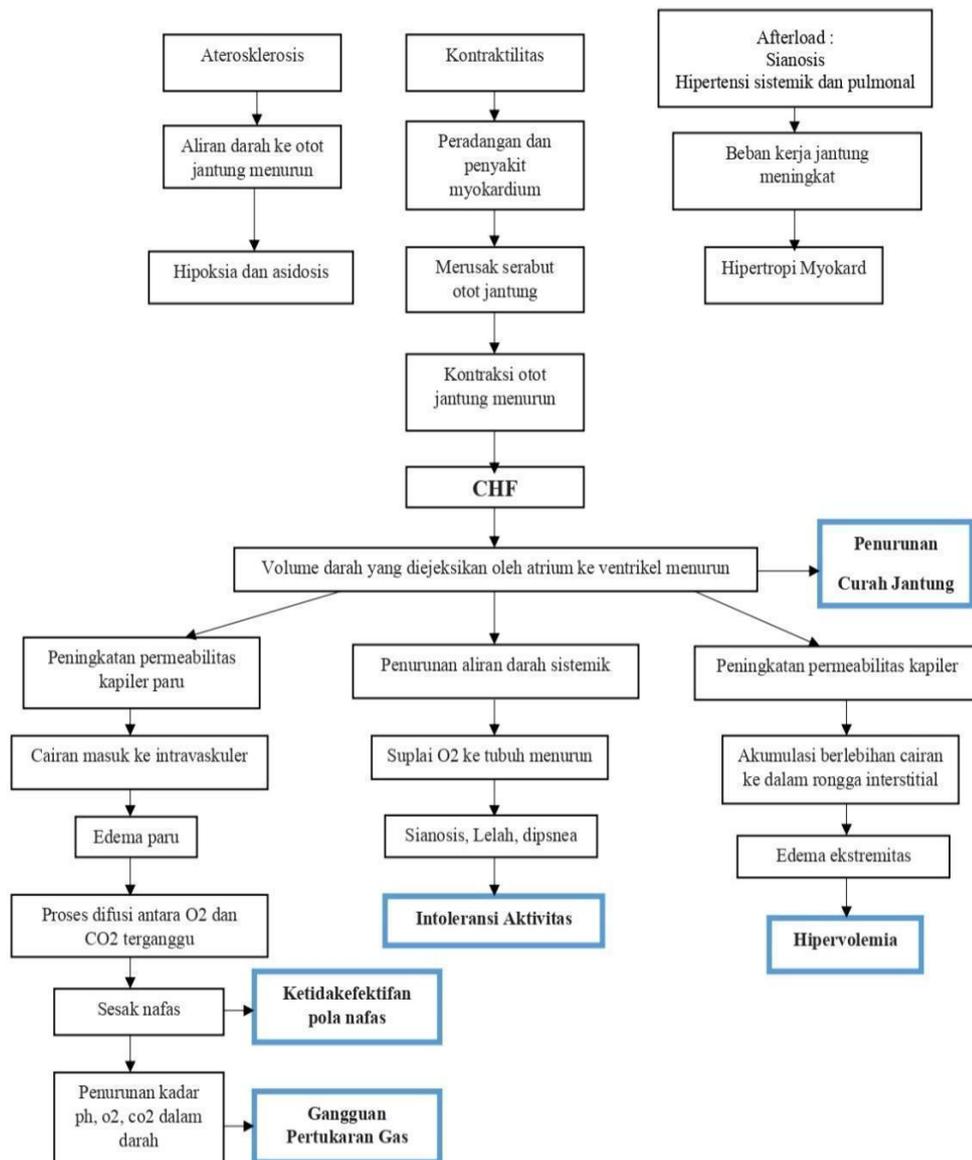
Tanda dan gejala gagal jantung kongestif adalah sesak napas (dyspnea), batuk atau mengi, nyeri dada, dan kelelahan (Dian, 2019). Masalah yang sering terjadi pada pasien dengan gagal jantung adalah nyeri dada dan sesak napas. Nyeri dada pada gagal jantung pasien sering disebabkan oleh penurunan pasokan oksigen ke miokardium yang menyebabkan kematian sel jantung, sementara sesak napas yang dialami oleh pasien gagal jantung disebabkan oleh kelainan jantung dan fungsional jantung yang mengakibatkan kerusakan fungsi ventrikel untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen dari jaringan tubuh. (Sulastini et al., 2018).

Gagal jantung memunculkan berbagai macam masalah yaitu ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, dyspnea on effort, jantung berdebar-debar, cepat lelah, bahkan batuk-batuk (Hastomo dan Saputro, 2021). Masalah umum yang sering dirasakan pada pasien dengan gagal jantung adalah sesak napas di malam hari (Rehata et al, 2019). Gagal jantung adalah sindrom yang ditandai dengan sesak napas dan fisik yang

disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung (Muzaki & Yuli, 2020).

#### **4. Patofisiologi (pathway)**

Proses dasar gagal jantung yaitu gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung menjadi lebih rendah dari curah jantung normal. Ketika output jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat detak jantung untuk mempertahankan curah jantung. Jika proses ini gagal, volume stroke harus disesuaikan. Volume sekuncup adalah sejumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload, kontraktilitas, serat jantung dan kadar kalsium dan afterload (jumlah tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang diciptakan oleh tekanan arteriolar). Jika salah satu komponen tersebut terganggu maka curah jantung berakibatkan akan menurun (Kasron, 2016).



