



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA TN. E DENGAN  
*CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG ICU  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**ELDHA TIMBANG (NS2314901032)**

**FEBE MEISKE (NS2314901038)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA TN. E DENGAN  
*CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG ICU  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**ELDHA TIMBANG (NS2314901032)**

**FEBE MEISKE (NS2314901038)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Eldha Timbang (NS2314901032)
2. Febe Meiske (NS2314901038)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 10 Juni 2024

yang menyatakan,



Eldha Timbang



Febe Meiske

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Tn. E dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

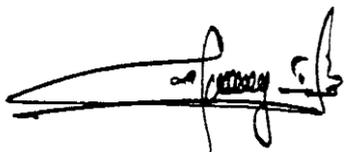
Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Eldha Timbang / NS2314901032  
2. Febe Meiske / NS2314901038

**Disetujui Oleh**

Pembimbing 1

Pembimbing 2



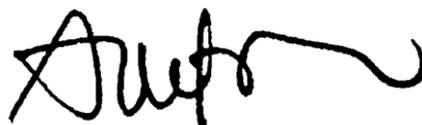
(Mery Solon, Ns.,M.Kes)  
NIDN: 0910057502



(Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes)  
NIDN: 0925027603

**Mengetahui,**

**Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns., Sp. Kep. MB.,PhDNS)  
NIDN: 092802710

## HALAMAN PENGESAHAN

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:**

Nama : Eldha Timbang (NS2314901032)  
Febe Meiske (NS2314901038)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji**

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon Ns., M.Kes  
Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes  
Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes  
Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN  
Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar  
Tanggal : 10 Juni 2024

**Mengetahui,**  
**Rektor STIK Stella Maris Makassar**  
  
**Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep..Ns. M.Kes**  
NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eldha Timbang (NS2314901032)  
Febe Meiske (NS2314901038)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 10 Juni 2024

Yang menyatakan



Eldha Timbang



Febe Meiske

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. E dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai Dosen Penguji I yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
4. Mery Sambo, Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi
5. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing I dan Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah

memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini

6. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta dari Eldha Timbang (Y.K. Timbang dan Yohana Tangdi Embong) dan orang tua tercinta dari Febe Meiske (Yulianus dan Desyana Tience), serta semua keluarga dan sahabat di asrama yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Untuk teman – teman mahasiswa/i STIK Stella Maris profesi ners angkatan 2021 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 10 Juli 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
C. Manfaat Penulisan .....	4
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
A. Konsep Dasar Medis .....	7
1. Defenisi .....	7
2. Anatomi dan Fisiologi Jantung .....	8
3. Etiologi .....	14
4. Klasifikasi .....	16
5. Patofisiologi.....	18
6. Manifestasi Klinis .....	19
7. Pemeriksaan Penunjang .....	21
8. Penatalaksanaan .....	22
9. Komplikasi .....	23
10. Discharge Planning .....	25
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	28
1. Pengkajian .....	28
2. Diagnosa Keperawatan .....	29
3. Intervensi Keperawatan .....	30
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b> .....	48
A. Kajian Keperawatan .....	39
B. Pengkajian Primer .....	49
C. Pengkajian Sekunder .....	51
D. Pemeriksaan Penunjang .....	64
E. Daftar Obat.....	65
F. Terapi.....	65
G. Analisa Data .....	66
H. Diagnosa Keperawatan .....	69
I. Intervensi Keperawatan.....	69

J. Impelementasi Keperawatan.....	69
K. Evaluasi Keperawatan.....	91
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>132</b>
A. Pengkajian .....	132
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing .....	138
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>140</b>
A. Kesimpulan .....	140
B. Saran .....	141
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	39
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan	41
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	42
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan	45
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	8
Gambar 2.2 Patoflowdiagram .....	33

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Konsul

Lampiran 2 Riwayat Hidup

## DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

$\geq$	: Lebih dari sama dengan
$< / >$	: Kurang / lebih dari
$\pm$	: Kurang lebih
WHO	: World Health Organization
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
PND	: <i>Paroxymal Nocturnal Dyspnea</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
SpO <sub>2</sub>	: Saturasi Oksigen Dalam Darah
LVF	: <i>Left Ventricular Failure</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan sebuah masalah Kesehatan di Negara maju dan berkembang. Salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling sering terjadi adalah *Congestive Heart Failure* (CHF). *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan masalah Kesehatan utama, Dimana prevelensi CHF di Negara berkembang cukup tinggi dan semakin meningkat setengah dari pasien yang terdiagnosa CHF masih mempunyai harapan untuk hidup selama 5 tahun namun sekitar 250.000 pasien meninggal oleh karena CHF baik langsung maupun tidak langsung setiap tahunnya, angka tersebut telah meningkat 30-40% hingga berlanjutnya penyakit (Suryana et al.,2021).

Semakin bertambahnya usia, peningkatan jumlah pasien dengan gagal jantung juga meningkat, hal ini dikarenakan terjadi penurunan fungsi organ tubuh seperti jantung dan pembuluh darah. Secara global insiden dan prevalensi gagal jantung dikatakan meningkat hingga 5% pada orang yang berusia diantara 55-65 tahun dan 6-10% pada orang usia > 65 tahun. Meskipun demikian, orang dengan usia 40 tahunan juga memiliki resiko tinggi dalam gagal jantung. Segala jenis penyakit jantung menjadi salah satu penyebab kematian selama 20 tahun terakhir ini, peningkatan tersebut terjadi dari tahun 2000 yaitu sebanyak lebih 2 juta jiwa yang terus meningkat menjadi 9 juta jiwa di tahun 2019 dan diperkirakan 16% mewakili total penyebab kematian di dunia (World Health Organization, 2020). Data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018 juga menyebutkan bahwa prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sebesar 1,5% total

penduduk atau diperkirakan sekitar 29.550 orang. Ada tiga provinsi dengan prevalensi penyakit gagal jantung tertinggi yaitu di Provinsi Kalimantan Utara sekitar 2,2%, DI.Yogyakarta 2,1%, dan Gorontalo 2%, prevalensi gagal jantung tertinggi pada usia 65 -74 tahun (0,5 %) dengan angka kematian 45% - 50% (Akhmad, 2021). Menurut RISKESDAS Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosis dokter sebanyak 4.017 orang dan memiliki gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 3,57% (RISKESDAS, 2018). Sementara itu, jumlah kasus pasien CHF rawat inap yang diperoleh dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari Januari 2023- April 2024 sebanyak 507 kasus.

Berdasarkan dari data diatas menunjukkan bahwa banyaknya jumlah penderita *Congestive Heart Failure* (CHF) yang mengalami kematian menjadi masalah kesehatan dan membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih komprehensif, sehingga perawat dituntut untuk meningkatkan perannya sebagai *promotive, preventif, kuratif*, dan *rehabilitative* karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan saja, tetapi perawat juga melakukan peran *educator* untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga dengan tujuan mampu mengerti tentang penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF), memahami upaya untuk meminimalkan terjadinya kekambuhan serta dapat meningkatkan kualitas hidup (Harisa, 2020).

*Foot* edema didefinisikan sebagai akumulasi cairan di kaki dan tungkai yang diakibatkan oleh ekspansi volume interstisial atau peningkatan volume ekstraseluler. *Foot* edema akan menyebabkan penurunan fungsi kesehatan dan kualitas hidup (HR-QOL), ketidaknyamanan, perubahan postur tubuh, menurunkan mobilitas dan meningkatkan resiko jatuh, gangguan sensasi di kaki dan menyebabkan luka pada kulit. Penatalaksanaan non farmakologi pada edema bertujuan untuk mengurangi bengkak dengan cara

meningkatkan pengeluaran cairan secara limfatik serta menurunkan distribusi cairan secara kapiler yaitu dengan *exercise, elevation, graded external compression (hosiery)*, dan pijat limfatik. Penatalaksanaan edema berupa elevasi 30° menggunakan gravitasi. Pembuluh darah yang lebih tinggi dari jantung akan meningkatkan dan menurunkan tekanan perifer sehingga mengurangi edema (Dewi et al.,2023).

Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar Sulawesi Selatan. Harapan penulis melalui penanganan yang komprehensif tidak terjadi komplikasi dan mengurangi angka kematian dan jumlah *Congestive Heart Failure (CHF)*.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian gawat darurat dan analisa data pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.
- d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.

- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

### **C. Manfaat Penulisan**

Dalam menulis karya ilmiah akhir diharapkan dapat bermanfaat bagi:

#### 1. Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan bagi tenaga keperawatan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

#### 2. Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu sumber informasi dan bacaan bagi tenaga keperawatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

#### 3. Institusi Pendidikan

Menambah pengetahuan dan ketrampilan penulis dalam membuat asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), serta hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan literatur keperawatan dalam meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu:

#### 1. Studi Kepustakaan

Melalui literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan isi karya

ilmiah ini, baik dari buku maupun artikel-artikel.

## 2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengakajian, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi. Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu:

### a. Wawancara

Dengan mengkaji dan menggali permasalahan yang dialami pasien dengan keluarga serta berbagai pihak yang mengetahui kondisi pasien yang dilakukan dengan proses tanya jawab.

### b. Observasi

Melihat secara langsung kondisi dan keadaan pasien serta mengikuti berbagai tindakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien.

### c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien, mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

### d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

## E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) yang terdiri dari konsep dasar medik: pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, perencanaan pulang dan patoflodiagram. BAB III (Pengamatan Kasus) yang diawali

dengan ilustrasi kasus setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data dari pasien, analisa data penetapan diagnosa, keperawatan, BAB IV, diuraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengartikan dan membandingkan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dan juga pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan), BAB V (Simpulan dan Saran) yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi, dan diakhiri dengan Daftar Pustaka.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Dasar Medik

#### 1. Defenisi

CHF suatu keadaan dimana jantung tidak mampu mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat yang menyebabkan penderita akan merasa mudah lelah, orthopnea dan edema (PERKI, 2020).

*Congestive Heart Failure* (CHF) adalah suatu kondisi dimanajantung gagal memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga jantung berusaha lebih keras dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhannya (Pratiwi, 2019).

*Congestive Heart Failure* adalah kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah dengan kecepatan yang sepadan dengan kebutuhan metabolisme jaringan atau hanya dapat memenuhinya hanya jika ada peningkatan tekanan pengisian. Meski biasanya di sebabkan oleh defisit kontraksi *miokardium* yang terjadi perlahan, sindrom klinis serupa terdapat pada sebagian pasien gagal jantung akibat keadaan-keadaan saat jantung normal secara mendadak mendapat beban yang melebihi kapasitasnya (misalnya kelebihan pemberian cairan, *infark miokardium* akut, disfungsi katub akut) atau pengisian ventrikel terganggu (Santos, 2019).

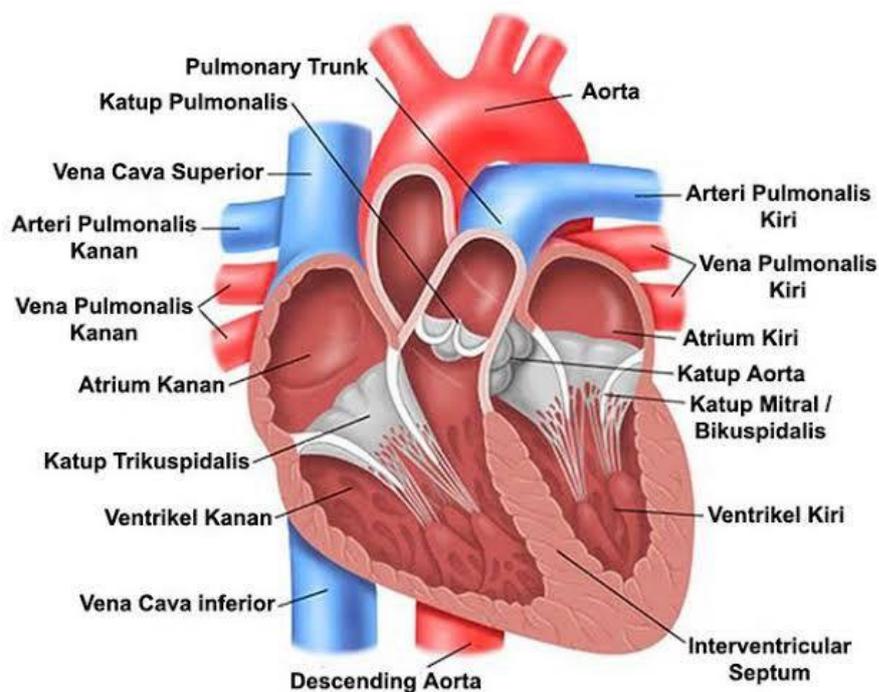
CHF adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh jaringan (Lemon, 2016).

Berdasarkan tinjauan teori diatas di atas maka penulis menyimpulkan bahwa CHF atau gagal jantung kongestif adalah

suatu keadaan dimana jantung tidak mampu untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh secara maksimal karena disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya jantung mendapat beban yang melebihi kapasitasnya seperti kelebihan pemberian cairan, disfungsi katub akut, atau pengisian ventrikel terganggu.

## 2. Anatomi dan Fisiologi jantung

### a. Anatomi jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung  
(RSUD Cilacap go.id, 2023)

#### 1) Lapisan jantung

Menurut Asikin 2016, lapisan jantung terdiri dari :

- a) Perikardium lapisan yang merupakan kantong pembungkus jantung terletak di dalam *mediastinum*

*minus*, terletak di belakang *korpus sterni* dan rawan iga II-VI.

- b) Miokardium lapisan otot jantung menerima darah dari arteri koronaria arteri koronaria kiri bercabang menjadi arteri desending anterior dan arteri sirkumfleks.
- c) Endokardium (permukaan dalam jantung). Dinding dalam atrium diliputi oleh membran yang mengilat, terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir *endokardium*, kecuali *aurikula* dan bagian depan sinus vena kava.

## 2) Ruang - Ruang jantung

- a) Atrium dekstra: terdiri dari rongga utama dan *aurikula* di luar, bagian dalamnya membentuk suatu rigi atau krista terminalis. Bagian utama atrium yang terletak posterior terhadap rigi terdapat dinding halus yang secara *embriologis* berasal dari *sinus venosus*.
- b) Ventrikel dekstra: berhubungan dengan atrium kanan melalui *osteum atrioventrikuler dekstrum* dan dengan traktur pulmonalis melalui *osteum pulmonalis*.
- c) Atrium sinistra: terdiri dari rongga utama dan aurikula, terletak di belakang atrium kanan, membentuk sebagian besar basis (*fascies posterior*) di belakang atrium sinistra terdapat *sinus obliquus perikardium serosum* dan *perikardium fibrosum*.
- d) Ventrikel sinistra: ventrikel kiri berhubungan dengan atrium sinistra melalui *osteum atrioventrikuler sinistra* dan dengan aorta melalui *osteum aorta*. Dinding ventrikel sinistra tiga kali lebih tebal dari ventrikel kanan. Tekanan darah intraventrikuler kiri enam kali lebih tinggi di banding tekanan dari ventrikel dekstra

(Asikin, 2016).

### 3) Katup jantung

#### a) Katup atrioventrikularis (AV)

Katup *atrioventrikularis* terdiri dari dua yaitu *trikuspidalis* dan *bikuspidalis*. Katup *trikuspidalis* yang terletak antara atrium dan ventrikel dextra mempunyai 3 buah daun katup. Katup *mitralis* yang memisahkan atrium dan ventricular sinistra disebut juga katup *bikuspidalis* dengan dua buah daun katup.

#### b) Katup Semilunaris

Katup semilunaris terdiri dari dua katup yaitu katup aorta dan katup pulmonalis. Kedua katup *semilunaris* sama bentuknya, katub ini terdiri dari 3 daun katub simetris yang menyerupai corong yang terlambat kuat pada *annulus fibrosus*. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup pulmonalis terletak antara ventrikel dextra dan arteri pulmonalis (Syaifuddin, 2015).

### 4) Sirkulasi Sistem Kardiovaskuler

#### a) Sirkulasi Sistemik

Sirkulasi sistemik ini dimulai saat dipompanya darah oleh ventrikel kiri menuju arteri terbesar, yaitu aorta. Aorta berjalan naik keatas jantung, melengkung ke bawah pada arkus aorta dan menurun tepat di anterior kolumna yang menyuplai darah ke daerah pelvis dan tungkai. Arteri besar yang menyuplai kepala, lengan, dan jantung, berasal dari arkus aorta, dan arteri utama yang menyuplai organ visera, berasal dari percabangan aorta descendens. Oleh karena itu, semua

organ kecuali hati, mendapat suplai darah dari arteri-arteri yang muncul dari aorta.

b) Sirkulasi Pulmonal

Sirkulasi pulmonal dimulai saat darah dipompa oleh ventrikel kanan ke arteri pulmonalis utama, yang kemudian langsung bercabang dua menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri yang menyuplai masing-masing paru. Darah vena ini mengalami oksigenasi saat alirannya melalui kapiler pulmonal. Selanjutnya darah kembali ke jantung melalui vena-vena pulmonalis ke arteri kiri yang memompanya ke ventrikel kiri. Kebutuhan metabolik paru tidak dipenuhi oleh sirkulasi pulmonal, namun oleh sirkulasi bronkial. Sirkulasi ini muncul dari arteri interkostalis, yang merupakan percabangan dari aorta. Sebagian besar vena dari sirkulasi bronkial berakhir di dalam atrium kanan, namun beberapa bermuara ke dalam vena pulmonalis.

c) Sirkulasi Koroner

Jantung kaya akan pasokan darah, yang berasal dari arteri koronaria kiri dan kanan. Arteri-arteri ini muncul secara terpisah dari sinus aorta pada dasar aorta, dibelakang tonjolan katub aorta. Arteri koronaria kanan berjalan diantara arteri pulmonalis dan arteri kanan, menuju sulkus koroner (atrioventrikuler). Arteri koronaria kiri berjalan di antara arteri pulmonalis dan atrium kiri. Arteri ini terbagi menjadi cabang sirkumfleksa, marginal kiri, dan descendens anterior (Syarifuddin, 2015).

