KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “F” DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

STELLA J.TUMIATY
E1614401080
TIRZA SAPTENNO
E1614401082

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “F” DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

STELLA J.TUMIATY
E1614401080
TIRZASAPTENNO
E1614401082

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmia judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "F" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RS STELLA MARIS" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Dianjurkan Oleh :

NamaMahasiswa : STELLA J TUMIATY(E1614401080)

TIRZASAPTENNO (E1614401082)

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Mery Solon, Ns.,M.Kes)

NIDN 0910057502

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc)

NIDN : 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "F" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.B RS STELLA MARIS" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 21 Mei2019

Pukul : 15.30-17.00WITA

Tempat : Kampus STIK StellaMaris

Tim Penguji :

1. Yunita Carolina, Ns.,M.Kep (.....)
2. Martha Kadang Boro, S.Kep.,Ns (.....)
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)

NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. IdentitasPribadi

Nama	: Stella J. Tumiaty
Tempat/TanggalLahir	: Dobo, 26 Desember 1998
Jeniskelamin	: Perempuan
Agama	:Protestan
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no.8

II. Identitas OrangTua

Ayah/Ibu	: Maria CarolineBalawatun
Agama	:Protestan
Pekerjaan	: PegawaiSwasta
Alamat	:Dobo

III. Pendidikan Yang TelahDitempuh

SDNIFatujuring	: Tahun 2004 - 2010
SMPK1dobo	: Tahun 2010 -2013
SMAN1Dobo	: Tahun 2013 -2016
STIKStellaMaris	: Tahun 2016 -2019

RIWAYAT HIDUP

I. IdentitasPribadi

Nama	: TirzaSaptenno
Tempat/TanggalLahir	: Ouw, 18 Desember 1997
Jeniskelamin	: Perempuan
Agama	:Pantekosta
Alamat	: Jl.Maipa lorong 35 no14

II. Identitas OrangTua

Ayah/Ibu	: Frangky Saptenno/Maria.L
Agama	:Pantekosta
Pekerjaan	:Wirasuasta/IRT
Alamat	:Ambon

III. Pendidikan Yang TelahDitempuh

SDNII Ouw	: Tahun 2004 - 2010
SMPNIIIAmbon	: Tahun 2010 -2013
SMKKesehatan	: Tahun 2013 -2016
STIKStellaMaris	: Tahun 2016 -2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena atas rahmat dan karunian-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang Berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "F" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RS STELLA MARIS"

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar program DIII keperawatan. Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik berupa moral maupun materi, sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dengan sabar danbijaksana.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella MarisMakassar.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Prodi DIII STIK Stella Maris Makassar, sekaligus selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiahini
4. dr.Thomas Soeharto, MMR selaku Direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis Ilmiahini.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku pembimbing akademik program study DIII keperawatan tingkat IIIB.
6. Para dosen dan staf pengajar yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studi di STIK Stella MarisMakassar.

7. Kepada bagian pembimbing praktek dan para pegawai di ruang perawatan St. bernadeth III.B RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiahini.
8. Ny. “F” selaku pasien (CI) dan para pegawai di ruang perawatan St.Bernadeth III.B RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiahini.
9. Kedua orang tua tercinta, dari Stella Johana Tumiaty (bapak B.Tumiaty dan Ibu M. Caroline Balawatun) dan Tirza Saptenno (bapak, Frangky Saptenno dan Ibu Maria. L) yang telah memberikan dukungan, dorongan dan doa dalam menyelesaikan studi di kampus tercinta STIK Stella MarisMakassar.
10. Teman-teman seperjuangan angkatan 2016 mahasiswa STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan masukan dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiahini.

Akhirnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan karena keterbatasan dan pengalaman ilmu yang dimiliki oleh penulis.Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, penulis mengharapkan kritikan dan saran dari para pembaca yang sifatnya membangun dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiahini.

Makassar, 23 Februari 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel2.1 : Klasifikasi gagal jantung menurutNYHA
Tabel2.2 : Patoflodiagram
Tabel3.1 : Genogram
Tabel3.2 : Pemeriksaan darah lengkap
Table3.3 : Analisadata
Tabel3.4 : Diagnose keperawatan
Tabel3.5 : Rencana keperawatan
Table3.6 : Pelaksanaankeperawatan
Tabel3.7 : Evaluasi keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar2.1 : Anatomi jantungmanusia

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMANJUDUL i
HALAMANPERSETUJUAN…..... iii
HALAMANPENGESAHAN..... iv
RIWAYATHIDUP v
KATAPENGANTAR…..... vii
DAFTARTABEL ix
DAFTARGAMBAR x
DAFTARISI xi
BAB I PENDAHULUAN
A.LatarBelakang..... 1
B.TujuanPenulisan 3
C.ManfaatPenulisan 4
D.MetodePenulisan..... 4
E.SistematikaPenulisan..... 5
BAB II TINJAUN TEORITIS
A. KonsepDasarMedis…..... 6
1. Pengertian..... 6
2. AnatomiJantung 7
3. KlasifikasiCHF..... 9
4. klasifikasiNYHA..... 11
5. Etiologi 11
6. Patofisiologi..... 12
7. ManifestasiKlinik 14
8. PemeriksaanDiagnostic..... 15
9. Penatalaksanaan 16
10. Komplikasi..... 17

B. KonsepDasar keperawatan 18
1. Pengkajian 18
2. DiagnostikKeperawatan 19
3. Perencanaan 20
4. *DischargePlanning* 23
5. Patoflowdiagram 24
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Pengkajian 27
B. AnalisaData 47
C. DiagnoseKeperawatan 50
D. RencanaKeparawatan 51
D. Implementasikeperawatan 57
E. Evaluasikeperawatan 81
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengkajian 94
B. Diagnosekeperawatan 95
C. Rencanakeperawatan 96
D. Implmentasikeperawatan 97
E. Evaluasi 98
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 99
B. Saran 100
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

Congestive heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah gangguan pada fungsi jantung, diakibatkan oleh kerusakan kontraksi *miokardium* yang dapat disebabkan oleh jantung *koroner* dan *iskemia* atau *infrak miokardium* atau akibat gangguan otot jantung primer seperti *kardiomiopati* atau *miokarditis* (Lemone dkk, 2015).Didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung tetapi mengalami gejala/riwayat sesak nafas pada saat aktivitas dan sesak nafas saat tidur terlentang tanpa bantal dan kapasitas aktivitas fisik menurun/mudah lelah dan tungkai bawah bengkak (Riskesdas 2013).

Data WHO menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23,3 juta penderita yang meninggal tahun 2020. Menurut *American heart Association* (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung. Selanjutnya terjadi peningkatan manjadi 6,6 juta jiwa pasien yang menderita CHF dan diperkirakan akan bertambah sebanyak 3,3 juta jiwa pada tahun 2030. Data pasien yang menjalani hospitalisasi terdapat sebanyak 1.094.00 pasien dan melalui data ini diperoleh angka kejadian rehospitalisasi hampir sekitar 50% dari total pasien CHF yang perna menjalani hospitalisasi sebelumnya (Pradana, dkk, 2017).

Data Riskesdas 2013 berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia diperkirakan sekitar 229.696 orang.Di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung diperkirakan sekitar 4.017 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala diperkirakan sekitar 28.695 orang (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan data dari MRO RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2016 sebanyak 329 orang dengan kematian 44 orang, pada tahun 2017 jumlah penderita CHF 373 orang dengan kematian 54 orang, dan pada tahun 2018 jumlah penderita CHF 312 orang dengan kematian 40 orang, dan mayoritas berada pada kisaran umur 65 tahun keatas (MRO RS Stella Maris Makassar, 2018). Berdasarkan data diatas sesuai dengan teori bahwa sering bertambahnya usia seseorang semakin rentan terhadap penyakit jantung, hal ini dikarenakan semakin menurunnya fungsi organ terutama jantung sehingga menimbulkan hipertensi yang dalam perkembang lebih serius menjadi gagal jantung (Wilson,2016).

Berdasarkan data di atas menunjukan bahwa angka insiden penderita *Congestive Heart Failure*, membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprenhensif. Perawat sebagai tenaga profesional dibidang pelayanan kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan CHF, karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga baik saat dirawat, akan pulang dari RS dan setelah pulang dari RS. Dengan tujuan pasien dan keluarga dapat belajar dan mengerti tentang gagal jantung sehingga mereka mampu mengaturaktivitas

dan istirahat, dan memahami upaya untuk meminimalkan terjadinya kekambuhan gagal jantung serta dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang kelangsungan hidup pasien. Melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien CHF di ruang perawatan St. Bernadeth III.B RS StellaMaris.

B. TujuanPenulisan

1. Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien denganCHF.
2. TujuanKhusus
   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan CHF.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan CHF.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien denganCHF.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF.
   e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien denganCHF.

C. ManfaatPenulisan

1. Bagi Institusi RumahSakit

   Sebagai masukan bagi tenaga keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien khususnya pada CHF.

2. BagiPendidikan

   Sebagai sumber informasi bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan masa yang akandatang.

3. BagiPasien

   Mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan yang mencakup asuhan keperawatan bio-psiko-sosial dan spiritual.

4. BagiPenulis

   Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan langsung pada pasienCHF.

D. MetodePenulisan

1. StudiKepustakaan

   Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku.

2. Internet

   Penulis mengumpulkan data melalui website dan jurnal online.

3. Studikasus

   a. Wawancara

      Melakukan tanya jawab dengan pasien dan keluarga pasien berkaitan dengan penyakit.

   b. Pemeriksaanfisik

      Dengan melakukan pemeriksaan lansung oleh perawat mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, dan auskultasi.

   c. Studidokumentasi

      Dengan menggunakan catatan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan pasien.

E. SistematikaPenulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, dan komplikasi. Kemudian, konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan discharge planing, setelah itu pada akhir bab ini dibuat patoflowdiagram, bab III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengaSn pengamatan kasus pasien yang dirawat, bab V sebagai akhir dari karya tulis ilmiah yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan karya tulis ilmiah ini

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep DasarMedis

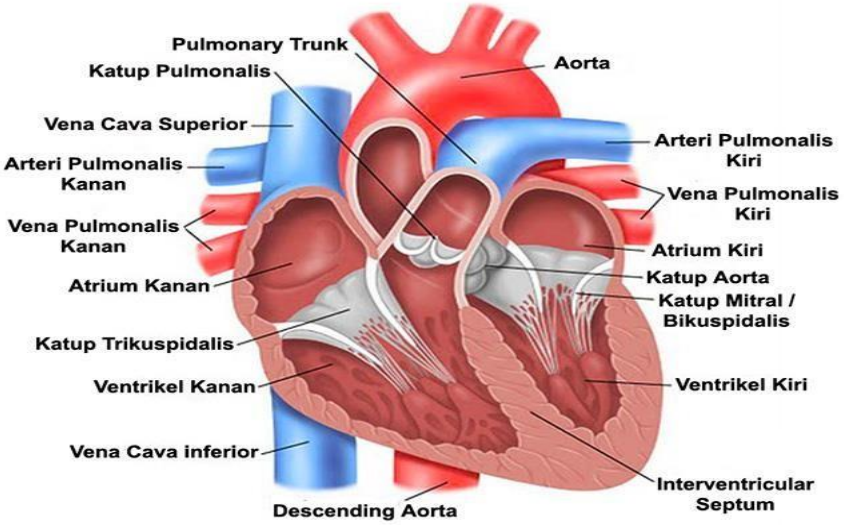
1. Pengertian

Congestive Heart Failure adalah kegagalan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh yang cukup (Aspiani, 2015).

Congestive Heart Failure secara sederhana berarti kegagalan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Guyton dan hall, 2016).

Berdasarkan beberapa defenisi di atas dapat disimpulkan bahwa *Congestive Heart Failure* yaitu kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup dan tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh karena disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya jantung mendapat beban yang melebihi kapasitasnya seperti kelebihan pemberian cairan, disfungsi katup akut, atau pengisian ventrikel terganggu.

2. Anatomijantung



Gambar 2.1 anatomi jantung manusia

Sumber :www.newsfarras.com

a. Lapisan jantung terdiri dari:

1) *Epikardium* lapisan yang merupakan kantong pembungkus jantung terletak di dalam *mediastinum minus,* terletak di belakang *karpus sterni* dan rawan igaII-VI.

2) *Miokardium* merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukankontraksi.

3) *Endokardium* merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katupjantung.

b. Ruang-ruangjantung:

a) Atrium dextra *:* Memiliki dinding yangtipis

Atrium dextra berfungsi sebagai penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena kava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri.

Dari atrium dextra kemudian darah dipompa ke ventrikel dextra.

b) Ventrikel dextra *:* Berbentuk bulan sabit yangunik

Berguna dalam menghasilkan kontraksi bertekanan rendah yang cukup untuk mengalirkan darah ke dalam arteri pulmonalis.