**Gambar 2.1 Pathway**  
(Sumber : Kasron, 2016)

## 5. Klasifikasi

Menurut (Kemenkes, 2019) klasifikasi gagal jantung dapat dijabarkan melalui dua kategori yakni kelainan struktur jantung atau berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional.

### a. Berdasarkan kelainan struktur jantung

#### 1) Stadium A

Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung.

Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, dan juga tidak tampak tanda atau gejala.

#### 2) Stadium B

Telah terbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi tidak terdapat tanda dan gejala.

#### 3) Stadium C

Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.

#### 4) Stadium D

Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter).

### b. Berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional

#### 1) Kelas I

Tidak ada batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak

menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.

2) Kelas II

Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, berdebar, atau sesak nafas

3) Kelas III

Terdapat batasan aktivitas yang bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas.

4) Kelas IV

Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

## **6. Faktor Resiko**

Kejadian gagal jantung dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko antara lain usia, jenis kelamin, penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes, fibrilasi atrium, merokok, penyakit katup jantung, hipertrofi ventrikel kiri, dan ras kulit hitam. Wanita dan pria memiliki fungsi dan struktur ventrikel kiri yang berbeda. Wanita memiliki struktur ruang ventrikel kiri yang lebih kecil, yang mengurangi volume sekuncup, meskipun detak jantung istirahat wanita lebih tinggi daripada pria untuk mempertahankan curah jantung yang sama. Wanita memiliki ventrikel

kiri yang lebih kaku dibandingkan pria yang berhubungan dengan penuaan (Agung et al, 2020).

Faktor usia lanjut pada seseorang akan mempengaruhi fungsi kerja jantung, seiring bertambahnya usia akan menyebabkan penurunan elastisitas dinding pembuluh darah yang menyebabkan kekakuan. Selain itu, terjadi gangguan fungsi diastolik dan penurunan curah jantung (CO). Gangguan fungsi diastolik jantung akan meningkatkan afterload secara signifikan sehingga beban jantung akan meningkat. Obesitas akan menyebabkan perubahan struktur pembuluh darah dan fungsi jantung yang akan meningkatkan resiko gagal jantung. Obesitas dikaitkan dengan peningkatan ketebalan intima arteri karotis yang meningkatkan risiko sebesar 3,7 kali (Turer et al, 2018)

## **7. Komplikasi**

Menurut (Nurkhalis & Adista, 2020) gagal jantung kongestif memiliki beberapa komplikasi diantaranya:

- a. Edema akut paru
- b. Syok kardiogenik : waspada gagal jantung kiri,
- c. Episode trombolitik
- d. Trombus terbentuk akibat imobilitas penderita dan gangguan sirkulasi
- e. Efusi perikardial dan tamponade jantung masuknya cairan ke dalam kantung perikardial, cairan tersebut dapat meregangkan perikardium hingga ukuran maksimalnya.

## **8. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pasien gagal jantung berdasarkan buku panduan penatalaksanaan pasien gagal jantung oleh PERKI, (2020) terdiri atas dua yaitu penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis.

Penatalaksanaan farmakologi pasien gagal jantung yaitu:

- a. Penggunaan obat diuretik, penghambat enzim pengubah angiotensin , vasodilator, dan inotropik. Terapi farmakologis seperti penggunaan loop diuretik dan EKA blocker tetap dianjurkan. Kedua terapi ini dapat digunakan untuk mengurangi tanda dan gejala kelebihan cairan dan dapat membantu mengurangi mortalitas maupun morbiditas pada pasien.
- b. Penatalaksanaan nonfarmakologi yaitu terapi oksigen, juga didukung oleh penelitian Evi et al., (2020) yang menyatakan pemantauan pernapasan dapat membantu pasien mengamati patensi jalan napas dan pertukaran gas. Mengatur posisi pasien dengan semi fowler untuk memudahkan ventilasi, dengan cara memposisikan pasien 30° sampai 40° agar paru dapat mengembang secara semaksimal mungkin.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan congestive heart failure menurut (Dinarti & Yuli, 2017) yaitu sebagai berikut :

a. Identitas Pasien

Seperti : nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, dan nomor pendaftaran (Dinarti & Yuli, 2017).

b. Keluhan pertama

Pasien gagal jantung adalah sesak, mudah lelah, nyeri dada, terdapat edema pada ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, lemas dan sulit tidur (Dinarti & Yuli, 2017).

c. Riwayat kesehatan pasien

1) Riwayat kesehatan pasien sekarang

Memeriksa apa keluhan utama pasien, keadaan umum pasien, kesadaran, ukur tekanan darah, frekuensi nadi, GCS, laju pernapasan, dan suhu kulit pasien (Dinarti & Yuli, 2017).

2) Riwayat kesehatan pasien dahulu

Mengetahui apakah ada riwayat penyakit sebelumnya seperti menderita nyeri dada khas, hipertensi, diabetes melitus, tanyakan juga obat-obatan yang biasa diminum pasien dahulu (Dinarti & Yuli, 2017).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah salah satu keluarga ada yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lainnya seperti diabetes melitus dan tekanan darah tinggi (Dinarti & Yuli, 2017) .