## b. Fisiologi Jantung

Siklus jantung menurut Aspiani (2016) adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel. Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan berelaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistol (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastol (saat ventrikel berelaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. Pada siklus jantung, sistol (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian berelaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali. Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan oleh ventrikel selama satu satuan waktu. Curah jantung pada orang dewasa normal sekitar 5 liter/menit, namun sangat bervariasi tergantung metabolisme kebutuhan tubuh. Curah jantung (CO) sebanding dengan volume sekuncup (SV) kali frekuensi jantung (HR).

Rumus Curah jantung:

$$\mathbf{CO = SV \times HR}$$

Volume sekuncup dengan jumlah darah yang dipompa pada Setiap kontraksi tergantung pada 3 faktor :

### 1) Beban Awal (*Pre-Load*)

- a) *Pre-load* adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. *Pre-load* adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastol.
- b) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastol ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
- c) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang  $2,0 \mu\text{m}$  dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
- e) Hukum Frank-Starling: semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan *preload* terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
- f) Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah  $2,2 \mu\text{m}$ . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi  $2,2 \mu\text{m}$ , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

### 2) Daya kontraksi

- a) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
- b) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

### 3) Beban akhir (*After- Load*)

- a) *After load* adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
- b) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
- c) Kondisi yang menyebabkan baban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
- d) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah  $\pm 70$ ml sehingga curah jantung diperkirakan  $\pm 5$  liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.
- e) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun (Aspiani, 2016).

### 3. Etiologi

Menurut Leniwita & Anggriani (2020), banyak kondisi atau penyakit yang dapat menjadi penyebab *Congestive Heart Failure* (CHF) antara lain :

#### a. Faktor predisposisi

##### 1) Usia > 60 Tahun

Penuaan mempengaruhi baroreseptor yang terlibat pada pengaturan tekanan pada pembuluh darah serta elastisitas arteri jantung. Tekanan dalam pembuluh meningkat Ketika arteri menjadi kurang lentur sehingga terjadi penurunan kontraktilitas otot jantung.

## 2) Jenis Kelamin

Pada saat perempuan mengalami menopause, perempuan mulai kehilangan hormon estrogen sehingga pengaturan metabolisme di hati terganggu membuat *Low Density Lipoprotein* (LDL) meningkat dan dapat menjadi plak pada arteri jantung sehingga terjadi perubahan aliran darah coroner dan pompa jantung menjadi tidak adekuat.

## 3) Penyakit Jantung Bawaan

Sebagian bayi lahir dengan sekat ruang jantung atau katup jantung yang tidak sempurna. Kondisi ini dapat menyebabkan bagian jantung yang sehat harus bekerja lebih keras dalam memompa darah sehingga menyebabkan beban kerja jantung meningkat dan berpotensi menimbulkan gagal jantung.

### b. Faktor Presipitasi

#### 1) Kebiasaan merokok

Ketika merokok, zat nikotin dan karbon monoksida pada rokok masuk dalam tubuh yang dapat mengurangi kadar oksigen dalam darah sehingga bisa menaikkan tekanan darah dan menghalangi pasokan oksigen ke jantung. Kondisi ini dapat membuat jantung mengalami kekurangan oksigen dan mengganggu kinerja jantung hingga jantung gagal memompa darah.

#### 2) Diabetes Mellitus

Gula darah yang tinggi dan tidak terkontrol dapat mengganggu aliran darah coroner sehingga otot jantung kekurangan asupan nutrisi dan oksigen yang dapat membuat perubahan kontraktilitas jantung.

#### 3) Obesitas

Penumpukan lemak dalam tubuh dan mengalir dalam darah terutama kadar kolesterol jahat/LDL (*Low Density Lipoprotein*) dapat mengakibatkan penumpukan di dinding arteri sehingga

menimbulkan plak yang membuat arteri jantung menjadi kaku dan terjadi perubahan aliran darah coroner sehingga pompa jantung menjadi tidak adekuat.

4) Hipertensi Sistemik / Pulmonal

Peningkatan afterload dapat meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya akan mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertensi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung, tetapi untuk alasan yang tidak jelas hipertrofi otot jantung tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya akan terjadi gagal jantung.

5) Kelainan atau Kerusakan Otot Jantung (Kardiomiopati)

Otot jantung memiliki peran penting dalam memompa darah. Jika otot jantung mengalami kerusakan atau kelainan, maka pemompaan darah juga akan terganggu.

6) Hipertiroidisme

Tingginya kadar hormon tiroid didalam darah akan meningkatkan denyut jantung, sehingga membuat jantung bekerja ekstra. Kondisi ini dapat menyebabkan detak jantung menjadi terlalu lambat atau terlalu cepat, dan tidak teratur. Aritmia membuat kerja jantung menjadi tidak efektif, lama kelamaan kondisi ini akan mengubah struktur jantung dan akhirnya menimbulkan gagal jantung.

#### 4. Klasifikasi

a. Menurut gejala dan intensitas gejala

1) Gagal Jantung Akut

Timbulnya gejala secara mendadak, biasanya selama beberapa hari atau beberapa jam.

2) Gagal Jantung Kronik

Perkembangan gejala selama beberapa bulan sampai

beberapa tahun dan menggambarkan keterbatasan kehidupan sehari-hari.

b. Gagal Jantung Menurut Letaknya

- 1) Gagal jantung kiri merupakan kegagalan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengosongkan dengan benar dan dapat lebih lanjut diklasifikasikan menjadi disfungsi sistolik dan diastolik.
- 2) Gagal jantung kanan merupakan kegagalan ventrikel kanan untuk memompa secara adekuat. Penyebab gagal jantung kanan yang paling sering terjadi adalah gagal jantung kiri, tetapi gagal jantung kanan dapat terjadi dengan adanya ventrikel kiri benar-benar normal dan tidak menyebabkan gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan dapat disebabkan oleh penyakit paru dan hipertensi arteri pulmonary primer (Rohm, 2017).

c. NYHA (*New York Heart Association*) mengklasifikasikan gagal jantung berdasarkan gejala klien :

1) Kelas I

Tidak ada keterbatasan aktivitas fisik pada penderita. Aktivitas fisik biasa tidak menimbulkan keluhan fatigue/kelelahan, dyspnea/kelelahan, dan palpitasi/ berdebar

2) Kelas II

Sedikit keterbatasan aktivitas fisik, merasa nyaman bila istirahat, tetapi aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan fatigue, dyspnea, atau palpitasi.

3) Kelas III

Keterbatasan yang nyata pada aktivitas fisik, merasa nyaman saat istirahat namun gejala akan muncul saat melakukan aktivitas fisik yang lebih ringan dari yang biasa.

4) Kelas IV

Rasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas fisik apapun. Gejala sudah muncul bahkan saat istirahat dan semakin parah ketika melakukan aktivitas fisik.

## 5. Patofisiologi

Menurut Smeltzer (2016) dalam Bariyatun (2018), mekanisme yang mendasari *Congestive Heart Failure* (CHF) meliputi gangguan kemampuan kontraksi jantung, yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal.

Menurut Muttaqin (2014) dalam Bariyatun (2018), bila cadangan jantung untuk berespon terhadap stress tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolic tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa, akibatnya terjadilah gagal jantung. Kelainan fungsi otot jantung disebabkan oleh aterosklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degenerative atau inflamasi. Aterosklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, terjadi hipoksia dan asidosis. Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik/pulmonal meningkatkan beban kerja jantung yang mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. efek tersebut dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung, tetapi untuk alasan tidak jelas hipertrofi otot jantung jadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung.

Peradangan dan penyakit miokardium berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiripaling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut, karena curah ventrikel berpasangan/sinkron maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Nugroho, 2019).

*Congestive Heart Failure* (CHF) dapat dimulai dari sisi kiri atau kanan jantung, sebagai contoh hipertensi sistemik yang kronis akan menyebabkan ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan melemah. Letak

suatu infark miokardium menentukan sisi jantung yang pertama kali terkena setelah terjadi serangan jantung, karena ventrikel kiri yang melemah akan menyebabkan darah kembali ke atrium, lalu ke sirkulasi paru, ventrikel kanan dan atrium kanan, maka jelaslah bahwa gagal jantung kiri akan menyebabkan gagal jantung kanan. Pada kenyataannya, penyebab utama gagal jantung kanan adalah gagal jantung kiri, karena tidak dipompa secara optimum keluar dari sisi kanan jantung maka darah mulai terkumpul di sistem vena perifer. Hasil akhirnya adalah semakin berkurangnya volume darah dalam sirkulasi dan menurunnya tekanan darah serta memperburuk siklus gagal jantung.

#### 6. 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. Menurut Pratiwi (2018) manifestasi gagal jantung sebagai berikut:

##### a. Gagal Jantung Kiri

Menyebabkan kongestif, bendungan pada paru dan gangguan pada mekanisme kontrol pernapasan.

Gejala:

- 1) Dispnea: keadaan dimana seseorang kesulitan dalam bernapas yang disebabkan karena suplai oksigen ke jaringan tubuh tidak sebanding dengan kebutuhan tubuh.
- 2) Orthopnea: keadaan dimana terjadi sesak napas saat dalam keadaan berbaring
- 3) Batuk: disebabkan oleh gagal ventrikel bisa kering dan tidak produktif, tetapi yang sering adalah batuk basah yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah banyak, yang kadang disertai dengan bercak darah.
- 4) Mudah lelah: keadaan dimana klien merasa kelelahan saat melakukan aktivitas fisik sehari-hari.

- 5) Ronkhi
- 6) Gelisah dan cemas: terjadi akibat gangguan oksigen jaringan, stress akibat kesulitan bernafas dan pengetahuan bahkan jantung tidak berfungsi dengan baik.

b. Gagal Jantung Kanan

Menyebabkan peningkatan vena sistemik

Gejala:

- 1) Edema perifer: pembengkakan akibat akumulasi cairan dalam jaringan terutama pada kaki.
- 2) Peningkatan BB
- 3) Distensi vena jugularis: merupakan peningkatan tekanan vena jugularis yang digunakan sebagai indikator kelainan jantung.
- 4) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.
- 5) Asites terjadi peningkatan pembuluh portal akibat pembesaran vena di hepar sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen.
- 6) Anoreksia
- 7) Mual

c. Secara luas peningkatan CPV dapat menyebabkan perfusi oksigen ke jaringan rendah, sehingga menimbulkan gejala:

- 1) Pusing
- 2) Kelelahan
- 3) Tidak toleran terhadap aktivitas
- 4) Ekstremitas dingin

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### a. Elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien diduga gagal jantung. Abnormalitas EKG sering dijumpai pada gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai prediktif yang kecil dalam

mendiagnosis gagal jantung. Jika EKG normal, diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (< 10%).

b. Foto Thoraks

Merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Foto toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura, dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak nafas. Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pasien diduga gagal jantung adalah darah perifer lengkap (hemoglobin, leukosit, trombosit), elektrolit, kreatinin, estimasi laju filtrasi glomerulus (eGFR), glukosa, tes fungsi hepar, dan urinalisa. Pemeriksaan tambahan lain dipertimbangkan sesuai gambaran klinis. Gangguan hematologi atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringan sampai sedang yang belum diberikan terapi, meskipun anemia ringan, hiponatremia, hiperkalemia dan penurunan fungsi ginjal sering dijumpai terutama pada pasien dengan terapi menggunakan diuretik dan/ atau ACE-I (*angiotensin converting enzyme inhibitor*), ARB (*angiotensin receptor blocker*), ARNI (*angiotensin receptor neprilysin inhibitor*), atau antagonis aldosteron.

d. Troponin I atau T

Pemeriksaan troponin dilakukan pada penderita gagal jantung jika gambaran klinis disertai dengan dugaan sindrom koroner akut. Peningkatan ringan kadar troponin kardial sering terjadi pada gagal jantung berat atau selama episode dekompensasi gagal jantung pada penderita tanpa iskemia miokard.

e. Ekokardiografi

Ekokardiografi mempunyai peran penting dalam mendiagnosis gagal jantung dengan fraksi ejeksi normal (PERKI, 2020).

## 8. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

Untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

- 1) *First line drugs*: diuretik untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik
- 2) *Second line drugs*: ACE inhibitor, membantu meningkatkan CVP dan menurunkan kerja jantung
  - (a) Digoxin: meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana di butuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
  - (b) Hidralazin: menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik
  - (c) Isobarbide dinitrat: mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
  - (d) *Calcium channel blocker*: untuk kegagalan diastolik meningkatkan relaksasi dan pengisian dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik). *Beta blocker*, sering dikontraindikasikan karena menekan respon *miokard*. Digunakan pada disfungsi *diastolik* untuk mengurangi HR, mencegah iskemia miocard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri (Pratiwi, 2018)

### b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktifitas.
- 2) Diet pembatasan natrium (< 4 gr/hari) untuk menurunkan edema.
- 3) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSID, karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
- 4) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari) (Pratiwi, 2018).

## 9. Komplikasi

Menurut Maajid (2018) beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung:

### a. Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik ditandai oleh ventrikel kiri yang memiliki gangguan fungsi yang dapat mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan. Penghantaran oksigen ke jaringan yang khas pada syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokardium akut adalah hilangnya 40% atau lebih jaringan otot pada ventrikel kiri dan nekrosis vokal di seluruh ventrikel karena ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokardium.

### b. Edema Paru

Edema paru terjadi dengan cara yang sama seperti edema dimana saja didalam tubuh. Faktor apapun yang menyebabkan cairan interstitial paru meningkat dari batas negatif menjadi batas positif.

### c. Efusi Perikardial dan Tamponade Jantung

Efusi pericardium mengacu pada masuknya cairan ke dalam kantung pericardium. Secara normal kantong pericardium berisi cairan sebanyak kurang 50 ml. cairan pericardium akan terakumulasi secara lambat tanpa menyebabkan gejala yang nyata. Namun demikian, perkembangan efusi yang cepat dapat meregangkan pericardium sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik vena ke jantung. Hasil akhir dari proses ini adalah tamponade jantung.

### d. Hepatomegali

Hepar yang membesar sering terasa nyeri jika ditekan dan dapat berdenyut pada saat sistol jika terjadi regurgitasi trikuspid.

### e. Episode Tromboemboli

Episode tromboemboli yang disebabkan pembentukan bekuan vena karena statis darah. terjadi bekuan darah didalam sistem kardiovaskular termasuk arteri, vena dan ruang jantung,