1) Atrium sinistra

a) Atrium sinistra menerima darah yang sudahteroksigenasi dari paru melalui keempat vena pulmonalis*.* Darah ini kemudian mengalir ke ventrikel sinistra melalui katup mitralis.Katup mitralis mencegah aliran balik darah ventrikel sinistra saat ventrikel sinistra berkontraksi.

b) Antara vena pulmonalis dan atrium sinistra tak adakatup sejati, karena itu perubahan tekanan dari atrium sinistra mudah sekali membalik *retrograde* ke dalam pembuluh paru. Peningkatan tekanan atrium sinistra yang akut akan menyebabkan bendungan paru.

c) Atrium sinistra berdinding tipis dan bertekananrendah

4). Ventrikelsinistra

a) Memiliki dinding yang lebih tebal dari pada dinding ventrike dextra, sehingga ventrikel sinistra berkontraksi lebihkuat.

b) Ventrikel kiri memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel sinistra terdapat katup semilunaris aorta. Katup ini membuka karena kontraksi ventrikel sinistra yang juga menutup katup mitralis*.* Katup semilunaris aorta menutup saat ventrikel sinistra relaksasi, untuk mencegah aliran balik darah aorta ke ventrikel sinistra. Ketika katup *atrioventrikularis* menutup, katup ini mencegah aliran balik darah ke atriumsinistra.

c) Ventrikel sinistra harus menghasilkan tekanan yang cukuptinggi untuk mengatasi tahanan sirkulasi sistemik dan mempertahankan aliran darah ke jaringanperifer.

1) Katupjantung

Katup *antrioventrikuler* Memisahkan antara atrium dan ventrikel.Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel.Katup *antrioventrikuler* ada dua, yaitu katup *trikuspidalis* dan katup *bikuspidalis*.Katup t*rikuspidalis* memiliki tiga buah daun katup yang terletak antara atrium dextra dan ventrikel dextra.Katup *bikuspidalis* atau katup *mitral* memiliki dua buah daun katup dan terletak antara atrium sinistra dan ventrikel sinistra.

2) Katup*semilunaris*

Katup *semilunaris* terdiri dari dua katup yaitu katup aorta dan katup *pulmonalis*. Kedua katup *seminuaris* sama bentuknya, katup ini terdiri dari 3 daun katup simetris. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup *pulmonalis* terletak antara ventrikel dextra dan arteri *pulmonalis* (Syaifuddin, 2014)

3. Klasifikasi Menurut Karson, 2016 *Congestive HeartFailure* dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

a. Gagal jantung akut dankronik

1) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba ditandai dengan penurunan *cardic output* atau tidak adekuatnya perfusi jaringan. Hal ini dapat menyebabkan edema paru dan kolap pembuluhdarah.
2) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit jantungparu

kronis, pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan *hypervolemia*, akibatnya ventrikel dilatasi dan *hipertrofi.*

b. Gagal jantung kanan dankiri

1) Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbendung akan terakumudasi secara sistemik di kaki, *asites, hepatomegali* dan *efusi pleura*.

2) Gagal jantung kiri, terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan *kongesti pulmonal*, *hipertensi* dan kelainan pada katup *aorta/mitral.*

c. Gagal jantung sistolik dandiastolic

1) Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel sinistra sehingga ventrikel sinistra tidak mampu memompa darah akibatnya *cardiac output* menurun dan ventrikel*hipertrofi.*

2) Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya *stoke* volume *cardiac output* menurun.

4. Klasifikasi CHF menurut derajat atau beratnya gejala menurut N*ew York heart Association*(NYHA).

KELAS	DEFINISI	ISTILAH
I	Klien dengan kelainan jantung tanpa pembatasan aktivitas fisik	Disfungsi ventrikel kiri yang asimtomatik
II	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik	Gagal jantung ringan
III	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik	Gagal jantung sedang
IV	Klien dengan kelainan jantung yang segala bentuk aktivitas fisiknya akanmenyebabkan keluhan	Gagal jantung berat

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal jantung NYHA

(Sumber : Muttaqia, 2019)

5. Etiologi

   a. Kelainan otot jantung, gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya *kontraktilitas* jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup *ateroskoloris coroner, hipertensi arteria*l dan penyakit *degeneratif* atau*inflamasi.*

   b. *Arterosklorosis coroner* mengakibatkan disfungsi *miokardium,* karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi *hipoksia* dan *asidosis* (akibat penumpukan asam laktat). *Infark miokardium* (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagaljantung.

Peradangan dan penyakit *miokardium degeneratif* berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan *kontraktilitas* menurun.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload)* peningkatan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan *hipertrofi* serabut ototjantung.
d. Peradangan dan penyakit *miokardium degeneratif*, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, dan menyebabkan kontraktilitasmenurun.
e. Penyakit jantung lain, terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (*stenosis katup seminular)*, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (*tamponade, pericardium, pericarditis, konstriktif atau stenosis av*), peningkatan mendadak*afterload.*
f. Faktor sistemik, terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. *Asidosis respiratorik* atau *metabolik* dan *abnormalities elektronik* dapat menurunkan jantung (Kasron,2016).

6. Patofisiologi

Jantung berfungsi untuk mengisi darah dengan oksigen yang segar dari udara dan pada saat yang bersamaan mengekskresi salah satu hasil akhir metabolisme yaitu karbon dioksida. Pertukaran kedua gas ini dengan udara dari alveoli paru berlangsung melalui membran gas ini dengan udara dari alveoli paru berlangsung melalui membran alveolus yang sangat tipis.

Jika tekanan pada sistem ini sama tingginya dengan tekanan di ventrikel sinistra atau aorta, cairan darah segera akan mengisi alveoli dengan filtrasi dan penderita akan mati oleh karena edema paru. Untuk mencegah kejadian ini, bagian kanan jantung yang mengsuplai paru-paru melalui *arteri pulmonalis* adalah suatu sistem tekanan darah (*low pressure system*). Tekanan pada bagian kanan jantung hanya kira-kira 20% dari pada bagian kapiler paru-paru, tekanan ini seharusnya tidak boleh lebih tinggi dari tekanan *osmotic koloid (onkotik)* dari protein-protein darah kalau tidak cairan tidak akan tinggal diam di dalam kapiler dan akan timbul edema paru (Muttaqin,2012).

Curah jantung pada waktu istirahat kira-kira 4-5 liter/menit Hal ini diatur dengan cepat, jika ada perbedaan sedikit saja dari curah jantung antara ventrikel dextra dengan ventrikel sinistra, misalnya perbedaan satu tetes darah setiap denyut jantung, hal ini dalam beberapa jam akan menimbulkan gangguan yang berat dan kematian. Jadi curah jantung ventrikel dextra dan ventrikel sinistra harus dipertahankan tepat satu sama lain (*mekanisme starling*). Jika suatu sebab, jantung tidak dapat mencukupi jumlah darah yang dibutuhkan, beberapa mekanisme kompensasi akan bekerja sehingga jantung dapat mencukupi kebutuhan jaringan. Bila jantung harus melakukan kerjanya pada keadaan-keadaan yang lebih sulit, mekanisme kompensasi ini tidak cukup lagi maka akan timbul gagal jantung (Muttaqin, 2012). Bila *reservasi* jantung (*cardiac resevedi)* normal untuk berespons terhadap stres tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa dan akibatnya terjadi gagal jantung. Jika *resevasi* jantung normal mengalami kepayahan dan kegagalan, respons fisiologitertentu

pada penurunan curah jantung adalah penting. Semua respons ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital tetap normal. Terdapat empat mekanisme respons primer terhadap gagal jantung meliputi:

a. Meningkatnya aktivitas *adrenergicsimpatis*

b. Meningkatnya beban awal akibat aktivasineurohormon

c. *Hipertrofi* ventrikel

d. Volume cairan berlebih (*overloadvolume)*

Keempat respon ini adalah upaya untuk mempertahankan curah jantung.Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal pada gagal jantung dini dan pada keadaan istirahat. Tetapi kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung, maka kompensansi akan menjadi semakin kurang efektif (Muttaqin, 2012).

7. ManifestasiKlinik

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. Tanda dan gejalanya antara lain:

a. Mudah lelah, terjadi karena curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme hal ini terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untukbernafas.

b. *Asites*, terjadi peningkatan pembuluh portal akibat pembesaran vena di hepar sehingga cairan terdorong keluar dari ronggaabdomen.

c. Edema paru, peningkatan tekanan vena pulmonalis menyebabkan cairan mengalir dari kapiler paru kealveoli.

d. Edema ekstermitas bawah, (edema *dependen),* biasanya pitting edema, penambahan beratbadan.
e. *Kardiomegali,* disebabkan karena pengisian cepat pada ventrikel yang tidaklentur.
f. *Hepatomegali* dan nyeri tekan pada kuadrat kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar (Kasron, 2016 ; Baredo Dkk,2014).

8. PemeriksaanDiagnostik
   a. EKG

      Menetahui *Hipertrofi* atrium atau ventrikuler, infrak penyimpangan aksis, *iskemia*, dan kerusakan pola mungkinterlihat.

   b. Tes LaboratoriumDarah
      1) Enzym hepar meningkat dalam gagaljantung/kongesti
      2) Elektrolit kemungkinan berubah karena perpindahan cairan dan penurunan fungsiginjal.
      3) Oksimeter Nadi kemungkinansaturasi02 rendah
      4) AGD Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatanPC02
      5) Albumin : menurun sebagai akibat penurunan masukanprotein

   c. Foto*Thorax*

      Dapat menunjukan pembesaran jantung, bayangan mencerminkan dilatasi/*hipertrofi* balik atau perubahan dalam pembuluh darah mencerminkan peningkatan tekanan pulmona

d. Sonogram Ekokardiogram dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi stuktur katup, penurunan komtraktilitasventrikel
(kasron, 2016).

9. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis Untuk mengurangi *afterload danpreload*

1) *First line drugs :*deuretik untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi *kongesti pulmonal* pada disfungsidiastolic.
2) *Second line drugs :*ACE inhibitor, membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerjajantung.
   a) *Digoxin*: meningkatkan kontraktilitas. Obat iniyang
   b) digunakan untuk kegagalan diastolic yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untukrelaksasi.
   c) *Hidralazin*: menurunkan *afterload* pada disfungsisistolik
   d) *Isobarbide dinitral*: mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, *hindari fasodilator* pada disfungsisistolik.
   e) *Calcium channel blocker*: untuk kegagalan diastolic meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada pasien CHFkronik).
   f) *Beta bloker*, sering dikontraindikasikan karena menekan *respon miokard*. Digunakan pada disfungsi diaslotik untuk mengurangi HR, mencegah *iskemia miokard*, menurunkan TD, *hipertrofi* ventrikel sinistra (Kasron,2016).

b. Penatalaksanaankeperawatan

1). Meningkatkan oksigenasis dengan pemberian oksigen dan menurunkan komsumsi oksigen melalui istrirahat atau pembatasanaktivitas.

2). Diet pembatasan natrium (< 4gr/hari)

3). Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500cc/hari)

Rumus : BB x 25 ml/kg

Pada keadaan umum, dewasa normal dikalikan dengan 30 ml/kg dengan rentang normal perkalian adalah : 25-35 ml/kg. dalam hal ini pasien CHF dikalikan dengan batas bawah dengan tujuan mencegah peningkatan kadar cairan dalam tubuh (Yancy dkk., 2013).

10. Komplikasi

a. *SyokKardiogenik*

Kegagalan pada ventrikel sinistra dimana terjadi kerusakan pada jantung sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung.Yang pada gilirannya menurunkan tekanan darah ventrikel ke organ-organ vital (jantung, otak, ginjal) aliran darah ke arteri.

b. *EpisodeTromboemboli*

Disebabkan kurangnya mobilitas pasien penderita gangguan jantung dan gangguan sirkulasi yang menyertai kelainan ini berperan dalam pembentukan trombus *intrakardial* dan *intravaskuler.*

c. *Efusi* dan *TemponadePericardium*

Masuknya cairan ke dalam kantung *pericardium* dan efusi ini menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik vena ke jantung dan hasil akhir proses ini adalah *temponade* jantung.

a. Edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri.

B. Konsep DasarKeperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien CHF ini mengacu pada 11 polaGordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaankesehatan

Data subyektif : Riwayat kebiasaan tidak dapat melakukan aktivitasberat.

Data obyektif : Pasien selalu membatasi aktivitasnya.

b. Pola nutrisi danmetabolik

Data subjektif : Kebiasaan makan dan minum, terjadinya penurunan nafsumakan

Data obyektif : Penurunan berat badan

c. Polaelminasi

Data subyektif : Penurunan frekuensi BAB, penurunan perikstaltik usus, otot-otot traktus digestif dan peningkatan BAK

Data obyektif : Perubahan jumlah urine yang meningkat.

d. Pola aktivitas danlatihan

Data subyektif : Sesek nafas, kelemahan, nyeri dada, penurunan aktivitas.

Data obyektif : Penurunan aktivitas secara mandiri.

e. Pola tidur danistirahat

Data subyektif : Sulit tidur, penurunan kebutuhan tidur karena adanya sesak, nyeri dada dan peningkatan suhu tubuh.