#### d. Pengakajian dan Pemeriksaan Fisik

Menurut (Doengoes, Marilyn E, Mary Frances Moorhouse, & Alice C Murr, 2016) pengkajian atau pemeriksaan fisik pada klien gagal jantung meliputi :

##### 1) Kegiatan/Istirahat

Gejala : Kelelahan, kelelahan berlanjut sepanjang hari ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari, seperti membereskan tempat tidur , sesak saat istirahat atau saat beraktivitas dan ketidakmampuan untuk tidur

Tanda : Latihan terbatas , kelelahan, gelisah, seperti gelisah maupun lesu, tanda vital berubah setelah melakukan aktivitas.

##### 2) Sirkulasi

Gejala : Memiliki riwayat hipertensi, penyakit katup jantung, operasi jantung, lupus eritematosus sistemik, anemia dan syok septik serta pembengkakan kaki, tungkai.

Tanda : Tekanan darah mungkin rendah dengan kegagalan mempompa jantung; dalam kisaran normal dengan HF ringan atau kronis; atau tinggi dengan kelebihan cairan, HF sisi kiri, dan peningkatan resistensi vaskuler sistemik (SVR)

- Tekanan nadi menyempit, mencerminkan penurunan volume sekuncup ventrikel
- Denyut dan irama jantung: Takikardia; disritmia seperti fibrilasi atrium, kontraksi ventrikel prematur, blok jantung

Denyut apikal: Titik intensitas maksimal (PMI) berdifusi dan berpindah ke kiri

- Bunyi jantung: S<sub>1</sub> dan S<sub>2</sub> mungkin melunak; S<sub>2</sub>, Tekanan darah (TD) mungkin rendah dengan kegagalan pompa jantung; dalam kisaran normal dengan gagal jantung ringan atau kronis; atau tinggi dengan kelebihan cairan, gagal jantung sisi kiri, dan peningkatan resistensi vaskuler sistemik (SVR)
  - Tekanan nadi menyempit, mencerminkan penurunan volume sekuncup ventrikel
  - Denyut dan irama jantung: Takikardia; disritmia seperti fibrilasi atrium, kontraksi ventrikel prematur, blok jantung
- Denyut apikal: Titik intensitas maksimal (PMI) berdifusi dan berpindah ke kiri
- Bunyi jantung: S<sub>1</sub> dan S<sub>2</sub> ,mungkin melunak ; S<sub>2</sub>, irama berpacu pada diagnosa gagal jantung S<sub>2</sub>, terjadi dengan hipertensi, murmur sistolik dan diastolik yang menunjukkan adanya stenosis atau insufisiensi katup, menyebabkan atau memperburuk gagal jantung
  - Nadi : Nadi perifer berkurang; pulsasi sentral mungkin terbatas, misalnya, pulsasi jugularis, karotis.
  - Warna jaringan kulit pucat, pucat, kehitaman, atau sianotik •  
 Dasar kuku pucat atau sianotik, dengan pengisian kapiler

lambat Hati membesar dan teraba; refleks hepatojugular positif mungkin ada pada HF sisi kanan

- Edema dependen, generalisata, atau pitting, terutama pada ekstremitas
- Vena leher menonjol (distensi vena jugularis [JVD])

### 3) Integritas Ego

Tanda : Kecemasan, ketakutan, Stres yang berhubungan dengan penyakit atau masalah keuangan (pekerjaan, biaya perawatan medis)

Gejala : Berbagai manifestasi perilaku, misalnya kecemasan, kemarahan, ketakutan.

### 4) Eliminate

Tanda : Berkemih berkurang, urine berwarna gelap Berkemih pada malam hari

Gejala : Penurunan buang air kecil di siang hari dan peningkatan buang air kecil di malam hari

### 5) Makanan dan Cairan

Tanda : Riwayat diet tinggi garam dan makanan olahan, lemak, gula, dan kafein, Kehilangan nafsu makan, anoreksia.

Pertambahan berat badan yang signifikan (mungkin tidak merespons penggunaan diuretik) Pakaian atau sepatu ketat  
Penggunaan diuretik

Gejala : Pertambahan berat badan yang cepat atau terus menerus

- Edema menyeluruh, termasuk seluruh tubuh atau ekstremitas bawah bengkak-edema umum, tergantung, pitting, berotot
- Distensi abdomen, menunjukkan asites atau pembengkakan hatim hari (nokturia)

6) Kebersihan

Gejala : Kelelahan, kelemahan, kelelahan selama aktivitas perawatan diri.

Tanda : Penampilan menunjukkan perawatan pada pribadi

7) Neurosensori

Gejala : Kelemahan, pusing bahkan pingsan

Tanda : Kelesuan, kebingungan, disorientasi, perubahan perilaku, dan lekas marah

8) Nyeri dan ketidaknyamanan

Gejala : Sakit pada dada,angina kronis atau akut, nyeri perutkanan atas sakit dan nyeri otot secara umum

Tanda : Kegelisahan, menarik diri dan menjaga diri.

9) Pernafasan

Gejala : Sesak nafas dengan aktivitas atau istirahat, dispnea nokturnal yang mengganggu tidur, tidur sambil duduk , batuk dengan atau tanpa produksi sputum, terutama saat terlentang, penggunaan alat bantu pernapasan.

Tanda : Takipnea, sesak napas dengan penggunaan otot aksesori, pembengkakan hidung, batuk lembab dengan gagal jantung sisi

kiri, sputum mungkin berlumuran darah, merah muda dan berbusa (edema paru), bunyi napas mungkin berkurang, dengan bibasilar crackles dan mengi, pemikiran dapat berkurang; lesu, kegelisahan, pucat atau sianosis.