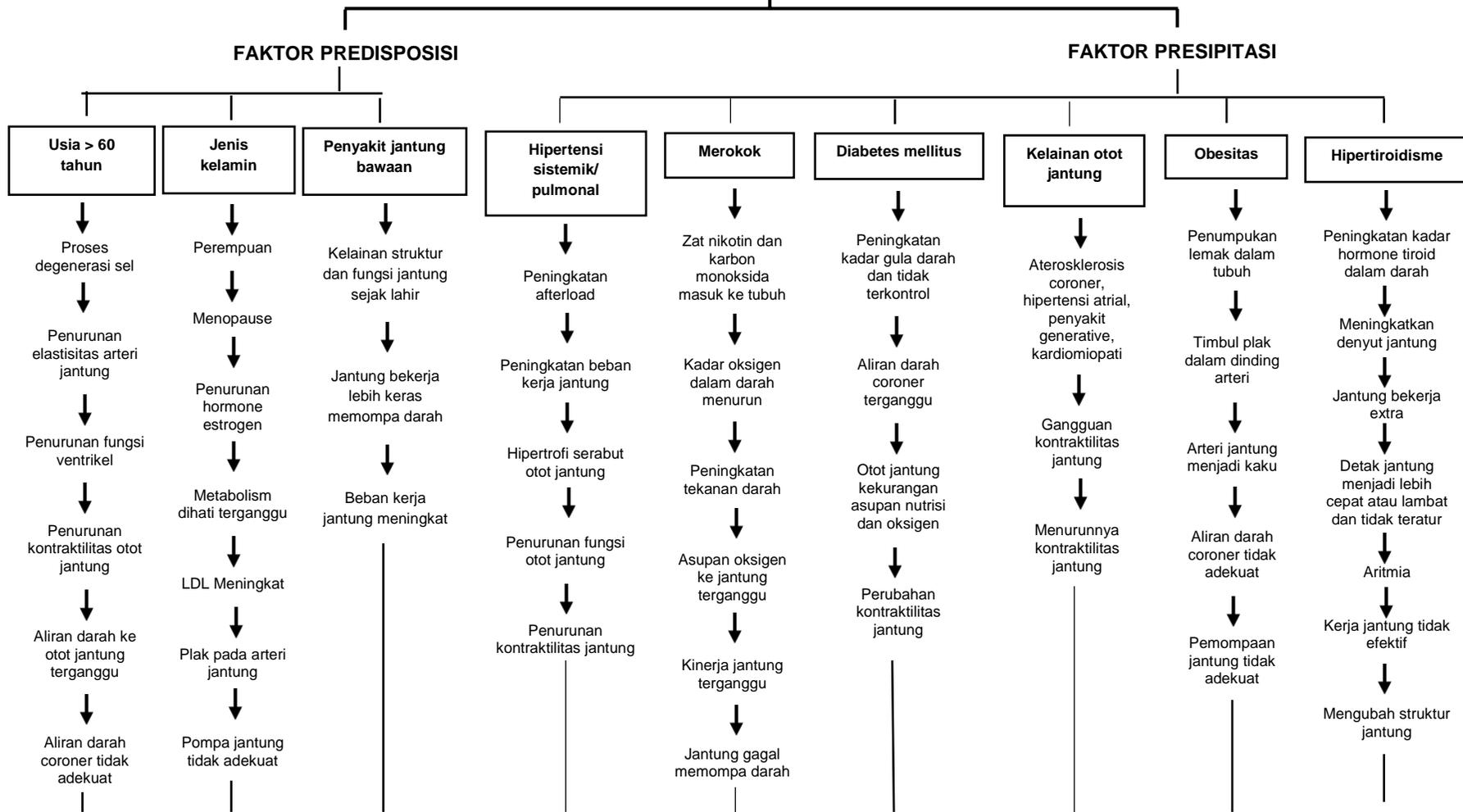
f. Hidrotoraks

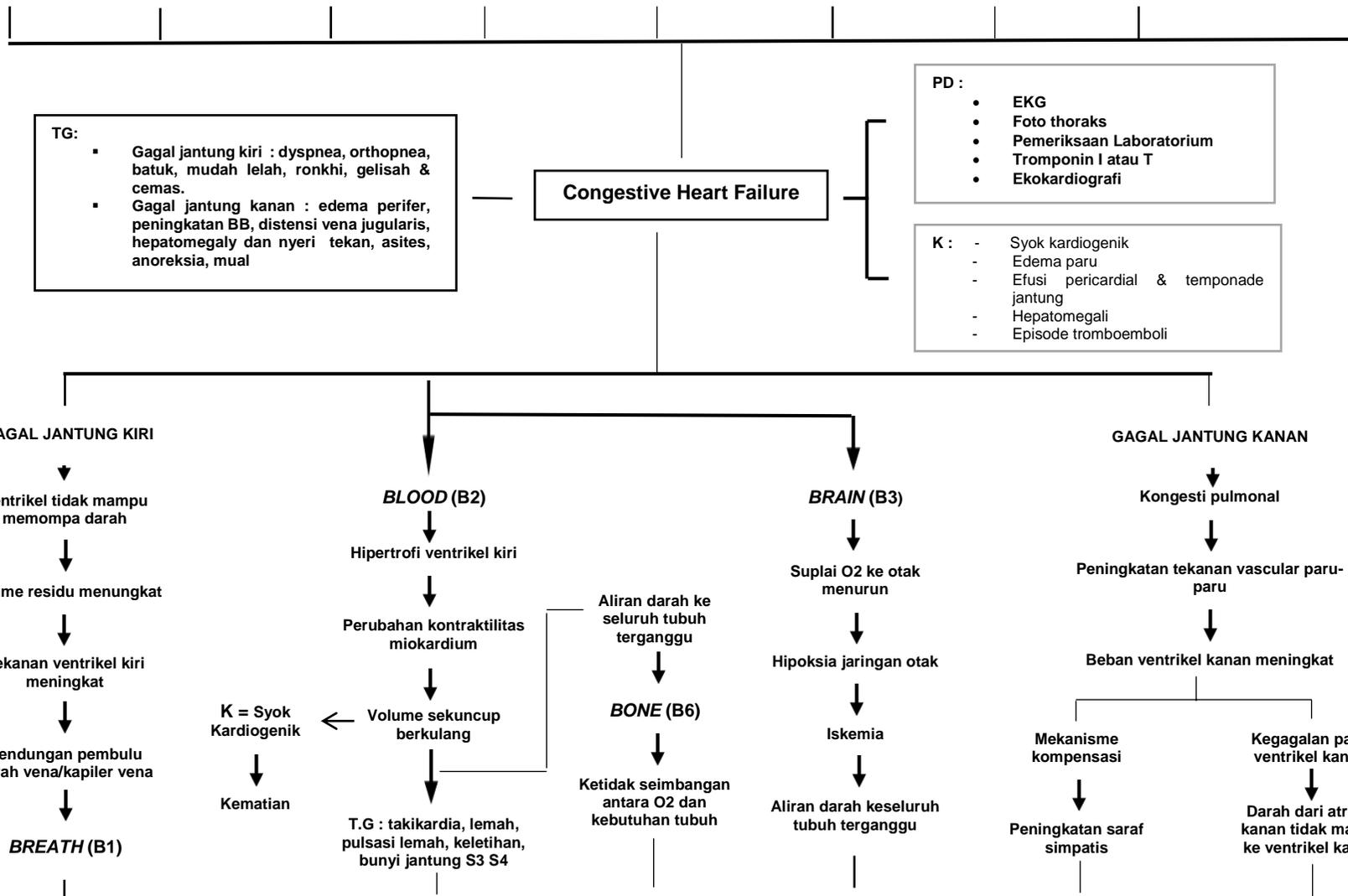
Penimbunan cairan eksudat dalam rongga pleura yang disebabkan oleh pengeluaran cairan dari pembuluh darah (Aspiani, 2016).

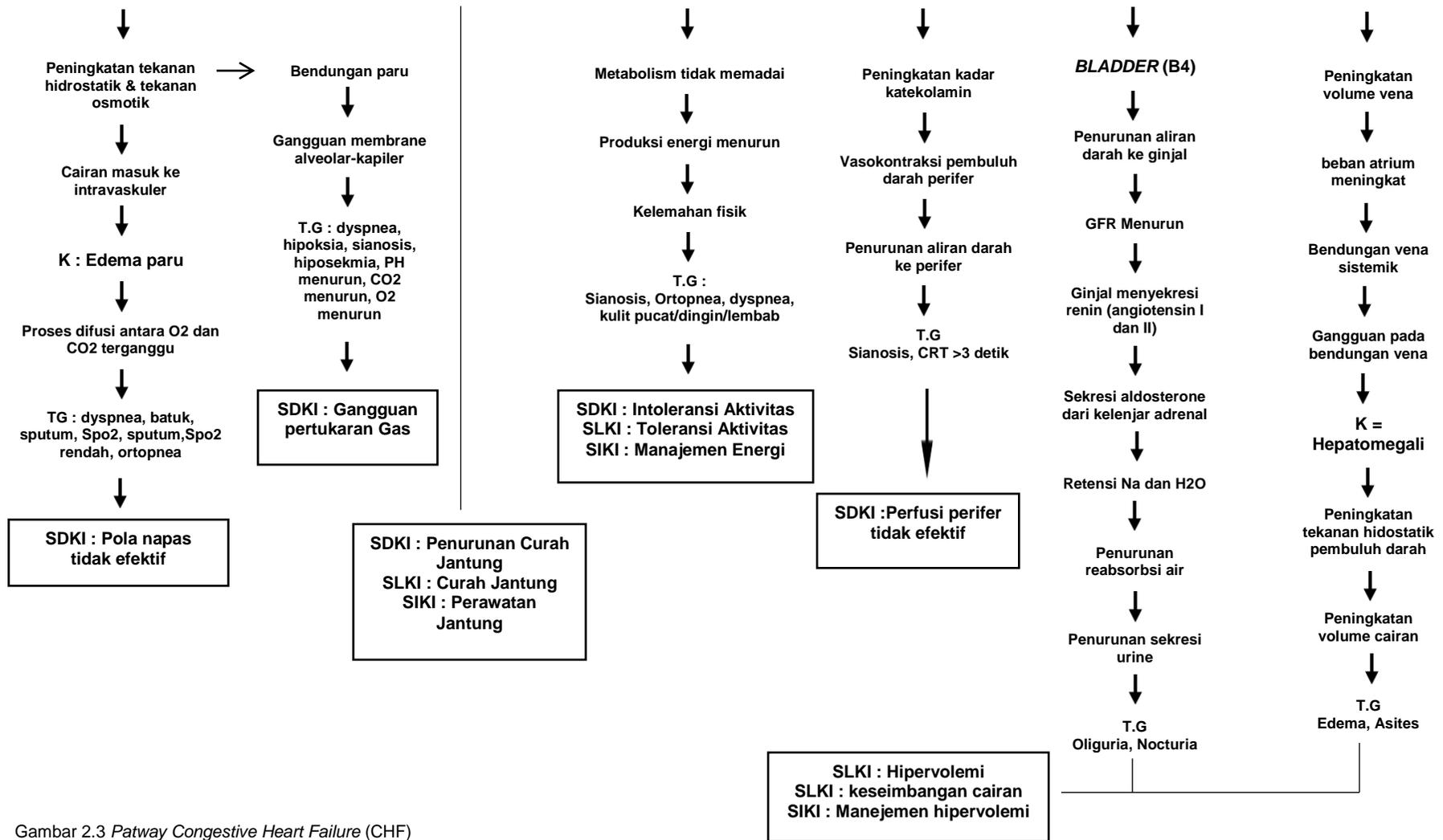
10. *Discharge Planning*

- a. Berhenti merokok
- b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya
- c. Belajar untuk rileks dan mengendalikan stress
- d. Batasi konsumsi alcohol
- e. Anjurkan pada kalien mneghentikan aktivitas selama ada serangan dan istirahat
- f. Jika mengalami obesitas turunkan berat badan hingga kisaran normal
- g. Menjalani diet sesuai dengan anjuran dokter olaraga secara teratur (Pratiwi, 2016).

# ETIOLOGI







Gambar 2.3 Patway Congestive Heart Failure (CHF)

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien CHF menurut Ashar (2019) sebagai pengumpulan data dan informasi terkini mengenai status pasien dengan pengkajian system kardiovaskuler sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis pada pasien mencakup riwayat khususnya yang berhubungan dengan nyeri dada, sulit bernafas, palpitasi, riwayat pingsan, atau keringat dingin (diaphoresis). Masing-masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta factor pencetusnya. Pengkajian meliputi:

#### *a. Airway*

Penilaian akan kepatenan jalan napas, meliputi pemeriksaan mengenai adanya obstruksi jalan napas dan adanya benda asing. Pada pasien yang dapat berbicara dapat dianggap jalan napas bersih. Dillakukan pula pengkajian adanya suara napas tambahan seperti snoring.

#### *b. Breathing*

Frekuensi napas, apakah ada penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi dinding dada dan adanya sesak napas. Palpasi pengembangan paru, auskultasi suara napas, kaji adanya suara napas tambahan seperti: rokh, wheezing (AHA, 2013).

#### *c. Circulation*

Pada penilaian sirkulasi ini menitik beratkan pada penilaian tentang sirkulasi darah yang dapat dilihat dengan penilaian sebagai berikut: warna kulit, kapilary refill time < 3 denyut nadi lemah dan tidak teratur, takikardi, tekanan darah meningkat atau menurun, akral teraba dingin dan adanya sianosis perifer (Carvalho, 2019).

#### *d. Disability*

Penilaian pada disability menilai tingkat kesadaran (GCS), ukuran dan reaksi pupil. Penilaian disability melibatkan evaluasi fungsi

system saraf pusat. Dilakukan penilaian dengan cepat pada tingkat kesadaran pasien (Krisanty, 2016).

e. *Exposure*

Dalam penilaian exposure kita mengkaji secara menyeluruh melihat apakah ada organ lain yang mengalami gangguan seperti adanya jejas atau cedera sehingga kita dapat memberikan perawatan (Krisanty, 2016).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Muttaqin (2014) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan CHF antara lain :

- a. Penurunan curah jantung b/d kontraksi d.d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)
- b. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alevolus kapiler d.d dispnea, sianosis (D. 0003)
- c. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d.d dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)
- d. Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena d.d warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik (D.0009)
- e. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)
- f. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak mengiris (D.0077)
- g. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d.d edema dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)

## 3. Intervensi keperawatan

SDKI: Penurunan curah jantung b/d kontraksi d.d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)

SLKI: Curah jantung meningkat (L.02008)

- a. bradikardia menurun (rentang normal 60- 100x/menit)
- b. takikardia menurun (rentang normal 60- 100x/menit)
- c. suara jantung S3 menurun (normal; suara tunggal)

SIKI: Perawatan Jantung (I.02075)

#### Observasi

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, edema)  
R/ Mengetahui tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (ronkhi basah, batuk, kulit pucat)  
R/ Mengetahui tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah  
R/ Mengetahui jika hipotensi dapat mengindikasikan penurunan curah jantung dan dapat menyebabkan penurunan perfusi perfusi arteri koroner dan jika hipertensi dapat mengindikasikan keletihan atau peningkatan kongesti pulmonal
- d. Monitor saturasi oksigen  
R/ Mengetahui keadekuatan kadar oksigen dalam tubuh untuk mencegah terjadinya iskemia
- e. Monitor EKG 12 sadapan  
R/ Mendeteksi aktivitas listrik jantung dan kelainan pada jantung
- f. Monitor intake dan output cairan  
R/ Untuk mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan

#### Teraupetik

- a. Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki kebawah atau

posisi nyaman

R/ Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien

b. Berikan diet jantung yang sesuai

R/ Mengurangi risiko yang dapat memicu jantung bekerja lebih keras

c. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress

R/ Memberikan rasa rileks dan meningkatkan kenyamanan

d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

R/ Memenuhi suplai oksigen dalam tubuh

Edukasi

a. Anjurkan berhenti merokok

R/ Melatih untuk gaya hidup sehat

Kolaborasi

a. Kolaborasi inotropik untuk kontraktilitas (dobutamin)

R/ Menstimulus reseptor yang bekerja dalam meningkatkan kontraksi jantung

b. Kolaborasi Pemberian Asetosal

R/ Mencegah terjadinya penggumpalan darah

SDKI: Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alevolus kapiler d.d dispnea, sianosis (D. 0003)

SLKI: Pertukaran gas meningkat (L.01003)

a. Dispnea menurun (Rentang Normal 16- 24x/menit)

b. Sianosis membaik

SIKI: Terapi oksigen (I.01026)

Observasi

a. Monitor kecepatan aliran oksigen

R/ menjaga kebutuhan oksigen pasien

- b. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen  
R/ Menghindari kerusakan kulit
- c. Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu  
R/ Menjaga kepatenan jalan napas

#### Teraupetik

- a. Bersihkan secret pada mulut, hidung, trakea, jika perlu  
R/ Menjaga kebersihan mulut, hidung, trakea
- b. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen  
R/ Menjaga kepatenan oksigen

#### Edukasi

- a. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah  
R/ Memenuhi kebutuhan oksigen

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen  
R/ Memenuhi kebutuhan oksigen sesuai kebutuhan oksigen yang dibutuhkan
- b. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur  
R/ Menjaga kepatenan oksigen

SDKI: Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d.d dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)

SLKI: Pola napas meningkat (L.01004)

- a. Dispnea menurun (Rentang normal 16- 24x/menit)
- b. Ortopnea menurun Penggunaan otot bantu napas menurun

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

#### Observasi

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)  
R/ Mengetahui adanya/tidaknya hambatan upaya napas
- b. Monitor bunyi napas tambahan  
R/ untuk mengetahui ada/tidaknya suara napas abnormal

#### Teraupetik

- a. Posisikan semi-fowler atau fowler  
R/ Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan
- b. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- c. Berikan oksigen, jika perlu  
R/ Meningkatkan kebutuhan oksigen untuk miokardium melawan efek hipoksia/iskemia dan mengurangi ketidaknyamanan.

#### Edukasi

- a. Ajarkan tehnik batuk efektif  
R/ Membersihkan jalan napas dari adanya sekret yang tertahan dan tidak bisa dikeluarkan

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu  
R/ Pemberian obat dapat meringankan sesak napas

SDKI: Perfusi tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena  
d.d warna kulit pucat, pengisian kapiler > 3 detik (D.0009)

SLKI: Perfusi perifer meningkat (L.02011)

- a. Warna kulit pucat menurun
- b. Pengisian kapiler membaik (Normal: CRT < 3 detik)

SIKI: Perawatan sirkulasi (I.02079)

#### Observasi

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema,

pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)

R/ Mengetahui sirkulasi perifer dalam batas normal

- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)

R/ Mencegah faktor resiko terjadi

#### Teraupetik

- a. Hindari pemasangan infus ataupun pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

R/ Menghindari terjadi komplikasi yang akan terjadi

- b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

R/ Mencegah terjadinya komplikasi yang akan terjadi

- c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera

R/ Mencegah terjadinya iritasi pada area kulit yang cedera

- d. Lakukan pencegahan infeksi

R/ Mencegah terjadinya infeksi

- e. Lakukan perawatan kaki dan kuku

R/ Menjaga kebersihan kaki dan kuku

#### Edukasi

- a. Anjurkan berhenti merokok

- b. Anjurkan berolahraga rutin

R/ Menjaga pola hidup tetap sehat dan mencegah terjadinya komplikasi yang dapat terjadi

- c. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu

R/ Mencegah peningkatan TD, dan kolesterol

- d. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat

R/ Mencegah terjadinya infeksi pada kulit

SDKI: Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)

SLKI: Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

- a. Keluhan lelah menurun
- b. Perasaan lemah menurun
- c. Dyspnea saat aktivitas menurun
- d. Dyspnea setelah aktivitas menurun

SIKI: Manajemen energi (I.05178)

#### Observasi

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
R/ Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional  
R/ Mengetahui koping klien
- c. Monitor ketidaknyamanan selama aktivitas  
R/ Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan

#### Teraupetik

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, suara, kunjungan)  
R/ Memberikan rasa aman dan nyaman
- b. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan  
R/ Mengurangi resiko jatuh/cedera

#### Edukasi

- a. Anjurkan tirah baring  
R/ Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali dan mengurangi beban jantung
- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ Mengetahui fungsi jantung bila dikaitkan dengan aktivitas dan melatih kekuatan otot maupun sendi

SDKI: Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis (D.0077)

SLKI: Tingkat nyeri menurun (L.08066)

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun

SIKI: Manajemen Nyeri (I.08238)

#### Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  
R/ Mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan
- b. Identifikasi respons nyeri non verbal  
R/ Mengetahui skala nyeri yang dirasakan

#### Teraupetik

- a. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mngurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)  
R/ Mengalihkan nyeri yang dirasakan
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)  
R/ Menurunkan stimulus nyeri eksternal dan sensasi nyeri yang dirasakan
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur  
R/ agar pasien mampu beristirahat dengan baik

#### Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri  
R/ Mengetahui hal-hal yang dapat menimbulkan nyeri
- b. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R/ mengetahui penggunaan obat secara tepat

- c. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

R/ Mengetahui teknik untuk mengalihkan nyeri secara mandiri

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

R/ Mengurangi Nyeri yang dirasakan

SDKI: Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d.d edema dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)

SLKI: Keseimbangan cairan meningkat (L.05020)

- a. Edema menurun  
b. Keluaran urin meningkat

SIKI: Manajemen Hipervolemia (I.03114)

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dyspnea, edema, JVP meningkat)

R/ Mendiagnosis gagal jantung dan mengetahui peningkatan cairan yang dapat membebani ventrikel kanan

- b. Monitor intake dan output

R/ Mengetahui keseimbangan cairan tubuh

- c. Monitor kecepatan infus secara ketat

R/ Mengurangi risiko peningkatan cairan tubuh yang dapat mengakibatkan edema pada organ tubuh

- d. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

R/ Mengetahui Perubahan tiba-tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan

- e. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40°

R/ Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigen

### Edukasi

- a. Anjurkan melapor jika haluaran urin  $< 0,5$  ml/kg/jam dalam 6 jam

R/ Mengetahui haluaran urin tetap terpantau sehingga perfusi renal, kecukupan pengganti cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat ditangani jika terjadi ketidakseimbangan

### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian diuretik (Furosemid : Memperhatikan prinsip 7 benar pemberian obat, mengukur tekanan darah sebelum diberikan karena dapat menurunkan tekanan darah, pantau tanda-tanda dehidrasi, memantau elektrolit pasien)

R/ Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urin.