Data obyektif : Palpebra inferior berwarna gelap dan wajah mengantuk.

f. Pola persepsi dankognitif

Data subyektif : Perasaan nyeri.

Data obyektif : Binggung dan gelisah.

g. Pola hubungan dansesama

Data subyektif : Tidak ada perubahan dalam diri pasien.

Data obyektif : Memiliki hubungan yang baik dengan keluarga

h. Pola persepsi dan konsepdiri

Data subyektif : Tidak ada perubahan persepsidiri.

Data obyektif : Kontak mata selaluada.

i. Pola mekanismekoping

Data subyektif : Tidak merasa stres dengan penyakitnya karena selalu diberikan motivasi olehkeluarga.

Data obyektif : Tidak mengalami stres

j. Pola reproduksi danseksualitas

k. Data subyektif : Tidak ada penyimpangan, dan faktor usia yang sudahlanjut.

Data obyektif : Tidak ada penyimpangan.

l. Pola sistem dankepercayaan

Data subyektif : Kemampuan pasien dalam menjalankan ibadah, tanggapan pasien atau keluarga menggenai agamanya.

Data obyektif : Agama yang dianut oleh pasien.

2. Diagnosakeperawatan

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapileralveolus.

c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanismeregulasi.

d. *Ansietas* berhubungan dengan perubahan besar (mis; status kesehatan).

e. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhanoksigen

3. Perencanaan
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

      Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan keefektifan pompa jantung dapat kembalinormal.

      Kriteria hasil: keefektifan pompa jantung kembali normal

      Intervensi (NIC):

      1) Monitor tanda-tanda vital secararutin
      2) Catat tanda dan gejala penurunan curahjantung
      3) Lakukan penilaian secara komprenhensif terhadap status jantung termasuk di dalamnya adalahsirkulasi
      4) periferAuskultasi suarajantung
      5) Pertahankan lingkungan yang kondusif untukistirahat
      6) Instruksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan *valsava maneuver* (misalnya: mengejan saat buang airbesar)
      7) Lakukan penillaian komprenhensif terhadapstatus
      8) *hemodinamik* (yaitu, memeriksa tekanan darah, denyutjantung, denyut nadi, tekanan venajugularis)
      9) Lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apaada bunyi atau suara tambahanlainnya
      10) Tentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurutresep dan atauprotocol
      11) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatanyang meningkatan atau memperburuk sesaktersebut
      12) Berikan oksigen tambahan seperti yangdiperintahkan

a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan *membran kapileralveolus*.

Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan pertukaran gas dapat kembali normal.

Kriteria hasil: Status pernafasan kembali normal

Intervensi (NIC):

1) Auskultasi bunyi nafas, catatkrekles
2) Anjurkan pasien batuk efektif, nafasdalam
3) Dorong perubahanposisi
4) Pertahankan duduk di atas kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur ditinggikan 20-30º, posisi semi fowler, sokong tangan denganbantal
5) Kolaborasi mengenai analisa gasdarah
6) Berikan oksigen tambahan sesuaiindikasi
7) Berikan pengobatan sesuai indikasi (*Diuretik danbronkodilator*)

b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelebihan volume cairan kembali normal.

Kriteria hasil: klien bebas dari edema, berat badan stabil, tidak ada *oliguria.*

Intervensi (NIC):

1) Catat intake yang akurat dan catat outputpasien
2) Monitor asupan danpengeluaran
3) Moitor tanda-tanda vitalpasien
4) Kaji lokasi dan luasnyaedema
5) Berikan diuretik yangdirespkan
6) Berikan terapi IV, seperti yangditentukan
7) Monitor perubahan status paru atau jantung yangmenunjukan perubahan volumecairan

8) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasancairan, tindakan hidrasi atau *administrasielektrolit*

9) Batasicairan.

c. *Ansietas* berhubungan dengan perubahan besar (mis; status kesehatan) Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol cemas dengan kriteriahasil:

Intervensi (NIC) :

Pengurangan kecemasan :

1) Gunakan pendekan yang tenang danmenyakinkan
2) Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangiketakutan
3) Berikan informasi aktual terkait diagnosis, perawatan danprognosis.
4) Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicukecemasan
5) Instruksikan klien untuk menggunakan teknikrelaksasi
6) Kaji untuk tanda verbal dan non verbalkecemasan
7) Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangikecemasan

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.Kriteria hasil: adanya peningkatan dalam aktivitas dan menyeimbangkan dalam aktivitas danistirahat.

Intervensi (NIC):

1) Monitor toleransi pasien terhadapaktivitas
2) Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimanamestinya.

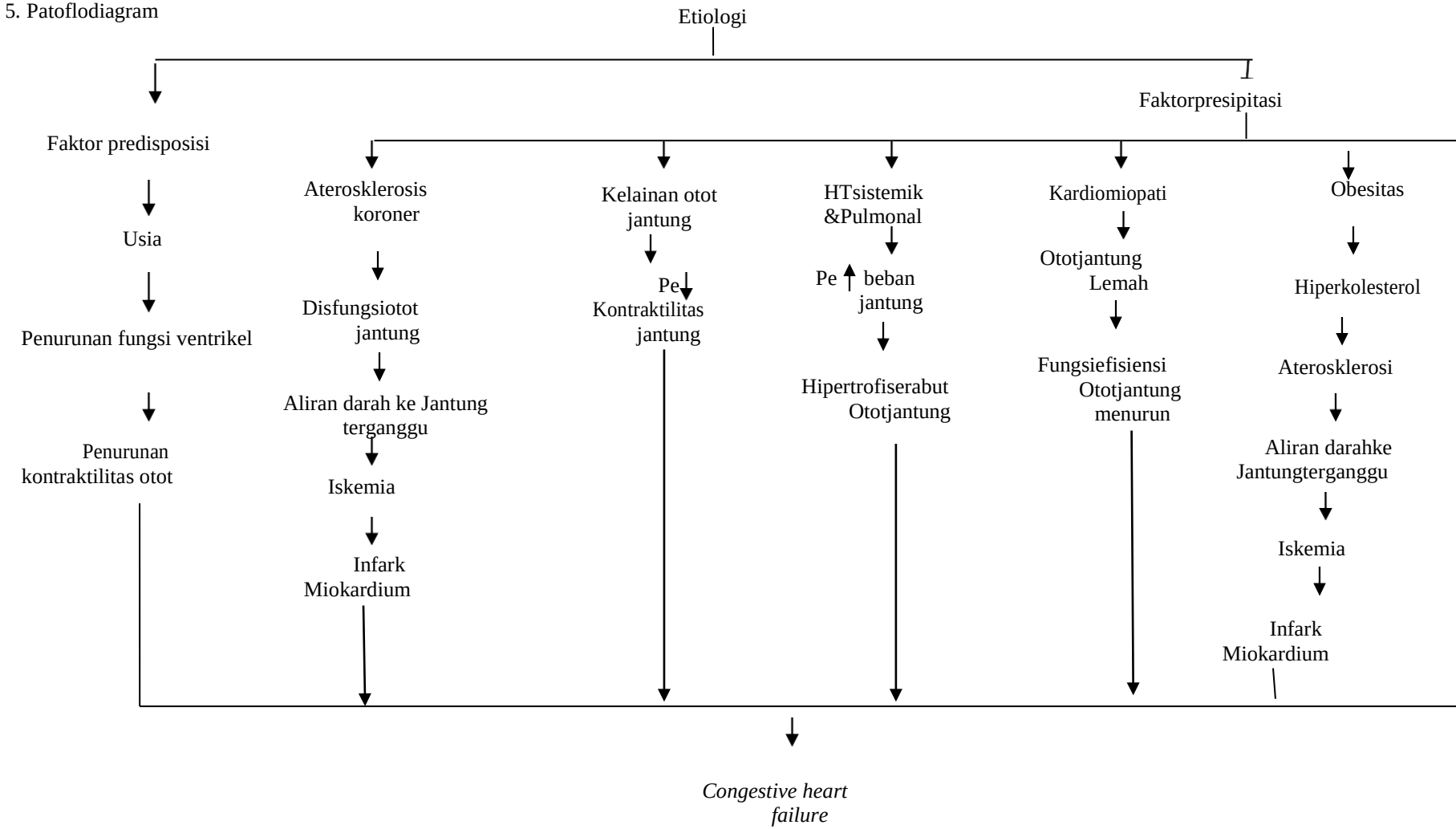
3) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya : pembatasan aktivitas dan meluangkan waktuistirahat)
4) Pertimbangkan kemampuan pasien dalam aktivitasspesifik
5) Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yangtepat
6) Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisiketergantungan

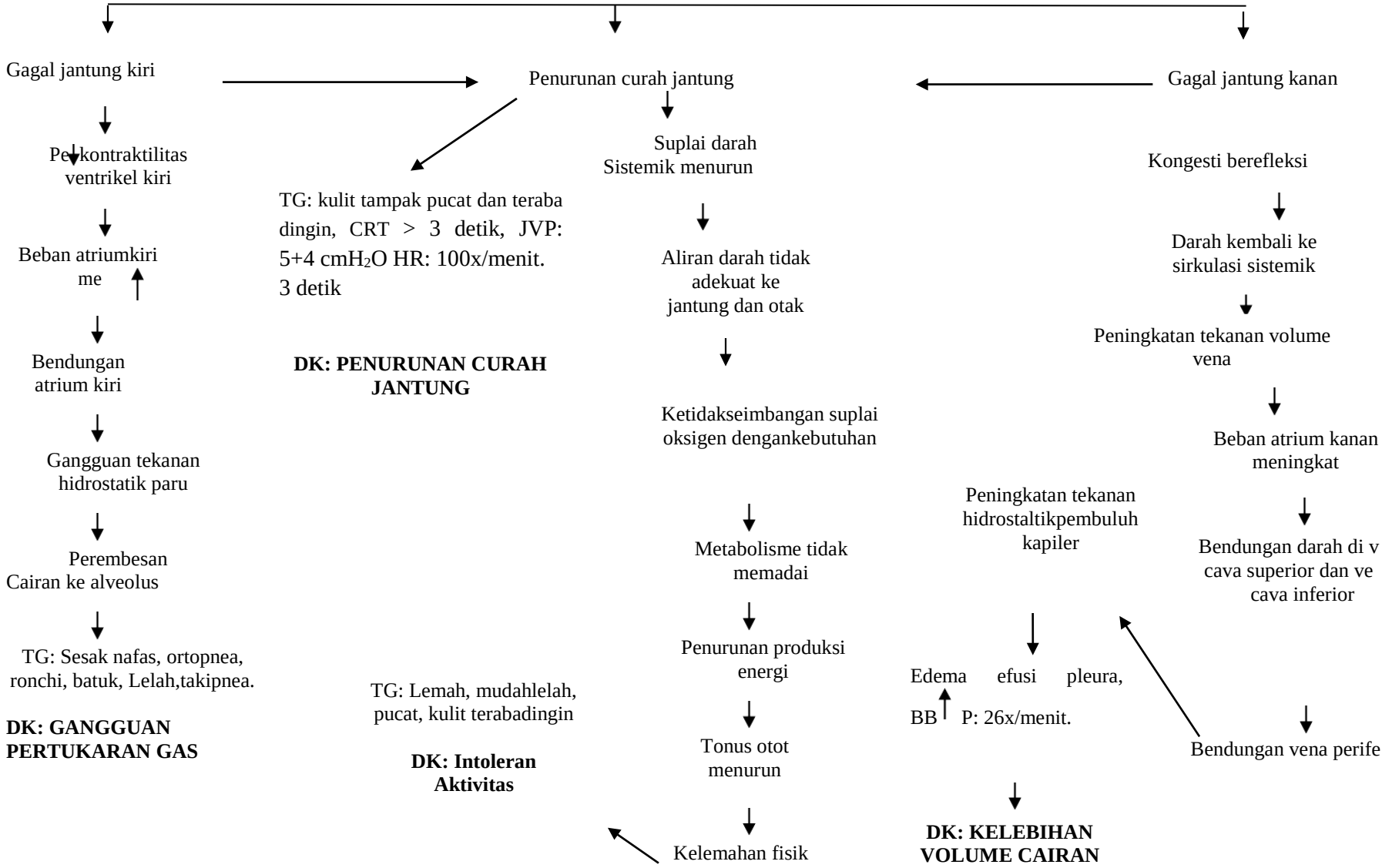
4. Discharge planning

a. Berhentimerokok
b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efeksampingnya
c. Belajar untuk rileks dan dan mengendalikanstres
d. Batasi komsumsialcohol
e. Jika mengalami obesitas turunkan BB hingga kisarannormal
f. Menjalani diet sesuai dengananjuran
g. Olahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan.