#### 10) Interaksi Sosial

Gejala : Berkurangnya partisipasi dalam kegiatan sosial biasa

#### 11) Pengajaran

Riwayat keluarga terkena HF pada usia muda (bentuk genetik), faktor risiko keluarga, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penggunaan atau penyalahgunaan obat jantung, penggunaan vitamin, suplemen herbal, misalnya niasin, koenzim Q10, bawang putih, ginkgo, tumbuhan hitam, dandelion, atau aspirin, rawat inap baru-baru ini atau berulang bukti kegagalan untuk meningkatkan.

#### e. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Sidarta et al., 2018) Pemeriksaan penunjang pada pasien gagal jantung dapat dilakukan dengan cara berikut:

- 1) Foto thorax : Mengungkapkan pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegakkan diagnosis CHF.
- 2) EKG : Menunjukkan takikardia, hipertrofi ventrikel dan iskemia
- 3) Pemeriksaan laboratorium : hiponatremia, hiperkalemia, pada gagal jantung stadium lanjut, nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin meningkat.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks, 2014) masalah keperawatan atau diagnosa yang sering muncul pada klien Congestive Heart Failure (CHF) adalah sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan gagal jantung atau disritmia atau keduanya
- b. Kelebihan cairan berhubungan dengan penurunan filtrasi glomerulus, penurunan curah jantung, peningkatan produksi hormon antidiuretik, dan retensi air
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan cairan di alveoli
- d. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan menurunnya curah jantung
- e. Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan menurunnya curah jantung
- f. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan menurunnya perfusi jaringan
- g. Risiko kecemasan berhubungan dengan menurunnya curah jantung, hipoksia, dan ketakutan dengan kematian.

### 3. Intervensi

Menurut (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks,2014) intervensi atau perencanaan keperawatan pada klien *Congestive*

*Heart Failure (CHF)*, yaitu meliputi:

No.	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC	Rasional
1.	Penurunan curah jantung berkaitan dengan gagal jantung atau disritmia maupun keduanya	<p><b>Efektivitas Pompa Jantung</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien akan menunjukkan peningkatan curah jantung yang dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irama jantung reguler</li> <li>2. Denyut Jantung</li> <li>3. Tekanan Darah</li> <li>4. Pernapasan</li> <li>5. Keluaran Urine</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Tanda Vital</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tekanan darah untuk mengetahui hipotensi atau hipertensi dan Vital respiratory rate untuk takipnea setiap 1 jam.</li> <li>2. Mengkaji denyut dan irama jantung setiap 1 jam, amati takikardia. Pantau disritmia secara terus menerus.</li> <li>3. Dengarkan denyut jantung tiap 2 jam selanjutnya amati adakah suara jantung seperti murmur, S3 atau S4.</li> <li>4. Memonitor suara paru setiap 2 jam untuk mengetahui suara ronki dan amati adanya batuk.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipotensi dapat menunjukkan penurunan curah jantung dan dapat menyebabkan penurunan perfusi arteri koroner. Hipertensi mungkin disebabkan oleh vasokonstriksi kronis dan dapat menunjukkan rasa takut dan peningkatan laju pernapasan dapat menunjukkan peningkatan kongesti paru.</li> <li>2. Takikardia dapat meningkatkan kebutuhan oksigen dan dapat menjadi mekanisme kompensasi yang berhubungan dengan penurunan curah jantung. Pembesaran ventrikel mengurangi konduksi impuls jantung dan dapat menyebabkan disritmia.</li> <li>3. Waktu pengisian yang tertunda, ejeksi yang tidak lengkap, dan perubahan struktural pada jantung dapat serta kelebihan cairan dapat menyebabkan bunyi jantung abnormal</li> <li>4. Peningkatan tekanan intraventrikular ditransmisikan kembali ke sirkulasi pulmonalis, ditransmisikan kembali ke sirkulasi pulmonalis, peningkatan tekanan hidrostatik kapiler paru-paru dan melebihi</li> </ol>