## **BAB III**

### **PENGAMATAN KASUS**

#### **A. Ilustrasi Kasus**

Pasien atas nama Tn. E/59 tahun dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure* masuk keruangan ICU RS Stella Maris Makassar pada tanggal 27 April 2024. Pasien mengatakan mengeluh sesak nafas saat melakukan aktivitas ringan dan mudah merasa Lelah disertai dengan bengkak pada kedua kaki, selama di rumah pasien hanya diberikan posisi kepala lebih tinggi saat berbaring untuk mengurangi sesak yang dirasakan dan tidak mengkonsumsi obat. Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICU untuk mendapatkan perawatan intensif. Pasien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat jantung tidak terkontrol sejak 4 tahun yang lalu, riwayat asam urat tidak terkontrol sejak ± 15 tahun yang lalu, perokok aktif dari tahun 1985 – 2009 dan menghabiskan ±1 bungkus rokok/ hari, menyukai makanan berat seperti daging dan gorengan dan memiliki kebiasaan minum kopi 2x/hari.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data tampak pasien sesak, sesak bertambah saat mengubah posisi sederhana seperti berbaring, nadi meningkat saat melakukan aktivitas 110x/menit, tampak edema derajat 4(8mm) pada kedua tungkai bawah, KU lemah, kesadaran compos mentis GCS 15 (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>).

Hasil observasi pasien, tekanan darah 146/112 mmhg, frekuensi nadi 103x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernafasan 28x/menit dan SpO<sub>2</sub> 90%, terpasang cairan infus NaCl 0,9% 15 tetes/menit, terpasang kateter dan oksigen Nasal kanul 5 liter/menit. Dari hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan RBC 4.50 10<sup>6</sup>/uL (normal 4.70 – 6.10), MCV 94.4fL (normal 73.4 – 91.0), RDW-CV 16.5 % (11.3-14.6) GFR 49 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (GFR 30-59 penurunan fungsi ginjal)

sedang) Albumin 2.42 g/dL (normal 3.5 – 5.0) dan Glukosa sewaktu 191 mg/dl (normal 70-140).

## B. Pengkajian Primer

Nama Pasien / Usia : Tn. E / 59 Tahun  
 Jenis Kelamin : Laki – Laki  
 Tanggal / MRS : 27 April 2024 /  
 Tanggal Pengkajian : 28 April 2023  
 Diagnosa Medis : *Congestive Heart Failure* (NYHA III)

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Simetris
	Pemakaian otot bantu napas	Ada jenis : retraksi intercostal
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vocal fremitus : getaran dinding paru kiri dan kanan lemah</li> <li>Nyeri tekan : tidak ada</li> <li>Krepitasi : tidak ada</li> </ul>
	Perkusi	Redup (terdengar pada kedua lapang paru)
	Suara napas	<i>Ronchi</i> lokasi : pada kedua lapang paru
	Batuk	Produktif
	Sputum	Putih
		Encer
	<i>Alat bantu napas</i>	Ada Jenis : Nasal Canul 5 ltr
	<i>Lain-lain</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi napas : 28x/menit</li> <li>SpO<sub>2</sub> : 90%</li> <li>Pasien tampak sesak</li> <li>Keluhan : pasien mengatakan merasa sesak saat melakukan aktivitas ringan seperti mengubah posisi berbaring dan badan terasa lemas.</li> </ul>
<i>Blood</i> (B2)	<i>Suara jantung</i>	<p style="text-align: center;">S1   S2   S3   S4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tunggal Suara jantung tunggal S1 dan S2 terdengar pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apeks jantung)</li> <li>Suara jantung S3 gallop dan S4 terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apex jantung), suara S3 dan S4 pada posisi pasien lateral decubitus. S4</li> </ul>

		terdengar pada akhir dari diastolik hingga awalan sistolik dan S3 terdengar pada akhir sistolik hingga awal diastolik.
	<i>Irama jantung</i>	Irregular
	<i>CRT</i>	>3 detik (kembali dalam 5 detik)
	<i>JVP</i>	Meningkat (Nilai : 5 + 3 cmH <sub>2</sub> O)
	<i>CVP</i>	Tidak ada
	<i>Edema</i>	Ada Lokasi:pada kedua tungkai bawah pitting edema derajat 4 (8mm)
	<i>EKG</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinus aritmia</li> <li>• OMI lateral (Q patologis di lead 1, AVL, dan di V5-V6)</li> </ul>
	<i>Lain-lain</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-tanda vital</li> <li>• TD : 146/112 mmHg</li> <li>• N : 103 x/menit</li> <li>• MAP : 89,3 mmHg</li> <li>• Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai</li> <li>• Hasil foto thorax :</li> <li>• Cardiomegaly + Efusi pleura bilateral</li> </ul>
<i>Brain (B3)</i>	<i>Tingkat kesadaran</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kualitatif : compos mentis</li> <li>• Kuantitatif : 15 Eye : 4 Verbal : 5 Motorik : 6</li> </ul>
	<i>Reaksi pupil</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanan : Ada, tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya</li> <li>• Kiri : Ada, tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya</li> </ul>
	<i>Reflex fisiologis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada</li> <li>• Tricep (+), Biceps (+), Patella (+), Achilles (+)</li> </ul>
	<i>Reflex patologis</i>	Tidak ada (Babinsky -)
	<i>Meningeal sign</i>	Tidak ada
	<i>Lain-lain</i>	Tidak ada
<i>Bladder (B4)</i>	<i>Urine</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah : 1000cc / 7 jam</li> <li>• Warna : kuning</li> </ul>
	<i>Kateter</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada</li> <li>• Jenis : folley kateter</li> </ul>
	<i>Kesulitan BAK</i>	Tidak ada
	<i>Lain-lain</i>	Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK
<i>Bowel (B5)</i>	<i>Mukosa bibir</i>	Lembab
	<i>Lidah</i>	Bersih
	<i>Keadaan gigi</i>	Lengkap

	<i>Nyeri telan</i>	Tidak ada								
	<i>Abdomen</i>	Tidak distensi								
	<i>Peristaltic usus</i>	Normal (Nilai : 15 x/menit)								
	<i>Mual</i>	Tidak ada								
	<i>Muntah</i>	Tidak ada								
	<i>Hematememesis</i>	Tidak ada								
	<i>Melena</i>	Tidak ada								
	<i>Terpasang NGT</i>	Tidak ada								
	<i>Diare</i>	Tidak ada								
	<i>Konstipasi</i>	Tidak ada								
	<i>Asites</i>	Tidak ada								
	<i>Lain-lain</i>	perut pasien tampak datar								
<i>Bone (B6)</i>	<i>Turgor</i>	Baik								
	<i>Perdarahan kulit</i>	Tidak ada								
	<i>Icterus</i>	Tidak ada								
	<i>Akral</i>	Dingin								
	<i>Pergerakan sendi</i>	Bebas								
	<i>Fraktur</i>	Tidak ada								
	<i>Luka</i>	Tidak ada								
	<i>Lain-lain</i>	Uji kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>		Kanan	Kiri	tangan	5	5	Kaki	4
	Kanan	Kiri								
tangan	5	5								
Kaki	4	4								

### C. Pengkajian Sekunder

#### 1. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

##### 1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang sangat penting dalam hidup. Keluarga mengatakan jika pasien sakit, keluarga pergi membeli obat di apotik dan jika memberat keluarga membawa ke rumah sakit atau puskesmas terdekat. Pasien mengatakan pasien memiliki kebiasaan merokok dari tahun 1985 - 2009, pasien juga menyukai makanan atau minum yang manis, suka makanan-makanan berat seperti daging, makanan berlemak dan mengonsumsi kopi 2x sehari secara rutin.

2) Riwayat penyakit saat ini :

- 1) Keluhan utama : Sesak Nafas
- 2) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak sejak 3 hari yang lalu yaitu pada tanggal 24 April 2024. Saat di rumah keluarga hanya memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi rasa sesak yang dirasakan oleh pasien dengan meninggikan kepala saat tidur atau posisi duduk. Pada tanggal 27 April 2024 pasien di bawah ke rumah sakit karena sesak semakin bertambah, keluhan lain yang dirasakan pasien yaitu kedua kaki bengkak dan cepat lelah, batuk berdahak dan nyeri dada hilang timbul. Pada saat pengkajian, pasien masih mengeluh sesak napas, pasien mengatakan sesaknya bertambah ketika melakukan aktivitas ringan seperti mengubah posisi saat berbaring atau duduk, dan berkurang jika beristirahat. Pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah, dan kaki terasa bengkak. Tampak edema derajat 4 (8 mm) pada kedua kaki dengan waktu kembali 1 menit 22 detik, tekanan darah 146/ 112 mmHg, frekuensi nadi 103 x/menit, suhu 36°C, frekuensi pernapasan 28x/menit, SPO2 90%, pemeriksaan laboratorium RBC  $4.50 \times 10^6/\mu\text{L}$  (normal 4.70 – 6.10), MCV 94.4fL (normal 73.4 – 91.0), RDW-CV 16.5 % (11.3-14.6) GFR 49 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (GFR 30-59 penurunan fungsi ginjal sedang) Albumin 2.42 g/dL (normal 3.5 – 5.0) dan Glukosa sewaktu 191 mg/dl (normal 70-140), pemeriksaan thorax didapatkan efusi pleura bilateral dan cardiomegaly.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ia memiliki riwayat jantung yang tidak

terkontrol sejak 4 tahun yang lalu dan asam urat yang tidak terkontrol sejak  $\pm$  15 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit Hipertensi yang dialami oleh ibu pasien.

5) Pemeriksaan fisik :

- (1). Kebersihan rambut : tampak rambut pasien bersih dan berwarna putih
- (2). Kulit kepala : tampak kulit kepala pasien bersih
- (3). Kebersihan kulit : tampak kulit pasien lembab
- (4). Hygiene rongga mulut : tampak mulut pasien bersih
- (5). Kebersihan genetalia : tampak area genetalia bersih
- (6). Kebersihan anus : tampak area anus bersih

**b. Pola Nutrisi dan Metabolik**

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki pola makan yang teratur 3x sehari, makanan yang sering dimakan oleh pasien yakni nasi, ikan, daging, dan sayur. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan atau minuman yang manis seperti kue dan kopi 2x sehari. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan atau diet makanan tertentu. Keluarga mengatakan bahwa pasien mengonsumsi air putih 8 gelas perhari dengan royalex. Berat badan pasien terakhir 70 kg, tinggi badan 165 cm, IMT 25,92 kg/m<sup>2</sup>, kesimpulan berat badan normal.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien baik, pasien makan 3x sehari dengan mengonsumsi bubur yang disediakan dari rumah sakit. keluarga pasien mengatakan pasien

tidak mengonsumsi makanan atau minuman yang manis selama sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki keluhan nyeri saat menelan makanan, mual dan muntah. Keluargamengatakan pola minum pasien dibatasi oleh dokter maksimal 800 ml/hari.

Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan NGT, tampak pasien hanya menghabiskan bubur yang diberikan oleh rumah sakit. Tampak pasien mengonsumsi air minum sebanyak 800 ml/hari.

1) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : tampak bersih dan berwarna putih
- b) Hidrasi kulit : kulit pasien elastis, kembali dalam 5 detik
- c) Palpebral/conjungtiva : palpebra tidak tampak edema dan conjungtiva tidak tampak anemis
- d) Sclera : tampak tidak ikterik
- e) Hidung : septum tampak ditengah, tampak bersih, tidak ada peradangan dan tidak tampak ada polip
- f) Rongga mulut : tampak bersih, tidak tampak adanya stomatitis
- g) Gusi : tidak ada peradangan
- h) Gigi : gigi bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakan gigipalsu
- i) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunyah keras
- j) Lidah : tampak lidah pasien bersih
- k) Pharing : tampak tidak ada peradangan
- l) Kelenjar getah bening : tidak teraba pembesaran
- m)Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran

## n) Abdomen

- Inspeksi : perut tampak datar, tampak tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : peristaltik usus 15 x/menit
- Palpasi : tidak teraba nyeri tekan
- Perkusi : terdengar bunyi pekak

## o) Kulit

- Edema :  positif  negatif
- Icteric :  positif  negatif
- Tanda-tanda radang : tampak tidak ada peradangan
- p) Lesi : tampak tidak ada lesi

**c. Pola Eliminasi**

## 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya BAB dan BAK normal, pasiennya biasanya BAB 1x sehari dengan konsisten lunak berwarna kuning kecoklatan dan BAK pasien 5-6 kali sehari berwarna kuning

## 2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan BAB pasien lancar 1x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada masalah dalam BAK karena terpasang kateter

## 3) Observasi :

Pasien terpasang kateter dengan jumlah urine 1000cc/ 7 jam.

## 4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus : 15 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- d) Mulut uretra : Tidak dikaji

- e) Anus
- Peradangan : Tidak ada
  - Hemoroid : Tidak ada
  - Fistula : Tidak ada

**d. Pola Aktivitas Dan Latihan**

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa ia bekerja sebagai dosen, aktivitas pasien sehari-harinya adalah mengajar di kampus dan sebagai kepala keluarga sehingga jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mampu melakukan banyak aktivitas seperti pada saat sebelum sakit, pasien mengatakan merasa cepat lelah dan muda sesak, pasien mengatakan cepat lelah dan sesaknya bertambah ketika ia melakukan aktivitas ringan seperti mengubah posisi dari baring ke duduk, pasien mengatakan merasa tidak nyaman jika banyak bergerak. Pasien mengatakan sesaknya berkurang jika pasien beristirahat dan berbaring dalam posisi duduk

3) Observasi

Tampak pasien lemah dan sesak ketika banyak bergerak ditempat tidur. Tampak pasien dalam posisi semi-fowler. HR meningkat sesudah mengubah posisi 130x/menit.

a) Aktivitas harian

Makan 0  
 Mandi 2  
 Pakaian 2  
 Kerapihan 2  
 Buang air besar 2  
 Buang air kecil 1  
 Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

- b) Postur tubuh : Tegap
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostomi : Tidak ada

#### 4) Pemeriksaan fisik

- a) Tekanan darah
  - Berbaring : 146/112 mmHg
  - Duduk : Tidak dikaji
  - Berdiri : Tidak dikaji
- b) HR : 103 x/menit
- c) Kulit
  - Keringat dingin : Tidak ada
  - Basah : Tidak ada
- d) JVP : 5+3 cmH<sub>2</sub>O
  - Kesimpulan : pemompaan ventrikel jantung tidak memadai
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam 5 detik
- f) Thorax dan pernapasan
  - Inspeksi
    - Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan
    - Retraksi intercostal : tampak adanya
    - Retraksi intercostal Sianosis : tidak ada
    - Stridor : tidak ada
  - Palpasi
    - Vocal premitus: getaran paru kiri dan kanan teraba sama
    - Krepitasi : Tidak ada
  - Perkusi : Redup
    - Lokasi : di ICS 3

- Auskultasi
  - Suara napas : Ronchi
  - Suara ucapan : Terdengar sama kiri dan kanan
  - Suara Tambahan : Tidak ada

g) Jantung

- Inspeksi :
  - Ictus cordis : Tidak tampak
- Palpasi :
  - Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 media clavikularis sinistra
- Perkusi :
  - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra
  - Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavikularis sinistra
  - Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
  - Batas kiri jantung : ICS 6 linea axilaris sinistra
- Auskultasi:
  - Bunyi jantung II A : reguler ICS 2 linea sternalis dextra
  - Bunyi jantung II P : reguler ICS 3 linea sternalis Sinistra
  - Bunyi jantung I T : reguler ICS 4 linea sternalis sinistra
  - Bunyi jantung I M : reguler ICS 5 linea mid clavicularis Sinistra
  - Bunyi jantung III irama gallop : terdengar di ICS 5 linea anterior axilaris sinistra
  - Murmur : tidak ada
  - Bruit : tidak ada

a) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : negatif
- Rentang gerak
  - Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : tidak ada

Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tanga	5	5
Kaki	4	4

keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks patologis : Negatif
- Clubing jari-jari : tidak ada
- Verises tungkai : tidak ada

b) Columna vetebralis

- Inspeksi : tidak dikaji
- Palpasi : tidak dikaji
- Kaku kuduk : tidak ada

#### e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki

gangguan tidur, pasien biasanya tidur sekitar jam 10 malam dan bangun pagi sekitar jam 5 untuk bersiap – siap menuju ke kampus untuk mengajar

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan pasien sejak dirawat di Rumah sakit waktu tidurnya agak terganggu dikarenakan posisi yang tidak nyaman diakibatkan sesak yang dirasakan pasien, pasien tidur tapi sering terbangun, jangka waktu tidur pasien tidak sampai 20 menit sudah terbangun lagi.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak tidur dengan nyeyak dan tampak wajah pasien mengantuk

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif

**f. Pola Persepsi Kognitif**

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki gangguan pada penglihatan dan menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata setiap harinya, pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien tidak menggunakan kacamatanya karena merasa tidak perlu menggunakannya untuk kondisi sekarang

3) Observasi : pasien tidak menggunakan kacamata

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- Kornea : tampak jernih
- Pupil : tampak isokor
- Lensa mata : tampak berwarna hitam

- Tekanan Intra Okuler (TIO) : teraba sama kiri dan kanan
- b) Pendengaran
  - Pina : tampak utuh
  - Kanalis : tampak utuh
  - Membran timpani : tampak utuh
- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:  
Pasien mampu merasakan saat tangan dan tungkai digerakan

#### **g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri**

##### 1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya, pasien juga mengatahkan bahwa dirinya merupakan orang rajin dan pekerja keras untuk keluarganya.