(Aspiani,2015)

5. Patoflodiagram





Tabel 2.2 patwey CHF

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Ny “F” masuk RS di ruangan St. Bernadeth III.B pada tanggal 21 februari 2019 dengan diagnosa CHF. Di rumah pasien mengeluh sesak nafas disertai nyeri dada dan menyebar sampai ke punggung belakang sehingga keluarga memutuskan membawah pasien ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian tanggal 26 Maret 2019 pasien mengeluh sesak nafas saat melakukan aktivitas, nyeri dada sebelah kanan kadang-kadang hilang timbul menyerang sampai ke punggung belakang dengan skala nyeri ringan (3) dirasakan berlangsung ± 8 menit, tampak edema pada kedua ekstermitas bawah, tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler, terpasang Oksigen 3 liter/menit, mual, kurang nafsu makan, disertai batuk berlendir, terpasang conecta di tangan kiri, hasil observasi TD : 180/90mmHg, N : 90 x/menit, S : 36,5ºC, P : 26 x/menit, kulit teraba dingin, konjungtiva tampak anemis, kulit tampak pucat, dan tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Saat ini pasien mendapatkan Terapi pembatasan cairan 1200 cc/hari dan terapi furosemide 40 mg/8 jam/ bolus IV, spironolakton 12 mg/12 jam/oral, ambroxol 30 mg/24 jam, bisoprorol 12 mg/24 jam/oral. RBC : 3.64 10^6/uL, HGB :10.9 g/dL, EKG : SA, foto thorax : *Cardiomegali, Efusi PleuraSinistra*.

Dari data di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup, Kelebihan volume cairan berhubungan dengan ga 27 mekanisme regulasi dan intoleran aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhanoksigen.

A. Pengkajian

Nama mahasiswayangmengkaji:	Tirza Saptenno(E1614401082) Stella J. Tumiaty (E1614401080)

Unit : St.BernadethIII.B Autoanamnese : ✓

Kamar : 367bed l Alloanamnese : ✓

TanggalmasukRS : 24-02-2019

Tanggalpengkajian :26-02-2019

1. Identitas

a. Pasien

NamaInitial : Ny. “F”

Umur : 65tahun

JenisKelamin : Perempuan

StatusPerkawinan : Tidakmenikah

JumlahAnak : Tidak ada

Agama/Suku : Kristen Katolik/Manado

WargaNegara : Indonesia

Bahasayangdigunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan :SMA

Pekerjaan : Tidak ada

AlamatRumah : Jl. Daeng tata l blok3

b. Penanggungjawab

Nama : Ny.“N”

Umur : 48tahun

Alamat : Jl. Tidungx

Hubungandenganpasien : Sepupu

2. Data Medik

DiagnosaMedik

Saatmasuk : CHF

SaatPengkajian : CHF + NYHAII

3. KeadaanUmum

a. Keadaansakit

Pasien tampak sakit ringan.

Alasan : keadaaan umum pasien tampak lemas, terpasang 2 alat medis yaitu conecta di tangan kiri dan terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler.

b. Tanda-tandavital

1) Kesadaran (kualitatif): *Compos Mentis*

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Responmotorik 6

b) Responbicara 5

c) Responmembukamata 4

Jumlah 15

Kesimpulan : Pasien tidakkoma

2) Tekanandarah : 180/90 mmHg

MAP : 120mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

3)Suhu : 36,5°C

Di ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 26 x/menit

Irama: ☐ Teratur ☐ Bradipne ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 90x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradikardia

☐ ☐ ☐

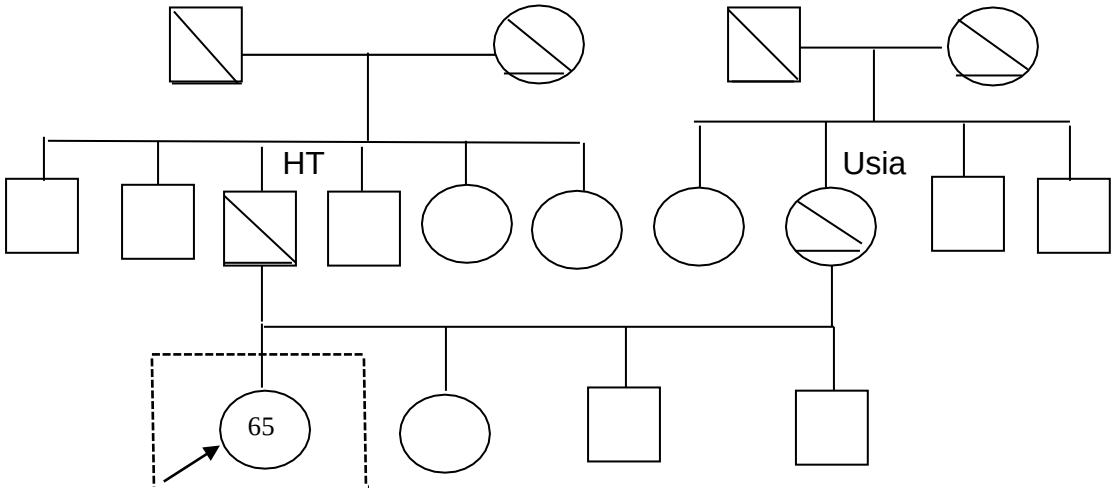
Takikardia Kuat Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkarlenganatas : 23cm
2) Tinggibadan :140cm
3) Beratbadan : 48 kg
4) IMT : 24 kg/m^2

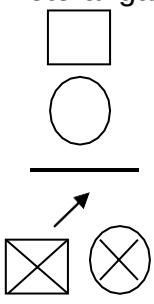
Kesimpulan : Berat badanberlebihan

d. Genogram



Tabel 3.1 Genogram

Keterangan:



: Laki-laki
: Perempuan
: Tinggalserumah
: Pasien
: Meninggal

4. Pengkajian PolaKesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaankesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan merupakan sesuatu yang sangat penting dalam kehidupan. Tapi ia mengabaikannya, dimana sebelum sakit ia sering mengkomsumsi daging yang berlemak seperti coto makassar, sop sodara, sop kikil, ia tidak merokok, dan jarang berolahraga. Saat sakit ia selalu pergi membeli obat di apotik terdekat dan mengkomsumsi obat tersebut sampai penyakitnya sembuh. Kurang lebih 2 tahun yang lalu ia masuk RS Stella Maris karena tekanan darah tinggi dan menjalani pengobatan ± 3 minggu. Semenjak itu ia mulai untuk menjaga pola makanya, dimana yang tadinya sering mengkomsumsi daging yang berlemak, sekarang ia mulai untuk menguranginya dan hanya mengkomsumsi 1 bulan 1 kali. Setiap bulan ia selalu rutin pergi ke dokter untuk memeriksa TD, dan mendapatkan obat untuk dikomsumsi di rumah, Yaitu Vitamin *Enervon-C* dan obat *Amlodipine* yang diberikan oleh dokter, Namun ia tidak rutin mengkomsumsi obat hipertensinya, ia hanya mengkomsumsi obatnya jika ia merasa tegang leher dan pandangan kabur kemudian ia mengkomsumsi vitamin jika ia merasa tubuhnya kurangvit.

2) Riwayat penyakit saatini

a) Keluhan utama

Sesaknafas

b) Riwayat keluhanutama

Pasien mengatakan masuk RS dengan keluhan Sesak nafas.Waktu dirumah pasien mulai merasakan sesak nafas disertai nyeri dada sebelah kanan ± 3 hari yang lalu.

Sesak nafas dan nyeri dada sebalah kanan di rasakan ketika melakukan aktivitas fisik, seperti membersihkan rumah dan pergi ke pasar, namun pasien berfikir itu hanyalah hal biasa. Untuk mengatasi sesak nafas dan nyeri dada sebelah kanan selama di rumah, pasien hanya beristirahat dan sesaknya akan berkurang, dan tidak ada obat yang dikomsumsinya saat sesak nafas dan nyeri dada sebelah kanan ia rasakan. Kemudian pada tangal 24 februari 2019 pasien sedang membersihkan kamarnya, kemudian tiba-tiba pasien merasakan sesak nafas dan nyeri dada sebelah kanan seperti yang ia rasakan sebelum-sebelumnya. Saat itu Pasien merasa sesak nafas, kemudian pasien berhenti dari pekerjaannya dan memilih untuk beristiraha. Harapan pasien ketika beristirahat sesak nafas dan nyeri dadanya akan hilang dengan sendirinya, namun sasak nafas dan nyeri dada sebalah kanan yang ia rasakan tidak kunjung sembuh, membuat sehingga pasien merasa tidak nyaman dan kesulitan untuk bernafas sehingga Keluarga memutuskan untuk membawah pasien ke RS Stella Maris untuk mendapatkan pengobatan. Saat pengkajian di dapatkan pasien tampak sasak nafas disertai nyeri dada sebelah kanan, tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit Pengkajian nyeri : (P) saat melakukan aktivitas fisik, (Q) seperti tertindis benda berat, (R) menyerang sampai ke punggung belakang sebalah kanan, (S) dengan skala nyeri ringan (3), (T) dirasakan berlangsung ± 8 menit, cepat lelah jika beraktivitas, merasa pusing dan pandangan kabur, aktivitas sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kaki, badanya terasa lemas, tidak mampu memenuhi aktivitasnya sendiri dan membutuhkanbantuanoranglain.Saatdilakukanpittingedema

tampak udem pada kedua ekstermitas bawah derajat ll dengan kedalaman 3-4 mm, waktu kembali 5 detik, tampak pucat, konjungtiva anemis, pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan TD : 180/90 mmHg, N : 90 x/menit, S : 36,5ºC, P : 26 x/menit, SPo2 : 85%.

c) Riwayat penyakit yang pernahdialami

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit Hipertensi ± 2 tahun yang lalu dan menjalani pengobatan di RS Stella Maris selama ± 3 minggu.

d) Riwayat kesehatankeluarga

Pasien mengatakan ayahnya meninggal ± 10 yang lalu karena penyakit Hipertensi.

e) Pemeriksaanfisik

(a) Kebersihanrambut :Tampak rambutsebagian beruban, tipis dan berminyak

(b) Kulitkepala : Tampak bersih tidak ada ketombe danlesi.

(c) Kebersihankulit : Tampakbersih

(d) Hygiene rongga mulut : Tampakbersih

(e) Kebersihan genitalia : Tidakdikaji

(f) Kebersihananus : Tidakdikaji

b. Pola nutrisi danmetabolik

1. Keadaan sebelumsakit

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik dan pasien selalu menjaga pola makannya karena sakit yang pernah dialaminya yaitu hipertensi sehingga pasien jarang untuk mengkomsumsi makanan berlemak seperti coto makassar, sop sodara, sop kikih, pasien mengatakan dalam 1 bulania

mengkomsumsi makan berlemak hanya 1 kali bahkan tidak sama sekali. pasien makan 3x sehari dengan menu nasi, ikan, sayur, dan sesekali pasien mengkomsumsi buah-buahan dan mampu menghabiskan 6-7 gelas air setiapharinya.

2. Keadaan sejaksakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien kurang nafsu makan karena mual, pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan dan minum air 2-4 gelas (±800 cc) dari air kemasan mineral, dan minum 1 botol susu (200 cc). Pasien mengatakan berat badannya naik 2 kg dalam 5 hari, berat badan sebelum sakit 46 kg.

3. Observasi

   Tampakpasienmenghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yangdisediakan.

4. Pemeriksaanfisik

   a. Keadaan rambut : Tampak rambut sebagianberuban, tipis, berminyak dan tidak ada lesi
   b. Hidrasikulit : Finger print >3detik
   c. Palpebra/konjungtiva : Ada edema/adaanemis
   d. Sclera : Tidakikterik
   e. Hidung : Tampak septum ada dibagiantengah
   f. Ronggamulut : Tampakbersih
   g. Gusi : Tidak adaperadangan
   h. Gigi : Tampak ada karang gigi dangigi tampak tidaklengkap.
   i. Gigipalsu : Tidakada
   j. Kemampuan mengunya keras : Pasien tidakmampu mengunyah keras karena

gigi pasien yang tidak lengkap lagi.

k. Lidah : Tampak bersih dan tidakada peradangan
l. Pharing : Tidak adaperadangan
m. Kelenjargetahbening : Tidak adaperadangan
n. Kelenjarparotis : Tidak terabapembesaran
o. Abdomen
1) Inspeksi : Tampak datar dan tidakada bayanganvena
2) Auskultasi : Peristaltik usus 10x/menit
3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dantidak adabenjolan
4) Perkusi : Terdengar bunyi*Tympani*
p. Kulit : Elastis
1) Edema : Derajat ll dengan kedalama 3-4 mm, waktu kembali 5detik.
2) Icterik :Negatif
3) Tanda-tandaradang : Tidak ada
q. Lesi : Tidakada

c. Polaeliminasi

1. Keadaan sebelumsakit

Pasien mengatakan BAB lancar 1-2 kali sehari dengan frekuensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning jernih dan berbau amoniak.Pasien juga mengatakan tidak perna mengkonsumsi obat pencernaan dan tidak ada masalah dalam BAB danBAK.

2. Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan selama sakit pasien belum BAB, sedangkan BAK 1-3 kali sehari dengan jumlah ± 400 cc berwarna kuning pekat, berbau amoniak.

3. Observasi : Tampak pasien dibantu BAB dan BAK di kamar mandi dan BAK dari jam 20.00-06.00 = 150 cc dan tidak BAB, pembatasan cairan 1200cc/hari.