			<p><b>Perawatan Jantung Akut</b></p> <p>5. Mendokumentasikan irama denyut jantung setiap 8 jam dan jika terjadi disritmia. Ukur dan catat denyut jantung, tiap stripinterval QRS,PT dan QT dan segmen ST dan catat adakah deviasi dari kondisi semula.</p> <p>6. Melaporkan disritmia kepada dokter</p> <p>7. Monitor hasil laboratorium untuk mengetahui bagaimana nilai isoenzim, peptida atrial,CK, LDH, AST, BUN, kreatinin, uji fungsi hati, pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, glukosa, fungsi tiroid, profil lipid.</p> <p>8. Memonitor asupan dan keluaran dan analisis temuan tiap 8 jam dan jika diperlukan. Amati warna dan jumlah urine tiap 2</p>	<p>tekanan onkotik cairan yang bergerak dalam septum interalveolar, yang ditandai dengan auskultasi menunjukkan Ronki, peningkatan pendekatan pernapasan. dan produksi dahak.</p> <p>5. Disritmia umum termasuk kontraksi prematur atrium, kontraksi prematur ventrikel, dan takikardia paroksismal atrium. Perubahan segmen ST dapat mengindikasikan iskemia miokard, yang dapat terjadi akibat berkurangnya perfusi arteri koroner.</p> <p>6. Disritmia dapat mengurangi curah jantung.</p> <p>7. Nilai laboratorium ini bermanfaat mengindikasikan infark miokardium, gagal jantung berat, gagal ginjal, atau gagal hati.</p> <p>8. Jika asupan lebih dari keluaran, klien berisiko mengalami kelebihan cairan dan tidak mengekskresikan cairan karena dekomposisi jantung. Urine gelap dan pekat dan oliguria menunjukkan</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>jam jika perlu.</p> <p>9. Mengkaji perubahan status mental</p> <p>10. Mengkaji pulsasi perifer dan amati kekuatan, kualitas nadi, dan adanya pulsus alternans</p> <p>11. Memberikan obat yang telah diresepkan dan evaluasi respons klien terhadap efek yang diinginkan (sebutkan)</p> <p><b>Kewaspadaan Terhadap Jantung</b></p> <p>12. Dorong klien beristirahat baik secara fisik atau mental</p> <p>13. Menghindari pemeriksaan suhu dengan termometer rektal, enema, obat-obatan dari jalur rektum.</p> <p>14. Mendorong klien untuk makan dalam porsi kecil dan beristirahat</p>	<p>penurunan perfusi ginjal. Diuresis diharapkan terjadi pada klien yang mendapatkan terapi diuretik.</p> <p>9. Perubahan status mental pada pasien dapat mengindikasikan penurunan perfusi serebral atau hipoksia</p> <p>10. Penurunan pada kekuatan denyut perifer sering ditemukan pada klien dengan penurunan curah jantung dan penurunan lanjutan pada denyut nadi dari angka awal dapat menunjukkan adanya gagal jantung yang lebih parah.</p> <p>11. Obat yang sudah diresepkan digunakan untuk meningkatkan respons kontraktilitas dan menurunkan preload dan afterload dan efeknya harus dievaluasi. Kadar terapeutik dan efek samping harus dimonitor</p> <p>12. Peningkatan kelelahan mental dan fisik dapat meningkatkan kebutuhan oksigen miokardial.</p> <p>13. Stimulasi pada rektum dapat menyebabkan respons Valsava yang dapat memicu bradikardia</p> <p>14. Makanan porsi yang besar dapat meningkatkan beban miokardium</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.	Kelebihan pada volume cairan yang berhubungan dengan penurunan filtrasi glomerulus, penurunan curah jantung peningkatan produksi hormon antidiuretik dan aldosteron serta retensi air serta natrium	<p><b>Keseimbangan Cairan</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien akan menunjukkan keseimbangan cairan yang adekuat yang dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluaran yang seimbang atau lebih banyak dari asupan</li> <li>2. Suara pernapasan yang jernih</li> <li>3. Edema yang berkurang</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor asupan dan keluaran setiap 4 jam</li> <li>2. Menimbang berat badan klien setiap hari</li> <li>3. Mengauskultasi suara nafas tiap 2 jam</li> <li>4. Mengkaji adanya edema perifer. Jangan mengangkat tungkai jika klien sesak napas</li> <li>5. Kaji distensi vena jugularis, hepatomegali, dan nyeri abdomen</li> </ol> <p><b>Manajemen Hipervolemia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengikuti pembatasan cairan .</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan antara asupan dan keluaran mencerminkan status cairan (bergantung pada status klien).</li> <li>2. Berat badan adalah indikator keseimbangan cairan dan peningkatan berat badan mengindikasikan kelebihan cairan</li> <li>3. Jika tekanan pada hidrostatis kapiler pulmonal melebihi tekanan onkotik, cairan bergerak di dalam septum interalveolar dan ditandai dengan suara ronki pada auskultasi.</li> <li>4. Gagal jantung dapat menyebabkan kongesti vena, yang dapat mengakibatkan peningkatan tekanan kapiler. Jika tekanan hidrostatis melebihi tekanan interstisial, cairan akan bocor keluar kapiler dan muncul sebagai edema di tungkai, sakrum, dan skrotum.</li> <li>5. Peningkatan volume pada vena cava terjadi akibat pengosongan atrium kanan yang tidak adekuat. Kelebihan cairan ditransmisikan ke vena jugularis, hati dan abdomen serta dapat diamati sebagai distensi.</li> <li>6. Penurunan tekanan darah sistemik bisa menyebabkan stimulasi aldosteron yang akan menyebabkan peningkatan absorpsi natrium tubulus ginjal, diet rendah natrium membantu mencegah peningkatan retensi natrium yang akan menurunkan retensi natrium.</li> </ol>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>7. Memberikan terapi diuretik sesuai resep dan evaluasi efektivitas terapi. Kosongkan kantong kateter urine sebelum pemberian diuretik untuk mencatat volume urine yang dikeluarkan.</p> <p><b>Pemelihara Kesehatan Oral</b></p> <p>8. Mendorong atau berikan perawatan mulut tiap 2 jam</p>	<p>7. Diuretik sering diresepkan untuk meningkatkan diuresis cairan yang terakumulasi. Perawat harus menemukan peningkatan output urin, peningkatan pernapasan dan penurunan berat badan setelah klien menerima terapi diuretik.</p> <p>8. Klien merasakan haus karena tubuh merasakan dehidrasi.</p>
3.	Gangguan pada pertukaran gas berhubungan dengan cairan di alveoli	<p><b>Status Pernapasan : Pertukaran Gas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien akan mengalami perbaikan pada pertukaran gas dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan dispnea</li> <li>2. Tidak ada sianosis</li> <li>3. Analisis gas darah arteri yang normal</li> <li>4. penurunan kongesti pulmonal pada pemeriksaan auskultasi.</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Tanda Vital</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengauskultasi suara pernapasan tiap 2 jam</li> <li>2. Mengkaji laju pernapasan dan irama pernapasan setiap 2 jam jika perlu</li> <li>3. Memonitor denyut oksimetri.</li> </ol> <p><b>Peningkatan Batuk</b></p> <p>4. Mendorong klien untuk mengubah posisi, batuk, dan bernapas dalam dan menggunakan spirometer insentif tiap 2 jam</p> <p><b>Terapi Oksigen</b></p> <p>5. Memberikan oksigen sesuai resep.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auskultasi mengungkapkan ronki yang menunjukkan kongesti paru</li> <li>2. Peningkatan laju pernapasan menunjukkan gangguan oksigenasi dan penurunan laju pernapasan dapat mengindikasikan Ancaman gagal napas.</li> <li>3. Spo2 yang rendah menandakan hipoksia.</li> <li>4. Hal ini sangat membantu memfasilitasi napas penghantaran oksigen dan pembersihan jalan</li> <li>5. Terapi oksigen akan meningkatkan</li> </ol>