##### 2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan bentuk tubuhnya berubah dan merasa terganggu karena kondisinya saat ini oleh karena kakinya membengkak.

##### 3) Observasi : Tampak pasien gelisah

- a) Kontak mata : Pasien menatap perawat saat pengkajian
- b) Rentang perhatian : Penuh
- c) Suara dan cara bicara :Tampak pasien berbicara dengan lantang dan jelas

##### 4) Pemeriksaan fisik

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
- c) Kulit : Tampak kulit bersih

#### **h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama**

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola peran dan hubungan dengan sesama sangat baik. Pasien aktif mengikuti kegiatan lingkungan sekitar rumah, dan kegiatan keagamaan seperti berdoa dan beribadah dan hubungan dengan keluarganya sangat baik dan harmonis.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan sesamanya masih terjalin baik. Pasien mengatakan selalu mendapatkan dukungan dari keluarga dan kerabatnya.

3) Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh keluarganya dan dikunjungi oleh kerabat dan keluarga besarnya.

**i. Pola Reproduksi dan Seksualitas**

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya, Pasien mengatakan memiliki 6 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada sistem reproduksinya sebelum dan sesudah sakit.

3) Observasi: Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik: Tidak dikaji

**j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres**

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika mengalami suatu masalah maka ia selalu menceritakan kepada istri dan anak-anaknya dan segera mencari solusi atas masalah yang dihadapinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan stress dengan penyakit yang sedang dialaminya namun keluarganya selalu mendukung dan menerima pasien dalam menghadapi kondisinya sekarang.

3) Observasi: Tampak pasien gelisah

**k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan**

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan selalu menjalankan ibadah sesuai dengan ajaran agamanya, pasien juga tergabung dalam organisasi keagamaan di Gereja

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selalu mendengarkan Khotbah melalui handphone.

3) Observasi :-

**D. Pemeriksaan Penunjang**

**1. Pemeriksaan Laboratorium**

Tanggal : 27 April 2024

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
WBC	13.41	5.07-11.10	$10^3/uL$
RBC	4.50	4.70-6.10	$10^6uL$
HB	13.9	13.4 – 17.3	g/dL
HCT	42.5	39.9-51.1	%
MCV	94.4	80.0 – 91.0	fL
MCH	30.5	27.5 – 33.2	Pg
MCHC	33.9	33.4 – 35.5	g/dL
PLT	327	172 – 450	$10^3/uL$
RDW-SD	53.8	37.0 – 54.0	fL
RDW-CV	16.5	11.6 – 14.6	%

PDW	10.1	9.0 – 17.0	fL
MPV	10.5	9.0 – 13.0	fL
P-LCR	26.7	13.0 – 43.0	%
PCT	0.24	0.17 – 0.35	%
NEUT	21.75	1.80 – 7.70	10 <sup>3</sup> /uL
LYMPH	1.00	1.00 – 4.80	10 <sup>3</sup> /uL
MONO	1.70	0.00 – 0.80	10 <sup>3</sup> /uL
EO	0.08	0.00 – 0.60	10 <sup>3</sup> /uL
BASO	0.07	0.00 – 0.20	10 <sup>3</sup> /uL
IG	0.04	0.00 – 7.00	10 <sup>3</sup> /uL
<b>KIMIA</b>			
Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Ureum darah	70.1	10-50	mg/dL
Kreatinin	1.60	<1.4	mg/dL
GFR	49	>90	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
SGOT	216	<38	U/L
SGPT	166	<41	U/L
Glukosa	191	<100	mg/dL

## 2. Pemeriksaan EKG

- a. Sinus aritmia + OMI Lateral
- b. HR : 103 x/menit
- c. Irama : irregular

## 3. Foto Thorax

Kesan :

- a. Efusi pleura bilateral

*b. Cardiomegaly*

**4. Pemeriksaan echocardiography**

*LVEF : 22%*

**E. Daftar Obat**

1. Furosemide

- a. Klasifikasi golongan obat : Klasifikasi obat sulfonamide, golongan obat diuretik
- b. Dosis umum : Dosis pada orang dewasa 40 mg, disuntikan perlahan melalui infus selama 1-2 menit. Dosis bisa di tingkatkan menjadi 80mg jika perlu
- c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 2 ampul/8 jam/IV
- d. Cara pemberian obat : Pemberian obat furosemid diberikan melalui oral, injeksi intravena dan injeksi muskular
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mekanisme kerja obat ini adalah menghambat natrium dan klorida di tubulus proksimal pada *loop of henle* sehingga dapat menimbulkan eksresi air, sodium, klorida, magnesium, dan kalsium
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pemberian obat ini dapat mengatasi restensi cairan yang terjadi pada pasien gagal jantung, mengurangi mortalitas, maka penggunaan diuretic bisa diberikan dengan kombinasi obat ACE inhibitor/ARB
- g. Kontra indikasi :
  - 1) Alergi terhadap furosemide
  - 2) Gangguan elektrolit
  - 3) Peningkatan kadar asam urat
  - 4) Gagal ginjal akut atau gangguan buang air kecil
  - 5) Awal kehamilan
  - 6) Kadar kalium rendah dalam darah (hipokalemia)

7) Mengonsumsi obat lithium

h. Efek samping : Mual, muntah

2. Aspilet

a. Klasifikasi / golongan obat : Antikoagulan, Antiplatelet & Fibrinolitik (Trombolitik).

b. Dosis umum : 40-160 mg/hari

c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam

d. Cara pemberian obat : oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit selama 7-10 hari, serta menghambat kerja prostaglandin.

f. Alasan pemberian:

Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah.

g. Kontraindikasi : Tidak diberikan untuk Hipersensitivitas terhadap aspirin atau NSAID lainnya.

h. Efek samping obat : Sakit perut, mual, muntah, sakit kepala, mengantuk, ruam kulit, urine dan feses berwarna gelap, perdarahan saluran cerna, bronkospasme, masalah pada fungsi ginjal.

3. Atorvastatin

a. Klasifikasi / golongan obat : statin

b. Dosis umum : 10-80 mg/hari

c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam.

d. Cara pemberian obat : oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.

- f. Alasan pemberian : Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah
- g. Kontraindikasi : Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
- h. Efek samping obat : Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

#### 4. Clopidogrel

- a. Klasifikasi / golongan obat : statin
- b. Dosis umum : 75-300 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien : 75 mg/24 jam.
- d. Cara pemberian obat : oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : clopidogrel berfungsi untuk penanganan angina stemi yang mengandung zat aktif clopidogrel obat anti platelet
- f. Alasan pemberian: Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mencegah terjadinya pembentukan bekuan darah
- g. Kontraindikasi : Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
- h. Efek samping obat : Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

#### 5. Nitrokaf

- a. Klasifikasi / golongan obat : : Golongan obat nitrat yang bersifat vasodilator
- b. Dosis umum : 2-3x 1 kapsul/hari
- c. Dosis untuk pasien : 2,5 mg.

- d. Cara pemberian obat : oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini memiliki efek vasodilator (memperlebar pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah)
- f. Alasan pemberian: Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mencegah terjadinya pembentukan bekuan darah
- g. Kontraindikasi : Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
- h. Efek samping obat : Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

#### **F. Terapi**

1. NaCL 90% 15 tpm
2. Nasal canul 5

### G. Analisa Data

Nama / Umur : Tn. E / 59 tahun

Ruang / Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.3 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengeluh sesak napas disertai batuksejak 3 hari yang lalu</li> <li>• Pasien mengatakan sangat mudah merasalelah</li> <li>• Pasien mengeluh nyeri dada hilang timbul</li> </ul> Objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• Tampak penggunaan otot bantu nafas</li> <li>• Frekuensi napas 28 x/ menit</li> <li>• SpO2 90 %</li> <li>• Terdengar suara napas tambahan (ronchi)</li> <li>• JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O</li> <li>• Irama jantung irregular</li> <li>• Perkusi Jantung</li> <li>• Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra</li> <li>• Batas bawah jantung: ICS5 mid clavikularis sinistra</li> <li>• Batas kanan jantung: ICS2 liena sternalis dextra</li> <li>• Batas kiri jantung: ICS 6 linea axilaris sinistra</li> <li>• Terdengar suara jantung</li> <li>• <i>Gallop</i> (S3)</li> <li>• Observasi TTV:</li> <li>• TD : 146/112mmHg</li> <li>• Nadi : 103x/menit</li> <li>• Suhu: 36°C</li> <li>• Pernapasan : 28x/menit</li> <li>• MAP : 123,3 mmHg</li> <li>• EKG : Sinus aritmia + OMI lateral (di lead 1, avl, dan v5-v6)</li> </ul>	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung (D.0008)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto thorax, kesan: <i>Cardiomegaly</i>, efusi pleura bilateral</li> <li>• Echocardiography: LVEF 22%</li> </ul>														
2	<p>Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sejak 3 bulan yang lalu</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak edema derajat 4(8mm) pada kedua tungkai bawah</li> <li>• JVP meningkat 5+3cmH<sub>2</sub>O</li> <li>• Hasil laboratorium : ureum darah 70.0 mg/dl, kreatinin darah 1.60 mg/Dl, GFR 49 ml/min/1.73m<sup>2</sup></li> <li>• Foto thorax, kesan : <i>cardiomegaly</i> dan efusi pleura bilateral</li> </ul>	Gangguan aliran balik vena	Hipervolemi (D.0022)												
3	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa sesak saat beraktivitas walaupun hanya mengubah posisi</li> <li>• Pasien mengatakan merasa lemah dan mudah lelah</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• Tampak pasien terbaring lemah</li> <li>• Frekuensi nadi 103x/menit</li> <li>• HR meningkat setelah mengubah posisi tidur</li> <li>• Tampak pasien dibantu keluarga dalam beraktivitas</li> <li>• Uji kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>kaki</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>		Kanan		Kiri	tangan	5		5	kaki	4		4	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
	Kanan		Kiri												
tangan	5		5												
kaki	4		4												

## H. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn. E / 59 tahun

Ruang / Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D.0008)
2	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena. (D.0022)
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antarasuplai dan kebutuhan oksigen. (D.0056)

## I. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. E / 59 tahun

Ruang / Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
28/04/24	Penurunan cura jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)	<p><b>Cura Jantung (L.02008)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam maka diharapkan curah jantung membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea cukup menurun</li> <li>2. Gambaran EKG aritmia cukup menurun</li> <li>3. Takikardia cukup menurun</li> <li>4. Ortopnea cukup menurun</li> <li>5. Batuk cukup menurun</li> <li>6. Suara jantung s3 cukup menurun</li> <li>7. Tekanan darah cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Jantung (I.02075)</b> Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, <i>ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP)</li> <li>• Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepetomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basa, oliguria, batuk, kulit pucat)</li> <li>• Monitor tekanan darah</li> <li>• Monitor saturasi oksigen</li> <li>• Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> </ul> <p>Terapiotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki kebawah atau posisi yang nyaman</li> <li>• Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</li> <li>• Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian anti aritmia, jika perlu</li> </ul>
	Hipervolemi b.d gangguan aliran balik vena (D.0022)	<p><b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam, maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema cukup menurun</li> <li>2. Tugor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b> Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnu, edema, JVP/CVP meningkat)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p>Terapiotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ul> <p><b>Pengaturan Posisi (I.01019)</b> Terapiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggikan anggota gerak 20 derajat atau lebih diatas level jantung</li> <li>• Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</li> </ul>
	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	<p><b>Toleransi Aktivitas (L.05047)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b> Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> </ul> <p>Terapiotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Suara, cahaya, kunjungan)</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan tira baring</li> </ul>

		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Keluhan lelah cukup menurun</li><li>2. Dyspnea saat aktivitas cukup menurun</li><li>3. Dyspnea setelah aktivitas cukup menurun</li></ol>	
--	--	---	--

## J. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. E / 59 tahun

Ruang / Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Tgl	No. DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
29 April 2024	I	07 : 20	Memberikan posisi semi-fowler Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia merasa nyaman dengan posisi semi-fowler yang diberikan	Febe Meiske
	I		Memberikan oksigen nasal canul 5 liter Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan	Febe Meiske
	II	07:30	Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu 3-5 menit	Febe Meiske
	II	07 : 35	Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan pasien menyetujui tindakan yang akan dilakukan	Febe Meiske
	II		Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 1 menit 15 detik,	Febe Meiske
	II		Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit Hasil : Tampak belum ada perubahan yang signifikan pada udem kedua kaki pasien. Pitting edema kembali dalam 1 menit 15 detik	Febe Meiske
	II	07 : 42	Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (<800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi	Febe Meiske

			<p>cairan (mengajarkan pasien untuk minum air putih menggunakan 1 botol ukuran &lt;800 cc atau menggunakan botol minuman aqua ukuran sedang yang di konsumsi selama 1 hari)</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan dan akan melakukan anjuran yang diberikan. Tampak air mineral botol ukuran 600 cc di meja pasien)</p>	
	I		<p>Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak)</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p>	Febe meiske
	I	08.00	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, pasien juga mengatakan bahwa ia biasa terbangun saat tidur karena sesak yang dirasakan, merasa lemas dan terdapat edema pada kaki</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit, pernafasan pasien tampak tidak teratur, dan tampak menggunakan otot bantu pernafasan</li> </ul>	Febe meiske
	I		<p>Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 92 %</li> <li>• Tekanan darah 135/99 mmhg</li> </ul>	Febe meiske
	I		<p>Memonitor aritmia</p> <p>Hasil :</p> <p>Frekuensi nadi 101 x/menit, irama irreguler</p>	Febe Meiske
	I		<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk (dahak yang dikeluarkan berwarna kuning)</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> <li>• JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O</li> </ul>	Febe meiske

	I	09 :00	Melakukan kolaborasi pemberian obat anti aritmia : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspilet 40 mg/oral</li> <li>• Clopidogrel 75 mg/oral</li> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/oral</li> <li>• Atovastatin 40 mg/ oral</li> </ul>	Febe meiske
	II		Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/ IV	Febe meiske
	I	10 :00	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi, bunyi jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 130/99 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 99x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Febe meiske
	III	11:00	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia merasa lemas, dan sesak bertambah bila mengubah posisi berbaring (kategori NHYA III)	Febe meiske
	III		Menganjurkan tira baring Hasil : Pasien tampak berbaring	Febe meiske
	I,III		Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	
	I	12:00	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 125/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 99x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Febe meiske
	III		Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (kunjungan)	Febe meiske

			<p>Hasil : Menjelaskan kepada keluarga agar datang sesuai jam besuk dan memberikan kesempatan untuk pasien beristirahat</p>	
	II	13 :00	<p>Memonitor intake dan output cairan Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 300 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Total : 705 cc</li> <li>• Output urin = 900 cc Total : 900 cc</li> <li>• Balance cairan CM (CK+IWL) = 705 - (900+260) = 435 cc</li> </ul>	Febe meiske
	II	13:30	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya</li> <li>• Pitting edema derajat 4 (8 mm) kembali dalam 1 menit 16 detik</li> </ul>	Febe meiske
	I	14 : 05	<p>Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 99 % dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>• Tekanan darah 127/92 mmhg</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		<p>Memonitor aritmia Hasil : Frekuensi nadi 99 x/menit</p>	Eldha Timbang
	I		<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, merasa lemas dan terdapat edema pada kaki</li> <li>• Frekuensi napas 30 x/menit</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih sering batuk berdahak berwarna kuning</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> </ul>	Eldha Timbang