4. Pemeriksaanfisik

a. Peristalltikusus : 10x/menit

b. Palpasi kandung kemih: Positif [ ] Negatif [√]

c. Nyeriketukginjal :Positif [ ] Negatif [√]

d. Muluturetra : Tidak dikaji

e. Anus :

Peradangan : Tidakada

Hemorrhoid : Tidakada

Fistula : Tidakada

d. Pola aktivitas danLatihan

1. Keadaan sebelumsakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain seperti membersihkan rumah, masak, mencuci, dan pergi ke pasar.

2. Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan sejak sakit Ia merasa sesak nafas disertai nyeri dada sebelah kanan ia rasakan ketika melakukan aktivitas fisik seperti membersihkan rumah, masak, mencuci, dan pergi ke pasar. Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya, badannya terasa lemas dan pemenuhan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat

3. Observasi

a) Aktivitas harian

Makan	2
Mandi	2
Pakaian	2
Kerapihan	1
BAK	2
BAB	2
Mobilisasi ditempattidur	0

0: Mandiri
1: Bantuan dengan alat
2. Bantuan orang
3: Bantua alat dan orang
4: Bantuan penuh

b) Posturtubuh : Membungkuk

c) Gayajalan : Sedikitmembungkuk

d) Anggota gerakyangcacat : Tidakada

e) Fiksasi : Tidakada

f) Tracheostomi : Tidakada

4. Pemeriksaanfisik

a) Tekandarah

Berbaring :180/90mmHg

b) HR : 100x/menit

c) Kulit : Teraba dingin danpucat

Keringatdingin : Tidak ada

Basah : Tidakada

d) JVP : 5 + 4cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikelmeningkat

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : Kembali > 3detik

f) Thorax danpernafasan

- Inspeksi:

Bentukthorax : Tampak simetris

Retraksiinterkosta : Tidakada

Sianosis : Tidakada

Stridor : Tidakada

- Palpasi :

Vocalpremitus : Getaran lebih rendahdisebalah kiri

Krepitasi : Tidakada

- Perkusi :Pekak
- Lokasi : Di lapang paru sebelahkiri
- Auskultasi:

Suaranafas : *Bronkovesikuler* melemah dilapang paru kiri

Suaraucapan : Suara di lapang paru kananlebih jelas dibandingkan suara di lapang paru kiri

Suaratambahan : Bunyi *ronchi* di lapang parukiri

g) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidaktampak

- Palpasi

Ictus cordis **:** Teraba *ICS Vl Linea MidClavicularis Sinistra*

- Perkusi

Batasatasjantung : *ICS II Linea StrernalisSinistra*

Batas bawah jantung : ICS VI *Linea Mid Clavicularis Sinistra*

Batas kanan jantung :*ICS I Linea Sternalis Dextra*

Bataskirijantung : ICS VII *Linea MidAxilary Sinistra*

- Auskultasi

  Bunyi jantung IIA : Murmur

  Bunyi jantung IIP : Murmur

  Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi murmur saat akhir diastolic

  Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi murmur saat akhir diastolic

  Bunyi jantung III irama Gallop : terdengar bunyi gollap di ICS VI linea mid clavicularis sinistra

  Murmur : Terdengar *di ICS II Linea Sternalis Dextra*

  Bruit:Aorta : Tidakterdengar

  Renalis : Tidakterdengar

  Femoralis : Tidakterdengar

h) Lengan dantungkai

- Atrofiotot : Negatif
- Rentanggerak : Terbatas

  Kakusendi : Tidakada

  Nyerisendi : Tidakada

  Fraktur : Tidakada

  Parese : Tidakada

  Paralisis : Tidakada

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	

Keterangan :

Nilai5 : Kekuatanpenuh

Nilai4 : Kekuatan kurang dibanding sisiyang

lain

Nilai3 : Mampu menahan tegak tapitidak mampu melawan tekana

Nilai2 : Mampu melawan gaya grafitasitapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai1 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampubergerak

- Refleks fisiologis : Tampak ada kontraksi ototpada tangan dan pada kaki tidak dikaji karena ada udem.
- Refleks patologi :

Babinski :Kiri : ☑ Positif ☐ Negatif

Kanan : Positif ☒ Negatif Clubbingjari-jari :Positif ☐

Varisestungkai : Tidakdikaji

i) Columnavetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosis ☑ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeritekan

Kakukuduk : Tidakada

e. Pola tidur danistirahat

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit ia tidur malam ± 6 jam dari pukul 22.00-05.00 WITA dan sesekali pasien tidur siang jika pasien merasa kecapean. Pasien mengatakan merasa segar dan puas saat bagun tidur.

2. Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan tidak ada perubahan jam tidurnya, sejak sakit tidur dari pukul 22.00-05.00 WITA, dan sering terbangun karena pasien merasa ingin BAK dan sesaknafas.

3. Observasi

Tampak pasien tidak banyak menguap

Ekspresi wajahmengantuk : Positif √ Negatif

Banyakmenguab : Positif √ Negatif

Palpebral inferior berwarnagelap: √ Positif √ Negatif

f. Pola persepsikognitif

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menggunakan alat bantu penglihatan, orientasi baik terhadap waktu, tempat, hari/tanggal danbulan.

2. Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendengaran tetapi pendanganya seperti berputar-putar, mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan.

3. Observasi

Tampak pasien menggunakan alat bantu penglihatan.

4. Pemeriksaanfisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampakjernih

Pupil : Isokor kiri dankanan

Lensamata :Jernih

Tekan intra okuler : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dankanan

Kanalis : Tidak adaperadangan

Membran timpani : Tampakutuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dantungkai

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dantungkai.

g. Pola persepsi dan konsepdiri

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya tidak menikah dan hidup dengan sodarah-sodarahnya, ia merasa senang dengan statusnya yang masih sendiri dan tidak ada niatnya untuk mau menikah karena usianya yang sudah sangat tua.

2. Keadaan sejaksakit

Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan berharap cepat sembuh dari sakitnya sehingga bisa berkumpul kembali bersama keluarganya.

3. Observasi

a) Kontakmata : Tampak ada kontakmata
b) Rentangperhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Tampakjelas
d) Posturtubuh : Tampak sedikitbungkuk

4. Pemeriksaanfisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidakada
b) Bentuk/posturtubuh : Bungkuk
c) Kulit : Teraba dingin danpucar

h. Pola peran dan hubungan dengansesama

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan Ia tinggal bersama keluarganya dan hubungan mereka dalam keluarga sangat baik. Pasien mengatakan menjalin hubungan baik dengan teman-temannya di gereja.

2. Keadaan sejaksakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu ditemani sepupunya dan selalu dikunjungi oleh sodara dan teman gereja. Pasien mengatakan rindu dengan suasanarumah.

3. Observasi

   Tampak keluarga menjaga pasien dan tampak keluarga mengunjungi pasien.

i. Pola reproduksi danseksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.Pasien mengatakan tidak ada keinginannya untuk berkeluarga.

2. Keadaan sejaksakit

   Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seks yang dialami.Pasien mengatakan tidak ada keinginannya untuk berkeluarga.

3. Observasi

   Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

4. Pemeriksaan fisik : Tidakdikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadapstres

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan jika ia stres, la selalu mencari sesuatu yang bisa dikerjakan sehingga pikiran stres itu akan hilang dengan melakukan aktivitas yang banyak.

2. Keadaan sejaksakit

   Pasien mengatakan Ia menerima kondisinya selama berada di RSdanakanmengikutipengobatansesuaidenganinstruksi

dokter. Pasien mengatakan hanya bisa bersabar dengan sakit yang dialaminya saat ini.

3. Observasi

   Tampak pasien tenang.

k. Pola sistem nilai dankepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan menganut agama Kristen Katolik dan rajin mengikuti misa di gereja.Pasien mengatakan aktif dalam kegiatankegamaan.

2. Keadaan sejaksakit

   Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya dan selalu meminta bantua doa dari teman-teman gereja untuk mendokan dirinya yang sedang sakit saat ini.

3. Observasi

   Tampak ada rosario di samping pasien.

5. Uji SarafKranial.

a. NervusI : Pasien dapat mencium bau minyakkayu putih.

b. NervusII : Pasien tidak mampu membaca papannama perawat dengan jarak ± 20 cm

c. Nervus III, IV, VI : Pasien mampu menggerakan bola matake segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.

d. Nervus V:

   Sensorik : Pasien mampu merasakan goresankapas pada wajahnya dengan mata tertutup

   Motorik : Pasien mampumengigit

e. NervusVII :
Sensor : Pasien mampu merasakan rasa asindan manis
Motorik : Pasien mengangkat alis, dantersenyum

f. NervusVIII :
Vestibularis : Tampak pasien tidak mampumenjaga keseimbangan saat berdiri dengan mata tertutup.
Akustikus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.

g. Nervus IX : Tampak ovula berada ditengah.
h. Nervus X : Pasien mampu menelan dengan baik
i. Nervus XI : Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
j. Nervus XII : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. PemeriksaanPenunjang
a. Pemeriksaan foto thorax pada tanggal 24 februari2019
Kesan:
Kardiomegali dan Dilatasi Aorta
Efus Pleura Sinistra

b. Pemeriksaan EKG : *SinusAritmia*

c. Pemeriksaan darahlengkap

Tanggal 24 Februari2019

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	9.50	10^3/uL	4.8 – 10.2
RBC	L3.64	10^6/uL	4.0 – 5.5
HGB	L10.9	g/dL	12,2 –16.2
HCT	L31.3	%	37.7 –47.9
MCV	86.0	fL	80 – 97.0
MCH	29.9	pg	26.0 –31.4
MCHC	34.8	g/dL	31.8 –35.4
PLT	331	10^3/uL	130.0 – 400.0
RDW	13.3	%	11.5 – 14.5
PDW	12.8	fL	7.2 –13.0
MPV	10.4	fL	7.2 –11.1
P-LCR	H 27.9	fl	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH%	21.4	%	10.0– 50.0
MXD%	7.5	%	1.0 – 20.0
NEUT#	71.1	%	37.0– 80.0
LYMPH#	2.00	10^3/uL	1 –3.7
MXD#	0.7	10^3/uL	0 –1.2
NEUR	6.80	10^3/uL	01.5-7

Tabel 3.2 pemeriksaan darah lengkap.

7. Terapi

   Furosemid 40 mg (1 ampul)/8 jam/ Bolus IV

   Farbiven 1 tube inhaler NEBU/12 jam

   Spironalacton/25 mg (1 tablet)/24 jam/oral

   Ambroxol/30mg (1 tablet)/24 jam/oral

   Bisoprolol/20mg (1 tablet)/24 jam/oral

B. AnalisaData

Nama : Ny “F”/65tahun

Ruang : St. BernadethIII.B

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Data subyektif a. Pasien mengatakan sesak nafas disertai nyeri dada dan menyebar sampai ke punggung belakang dirasakan berlangsung ± 8 menit kadang-kadang hilang timbul, nyeri seperti tertindis benda berat dengan skala nyeri ringan(3). b. Pasien mengatakan sesak nafas bertambah berat jika melakukan aktivitas fisik seperti membersihkan rumah dan pergi ke pasar. c. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki. d. Pasien mengatakan BBnya naik 2 kg dalam 5 hari. BB sebelum sakit 46kg. e. Pasien mengatakan ia batuk disertailendir Data obyektif f. Terdengar bunyi *ronchi* di lapang paru	Perubahan volume sekuncup	Penurunan curah jantung

	sebelah kiri. *g.* Terdengar bunyi murmur *di ICS II linea sternalis dextra.* *h.* Kulit tampak pucat dan terabadingin *i.* CRT kembali > 3detik *j.* JVP: 5+4 cmH_2O k. SP02 :85% l. Pemeriksaan EKG: Kesan : SA m. TTV: TD : 180/90mmHg N : 90 x/menit S :36,5ºC P : 26 x/menit HR: 100 x/menit n. Pemeriksaan Foto thorax Kesan :*Cardiomegali* *Efusi Pleura*		
2.	Data subyektif a. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. b. Pasien mengatakan berat badannya naik 2 kgdalam 5 hari (BB sebelum sakit 46 kg) Data obyektif c. Tampak edema pada keduapalpebral d. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5detik e. Terdengar bunyi *ronchi* di lapang parukiri. f. Tampak terpasang O2 nasal kanul 3 liter/menit	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	g. JVP: 5+4cmH_2O h. Fotothorax: *Efusi pleura sinistra* i. TTV: TD : 180/90mmHg N : 90 x/menit S :36,5ºC P : 26 x/menit j. HR: 100x/menit k. HB : 10,9g/dL		
3.	Data subyektif a. Pasien mengatakan sesak nafas bertambah berat jika melakukan beraktivitas fisik seperti membersihkan rumah, dan pergi kepasar. b. Pasien mengatakan aktivitasnya terhambat karena bengkak pada kedua kakinya sehingga membuat pasien kesulitan untukberaktivitas. Data obyektif a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler. b. Perawatan diri mandi, makan, pakaian, kerapian, dan eliminasi dibantu oleh keluarga danperawat. c. Pemeriksaan EKG :S.A d. Tampak pucat danlemah e. TTV: TD :180/90mmHg N : 90 x/menit S : 36,5ºC P : 26 x/menit SPo2 : 85%	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleran aktivitas