			<p><b>Pemantauan Pernapasan</b> 6. Mengkaji sianosis tiap 4 jam jika perlu</p> <p><b>Manajemen Jalan Napas</b> 7. Memposisikan klien untuk memfasilitasi pernapasan dan amati adanya dispnea nokturnal paroksismal</p> <p><b>Manajemen Asam Basa</b> 8. Melakukan analisis darah jika Diperintahkan</p> <p><b>Manajemen Hipervolemia</b> 9. Memberikan diuretik sesuai resep, dan monitor efektivitasnya.</p>	<p>oksigenasi dengan meningkatkan jumlah oksigen yang tersedia untuk persalinan.</p> <p>6. Sianosis sirkumoral dan sianosis pada ujung jari atau ujung hidung menunjukkan hipoksia akibat kekurangan oksigen di jaringan perifer. Sianosis adalah tanda akhir oksigenasi yang buruk.</p> <p>7. Posisi semi fowler dan menempatkan klien dalam posisi ortopnea memfasilitasi gerakan diafragma. Dispnea nokturnal paroksismal dapat terjadi karena klien dalam posisi terlentang, aliran balik vena ke jantung meningkat.</p> <p>8. Analisis gas darah arteri menunjukkan apakah klien hipoksia, asidosis, atau keduanya.</p> <p>9. Diuretik meningkatkan adanya kehilangan cairan di dalam alveoli dan sistemik.</p>
4.	Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan pada curah jantung	<p><b>Perfusi Jaringan</b> Setelah dilakukannya tindakan keperawatan diharapkan klien akan memiliki perfusi jaringan yang adekuat dibuktikan dengan:</p>	<p><b>Perawatan Jantung; Akut</b> 1. Mengamati warna dan suhu kulit setiap 4 jam</p>	<p>1. Kulit yang pucat serta dingin menandakan adanya terjadinya penurunan perfusi jaringan</p> <p>2. Penurunan denyut nadi menandakan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit yang hangat</li> <li>2. Pulsasi perifer.</li> <li>3. Keluaran urine yang adekuat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor denyut nadi perifer tiap 4 jam</li> </ol> <p><b>Pengaturan Suhu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberikan lingkungan yang hangat</li> </ol> <p><b>Kewaspadaan Terhadap Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mendorong gerakan rentang seni yang aktif</li> <li>5. Melindungi kulit dari trauma dengan memberikan kaos kaki katun</li> </ol> <p><b>Pemantauan Cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memonitor keluaran urine setiap 4 jam</li> </ol>	<p>penurunan perfusi jaringan akibat vasokonstriksi pembuluh darah.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lingkungan yang hangat dapat meningkatkan vasodilatasi yang akan menurunkan preload</li> <li>4. Rentang gerak sendi membantu mengurangi pembendungan vena</li> <li>5. Kulit yang tidak mendapatkan perfusi yang baik maka akan lebih lama sembuh jika mengalami cedera</li> <li>6. Penurunan perfusi ke ginjal dapat menyebabkan terjadinya oliguria</li> </ol>
5.	Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan pemurunan curah jantung	<p><b>Toleransi Aktivitas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien akan mengalami peningkatan tanpa dispnea</p>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi jarak tindakan keperawatan</li> <li>2. Menjadwalkan waktu istirahat</li> </ol> <p><b>Monitor Tanda Vital</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memonitor tanggapan klien terhadap aktivitas. Kaji tanda vital sebelum dan sesudah kegiatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengelompokan aktivitas meningkatkan kebutuhan miokardium sehingga bisa menyebabkan kelelahan.</li> <li>2. Waktu istirahat membantu menghilangkan kelelahan dan penurunan kerja jantung.</li> <li>3. Dispnea, takikardia, angina, diaforesis, dan hipotensi semuanya menandakan aktivitas tersebut meningkatkan miokard lebih dari yang dapat disuplai jantung. Waktu yang dibutuhkan tanda-tanda vital untuk kembali</li> </ol>