			<ul style="list-style-type: none"> <li>JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O</li> </ul>	
	II	14:15	<p>Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat</p> <p>Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu 3-5 menit</p>	Eldha Timbang
	I	14:20	<p>Memberikan posisi semi-fowler</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia merasa lebih baik dengan posisi semi-fowler yang diberikan</p>	Eldha Timbang
	I		<p>Memberikan oksigen nasal canul 5 liter</p> <p>Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan</p>	Eldha Timbang
	II	15:00	<p>Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit untuk menurunkan edema pada kaki pasien</p> <p>Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan</p>	Eldha Timbang
	II		<p>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>Hasil : Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien kembali dalam 1 menit 03 detik</p>	Eldha Timbang
	II	15:10	<p>Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit</p> <p>Hasil : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan</p>	Eldha Timbang
	III	15:30	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa lemas, dan sesak bertambah bila mengubah posisi berbaring (kategori NHYA III)</p>	Eldha Timbang
	I	16:00	<p>Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak)</p> <p>Hasil :</p>	Eldha Timbang

			Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	
	I		Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 125/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 95x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Eldha Timbang
	II	17:00	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/ IV	Eldha Timbang
	II		Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (<800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi cairan (menganjurkan minum 400 cc untuk sore dan malam hari baik saat sesudah makan atau saat merasa haus) Hasil : Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan. Tampak pasien minum air putih dengan jumlah 150 cc)	Eldha Timbang
	I	18:00	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 130/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 29x/menit</li> <li>• Nadi 97x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Eldha Timbang
	III		Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	II		Menganjurkan tira baring Hasil : Pasien tampak berbaring	Eldha Timbang
	I	20:00	Melakukan kolaborasi pemberian obat anti aritmia : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/ oral</li> </ul>	Eldha Timbang
	II		Memonitor intake dan output cairan Hasil :	Eldha Timbang

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 400 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 4 cc Total : 805 cc</li> <li>• Output urin = 1000 cc Total : 1000 cc</li> <li>• Balance cairan CM (CK+IWL) = 805 - (1000+260) = 454 cc</li> </ul>	
	II		Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 58 detik	Eldha Timbang
	III		Menyediakan lingkungan yang nyaman dan renda stimulus (kunjungan, Cahaya ) Hasil : Menjelaskan kepada keluarga agar memberikan kesempatan untuk pasien beristirahat. Mengurangi pantulan cahaya yang mengenai pasien	Eldha Timbang
30 April 2024	I	07 : 10	emberikan oksigen nasal canul 5 liter Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan	Febe Meiske
	III		Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	Febe Meiske
	I		Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi napas 26x/menit, pernafasan pasien tampak tidak teratur, dan tampak menggunakan otot bantu pernafasan</li> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, merasa lemas dan terdapat edema pada kedua kaki</li> </ul>	Febe Meiske
	I		Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah Hasil :	Febe Meiske

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 99 % dengan menggunakan nasal canul 5 L</li> <li>• Tekanan darah 128/99 mmhg</li> </ul>	
	I		<p>Memonitor aritmia</p> <p>Hasil :</p> <p>Frekuensi nadi 95 x/menit</p>	Febe Meiske
	I		<p>Memberikan posisi semi-fowler</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia merasa nyaman dengan posisi semi-fowler yang diberikan</p>	Febe Meiske
	II	07:20	<p>Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (&lt;800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan dan akan minum sesuai anjuran yang diberikan</p>	Febe Meiske
	I		<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• JVP meningkat 5+2 cmH<sub>2</sub>O</li> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk (dahak yang dikeluarkan berwarna kuning kental)</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> </ul>	Febe Meiske
	III	07 : 35	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa lemas, dan sesak bertambah bila mengubah posisi berbaring (kategori NHYA III)</p>	Febe meiske
	I	08:10	<p>Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 130/96 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 99x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Febe meiske
	III		<p>Menganjurkan tira baring</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien tampak berbaring</p>	Febe meiske

	II	08 : 35	Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu 3-5 menit	Febe Meiske
	II	09 : 05	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/IV	Febe Meiske
	I		Melakukan kolaborasi pemberian obat anti aritmia : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspilet 40 mg/oral</li> <li>• Clopidogrel 75 mg/oral</li> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/oral</li> <li>• Atovastatin 40 mg/ oral</li> </ul>	Febe meiske
	II	09 : 30	Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Febe meiske
	II		Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 52 detik,	Febe meiske
	II		Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit Hasil : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Febe meiske
	I	10:00	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi, bunyi jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/92 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 26x/menit</li> <li>• Nadi 97x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Febe meiske
	I		Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) Hasil : Pasien dapat mengerti dengan	Febe meiske

			penjelasan yang diberikan	
III	12.00		Menyediakan lingkungan yang nyaman dan renda stimulus (kunjungan) Hasil : Menjelaskan kepada keluarga jam besuk sudah selesai dan memberikan kesempatan untuk pasien beristirahat	Febe meiske
I	12:15		Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi, bunyi jantung) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 94x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Febe meiske
III			Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya</li> <li>• Pitting edema derajat 4 (8 mm) kembali dalam 43 detik</li> </ul>	Febe meiske
III	13 : 32		Memonitor intake dan output cairan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 400 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Injeksi obat Nitrogliserin = 10 cc Total : 715 cc</li> <li>• Output urin = 800 cc Total : 800 cc</li> <li>• Balance cairan CM (CK+IWL) = 715 – (800+260) = 345 cc</li> </ul>	Febe meiske
III	14:05		Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa lemas, dan sesak bertambah bila mengubah posisi berbaring (kategori NHYA III)	Eldha Timbang
II	14: 15		Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan	Eldha Timbang

	I		sore hari dengan waktu 3-5 menit Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, merasa lemas dan terdapat edema pada kaki</li> <li>• Frekuensi napas 30 x/enit</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih sering batuk berdahak berwarna kuning</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> <li>• JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O</li> </ul>	Eldha Timbang
	I	14 :30	Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 99 % dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>• Tekanan darah 127/92 mmhg</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		Memonitor aritmia Hasil : Frekuensi nadi 99 x/menit	Eldha Timbang
	III		Menganjurkan tira baring Hasil : Pasien tampak berbaring	Eldha Timbang
	II	15:25	Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	II		Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien kembali dalam 40 detik	Eldha Timbang
	II		Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit Hasil : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Eldha Timbang

	I	15:35	Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) Hasil : Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	I	15:40	Memberikan posisi semi-fowler Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia merasa lebih baik dengan posisi semi-fowler yang diberikan	Eldha Timbang
	I		Memberikan oksigen nasal canul 5 liter Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan	Eldha Timbang
	I	16 :00	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 125/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 91x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Eldha Timbang
	II	17 :05	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/ IV	Eldha Timbang
	I,III		Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	I	18 : 02	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/89 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 26x/menit</li> <li>• Nadi 92x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul>	Eldha Timbang
	II		Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi cairan Hasil : Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan	Eldha Timbang

	II	20:10	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 3 (6mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 29 detik	Eldha Timbang
	II		Memonitor intake dan output cairan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 400 cc Air putih = 600 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Total : 1005 cc</li> <li>• Output urin = 1010 cc Total : 1010 cc</li> <li>• Balance cairan CM (CK+IWL) = 1005 - (1010+260) = 265 cc</li> </ul>	Eldha Timbang
	I	20:40	Melakukan kolaborasi pemberian obat anti aritmia : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/ oral</li> </ul>	Eldha Timbang
	III	21:00	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan renda stimulus (kunjungan) Hasil : Menjelaskan kepada keluarga agar memberikan kesempatan untuk pasien beristirahat	Eldha Timbang
31 April 2024	I	07 : 15	Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) Hasil : Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan tampak pasien makan makanan yang disediakan dari rumah sakit	Febe Meiske
	II	07 : 25	Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu 3-5 menit	Febe Meiske

	II	07 : 28	Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (<800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi cairan Hasil : Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan dan akan minum sesuai anjuran yang diberikan	Febe Meiske
	III		Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	Febe Meiske
	I	08:05	Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 96 %</li> <li>• Tekanan darah 118/85 mmhg</li> </ul>	Febe Meiske
	I		Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi napas 24x/menit, pernafasan pasien tampak teratur, dan tidak tampak menggunakan otot bantu pernafasan</li> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia sesaknya sudah cukup berkurang, merasa lemas dan edema pada kedua kaki sudah cukup menurun</li> </ul>	Febe Meiske
	I		Memonitor aritmia Hasil :	Febe Meiske

	I		Frekuensi nadi 90 x/menit Memberikan oksigen nasal canul 3 liter Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan	Febe Meiske
	I	08:10	Memberikan posisi semi-fowler Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia merasa nyaman dengan posisi semi-fowler yang diberikan	Febe Meiske
	I		Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• JVP meningkat 5+1 cmH<sub>2</sub>O</li> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk (dahak yang dikeluarkan berwarna kuning kental)</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> </ul>	Febe Meiske
	I	08 : 38	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa lemas, dan sesak Sudah berkurang bila melakukan aktifitas ringan di tempat tidur	Febe Meiske
	III	08:59	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/ IV	Febe Meiske
	I	09 : 10	Melakukan kolaborasi pemberian obat	Febe Meiske

			anti aritmia : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspilet 40 mg/oral</li> <li>• Clopidogrel 75 mg/oral</li> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/oral</li> <li>• Atovastatin 40 mg/ oral</li> </ul>	
	II		Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Febe Meiske
	II		Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 3 (6mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali dalam 24 detik,	Febe Meiske
	II		Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit Hasil : Pitting edema kembali dalam 22 detik	Febe Meiske
	III		Menganjurkan tira baring Hasil : Pasien tampak berbaring	Febe Meiske
	I	10:13	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/85 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>• Nadi 81x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul>	Febe Meiske

	III	11:35	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan renda stimulus Hasil : Menyalakan AC, dan mengganti selimut pasien yang basah	Febe Meiske
	I	12:06	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi, bunyi jantung) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 115/81 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 24x/menit</li> <li>• Nadi 93x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul>	Febe Meiske
	II	13:35	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya</li> <li>• Pitting edema derajat 3 (6 mm) kembali dalam 16 detik</li> </ul>	Febe Meiske
	II		Memonitor intake dan output cairan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 300 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Injeksi obat Nitrogliserin = 10 cc Total : 415 cc cc</li> <li>• Output urin = 1100 cc Total : 1100 cc</li> <li>• Balance cairan</li> </ul>	Febe meiske

			$CM (CK+IWL) = 415 \text{ cc} - (1100+260) = 345 \text{ cc}$	
	I	14.23	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan cura jantung</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, merasa lemas dan terdapat edema pada kaki derajat 2 (4mm) waktu kembali 13 detik</li> <li>• Frekuensi napas 24 x/menit</li> </ul>	Eldha Timbang
	I	14:30	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan cura jantung</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih sering batuk berdahak berwarna kuning</li> <li>• Terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru</li> <li>• JVP meningkat 5+1 cmH<sub>2</sub>O</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		<p>Memonitor saturasi oksigen dan tekanan darah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturasi oksigen 99 % dengan nasal kanul 3 liter</li> <li>• Tekanan darah 117/90mmhg</li> </ul>	Eldha Timbang
	I		<p>Memonitor aritmia</p> <p>Hasil :</p> <p>Frekuensi nadi 89 x/menit</p>	Eldha Timbang
	III	13 : 32	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil :</p>	Eldha Timbang

			Pasien mengatakan bahwa lemas yang dirasakan sudah cukup berkurang , dan sesak sudah posisi berbaring di tempat tidur	
	II	13:40	Menjadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi kaki 30 derajat Hasil : Perubahan posisi dilakukan selama 3 hari sebanyak 2 kali/hari yaitu pagi dan sore hari dengan waktu 3-5 menit	Eldha Timbang
	III		Menganjurkan tira baring Hasil : Pasien tampak berbaring	Eldha Timbang
	II	16:17	Menginformasikan pada pasien untuk memberikan posisi kaki lebih tinggi (30 derajat) selama 5 menit Hasil: Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	II	14: 15	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) Hasil : Pitting edema derajat 2 (4mm) pada kedua kaki pasien kembali dalam 13 detik	Eldha Timbang
			Memberikan posisi kaki 30 derajat selama 5 menit Hasil : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan. Tampak udem pada kedua kaki derajat 2 (4mm) dengan waktu kembali 11 detik	Eldha Timbang

	I	15:43	Memberikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) Hasil : Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	I		Memberikan oksigen nasal canul 3 liter Hasil : pasien mengatakan bahwa sesaknya cukup berkurang dengan pemakaian oksigen yang diberikan	Eldha Timbang
	I	16 :08	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 109/80 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 25x/menit</li> <li>• Nadi 87x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul>	Eldha Timbang
	II	17:15	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik Hasil : Furosemide 80 mg/ IV  Menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : Pasien dapat mengerti penjelasan yang diberikan	Eldha Timbang
	I	18:05	Melakukan observasi TTV (monitor saturasi oksigen, frekuensi napas, tekanan darah dan frekuensi nadi)	Eldha Timbang

			<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 119/88 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 25x/menit</li> <li>• Nadi 95x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul>	
	II		<p>Melakukan pembatasan cairan dan garam pada pasien (&lt;800 cc/ hari) serta mengajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengerti dengan pembatasan cairan yang diberikan</p>	Eldha Timbang
	III	19:50	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>Hasil :</p> <p>Pitting edema derajat 2 (4mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 8 detik</p>	Eldha Timbang
	II	20:30	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 300 cc Air putih = 700 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Total : 1000 cc</li> <li>• Output urin = 850 cc Total : 850 cc</li> <li>• Balance cairan CM (CK+IWL) = 1000 - (850+260) = 110 cc</li> </ul>	Eldha Timbang
	I	20:42	<p>Melakukan kolaborasi pemberian obat anti aritmia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitrokaf R 2,5 mg/oral</li> </ul>	Eldha Timbang

	III		<p>Menyediakan lingkungan yang nyaman dan renda stimulus (kunjungan)</p> <p>Hasil :</p> <p>Menjelaskan kepada keluarga agar memberikan kesempatan untuk pasien beristirahat</p>	Eldha Timbang
	I		<p>Memberikan posisi semi-fowler</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia merasa lebih baik dengan posisi semi-fowler yang diberikan</p>	Eldha Timbang

### K. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. E / 59 tahun

Ruang / Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

TGL	Jam	NO DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
29/04/2024	12 : 00	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak napas</li> <li>Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah 125/90 mmhg</li> <li>Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>Nadi 99x/menit</li> <li>SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi)</li> <li>Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>Irama jantung irregular</li> <li>JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O.</li> </ul> <p>A :</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	Febe Meiske
	13 : 30	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bahwa kedua kakinya masih bengkak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tampak edema pada kedua</li> </ul>	Febe Meiske

			<p>kaki pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake Cairan NaCl 0,9% = 300 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Injeksi obat Nitrogliserin = 10 cc Total : 715 cc Output urin = 900 cc Total : 900 cc Balance cairan CM (CK+IWL) = 715 - (900+260) = 445 cc</li> <li>• Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 1 menit 06 detik</li> </ul> <p>A : Masalah hipervolemi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	
	11 : 00	III	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa lemah dan masih sesak saat melakukan aktivitas ringan di tempat tidur</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak aktivitas pasien dibantu</li> <li>• Frekuensi nadi 99 x/ menit</li> <li>• Tekanan darah 125/90 mmhg</li> </ul> </p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	Febe Meiske

	18:00	I	<p>S : Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>• Irama jantung irregular</li> <li>• JVP meningkat 5+3 cmH<sub>2</sub>O</li> <li>• Tekanan darah 130/90 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 29x/menit</li> <li>• Nadi 97x/menit</li> <li>• SPO<sub>2</sub> 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>• Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi).</li> </ul> <p>A :</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	Eldha Timbang
	20 : 00	II	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa kedua kakinya masih bengkak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak masih udem pada kedua kaki pasien</li> <li>• Intake</li> </ul> <p>Cairan Nacl 0,9% = 400 cc  Air putih = 400 cc  Injeksi obat furosemide = 5 cc  Total : 805 cc  Output urin = 1000 cc  Total : 1000 cc  Balance cairan</p> <p>CM (CK+IWL) = 805 -  (1000+260) = 455 cc</p>	Eldha Timbang

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pitting edema derajat 4 (8mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 58 detik</li> </ul> <p>A : Masalah hipervolemi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	18 : 00	III	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa lemah dan masih sesak saat melakukan aktivitas ringan di tempat tidur</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah 130/90 mmhg</li> <li>Frekuensi napas 29x/menit</li> <li>Nadi 97x/menit</li> <li>SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>Tampak aktivitas pasien dibantu</li> </ul> </p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Eldha Timbang
30/04/2024	12: 15	I	<p>S :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bahwa sesaknya sedikit berkurang</li> <li>Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk</li> </ul> </p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah 120/90 mmhg</li> <li>Frekuensi napas 28x/menit</li> <li>Nadi 94x/menit</li> <li>SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> </ul> </p>	Febe Meiske

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi)</li> <li>• Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>• Irama jantung irregular</li> <li>• JVP meningkat 5+2 cmH<sub>2</sub>O.</li> </ul> <p>A : Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	13 : 32	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa kedua kakinya masih bengkak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak edema masi ada pada kedua kaki pasien</li> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 400 cc Air putih = 400 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Injeksi obat Nitrogliserin = 10 cc Total : 715 cc Output urin = 800 cc Total : 800 cc Balance cairan CM (CK+IWL) = 715 - (800+260) = 345 cc</li> <li>• Pitting edema derajat 4 (8 mm) kembali dalam 43 detik</li> </ul> <p>A : Masalah hipervolemi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Febe Meiske