Tabel 3.3 Analisa data

C. DiagnosaKeperawatan

Nama : Ny “F”/65 tahun

Ruang : St. BernadethIII.B

No	Diagnose keperawatan
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan volume sekuncup
2.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan

D. RencanaKeperawatan

Nama : Ny “F”/65 tahun
Ruang : St. Bernadeth III.B

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputih : Tindakan keperawatan, Tindakan Observasi, Penyuhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
26 Februari 2019	1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan volume sekuncup Data subyektif a. Pasien mengatakan sesak napas di sertai nyeri dada sebelah kiri dan sesak nafas bertambah berat jika melakukan aktivitasfisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keefektifan pompa jantung dan status sirkulasi dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3(sedang). dengan kriteria hasil: Keefektifan pompa jantung 1. Distensi venaleher 2. Edemaperifer	Perawatan jantung akut: 1.Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya : CRT, SPo2, warna kulit dan suhu ektermitas termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer)	1. Tanda-tanda yang menunjukan gagal jantung, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan hipoksiajaringan

	seperti membersihkan rumah dan pergi ke pasar. b. Pasien mengatakan bengkak pada keduakaki. c. Pasien mengatakan berat badannya naik 2 kg dalam 5 hari. Data obyektif d. Terdengar bunyi *Ronch*i di lapang parukiri. *e.* Terdengar bunyi *murmur di ICS II linea sternalis dextra.* f. CRT kembali > 3 detik g. Tampak kulit pucat *h.* EKG : *Sinus Aritmia*	3. Dyspnea dengan aktivitasringan Status sirkulasi 4. Suara nafas tambahan 5. Wajahpucat	Pengaturan hemodinamik 2. Lakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamika (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis) 3. Lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya. 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan Beta-blocker.	2. Untuk melihat adanya distensi JVP dan memperkirakan tekanan vena sentral. 3. Indikasi kongesti paru dan kemungkinan terjadi edema paru yang dapat menganggu pertukaran oksigen karbon dioksida pada tingkatkapiler 4. Beta-bloker bekerja dengan cara menguragi frekuensi detak jantung dan tekana otot jantung saat

			Pengaturan posisi 5. Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semifowler) 6. Tinggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º atau lebih, tinggi dari jantung Terapi oksigen 7. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan	berkontraksi. 5. Untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diagfragma. 6. Membatasi stasis vena, memperbaiki aliran balik vena dan mengurangi resikotronfebitis 7. Untuk memperbaiki fungsi jantung dengan meningkatkan oksigen yang tersedia dan mengurangi komsumsioksigen.

	2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi Data subyektif a. Pasien mengatakan bengkak pada keduakakinya. b. Pasien mengatakan berat badannya naik 2 kgdalam 5 hari (BB sebelum sakit 46 kg) Data obyektif c. Tampak edema pada kedua palpebral d. Tampakedema	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan dipertahankan padaskala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang). dengan kriteria hasil: Keseimbangan cairan: 1. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 2. Edema perifer 3. Distensi vena leher 4. Beratbadan	Monitor cairan 1. Catat intake yang akurat dan catat outputpasien Manajemencairan 2. Moitor TTV pasien 3. Kaji lokasi dan luasnyaedema 4. Berikan diuretik yangdirespkan	1. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh dan mempertahankan asupan dan haluaran yang adekuat. 2. Tekanan darah dapat tinggi karena kelebihan volume cairan, atau dapat rendah jika terjadi karena gagal jantung 3. Untuk meningkatkan aliran balik vena dan mencegah pembentukan edema lebihlanjut 4. Deuretik berfungsi untuk mengeluarkan garam dan air dalam tubuh

	pada kedua ekstremitas bawah derajat II kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5detik e. JVP: 5+4 cmH_2O f. Fotothorax: *Efusi pleura sinistra* g. HB : 10.9g/dL	stabil	Manajemen cairan dan elektrolit 5. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan, (1200 cc/hari)	5. Membatasi natrium menguntungkan eksresi kelebihan cairan oleh ginjal dan dapat lebih bermanfaat dibandingkan pembatasancairan
	3. Intoleransi aktivitas berhubunga dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Data subyektif a. Pasien mengatakan sesak nafas bertambah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas dipertahankan padaskala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil: Toleransi terhadap aktivitas: 1. Kemudahan bernafas	Perawatan jantung rehabilitative 1. Monitor tanda-tanda vital 2. toleransi pasien terhadap aktivitas 3. Instruksikan	1. Tekanan darah dapat tinggi karena kelebihan volume cairan, atau dapat rendah jika terjadi karena gagal jantung 2. Untuk menyamakan presepsi klien mengenai tanda-tanda kelelahan. Dan menentukan aktivitas sesuai kondisiklien.

	berat jika melakukan aktivitas fisik seperti membersihkan rumah dan pergi ke pasar b. Pasien mengatakan aktivitasnya terhambat karena bengkak pada kedua kakinya Data obyektif c. Perawatan diri mandi, makan, pakaian, kerapian, dan eliminasi dibantu oleh keluarga dan perawat. d. Tampakkulit	ketika beraktivitas 2. Warnakulit 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas	pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya: pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat) 4. Pertahankan lingkungan yang kondusif untukistirahat Bantuan perawatan diri 5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yangtepat	3. Untuk mengurangi beban kerjajantung 4. Untuk mengurangi respon stres yang dipicu katekolamin dan beban kerjajantung 5. Memunkinkan klien untuk mempertahankan mobilitas sambal melindungi daricedera

	pucat. *e.* EKG : *Sinus Aritmia*			

Tabel 3.5 rencana keperawatan

E. PelaksanaanKeperawatan

Nama/umur : Ny. ”F”/65 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth III.B/367[1]

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan keperawatan	Perawat
26-02-2019	I	07.30	- Meninggikan anggota badan yang terkena dampak (ekstremitas bawah) setinggi 20º H/ pasien mengatakan pasien merasa nyaman dengan posisi ini.	Stella
	I II	08.00	-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaan dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide /40 mg (1 ampul)/ bolus IV Memberikan obat Spironalacton/25 mg (1tablet)/oral Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang muncul.	Stella
	III	09.00	-Membantu pasien memenuhi kebutuhan sesuai kondisi ketergantungan (BAB danBAK) H/ Pasien mampu BAK di kamar mandi dan dibantu oleh keluarga.	Tirza
	I lll	10.10	- Memonitor TTV secara rutin H/ TD : 180/90mmHg N : 90 x/menit S :36,5ºC P : 26 x/menit	Tirza
	I		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (Posisi semi fowler) H/ Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan perawat (semi fowler)	Stella

	II	10.35	-Memberikan oksigen 3 liter/menit H/ Tampak pasien merasa nyaman dan tidak sesaknafas.	Stella
	I	11.20	-Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar bunyi *Ronchi* di lapang paru kiri	Stella
	III	12.05	-Menginstruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas yang berat. H/ Perawat menjelaskan kepada pasien tentang bahaya jika pasien terlalu banyak beraktivitas. Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat	Tirza
	III	13.20	-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien tidak mampu makan sendiri dan ke kamar mandi dan harus ada dampingan dari keluarga.	Tirza
	III		-Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien	Tirza
	II	13.35	-Mencatat intake dan output pasien yang akurat H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih dari jam07.00-13.00 2 ½ gelas (± 650 cc) dari air kemasan mineral dan keluarga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ± 200 cc. Tampak urin ± 200 cc.	Tirza

	III	14.15	-Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untuk istiraha. H/ Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasanperawat.	Tirza
	I		-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak (ekstremitas bawah) setinggi 20º H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi ini.	Delvi
	I		-Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ N : 97 x/menit HR : 101 x/menit JVP : 5+4cmH_2O	Perawat kakdelki
	I	16.00	-Melakukan penilaian terhadap sirkulasi perifer H/ CRT : >3 detik Conjungtiva : Tampakanemis	Perawat kakdelki
	II		-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaan dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolusIV Tampak tidak ada tanda alergi yang muncul.	Delvi
	I III		-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 140/80mmHg N : 97 x/menit S : 36,3ºC	Deti

			P : 25 x/menit	
	II		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler)	Deti
			H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi sepertiini	
	II	17.05	-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Delvi
			H/ pasien mengatakan merasa nyaman saat bernafas dan tidak sesak. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3liter/menit	
	II		-Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Perawat kak delki
			H/ Farbiven 2,5 ml/inhalasi(nebulizer)	
			Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di berikan perawat	
	I	19.00	-Memberi obat berdasarkan perencanaan dengandokter.	Delvi
			H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1tablet)/oral	
			Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1tablet)/oral	
			Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang muncul	
	I		-Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya	Deti
			H/ Terdengar bunyi *ronchi* di lapang paru kiri	

	ll	20.15	-Menjelaskan kepada keluarga mengenai faktor risiko jantung (misalnya membatasi mengkomsumsi garam dan cairan/hari)	Perawat kak delki
			H/ Perawat menjelaskan bahaya jika terlalu banyak mengkomsumsi garam dan kurangi mengkomsumsi cairan (1200/hari dan natrium (4gr/hari)	
			Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	
	I III	21.05	-Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien	Deti
			H/ Keluarga mengatakan dari pukul 13.00-20.00 pasien minum 2 gelas air ± 500 cc dari air kemasan mineral dan BAK jam 14.00-20.00 (± 150 cc) keluarga jugamengatakan	
			pasien belum BAB dari pukul 14.00-20.00.	
	I	21.35	-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah)	Delvi
			H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikat	
	ll	21.55	-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 140/70mmHg N : 94 x/menit S : 36,5ºC P : 25 x/menit	Arni
	II	24.00	-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler)	Neni
			H/ Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semi fowler)	

	I	24.00	-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Anas
			H/ Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3liter/menit Tampak pasien merasa nyaman dan tidak sesak	
	I	05.00	-Mempertahankan lingkungan yang	Anas
	III		kondusif untukistirahat	
			H/ Tampak suasana kamar hening dan tampak pasien beristirahat	
	III		-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaan dengan dokter	Aprilianti
			H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolusIV Tampak tidak ada tanda alergi yang muncul.	
	II		-Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Aprilianti
			H/ Memberikan obat Farbiven 2,5 ml/inhalasi(Nebuliser)	
			Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di berikan perawat (semi fowler)	
	I	06.25	- Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahanlainnya	Angel
			H/ Terdengar bunyi *ronchi* di lapang paru kiri	
	I		-Memonitor tanda-tanda vital	Angel
			H/ TD : 140/80mmHg N : 95 x/menit S : 36,5ºC	

	II		P : 25 x/menit	
	I		-Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL	Angel
			H/ Tampak keluarga membantu pasien BAK di kamar mandi.	
	II		-Memonitor keluhan sesak nafas pasien	Angel
			H/ tampak pasien sesak dan tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit, Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir	
	II	06.45	-Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi)	Perawat kakdelki
			H/ N : 95 x/menit	
			HR: 100 x/menit	
			JVP : 5+4 cmH_2O	
			SPo2 : 80x/menit	
	III		-Melakukan penilaian terhadap status sirkulasiperifer	Perawat kakdelki
			H/ CRT kembali >3 detik	
			Conjungtiva: Anemis	
			SPo2 :85%	
	II		-Mengkaji lokasi dan luasnya edema	Angel
			H/ pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya.	
			Tampak palpebral edema	
			Tampak udem pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5 detik.	