			<p><b>Promosi Latihan : Ambulasi</b> 4. Meningkatkan kegiatan sesuai perintah dokter</p> <p><b>Konseling</b> 5. Menginstruksikan pasien untuk menghindari kegiatan yang dapat meningkatkan beban jantung</p>	<p>ke tingkat semula menunjukkan kemunduran keadaan jantung.</p> <p>4. Kegiatan yang meningkat secara bertahap dan tepat dapat membantu klien mendapatkan kondisi jantung yang optimal.</p> <p>5. Kegiatan seperti menaiki tangga, bekerja dengan lengan di atas kepala, atau gerakan lengan panjang dapat menyebabkan kelelahan berlebihan dan membutuhkan lebih banyak curah jantung daripada yang dapat disediakan oleh tubuh.</p>
6.	Risiko pada gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan perfusi jaringan	<p><b>Integritas Jaringan: Kulit</b> Setelah dilakukannya tindakan keperawatan maka diharapkan klien akan memiliki risiko gangguan kulit yang lebih rendah</p>	<p><b>Pencegahan Dekubitus</b> 1. Memposisikan ulang klien tiap 2 jam jika klien dapat bergerak sendiri.</p> <p>2. Memberikan kasur terapeutik jika klien berada di tempat tidur</p> <p>3. Mengkaji kulit, terutama penonjolan tulang. Cari adanya kemerahan pada tiap sif jaga dan jika diperlukan. Gunakan alat pelindung jika terdapat kemerahan pada kulit.</p> <p>4. Membantu klien untuk perawatan pagi hari dan lumasi kulit.</p>	<p>1. Mengubah posisi lebih sering mengurangi pembentukan ulkus dekubitus dengan mengurangi jumlah waktu pemaparan terhadap tekanan .</p> <p>2. Kasur yang dapat mendistribusikan tekanan dapat mengurangi tekanan pada sakrum jika klien sedang duduk di tempat tidur.</p> <p>3. Kemerahan menunjukkan peningkatan tekanan di suatu area dan merupakan tanda pertama cedera pada kulit.</p> <p>4. Klien dapat mengalami kesulitan merawat kulit mereka sendiri dan pengasuh harus memastikan kulit bersih dan dilembabkan dengan baik.</p>

			<p><b>Surveilans Kulit</b></p> <p>5. Mengakut tumit dari tempat tidur jika klien mengalami gerakan spontan halus pada tungkai</p>	5. Tonjolan posterior tumit berisiko tinggi terhadap cedera pada klien dalam posisi semi fowler.
7.	Risiko kecemasan berhubungan dengan penurunan curah jantung, hipoksia, dan ketakutan terhadap kematian	<p><b>Pengendalian Kecemasan</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan klien tidak akan mengalami manifestasi kecemasan dan dapat mengekspresikan kekhawatirannya</p>	<p><b>Penurunan Kecemasan</b></p> <p>1. Memberikan lingkungan yang Tenang</p> <p>2. Mendorong klien untuk bertanya</p> <p>3. Memberikan dukungan emosional pada klien</p> <p><b>Bimbingan Antisipasi</b></p> <p>4. Menjelaskan sebelumnya mengenai prosedur</p> <p><b>Peningkatan Koping</b></p> <p>5. Mendorong pasien menggunakan dukungan tambahan</p>	<p>1. Lingkungan yang tenang mengurangi kecemasan</p> <p>2. Mendorong klien bertanya, perawat dapat memberikan forum diskusi yang terbuka bersama</p> <p>3. Dengan membiarkan klien dengan sistem pendukungnya untuk dapat mengeluarkan kecemasan dan rasa takut yang dirasakan</p> <p>4. Dengan memberikan informasi yang lengkap, klien tidak akan merasakan cemas mengenai perawatan .</p> <p>5. Dukungan orang tambahan seperti pemimpin agama, pekerja sosial, konselor, dan perawat klinis spesialis.</p>

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

#### 4. Inovasi (Posisi Semi Fowler)

##### a. Jurnal Terkait

- 1) Hastomo dan Saputro (2021). Asuhan Keperawatan pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan Kebutuhan Oksigenasi. Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kusuma Husada Surakarta. Hasil studi kasus ini menunjukkan setelah dilakukan implementasi keperawatan dengan posisi semi fowler 45 derajat selama 30 menit menunjukkan penurunan respiratory rate dengan peningkatan saturasi oksigen.
- 2) Muzakki dan Ani (2020) . Implementasi Posisi Semi Fowler Terhadap Pola Nafas Yang Tidak Efektif Yang Dialami Pasien Congestive Heart Failure . Hasil menunjukkan penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45°) selama 3x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi.
- 3) Nurani dan Arianti (2022). Pelaksanaan Posisi Semi Fowler Terhadap Pola Nafas Yang Tidak Efektif Yang Dialami Klien Gagal Jantung . Jurnal Keperawatan Bunda Delima Vol 4 No.2. Posisi semi Fowler 45 derajat menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pernafasan, sehingga oksigen yang masuk kedalam paru-paru akan lebih optimal sehingga pasien dapat

bernafas lebih lega dan akan mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan ketika ingin tidur

- 4) Aprilia, dkk (2022). Keberhasilan Pemberian Posisi Semi Fowler Dan Posisi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Jantung Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI) Volume 7, Number 1*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan saturasi oksigen pada pasien gagal jantung sesudah diberi perlakuan posisi semi fowler. Rata-rata saturasi oksigen sebelum diberi posisi semi fowler adalah 95,40% dan terjadi peningkatan saturasi oksigen sesudah diberi posisi semi fowler adalah 98,20% pada pasien gagal jantung.
- 5) Wijayati, dkk (2019). Akibat Dari Posisi Tidur Semi Fowler 45° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus. *Jurnal Medica Hospitalia Volume 6*. Hasil penelitian ada pengaruh pemberian posisi tidur semi Fowler 45° terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan selisih median saturasi oksigen sebelum dan setelah diberikan perlakuan adalah 2%. Nilai saturasi oksigen terendah sebelum diberikan perlakuan adalah 81% dan nilai tertinggi adalah 98%, dengan nilai median

saturasi oksigen sebelum perlakuan adalah 96%. Nilai saturasi oksigen terendah setelah diberikan perlakuan adalah 95% dan nilai tertinggi adalah 99%, dengan median saturasi oksigen setelah perlakuan adalah 98%.