	11 : 00	III	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa lemah dan masih sesak saat melakukan aktivitas ringan di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak aktivitas pasien dibantu</li> <li>• Frekuensi napas 26 x/ menit</li> <li>• Frekuensi nadi 99x/ menit</li> <li>• Tekanan darah 120/90 mmhg</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Febe Meiske
	18:02	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bahwa sesak yang dirasakan sudah cukup menurun</li> <li>• Pasien mengatakan bahwa ia masih batuk</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/89 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 26x/menit</li> <li>• Nadi 92x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>• Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>• Irama jantung irregular</li> <li>• JVP meningkat 5+2 cmH<sub>2</sub>O kanul 5 liter</li> <li>• Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi).</li> </ul> <p>A :</p>	Eldha Timbang

			<p>Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	20 : 12	II	<p>S : Pasien mengatakan bahwa kedua kakinya masih bengkak namun bengkaknya sudah cukup menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak masih udem pada kedua kaki pasien</li> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 400 cc Air putih = 600 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Total : 1005 cc Output urin = 1010 cc Total : 1010 cc Balance cairan CM (CK+IWL) = 1005 - (1010+260) = 265 cc</li> <li>• Pitting edema derajat 3 (6mm) pada kedua kaki pasien dengan waktu kembali 29 detik</li> </ul> <p>A : Masalah hipervolemi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Eldha Timbang
	18 : 02	III	<p>S : Pasien mengatakan sesaknya cukup berkurang namun masih merasa lemah dan masih sesak saat melakukan aktivitas ringan di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/89 mmhg</li> </ul>	Eldha Timbang

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi napas 26x/menit</li> <li>• Nadi 92x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 5 liter</li> <li>• Tampak aktivitas pasien dibantu</li> </ul> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
31 April 2024	12: 15	I	<p>S : Pasien mengatakan bahwa sesak yang dirasakan sudah berkurang dan batuk sekali-kali</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 115/81 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 24x/menit</li> <li>• Nadi 93x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> <li>• Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi) berkurang</li> <li>• Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>• Irama jantung reguler</li> <li>• JVP meningkat 5+1 cmH<sub>2</sub>O.</li> </ul> </p> <p>A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Febe Meiske
	13 : 32	II	<p>S : Pasien mengatakan bahwa kedua bengkak pada kedua kaki berkurang</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak edema berkurang</li> </ul> </p>	Febe Meiske

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Intake Cairan Nacl 0,9% = 300 cc Air putih = 700 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Injeksi obat Nitrogliserin = 10 cc Total : 1015 cc cc Output urin = 1100 cc Total : 1100 cc Balance cairan CM (CK+IWL) = 1015 cc – (1100+260) = 345 cc</li> <li>Pitting edema derajat 3 (6 mm) kembali dalam 16 detik</li> </ul> <p>A : Masalah hipervolemi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	
	11 : 00	III	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa lemah dan masih sesak saat melakukan aktivitas ringan di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah 115/81 mmhg</li> <li>Frekuensi napas 24x/menit</li> <li>Nadi 93x/menit</li> <li>SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	Febe Meiske
	18:02	I	<p>S : Pasien mengatakan bahwa ia merasa tidak sesak</p>	Eldha Timbang

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 119/88 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 25x/menit</li> <li>• Nadi 95x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> <li>• Suara jantung s3 terdengar gallop</li> <li>• Irama jantung irregular</li> <li>• JVP meningkat 5+1 cmH<sub>2</sub>O kanul 5 liter</li> <li>• Terdengar bunyi napas tambahan (ronkhi).berkurang</li> </ul> <p>A :</p> <p>Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	20 : 30	II	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa kedua kakinya yang bengkak sudah cukup menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak masih udem pada kedua kaki pasien</li> <li>• Intake Cairan Nacl 0,9% = 300 cc Air putih = 700 cc Injeksi obat furosemide = 5 cc Total : 1000 cc Output urin = 850 cc Total : 850 cc Balance cairan CM (CK+IWL) = 1000 – (850+260) = 110 cc</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah hipervolemi teratasi sebagian</p>	Eldha Timbang

			P : Lanjutkan intervensi	
	18 : 05	III	S : Pasien mengatakan sesaknya cukup berkurang saat melakukan aktivitas ringan O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah 120/89 mmhg</li> <li>• Frekuensi napas 26x/menit</li> <li>• Nadi 92x/menit</li> <li>• SPO2 99% dengan nasal kanul 3 liter</li> </ul> A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi P : Hentikan intervensi	Eldha Timbang

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Askep**

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Tn. E usia 59 tahun dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini mengungkakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, perencanaan atau intervensi, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung ke pada pasien dan keluarga pasien. Observasi tanda-tanda vital Tekanan darah: 146/112 mmHg, frekuensi nadi: 103x/menit, frekuensi pernapasan: 28x/menit, suhu: 36°C, dan SPO2 90%.

Dari hasil wawancara pada pasien dan keluarga ditemukan bahwa etiologi utama pada Tn.E yaitu hipertensi. Pasien memiliki riwayat Hipertensi yang tidak terkontrol, tekanan darah yang tinggi dapat memicu kerusakan pada dinding pembuluh darah termasuk pembuluh darah jantung.

Sesuai dengan keluhan Tn.E hasil foto thorax menandakan adanya *cardiomegaly* dan *echocardiography* 22%, keluhan utama pada pasien dengan gagal jantung yaitu sesak napas. Pada teori dijelaskan bahwa sesak napas dapat terjadi pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* diakibatkan karena terjadinya dekompensasi jantung berat, sehingga tekanan kapiler dalam jantung menjadi meningkat karena cairan didorong dari darah sirkulasi menuju interstitium dan kemudian ke alveoli, bronkus,

dan bronkiolus (Yuli & Ahmad, 2020).

Pada Tn.E keluhan utamayang dirasakan yaitu sesak napas yang disebabkan oleh adanya edema pada paru terbukti dengan hasilfoto thorax pasien ditemukan adanya edema pada paru – paru atau disebut efusi pleura. Pada gagal jantung kiri, darah yang telah kaya dengan oksigen dari paru-paru akan menumpukdi pembuluh darah paru-paru. Penumpukan darah bersih tersebut, membuat penderitanya menjadi kekurangan oksigen sehingga timbul keluhan sesak napas. Hal inilah yang terjadi padaTn. E sehingga data yang ditemukan yaitu kadar SpO2 pasien menurun yaitu 90%.

Salah satu tanda penting dari *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu adanya bunyi jantung S3 (*gallop*) ventrikel akibat kegagalan ventrikel kiri. S3 terdengar pada awal *diastolic* setelah bunyi jantung S2 dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Suara S3 ini terdengar paling baik dengan stetoskop yang diletakkan tepat di apeks dan akan lebih baik lagi dengan posisi klien berbaring miring kiripada akhir ekspirasi. Bunyi jantung S4 dapat terjadi selama *sistolic* atrium di mana darah dipaksa masuk ke ventrikel. Jika ventrikel kaku, kekuatan darah yang memasuki ventrikel akan lebih kuat, dan hasilnya adalah suara benturan pada *diastolic* akhir atau S4 (Yuli & Muzaki Ahmad, 2020).

Pada kasus Tn. E hal ini juga ditemukan pada pemeriksaan fisik didapatkan data yang mendukung sehingga pasien dikatakan mengalami *Congestive Heart Failure* (CHF) sesuai dengan teori dimana terdengar adanya suara jantung tambahan pada pasien Tn. E yaitu suara jantung S3 (*gallop*) pada ICS 5 mid clavikularis sinistra. Terdengar adanya suara jantung S3 karena adanya pengisian jantung yang berlebih akibat volume yang berlebih/volume *overload*. Sedangkan suara jantung S4 terjadi karena adanya tekanan yang berlebihan (*pressure overload*). Pada

kasus Tn.E hal ini juga ditemukan Sesuai dengan hasil pemeriksaan *echocardiography* ditemukan adanya beberapa regurgitasi pada jantung Tn.E yang mengakibatkan timbulnya suara S3 dan S4.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Tn.S sesuai dengan standar diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) menurut (PPNI, 2016) yaitu:

### a. Penurunan curah Jantung Berhubungan dengan Perubahan Kontraktilitas

Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu tekanan darah awal pasien masuk 146/112 mmHg, N:103x/menit, pasien pucat, LVEF: 22%, suara jantung *gallop*. Data-data ini mendukung untuk mengangkat diagnosis ini karna sesuai dengan keadaan pasien dan tanda-tanda mayor dan minor pada buku SDKI dan menjadi diagnosis prioritas karena penurunan curah jantung menjadi salah satumasalah utama yang ditemukan pada pasien ditandai dengan pasien sesak, dan LVEF <40% dan sesuai dengan data mayor dan minor pada SDKI dimana >80% data ditemukan pada pasein yaitu adanya bunyi jantung S3 dan/ S4, *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND), *dyspnea* sehingga diagnosis ini dapat layak untuk diangkat.

### b. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Aliran Balik Vena

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data dari pasien yaitu Pasien mengeluh sesak napas, tampak edema derajat 4 (8mm) pada kedua tungkai bawah, terdengar suara napas tambahan *ronchi*, JVP 5+3 cmH<sub>2</sub>O. Hasil foto thorax: *cardiomegaly*, hasil laboratorium : MCV 94.4 fL, RDW-CV 16.5 %. Data-data tersebut mendukung untuk mengangkat

diagnosis ini karna sesuai dengan keadaan pasien dan tanda-tanda mayor dan minor pada buku standar diagnosis keperawatan (SDKI) terpenuhi 80%.

c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidak Seimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan Pasien mengatakan sesak dan memberat saat beraktivitas sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, dan didapatkan juga bahwa pasien berada dalam klasifikasi NYHA III sehingga diagnosis intoleransi aktivitas ini diangkat agar dapat memberikan intervensi terkait dengan aktivitas pasien yang dilakukan sesuai dengan kemampuan pasien menurut klasifikasi NYHA III. Data yang ditemukan pada pasien juga memenuhi syarat terpenuhinya 80% data minor dan mayor sehingga diagnosa intoleransi aktivitas ini dapat diangkat.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan berupa tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (PPNI, 2018).

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan berupa tindakan mandiri perawat,

tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung meliputi Tindakan Observasi: Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor tekanan darah dan monitor aritmia, Tindakan Terapeutik: posisikan pasien *semi-fowler* atau dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan oksigen untuk dapat mempertahankan saturasi oksigen >94. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu di berikan terapi obat anti aritmia.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen hipervolemia yang meliputi Tindakan observasi: Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misalnya adanya *ortopnea*, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor *intake* dan *output* cairan. Tindakan terapeutik: batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-40°, meninggikan anggota gerak 20° atau lebih diatas level jantung. Tindakan kolaborasi yaitu: pemberian diuretik.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen energi meliputi Tindakan Observasi: monitor kelelahan fisik dan emosional, Tindakan Terapeutik: lakukan latihan rentang pasif atau aktif Tindakan Edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas sesuai toleransi, Tindakan Kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Pada diagnosis intoleransi diberikan tindakan untuk menganjurkan aktivitas

pasien sesuai toleransi yang disesuaikan dengan klasifikasi NYHA III yaitu penderita penyakit jantung dengan sedikit keterbatasan saat aktivitas.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Pada tahap pelaksanaan, penulis telah melakukan tindakan keperawatan yang disusun berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018). Pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan perawat. Sesuai dengan *Evidence Based Nursing* (EBN) penulis, penulis memberikan penerapan *foot elevation* 30° dengan tujuan untuk mengurangi edema. Perawat bekerja sama dengan keluarga pasien sehingga dapat membantu dalam pemantauan pemberian terapi pengaturan posisi kepada pasien, sehingga dalam proses implementasi elevasi 30° yang dilakukan selama 3-5 menit tiap 2x sehari yaitu pagi dan sore selama 3 hari dan adapun beberapa hambatan saat penulis melakukan implementasi keperawatan seperti pada implementasi terkait cairan pasien, pasien memiliki pembatasan cairan yang harus diatur. Kendala yang didapatkan pada saat melakukan tindakan keperawatan yaitu sulit untuk mengatur/mengukur cairan yang harus dikonsumsi pasien. Cairan masuk pada pasien terbagi 3 yaitu cairan infus, cairan yang masuk seperti obat-obat dalam bentuk injeksi, dan cairan oral yaitu cairan yang di konsumsi pasien. Tidak ada alat untuk mengukur batasan cairan seperti gelas pengukur yang mengakibatkan pemberian cairan oral menggunakan teknik kira-kira. Selain itu tidak ada hambatan yang spesifik yang ditemukan ketika pemberian intervensi kepada pasien.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan didapatkan dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 April 2024 sampai tanggal 31 April

2024 pada pasien Tn. E merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Sampai pada perawatan hari ketiga hanya teratasi sebagian karena pasien masih merasa sesak. Sehingga intervensi terus dilakukan, pemberian posisi pada pasien yaitu posisi *semi-fowler* masih terus di berikan kepada pasien.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah hanya teratasi sebagian yang dibuktikan dengan tampak edema derajat 2 (4mm) pada kedua tungkai bawah, terdengar suara napas tambahan *ronchi* dan JVP 5+2 cmH<sub>2</sub>O.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. sampai hari ketiga perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah intoleransi sudah teratasi dibuktikan dengan data pasien mengatakan rasa sesak saat beraktivitas berkurang, rasa lelah berkurang, tampak pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan dan duduk.

## **B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)**

1. Judul EBN: *Studi Literatur Penerapan foot Elevation 30° Terhadap Penurunan Edema pada Pasiendengan Congestive Heart Failure (CHF).*
2. Diagnosis keperawatan: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena
3. Luaran yang diharapkan: Keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil edema cukup menurun
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: Pemberian *foot elevation 30°* dan efek perubahan posisi terhadap penurunan edema
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN:
  - a) Pengertian tindakan : *foot elevation 30°* adalah sala satu terapi

non-farmakologi yang dapat menurunkan edema pada ekstremitas bawah (kaki) dengan menggunakan gravitasi.

b) Tujuan atau rasional EBN pada asuhan keperawatan :

*Foot elevation 30°* merupakan pemberian posisi kaki lebih tinggi dari jantung yang bertujuan untuk menurunkan derajat edema pada pasien CHF dengan menggunakan gaya gravitasi. Vena perifer dan tekanan arteri dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga Pembuluh darah yang lebih tinggi dari jantung akan meningkatkan jumlah volume dan aliran darah dan limfe kembali ke jantung dan menurunkan tekanan perifer sehingga mengurangi edema pada pasien dan memperbaiki sirkulasi perifer.

6. PICOT EBN (*Problem, Intervension, Comparison, Outcome, Time*)

Tabel 4.1  
Tabel PICOT EBN

Rubrik	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Penerapan <i>Foot Elevation</i> 30° Terhadap Penurunan Derajat Oedema Ekstremitas Bawah Pada Pasien Congestif Heart Failure (Jafar & Budi, 2023)	Penerapan Evidence Based Practice Nursing (EBPN) Elevasi kaki terhadap Penurunan <i>Foot Edema</i> pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) (Dewi et al, 2023)	Pengaruh Pemberian <i>Contrast Bath</i> dengan Elevasi Kaki 30 Derajat terhadap Penurunan Derajat Edema pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (Budiona & Ristanti, 2019)
<i>Problem &amp; Populasi</i>	<i>Congestive Heart Failure</i> adalah ketidakmampuan jantung memompa darah keseluru tubuh sehingga jantung hanya memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan adekuat. Bila terjadi kegagalan jantung hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru atau organ lainnya sehingga menimbulkan bengkak yang dapat menghambat aktivitas dari pasien gagal jantung. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 1 pasien, mampu berkomunikasi dengan baik, memiliki oedema ekstremitas bawah 4 derajat,	<i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) adalah suatu keadaan ketika jantung tidak dapat lagi untuk memompakan darah yang cukup dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh yang digunakan untuk keperluan metabolisme jaringan pada tubuh dalam kondisi tertentu, sedangkan tekanan pada pengisian kedalam masih cukup tinggi. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF termasuk sesak napas berat disertai bendungan vena perifer seperti peningkatan tekanan vena jugularis, hepatomegaly, splenomegaly, asites dan edema perifer. Dalam penelitian ini	<i>Congestive Heart Failure</i> yaitu ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluru tubuh sehingga jantung hanya memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan adekuat. Bila terjadi kegagalan jantung hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ lainnya sehingga menimbulkan bengkak yang dapat menghambat aktivitas dari pasien gagal jantung. populasi dalam penelitian ini yaitu 34 responden kemudian dibagi dua kelompok, 17 kelompok perlakuan yang diberikan terapi <i>contrast bath</i> dilanjutkan dengan Elevasi kaki 30° dan 17 kelompok kontrol yang tidak di berikan

	bersedia menjadi responden dan melakukan Tindakan intervensi, dan pasien dengan kondisi <i>Congestif heart failure</i> (CHF)	didapatkan 3 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Ketiganya berjenis kelamin laki-laki dengan CHF	terapi <i>Contrast bath</i> dilanjutkan dengan Elevasi kaki 30°
<i>Intervension</i>	Intervensi yang dilakukan yaitu <i>Foot elevation</i> 30°. Intervensi ini merupakan sebuah intervensi keperawatan dengan menggunakan gaya gravitasi untuk meningkatkan aliran vena dan limpatik dari kaki. Vena perifer dan tekanan arteri dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga pembuluh darah yang lebih tinggi dari jantung akan meningkatkan aliran vena dan limpatik dari kaki yang dapat menurunkan tekanan perifer sehingga mengurangi oedema. Tahapan intervensi dilakukan dengan memposisikan klien sesuai dengan posisi yang nyaman dengan cara tubuh berbaring, mengukur terlebih dahulu derajat edema, meninggikan posisi kaki 30° dalam waktu 3-5 menit tergantung kemampuan klien dan mengevaluasi Kembali derajat edema setelah pemberian intervensi. Intervensi ini dilakukan selama 2 x (pagi dan sore) selama 3 hari.	Intervensi yang dilakukan adalah elevasi kaki (diberikan bantal di kaki). Pemberian elevasi kaki menggunakan teknik gravitasi yang akan meningkatkan aliran vena dan limpatik dari kaki serta mengurangi tekanan hidrostatis intravena yang menimbulkan pembesaran cairan plasma ke ruang interstitium dan cairan yang beredar akan kembali ke vena sehingga edema dapat berkurang Tahap awal yang dilakukan sebelum intervensi dilakukan adalah melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), Atur posisi pasien dalam posisi nyaman, Berikan elevasi kaki pada kedua kaki pasien dengan di berikan bantal di bawah kaki lakukan selama 1jam dan 3 kali sehari, yaitu pagi, siang dan sore selama 2 hari berturut – turut dan Observasi kondisi pasien apakah ada keluhan atau tidak selama 1 jam di berikan intervensi	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah <i>contrast bath</i> . <i>Contrast bath</i> merupakan perawatan dengan rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan air dingin. Dimana suhu dari air hangat antara 36,6-43,3°C dan suhu air dingin antara 10-20 °C. Dan intervensi elevasi 30° menggunakan gravitasi untuk meningkatkan aliran vena dan limpatik dari kaki. Vena perifer dan tekanan arteri dipengaruhi oleh gravitasi. Pengukuran Edema menggunakan lembar observasi Derajat edema. elevasi kaki 30° dilakukan 3x sehari selama 3 hari