	II		-Memonitor toleransi pasien terhadap aktifitas pemenuhanADL H/ Pasien mengatakan masih sesak jika banyakbergerak Pasien mengatakan aktifitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarga seperti makan, berpakaian, BAK di kamarmandi.	Angel
	II		-Mencatat intake yang akurat dan Mencatat outputpasien H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih ½ gelas ± 150 cc dan minum 1 botol susu ultra milk 200 cc. Keluraga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ± 100 cc dan BAB 1 kali berwarna kuning kecoklatan dan dengan konsistensi lunak. -Balance cairan 24 jam Intake : Air putih : 07.00-13.00= 650cc 13.00-20.00= 500cc 20.00-06.00= 150cc Susu : 20.00-06.00 = 200cc Output BAK : 07.00-13.00= 200 cc 14.00-20.00= 150cc 20.00-06.00= 150cc IWL=BBx15/24 jam 48x15= 720 cc/KgBB/24 jam CM-(CK+IWL)= 1500-(500+720) = +280	Tirza Tirza

27-02-2019	III	07.40	-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhanADL	Tirza
			H/ Pasien mengatakan tidak mampu ke kamar mandisendiri.	
	III		-Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL	Tirza
			H/ Membantu pasien BAK di kamar mandi	
			Tampak urin 150 cc	
	I II	08.10	-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaan dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolusIV Memberikan obat Spironalacton 25 mg (1 tablet)/oral Tampak pasien tidak ada tanda- tanda alergi	Tirza
	I lll	09.20	-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 130/80 mmHg N : 96 x/menit S : 36,5ºC P : 25 x/menit	Tirza
	I		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler) H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semi fowler).	Deti
	II	09.35	-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak sesak Tampak pasien menggunakan	Deti

			oksigen nasal kanul 3 liter/menit	
	II		-Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan	Tirza
			H/ tampak pasien hanya minum 1 gelas air (250 cc)	
	I		-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah)	Tirza
			H/ pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan perawat)	
			Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	
	III		-Membantu pasien memenuhi kebutuhanADL	Tirza
			H/ Membantu pasien BAK di kamar mandi.	
			Tampak urin 50 cc dan pasien tidak BAB	
	I	11.00	-Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya	Tirza
			H/ Terdengar *ronchi* di lapang parukiri	
	I	11.40	-Mengauskultasi suara jantung	Tirza
			H/ Terdengar murmur di I*CS II linea sternalis dextra*	
	I		-Melakukan penilaian status sirkulasi perifer	Tirza
			H/ CRT kembali >3 detik	
			Conjungtiva : Anemis	
	I		-Melakukan penillaian komprenhensif	Neni
			terhadap status hemodinamik	

			(yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ JVP : 5+4 cmH_2O N: 95 x/menit HR: 104 x/menit	
	II	13.00	-Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ Pasien mengatakan minum air putih 2 gelas ± 500 cc dari air kemasan mineral dan menghabiskan ¼ makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ± 200 cc dan BAB 1kali.	Tirza
	III	14.15	-Menjelaskan kepada pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan pasien mudahlelah H/ Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat.	Tirza
	II	15.00	-Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5detik.	Perawat kak marlina
	I		-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitasbawah) H/ pasien menagataka merasa nyaman dengan posisi yang diberikan perawat. Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Anastasia
	II	16.00	-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaan dengan dokter	Anastasia

			H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolusIV	
			Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang di temukan	
	III		-Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untuk istirahat	Angel
			H/ Pasien mengatakan masih ingat dengan penjelasan perawat sebelumnya	
	I	16.56	-Memonitor tanda-tanda vital	Anastasia
	III		H/ TD : 140/70mmHg	
			N : 94 x/menit	
			S : 36,4ºC	
			P : 24 x/menit	
	I		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (Posisi semi fowler)	Anastasia
			H/ pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semi fowler).	
	II	17.10	-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Angel
			H/ tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	
			Tampak pasien merasa nyaman dan tidak sesak	
	II		-Memberi obat berdasarkan hasil perencanaan dengan dokter	Angel
			H/ Memberi obat Farbiven 2,5ml /inhalasi (nebulizer)	

			Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di berikan perawat	
	I		-Memberi obat berdasarkan perencanaan dengan dokter H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1tablet)/oral Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1tablet)/oral	Perawat kak marlina
			Tampak tidak ada alergi obat yang di temukan	
	I	18.00	-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas (makan) H/ Tampak Pasien makan dan masih dibantu keluarga	Anastasia
	III		-Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat H/ Tampak keluarga membantu menyuapipasien	Anastasia
	II		-mencata intake dan ouput pasien yang akurat H/ pasien mengatakan dari jam 13.00-20.00 hanya minum 1 ½ air ± 400 cc dari air kemasan mineral dan minum 1 botol susu ultra milk 200 cc dan hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ± 150cc.	Anastasia
	l,ll III	20.15	-Menjelaskan kepada keluarga mengenai faktor risiko jantung (misalnya membatasimengkomsumsi	Angel

			garam dan cairan/ hari)	
			H/ Perawat menjelaskan bahaya jika terlalu banyak mengkomsumsi garam dan kurangi mengkomsumsi cairan (1200/hari dan natrium (4gr/hari)	
			Tampak keluarga memahami penjelasanperawat	
	II	20.50	-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (Posisi semi fowler)	Stella
			H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semifowler).	
	II	24.00	-Menjelaskan kepada keluarga mengenai faktor risiko jantung (misalnya membatasi mengkomsumsi garam dan cairan/hari)	Stella
			H/ Perawat menjelaskan bahaya jika terlalu banyak mengkomsumsi garam dan kurangi mengkomsumsi cairan (1200/hari dan natrium (4gr/hari)	
			Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	
	II	05.00	-Memberikan diuretik berdasarkan hasil perencanaan dengan dokter	Stella
			H/ Menginjeksi obat furosemide 40 mg (1 tablet)/IV	
			Tampa k tidak ada tanda-tanda alergi yang di temukan	
	I III	05.30	-Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Stella
			H/ Memberi obat farbiven 2,5 ml	

			/inhalasi (nebulizer) - Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di berikan perawat	
	I		-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD :130/80mmHg N : 94 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5ºC HR : 99 x/menit SPo2 : 83%	Stella
	II		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (Posisi semi fowler) H/ Pasien menagatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semi fowler).	Stella
	II		-Memonitor keluhan sesak nafas pasien H/ Pasien mengatakan masih merasakan sesak dan batukberlendir P : 26 X/menit	Stella
	Ill	06.15	-Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya mulai berkurang Tampak bengkak pada ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-4 mm waktu kembali 4 detik.	Stella
	I		-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL	Tirza

			H/ Pasien mengatakan sudah mampu makan sendiri, tapi untuk berpakaian, BAB dan BAK masih dibantu karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. Pasien juga mengatakan badannya masih terasa lemas	Stella
	II	06.45	-Melakukan penilaian terhadap status sirkulasiperifer H/ CRT kembali >3 detik, Conjungtiva : tampak anemis	Perawat kak delki
	II		-Mencatat intake yang akurat dan mencatat outputpasien H/ Pasien mengatakan minum air putih 1 gelas air kemasan mineral ± 250 cc dan minum susu ultra 1 botol 200 cc dan menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ± 100cc. -Balance cairan 24 jam Intake: Air putih: 07.00-13.00= 500 cc 13.00-20.00= 400cc 20.00-06.00= 250cc Susu = 200 cc Output BAK: 07.00-13.00= 200 cc 13.00-20.00= 100cc 20.00-06.00= 100cc IWL=BBx15/24 jam	Stella

			48x15= 720 CM-(CK+IWL)= 1350-(400+720) = +230	
28-02-2019	I	07.55	-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan perawat. Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya.	Tirza
	I II	08.10	-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaani dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolusIV Memberi obat Spironalacton 25 mg (1tablet)/oral Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang di temukan	Tirza
	I III	10.00	-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 130/70mmHg N : 96 x/menit S : 36,6ºC P: 24 x/menit	Tirza
	I		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semifowler).	Tirza

	II		-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3liter/menit Tampak pasien merasa nyaman dan tidak sesak	Tirza
	III		-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas H/ Tampak pasien sudah bisa duduk di tempat tidur sendiri walaupun sedikit dibantu olehkeluarga	Tirza
	I	11.00	-Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar *ronchi* di lapang paru kiri	Tirza
	I		-Mengauskultasi suara jantung H/ Terdengar murmur di *ICS II linea sternalis dextra*	Tirza
	I		-Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ JVP : 5+3 cmH_2O N : 94 x/menit HR : 78 x/menit	Tirza
	I		-Melakukan penilaian secara komprenhensif terhadap status jantung termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer H/ CRT kembali >2 detik	Tirza
	I		-Menjelaskan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasifaktor	Tirza

			risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan mengkomsumsi garam yang berlebihan)	
			H/ Keluarga mengatakan masih ingat dengan penjelasan perawat tentang bahaya mengkomsusi garam yang berlebihan bagi pasien jantung.	
	III	11.35	-Memberi kesempatan keluarga untuk membantu pasien.	Tirza
			H/ Tampak keluarga menyuapi pasien	
			Pasien mengatakan merasa senang karena keluarganya sangat peduli dengan dirinya yang sedang sakit.	
	II	12.05	-Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien	Tirza
			H/ Pasien mengatakan minum air putih 2 gelas ± 500 cc dari air mineral dan minum susu ultra 1 botol 200 cc dan menghabiskan 1 porsi makanan. pasien juga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ± 250 cc dan belum BAB. Tampak urine 250 cc dan berwarnakuning.	
	III	13.25	-Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untukistirahat	Tirza
			H/ Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasanperawat.	
	II		-Mengkaji lokasi dan luasnyaedema	Tirza
			H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah sudahberkurang	
			Pitting edema derajat 1 dengan kedalaman 2-3 mm waktu kembali 3 detik.	

	II	15.00	-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ pasien mengatakan duduk dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya ia merasa nyaman.	Angel
	I III	16.00	-Memberikan obat diuretik berdasarkan perencanaaan dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1ampul)/IV Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang ditemukan	Angel
	I	16.50	-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 130/70mmHg N : 94 x/menit P : 25 x/menit S : 36,4ºC	Angel
	I		-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler) H/ pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan perawat Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semifowler).	Stella
	II		-Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak sesak Tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3liter/menit	Stella

	I	17.00	-Memberi obat berdasarkan hasil perencanaan dengan dokter H/ MemberikanobatFarbiven 2,5ml /inhalasi (nebulizer) Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di berikan perawat	Stella
	I		-Memberi obat berdasarkan hasil perencanaan dengan dokter H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1tablet)/oral Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1tablet)/oral Tampak tidak ada alergi yang di temukan	Stella
	II	18.00	-Memberi kesempatan keluarga untuk membantu pasien H/ pasien mengatakan merasa senang karena keluarganya sangat peduli dengan dirinya dan kondisinya saat ini. Tampak keluarga menyuapi pasien.	Stella
	II	20.00	-Mencatat intake yang akurat dan mencatat outputpasien H/ Pasien mengatakan minum air putih 1 ½ gelas ± 400 cc dan hanya menghabiskan ½ makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAB 1 kali dengan konsistensi lunak dan BAK 1 kali ± 150 cc. tampak urin 150 cc.	Stella
	I lll		-Memonitor tanda-tanda H/ TD : 100/70mmHg	.Stella

			N : 94 x/menit S : 36,5º P : 24 x/menit	
	II	20.15	-Menjelaskan kepada keluarga mengenai faktor risiko jantung (misalnya membatasi mengkomsumsi garam dan cairan/hari) H/ Perawat menjelaskan bahaya jika terlalu banyak mengkomsumsi garam dan kurangi mengkomsumsi cairan (1200/hari dan natrium (4gr/hari) Tampak keluarga memahami penjelasanperawat	Stella
	I	21.40	-Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (Posisi semi fowler) H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan perawat (semifowler).	Stella
	II	24.00	-Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengandokter H/ Menginjeksi Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV Tampak tidak ada tanda-tanda alergi yang di temukan	Stella
	II	05.50	-Memberi obat berdasarkan hasil perencanaan dengan dokter H/ Memberikan obat farbiven 2,5 ml/ inhalasi (Nebulizer) Tampak pasien merasa nyaman dengan terapi nebulizer yang di lakukanperawat	Aprilianti

	I III		-Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 130/80mmHg N : 96 x/menit S : 36,4ºC P : 24 x/menit	Arniati
	II		-Memonitor keluhan sesak nafas pasien H/ Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir Tampak pasien sesak P: 24 x/Menit	Arniati
	II		-Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sudah berkurang. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah dan palpebra sudah berkurang. Pitting edema derajat 1 dengan kedalaman 2-3 mm waktu kembali 3detik.	Aprilianti
	I	06.10	-Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya. Tampak pasien merasa nyaman	Stella
	II	06.25	-Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien memgatakan masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri khususnya BAB dan BAK karena pasien masih sesak jika banyak bergerak.	Tirza
	I		-Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar *Ronch*i di lapang paru kiri	Tirsa

	I II		-Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ JVP : 5+3 cmH_2O N : 94 x/menit HR : 78 x/menit SPo2 : 80% -Mencatat intake yang akurat dan mencatat outputpasien H/ pasien mengatakan minum air putih 1 gelas 250 cc dan menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali 200cc -Balance cairan 24 jam Intake Air putih: 07.00-13.00= 500 cc 13.00-20.00= 400cc 20.00-06.00= 250cc Susu = 200 cc Output BAK: 07.00-13.00= 200 cc 13.00-20.00= 150 cc 20.00-06.00= 200 cc IWL=BBx15/24 jam = 48x15= 720 CM-(CK+IWL)= 1350-(550+720) = +80	Tirsa Stella

Tabel 3.6 Pelaksanaan keperawatan

F. EvaluasiKeperawatan

Nama/umur : Ny. ”F”/65 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIIB/367[1]

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
26-02-2019	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S: - Pasien mengatakan masih sesaknafas - Pasien mengatakan masih batukberlendir - Pasien mengatakan masih bengkak pada keduakakinya O:- Tampak pasiensesak - JVP: 5+4cmH_2O - SPo2 :85% - CRT kembali >3detik - Terdengar *ronchi* di lapang parukiri - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3liter/menit - Tanda-tanda vital TD : 140/80mmHg N : 95 x/menit S : 36,5ºC P : 25 x/menit HR: 100 x/menit A:- Curah jantung belum adekuat. P:- Lanjutkan intervensi	Tirza