b. Konsep Pemberian Posisi Semi Fowler

1) Pengertian

Posisi semi-fowler merupakan posisi yang menggunakan gaya gravitasi untuk membantu mengembangkan paru-paru dan mengurangi tekanan visceral perut dalam diafragma sehingga diafragma dapat diangkat dan paru-paru akan meluas secara optimal dan volume pasang surut paru-paru akan dipenuhi. (Suhatriidjas dan Isnayanti, 2020)

2) Tujuan

Tujuan dari tindakan pemberian posisi semi fowler kepada klien gaga; jantung adalah untuk mengurangi sesak nafas dan meningkatkan nilai saturasi oksigen pada pasien (Yesni, 2019). Saat posisi semi fowler akan menarik diafragma ke bawah sehingga dapat meminimalisir ekspansi paru dan dapat mengurangi konsumsi oksigen (Hastomo dan Saputro, 2021).

3) Menurut (Hastomo dan Saputro, 2021) Indikasi pemberian posisi semi fowler yaitu pada pasien dengan gangguan pernafasan , pasien pasca bedah, ( bedah hidung, thorax )bila

keadaan umum pasien baik atau sudah sadar betul dan pada pasien yang mengalami imobilisasi

- 4) Menurut (Hastomo dan Saputro, 2021) kontra indikasi pemberian posisi semi fowler yaitu klien dengan pembedahan spinal dan klien dengan pemberian anestesi spinal
- 5) Prosedur Tindakan

**Tabel 2.2 Standar Operasional Prosedur**

Pengkajian	
	Kaji keselarasan tubuh saat mengubah posisi
	Mengkaji kemampuan klien untuk melakukan mobilisasi di tempat tidur
	Diagnosa keperawatan : - Gagal Jantung
Tahap pra interaksi	
	Mencuci kedua tangan
	Persiapkan alat yang akan digunakan - Penutup sisi tempat tidur/jeruji tempat tidur dan tempat tidur pasien dan bantal
Tahap Orientasi	
	Menyapa klien
	Memperkenalkan diri kepada klien
	Melakukan kontrak dengan klien/keluarga
	Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan yang akan dilakukan
	Mempertanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan
	Mendekatkan alat ingin digunakan
Tahap Kerja	
	Mengkaji kebutuhan pasien jika memerlukan bantuan
	Membaca doa
	Tinggikan tempat tidur ke tingkat yang nyaman, meimndahkan bantal, bawa peralatan sesuai dengan kebutuhan
	Pasang tirai penutup
	Atur tempat tidur dengan posisi yang datar dan bantu pasien untuk bergeser ke sisi atas tempat tidur
	Tinggikan kepala tempat tidur 45°
	Menaruh bantal tipis untuk menyokong kepala
	Gunakan bantal untuk menopang lengan dan tangan klien saat tubuh dimobilisasi

	Tahap Terminasi
	Membaca Alhamdulillah
	Rapikan pasien
	Evaluasi respon pada klien
	Berikan penguatan positif pada klien
	Membuat kontrak pertemuan selanjutnya
	Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa <p style="text-align: center;">         اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ اذْهَبِ الْبَاسَ اِشْفِ اَنْتَ الشَّافِي          لَا شِفَاءَ اِلَّا شِفَاؤَكَ شِفَاءً لَا يُعَادِرُ سَقَمًا       </p> <p>Artinya (Ya Allah. Tuhan seluruh umat manusia, hapus semua kliennya, angkat penyakitnya, sembuhkan dia, Anda adalah penyembuh yang hebat, tidak ada yang menyembuhkan selain Anda, sembuhkan dengan penyembuhan yang tidak meninggalkan rasa sakit lagi) dan pamit dengan salam .</p>
	Mencuci tangan
	Mendokumentasikan kegiatan
Evaluasi	
	Inspeksi kulit klien pada daerah yang tertekan,
	Menanyakan pada klien apakah posisinya sudah nyaman
	Amati body alignment
Dokumentasi	
	Posisi yang sudah ditugaskan ke klien dan waktu perubahan posisi

## 5. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan perawat guna membantu pasien dari suatu masalah status kesehatan yang dihadapi dengan status kesehatan yang baik yang menggambarkan penilaian hasil yang diinginkan. Proses pelaksanaan harus berpusat pada kebutuhan pasien, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

## **6. Evaluasi**

Penilaian dilakukan terutama untuk menentukan apakah suatu kemajuan mengalami kemajuan yaitu, mengalami peningkatan status kesehatan. Evaluasi bukanlah akhir dari proses keperawatan, melainkan mekanisme berkelanjutan yang memastikan intervensi yang berkualitas. Evaluasi yang efektif dilakukan secara berkala, tidak hanya sebelum penghentian perawatan. Evaluasi terkait erat dengan masing-masing tahap lain dari proses keperawatan (Nurasihtho, 2022).