<p><i>Comparison</i></p>	<p>Metode yang digunakan dalam penulisan adalah <i>case report</i> yang dilakukan selama 3 hari dengan intervensi foot elevation 30° dan penerapan menggunakan desain <i>case study</i> dengan subyek 1 pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pemeriksaan awal dalam penelitian ini adalah memeriksa keadaan umum klien dengan tanda dan gejala yang dirasakan terhadap kondisi hipervolemia termasuk pemeriksaan pitting oedema dan meminta persetujuan klien sebelum melakukan intervensi</p>	<p>Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif yang menggambarkan pengelolaan kasus dalam mengaplikasikan <i>evidence based practice</i> dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan pada pasien CHF berjumlah 3 pasien yang didapatkan secara insidental.</p>	<p>Desain penelitian ini menggunakan desain rancangan penelitian eksperimen semu atau Quasi Experimental dengan jenis rancangan Non Equivalent Control Group Design. Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>consecutive sampling</i>. Sampel perlu memenuhi kriteria guna melakukan penentuan kriteria. Kriteria sampel dibedakan menjadi dua yaitu kriteria <i>inklusi</i>: Rawat Inap, bersedia diikutsertakan dalam penelitian ini, pasien yang didiagnosis CHF dan mengalami edema ekstremitas, serta tidak ada kontraindikasi. Dan kriteria <i>eksklusi</i>: pasien yang menyudahi ataupun menolak menjadi responden dan pasien yang memiliki komplikasi penyakit lain selain CHF. Sampel penelitian ini 34 orang, dibagi 2 kelompok yaitu 17 kelompok perlakuan yang diberikan terapi <i>contrast bath</i> dilanjutkan dengan Elevasi kaki 30° dan 17 kelompok kontrol yang tidak di berikan terapi <i>Contrast bath</i> dilanjutkan dengan Elevasi kaki 30°. Masing-masing kelompok diobeservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi selama 3 kali sehari.</p>
--------------------------	---	---	--

<i>Outcame</i>	<p>Hasil studi kasus dalam penelitian ini menunjukkan dengan dilakukan intervensi foot elevation 30° selama 3 hari yaitu terdapat penurunan derajat oedema yang signifikan pada ekstremitas bawah sebelum dilakukan intervensi dengan derajat oedema 4 dan setelah dilakukan intervensi bernilai 2. Efektivitas penerapan standar asuhan keperawatan dalam menurunkan oedema ekstremitas bawah yang diberikan kepada pasien menunjukkan perubahan penurunan derajat oedema pada hari ke dua dengan nilai derajat oedema</p>	<p>Dari hasil pengumpulan data 3 (tiga) responden yang menjalani intervensi elevasi kaki di peroleh ada penurunan edema di ukur dari lingkaran ankle, instrep dan metakarpal dari sebelum dan sesudah intervensi yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien 1 : pre (41 cm) dan post (47 cm)</li> <li>• Pasien 2 : pre (54 cm) dan post (52 cm)</li> <li>• Pasien 3 : pre (50 cm) dan post (48 cm)</li> </ul>	<p>Hasil pengukuran derajat edema pada responden kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi Contrast Bath setelah itu dilanjutkan dengan Elevasi kaki 30° pada pasien Congestive Heart Failure diperoleh rata-rata nilai derajat edema adalah pada derajat 2 yaitu 16 orang dengan rata-rata 3,25mm kemudian setelah diberikan intervensi contrast bath dan dilanjutkan dengan elevasi kaki 30° dengan interval 3x sehari selama 3 hari didapatkan nilai rata-rata adalah pada derajat 1 yaitu 12 orang dengan rata-rata 1,75mm Sedangkan pada responden kelompok kontrol sebelum adalah pada derajat 2 dengan rata-rata .505mm. Sedangkan rerata derajat edema responden sesudah pada kelompok kontrol adalah pada derajat 2 dengan rata-rata 3,50mm. kemudian hasil nilai Mann-Whitney <math>P = 0,027</math> (<math>P &lt; 0.05</math>) yang artinya mewakili signifikan pengurangan edema kontras Bath dengan 300 kaki elevasi dalam intervensi kelompok dan pasien kelompok kontrol dengan gagal jantung kongestif</p>
<i>Time</i>	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2023	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2023	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2019



a. Kesimpulan PICOT

Dari hasil tiga jurnal mengenai pemberian intervensi *Foot Elevation* 30° pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) maka dapat disimpulkan bahwa *Foot Elevation* 30° merupakan salah satu terapi non-farmakologi yang dapat digunakan untuk menurunkan derajat edema ekstremitas bawah pada pasien CHF. *Foot Elevation* 30° bekerja dengan bantuan gaya gravitasi. Vena perifer dan tekanan arteri dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga pembuluh darah yang lebih tinggi dari jantung akan membantu meningkatkan sirkulasi ataupun jumlah volume aliran darah dan limfatik dari kaki kembali ke jantung. *Foot Elevation* 30° dapat menstimulasi pengeluaran cairan limfe ke bagian yang lebih proksimal serta meningkatkan aliran balik vena dan membantu mengembalikan sirkulasi sistemik saluran pembuluh limfe. *Foot Elevation* 30° berpengaruh terhadap pembuluh darah limfe karena akan merangsang aliran cairan dari bagian interstitial sel akan menuju ke bagian dalam pembuluh limfe selanjutnya cairan akan dibawah kembali ke system vaskuler di muara saluran limfe di atrium dextra jantung dengan bantuan gaya gravitasi yaitu dengan meningkatkan aliran balik vena dan mengurangi tekanan pada vena dan mengurangi penumpukan darah atau cairan pada ekstremitas bawah.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pengkajian data dan tinjauan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. E dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan dari Tn. E faktor terjadinya CHF yaitu memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, memiliki riwayat merokok sejak tahun 2009, serta usia pasien yang sudah 59 tahun yang sangat berisiko mendukung terjadinya CHF pada pasien. Data yang sangat mendukung yaitu hasil pemeriksaan *Echocardiografy* yang menunjukkan bahwa nilai *ejection function* (EF) pasien 22%.
2. Diagnosis Keperawatan yang ditemukan pada Tn. E dengan CHF yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, hipervolemia berhubungan dengan Penurunan gangguan aliran balik vena, dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi observasi, teraupetik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah penurunan curah jantung yaitu perawatan jantung, Intervensi untuk masalah hipervolemia yaitu manajemen hipervolemia, dan intervensi untuk masalah intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi
4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari semua implementasi dapat terlaksanakan dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari 3 diagnosis yaitu penurunan curah jantung, hipervolemia dan intoleransi aktivitas belum teratasi

sepenuhnya dan hanya teratasi sebagian hal ini diakibatkan karena pada pasien dengan CHF dengan NYHA III membutuhkan waktu yang cukup lama untuk perawatan dan pemulihan kembali kesehatan.

6. Penerapan EBN pada pasien Tn, E dengan CHF yaitu tentang pemberian posisi elevasi kaki 30°. EBN ini dilakukan dengan tujuan agar mampu menurunkan kondisi edema pada kedua kaki pasien akibat CHF dimana pitting edema awal pasien yaitu derajat 4 (8mm) kembali dalam 1 menit 22 detik kemudian diberikan implementasi elevasi kaki 30° selama 3 hari maka hasil evaluasi implementasi hari ke-tiga didapatkan pitting edema derajat 2 (4mm) kembali dalam 8 detik. Hal ini membuktikan bahwa pemberian elevasi kaki 30° dapat menurunkan derajat edema pada pasien dengan CHF.

## B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditunjukkan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Pihak RS diharapkan rumah sakit dapat memiliki SOP dalam penanganan pasien CHF terlebih khusus yang berkaitan dengan pembatasan cairan, seperti contoh pada pasien CHF yang diberikan intervensi pembatasan cairan agar disediakan gelas dengan pengukur CC sehingga batasan cairan yang diminum oleh pasien dapat terukur dan tepat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk perawat diharapkan mampu dan kompeten dalam memberikan tindakan keperawatan atau asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF agar pasien tidak jatuh dalam kondisi yang kritis bahkan hingga meninggal sehingga angka kematian

yang tinggi akibat penyakit CHF dapat berkurang. perawat mampu dan kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien dengan CHF dan yang lebih penting yaitu perawat mampu menjalankan perannya sebagai edukator untuk memberikan edukasi keperawatan kepada pasien dan keluarga, sehingga pada waktu pulang ke rumah pasien bisa menghindari faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung yang berulang

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian pada pasien CHF serta meningkatkan ketrampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien CHF sesuai dengan teori yang didapatkan di bangku perkuliahan demi membantu meningkatkan mutu dalam merawat pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asikin, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Erlangga.
- Aspiani, Reny Yuli. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi nic & noc*. Jakarta: EGC.
- Bariyatun, S. (2018). Penerapan Pemberian Oksigen Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Di RSUD Wates Kulon Progo. *KARYA ILMIAH AKHIR NERS*, 1–123.
- Budiono, Rini.S.R. (2019). Pengaruh Pemberian Contrast Bath dengan Elevasi kaki 30 Derajat Terhadap Penurunan Derajat Edema Pada Pasien Gagal jantung Kongestif, *Health Information Jurnal penelitian*, 11(2).
- Elidia.D, Wati.J, Melati.F. (2023). Penerapan *Evidence Based Practice Nursing (EBPN)* Elevasi Kaki Terhadap Penurunan Foot Edema Pada Pasien *Congestive heart Failure (CHF)*, *Journal Of Telenursing (JOTING)*, 5(1).
- Lemon, P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Edisi 5)*. Jakarta: EGC
- Leniwita, H., & Anggriani, Y. (2020) Modul Keperawatan Medikal Bedah I. *In Keperawatan Medikal Bedah* (pp. 24-84). Universitas Kristen Indonesia
- <http://repository.uki.ac.id/2744/1/MODULKEPERAWATANMEDIKALBEDAHIBuku1.pdf>
- Maajid, A. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Muttaqin, A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- New York Heart Association ( NYHA ) classification*. (n.d.). October 2011, 2014.
- Nur Farni.J, Arif Wahyu .S.B. (2023). Penerapan *Foot Elevation 30°* Terhadap Penurunan Derajat Oedema Eksremitas Bawah Pada Pasien *Congestif Heart Failure*. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 1(2).

Nugroho, F. A. (2018). Perancangan sistem pakar diagnose penyakit jantung dengan Metode Forward Chaining In Universitas Pamulang: Vol. 3(2).2-3.

<https://doi.org/10.32493/informatika.v3i2.1431>

PERKI. (2020). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung* (Edisi 2).

PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Pratiwi, D. R. S. (2019). Asuhan keperawatan Tn.W dan Tn.K yang mengalami kongestif Heart Failure (CHF) dengan penurunan curah jantung di ruang intensive Cardiologi Care Unit (ICCU) RS Umum dr Suratji Tirtonegoro Klaten. KTI. STIKES Husadasurakarta. Program studi DIII Keperawatan.

Renstra. (2021). Rencana Strategis Kemenntrian Kesehatan Tahun 2020-2024. In Farmalkes.

<http://farmalkes.kemkes.go.id/2021/rencana-strategis-kementria-kesehatan-tahun-2020-2024/>

Riskedas. *Hasil utama riskedas 2019*. diakses dari [https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskedas-2019\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskedas-2019_1274.pdf)

Rohmah, I. N. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. S Dan Ny. N Yang Mengalami Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Icu RSUD Salatiga*.

Santos, M. F. A. D. (2019). ). Asuhan keperawatan pada pasien Ny. M. G dengan Chf (Congestive Heart Failure) Di Ruang Iccu Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.KTI. Poltekkes Kemenkes Kupang.

Suryana, I., Jumaiyah, W., & Rayasari, F. (2021). Duration Strategy For Heart Falling Patients; Policy Support, Nurse Competency Improvement, Heart Rehabilitation RSUD Karawang Districtin 2020. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12 (khusus), 124–128. <http://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/1281>

Syaifuddin. (2015). *Anatomi Fisiologi Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta:EGC.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar diagnosis keperawatan indonesia (edisi 1)*. Jakarta Selatan: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.

WHO. (2020) Prevention Of Cardiovascular Disease. WHO Epidemiologi Sub Region AFRD and AFRE.

## Lampiran 1

### LEMBAR KONSUL

Nama / NIM : 1. Eldha Timbang / NS2314901032  
2. Febe Meiske / NS2314901038

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan  
*Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Rumah Sakit  
Stella Maris Makassar

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Minggu, 28 April 2024	- Melapor kasus untuk Karya Ilmiah Akhir Hasil : ACC kasus			
2	Senin, 29 April 2024	Konsultasi BAB 3 asuhan keperawatan : - Pengkajian - Analisa data - Diagnose keperawatan - Rencana keperawatan - Konsultasi intervensi EBN Hasil : Revisi EBN			
3	Rabu, 15 Mei 2024	Konsultasi BAB 3 Hasil : - Revisi Pengkajian : mencocokkan data pada pengkajian primer dan sekunder - Revisi implementasi dan evaluasi keperawatan (mencocokkan data hasil implementasi			

		dengan evaluasi) - Revisi pengetikan			
4	Rabu, 29 Mei 2024	Konsultasi revisi BAB 3 (pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) Hasil : - Revisi penulisan obat pada implementasi - Perbaiki penulisan			
5	Rabu, 05 Juni 2024	Konsultasi BAB 4 (pembahasan Askep dan pembahasan penerapan EBN) Hasil : - Revisi jumlah populasi pada table EBN			
6	Kamis, 06 Juni 2024	Konsultasi revisi BAB 4 (jumlah populasi pada tabel EBN) Hasil : ACC BAB 4			

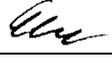
## LEMBAR KONSUL

Nama / NIM : 1. Eldha Timbang / NS2314901032  
 2. Febe Meiske / NS2314901038

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan  
*Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Rumah Sakit  
 Stella Maris Makassar

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Selasa, 28 Mei 2024	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 Hasil : - tambahkan data BAB 1 tentang angka kejadian CHF di RS Stella maris Makassar 3 tahun terakhir dan menambahkan data terkait intervensi EBN (Foot Elevation 30°) - Revisi Penambahan sitasi pada gambar anatomo fisiologi pada BAB 2			
2	Selasa, 03 juni 2024	Konsultasi (revisi BAB 1 dan BAB 2) dan (Konsultasi BAB 5) Hasil : - ACC BAB 1 dan 2 - revisi penulisan BAB 5 (kesimpulan pada evaluasi keperawatan)			
3	Kamis, 06 Juni 2024	Konsultasi : - Revisi penulisan pada BAB 5			

		Hasil : ACC BAB 5			
4	Kamis, 06 Juni 2024	Konsultasi patway Hasil : ACC patway			

## Lampiran 2

### DAFTAR RIYAWAT HIDUP

#### I. Identitas Pribadi

Nama : Eldha Timbang  
Tempat/Tanggal Lahir : Wawondula, 23 Oktober 1984  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Daeng Tompo



#### II. Identitas Orang Tua

##### Ayah

Nama : Y.K. Timbang  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : -  
Alamat : Jln. Sitarda, Kec. Makale, Kab. Tana Toraja

##### Ibu

Nama : Yohana Tangdi Embong  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jln. Sitarda, Kec. Makale, Kab. Tana Toraja

#### III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Bina Kasih Wowondula : (1990-1991)  
SDN 223 Wawondulo : (1992-1997)  
SLTP Negeri 1 Towuti : (1998-2000)  
SMU Negeri Rantepao : (2001-2003)  
STIK Stella Maris Makassar (D-III Keperawatan) : (2003-2006)  
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : (2021-2022)  
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : (2023-2024)

## DAFTAR RIYAWAT HIDUP

### I. Identitas Pribadi

Nama : Febe Meiske  
Tempat/Tanggal Lahir : Limbong Lopi, 26 Februari 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Gunung Merapi



### II. Identitas Orang Tua

#### Ayah

Nama : Yulianus  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : PNS  
Alamat : Limbong Lopi

#### Ibu

Nama : Desyana Tience  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Limbong Lopi

### III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Negeri Pembina Tawalian : (2005-2006)  
SD Negeri 011 Tatoa : (2006-2012)  
SMP Negeri 1 Mamasa : (2012-2015)  
SMA Negeri 1 Mamasa : (2015-2018)  
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : (2018-2023)  
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : (2023-2024)