	II	- Monitor tanda-tandavital - Auskultasi suarajantung - Auskultasi suaraparu - Berikanoksigen - Atur posisi pasien Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanismeregulasi S: - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya O: - Tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5 detik. - *Ronchi* di lapang parukiri - Balance cairan 24 jam:+280 - Tanda-tandavital TD : 140/80mmHg N : 95 x/menit S : 36,5ºC P : 25 x/menit A: - Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi. P: Lanjutkanintervensi - MonitorTTV - Kaji lokasi dan luasnyaedema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan outputpasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena dampak Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara	Tirza

	III	suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan masih sesak jika banyak beraktivitas - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarga seperti makan, berpakaian, BAB danBAK O: - Tampak perawat membantu pasien BAB dan BAK di atas tempat tidur dengan menggunakan pispot - Tampak pasienpucat - Tampak keluarga menyuapipasien - CRT kembali > 3detik - Conjungtiva :anemis - Tanda-tandavital TD : 140/80mmHg N : 95 x/menit S : 36,5ºC P : 25 x/menit SPo2 : 85% A: Masalah intoleransi aktivitas belum taratasi P: Lanjutkanintervensi - MonitorTTV - Monitor toleransi pasien terhadapaktivitas - Bantu pasien sesuaikebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantupasien	Tirza

27-02-2019	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S: - Pasien mengatakan masih sesaknafas - Pasien mengatakan masih batuk berlendir namunsedikit. - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya mulaiberkurang. O:- Tampak pasiensesak - JVP : 5+4 cmH_2O - CRT kembali >3detik - SPo2 :83% - Terdengar murmur di *ICS II linea sternalis dextra* - Terdengar *ro nchi* di kedua lapangparu - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3liter/menit - Tanda tanda vital TD :130/80mmHg N : 94 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5ºC HR : 99 x/menit A: Curah jantung belumadekuat P: Lanjutkanintervensi - Monitor tanda-tandavital - Auskultasi suarajantung - Auskultasi suaraparu	Stella

	II	- Atur posisi pasien Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanismeregulasi S: - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kelopak matanya. - Pasien mengatakan bengak pada kedua kakinya mulaiberkurang. O:- Tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-4 mm waktu kembali 4 detik. - Balance cairan 24 jam :+230 - Tanda tanda vital TD :130/80mmHg N : 94 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5ºC A: Masalah kelebihan volume ciran belum teratasi. P: Lanjutkanintervensi - MonitorTTV - Kaji lokasi dan luasnyaedema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan outputpasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena dampak	Stella

	III	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan sudah mampu makan sendiri, dan untuk berpakaian, BAB dan BAK masih dibantu karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. - Pasien juga mengatakan badannya masih terasalemas O: - Conjungtiva tampakanemis - Tampak perawat membantu pasien BAK di kamarmandi - CRT kembali > 3detik - Tanda-tanda vital TD :130/80mmHg N : 94 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5ºC HR : 99 x/menit SPo2 : 83% A: Masalah intoleransi aktivitas belum taratasi P: Lanjutkanintervensi - MonitorTTV - Monitor toleransi pasien terhadapaktivitas - Bantu pasien sesuaikebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantupasien	Stella

28-02-2019	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S:- Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sudahberkurang O:- Tampak pasiensesak - Terdengar *murmur di ICS II linea sternalis dextra* - Terdengar *ronchi* di lapang parukiri - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3liter/menit - SPo2 :80% - Tanda-tanda vital TD : 130/80mmHg N : 96x/menit S : 36,4ºC P : 24 x/menit A: Curah jantung belum adekuat P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultassi suarajantung - Auskultasi suaraparu - Berikanoksigen - Atur posisi pasien	Stella

	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanismeregulasi S: Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sudahberkurang O: - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah sudah berkurang. Pitting edema derajat 1 dengan kedalaman 2-3 mm waktu kembali 3 detik. - Balance cairan 24 jam :+80 - Tanda-tanda vital TD : 130/80mmHg N : 96x/menit S : 36,4ºC P : 24 x/menit A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P: Lanjutkan intervensi - MotorTTV - Kaji lokasi dan luasnyaedema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan outputpasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena dampak	Stella
	III	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri khususnya BAB dan BAK karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. O:- Tampak perawat membantu pasien BAKdi kamar mandi	Tirza

		- Tanda-tandavital TD : 130/80mmHg N : 96x/menit S :36,4ºC P : 24x/menit SPo2 :80% HR : 78 x/menit A: Pasien masih mengalami intoleran aktivitas P: Lanjutkan intervensi - MonitorTTV - Monitor toleransi pasien terhadapaktivitas - Bantu pasien sesuaikebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantupasien	

Tabel 3.7 evaluasi keperawatan

G. DaftarObat

a. Nama obat:Furosemide

1) Namaobat : Furosemide
   Klasifikasiobat : Diuretik
2) Dosisumum : 20-80mg
3) Dosis untuk pasienyangbersangkutan : 40mg
4) Cara pemberian obat : Intravena
5) Mekanisme kerja dan fungsiobat:
   Furosemide adalah derivate asam antranilat yang efektif sebagai diuretik.Mekanisme kerja furosemide adalah menghambat penyerapan kembali natrium oleh sel tubuli ginjal.Furosemide meningkatkan pengeluaran air, natrium, klorida, kalium, dan tidak mempengaruhi tekanan darah yang normal.
6) Alasan pemberian obat pada pasien yangbersangkutan
   Pada pasien yang mengalami edema (penumpukan cairan berlebihan di dalam tubuh).
7) Kontraindikasi
   Pasien dengan gangguan defisiensi kalium, glomerulonefritis akut, insufisiensi ginjal akut, wanita hamil dan pasien yang hipersensitif terhadapfurosemide.
8) Efek sampingobat
   Dapat menyebabkan hipokalemi, peningkatan kadar asam urat dan kadar gula darah, mual, muntah, nafsu makan menurun, iritasi pada mulut dan lambung, diare, sakit kepala, pusing, penglihatan kabur, anemia,trombositopenia.

b. Nama obat:Forbivent

1) Klasifikasi/golngan obat: Pengencer dahak(ekspektoran)
2) Dosis umum: 1 ampul 3-4x/hari

3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 tube inhalerNEBU
4) Cara pemberian obat:Nebulizer
5) Mekanisme kerja dan fungsi obat: bekerja disaluran udara dengan membuka saluran pernafasan dan relaksasiotot-otot.
6) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan: untuk mengencerkan dahak dan mengurangisesak.
7) Kontra indikasi: Kardiomiopatiobstruktif hipertrofi, takiaritmia, hipersensitifitas terhadap atropine ataauderivatnya.
8) Efek samping obat: Sakit kepala, pusing, gelisah, takikardia, tremor halus pada otot rangka, palpitasi, hipokalemia berat, batuk, iritasi lokal, mual muntah, berkeringat, otot lemah, mialgia, kram otot, mulutkering.

c. Nama obat:Spironalacton
1) Klasifikasi/golongan obat: Antagonis aldosterondiuretik.
2) Dosis umum: 100-400 mg/hari. Untuk penderita gagal jantung 25-200mg/hari.
3) Cara pemberian:Oral
4) Mekanisme kerja dan fungsiobat
Spironolakton merupakan senyawa yang secara spesifik bersifat antagonis terhadap aldosteron yang berfungsi
untuk mengatur keseimbangan cairan dengan cara mempertahankan natrium dan air, namun membuang kalium melalui urine.
5) Indikasi: Mengobati edema, hipertensi, meringankan gagal jantung, aldoteronisme, mengatasi penyakit hati, sindrom nefrotik dan mengatasi kadar potassiumrendah.
6) Kontra indikasi: Hipersensitif terhadapspironolactone

7) Efek samping: pusing dan sakit kepala ringan, mual dan muntah, diare, pembengkakan di payudara, kram pada kaki dan impotensi.

d. Nama obat:Ambroxol
   1) Klasifikasi/golongan obat:Mukolitik
   2) Dosis umum: 30 mg-120mg
   3) Cara pemberian:Oral
   4) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ambroxol mempunyai sifat sekretolitik dapat mempermudah pengeluaran secret yang kental dan lengket di dalam saluranpernafasan.
   5) Indikasi: Sebagai sekretolitik pada gangguan pernafasan akut dan kronis, khususnya pada eksaserbasi bronchitis kronis, bronchitis asmatik dan asmabronchial.
   6) Kontraindikasi: hipersensitif terhadapambroxol.
   7) Efek samping: Mual, muntah dan nyeri uluhati.

e. Nama obat:Bisoprolol
   1) Klasifikasi/golonganobat:Beta-blocker
   2) Dosis umum: untuk pemberian awal dikisarkan 1,25-10 mg, 1 kali sehari, namun dokter dapat memberikan dosis maksimum 20 mg perhari jikadiperlukan.
   3) Cara pemberian:Oral
   4) Mekanisme kerja obat: Bisoprolol merupakan golongan beta-blocker yang bekerja dengan cara menghambat reseptor beta-1 adrenergikreseptor.
   5) Indikasi: digunakan untuk mengobati hipertensi, pengobatan angina serta gagal jantung.

6) Kontra indikasi: Penderita yang memiliki hipersensitif atau alergi terhadap bisoprolol, penderita asma, bradikardi yang nyata, sindrom penyakit sinus, dan syokkardiogenik.
7) Efek samping: bisoprolol umumnya ditoleransi dengan baik, namun ada efek samping yang perlu diperhatikan seperti: nyeri perut, dyspepsia, mual, muntah, konstipasi, diare, sakit kepala, vertigo, ansietas, mulut kering, insomnia, kram otot, kelemahan dankeletihan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Ny.”F” umur 65 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskuler *congestive heart failure* di ruang perawatan St. Bernadeth lII.B RS Stella Maris selama 3 hari 26-28 Februari 2019. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A.Pengkajian

Pasien atas nama Ny.”F” umur 68 tahun masuk RS Stella Maris dengan keluhan utama sesak nafas. Saat pengkajian pada tanggal 26 februari 2019 diperoleh data, pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, sesak nafas bertambah berat bila beraktivitas dan nyeri dada bagian kiri, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir, cepat lelah, badan terasa lemas, dan terdapat suara tambahan *ronchi* di lapang paru kiri. Menurut teori edema terjadi karena terjadi penimbunan cairan dan natrium di ginjal, sesak terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas juga dapat terjadi *ortopnea*, nyeri dada sebelah kiri terjadi akibat tersumbatnya arteri dan pembuluh darah pada jantung, suara *ronchi* timbul akibat gaya gravitasi dan transdusi cairan paru, cepat lelah terjadi karena curah jantung yang menurun yang menghambat sirkulasi ke jaringan dan sirkulasi normal, juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas serta menurunnya pembuangansisahasilmetabolisme.Tidaksemuatandadangejalapada

teori ditemukan pada kasus, seperti *asites* dan *hepatomegali. Hepatomegali* terjadi akibat penimbunan darah di vena hepatika dan kemudian menyebabkan

terjadinya*asites*. Faktor risiko terjadinya CHF pada Ny. ”F” yaitu usia, penyakit Hipertensi. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload)* terjadi karena peningkatan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan *hipertrofi* serabut otot jantung (Kasron, 2016).

B. DiagnosaKeperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan denganperubahan volume sekuncup. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kedua kaki dan batuk berlendir. Pada saat pengkajian tampak pasien sesak dan berbaring dengan posisi semi fowler, dan hasil TTV yaitu TD : 180/90 mmHg, N : 90 x/menit, S : 36,5ºC, P : 26 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik terdengar *ronchi* lapang paru kiri, terdengar murmur di *ICS II linea sternalis dextra*, CRT kembali > 3 detik,JVP : 5+4 cmH_2O, SPo2 : 80%, dan hasil pemeriksaan penunjang : EKG : *SA*, foto thorax :*Cardiomegali.*
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena kaki pasien bengkak dan pasien mengalami peningkatan berat badan selama 5 hari, edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II kedalaman 3-4 mm waktu kembali 5 detik, dan hasil pemeriksaan *foto thorax : Efusi pleurasinistera.*
3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karenapasienmengatakansesaknafasdanbertambahberatbila

beraktivitas, aktivitasnya sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya dan badannya terasa lemas serta kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Hasil pemeriksaan fisik CRT : kembali > 3 detik, SPo2 : 80%, kulit teraba dingin dan tampak pucat, konjungtiva : tampakanemis.

Pada teori terdapat 5 diagnosa keperawatan, namun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien. Adapun diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat oleh penulis yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus ditandai dengan sesak nafas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena akan terjadi tumpang tindih dengan diagnose penurunan curah jantung dimana intervensi yang diberikan hampir seluruhnya sama serta mengingat pada diagnosa penurunan curah jantung bukan hanya mengatasi ventilasi tapi juga mengatasi jalan nafasnya. Tidak ada pemeriksaan analisa gasdarah.
2. *Ansietas* berhubungan dengan perubahan besar (misalnya : status kesehatan). Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien tidak mengalami kecemasan yang berlebihan akan penyakitnya ataupun kesehatannya dikarenakan pasien sudah menerima penyakitnya dan siap untuk berobat sampai pasiensembuh.

C. RencanaKeperawatan

penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Intervensi pada teori tidak jauh beda dengan intervensi pada kasus karena disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Penulis

membuat intervensi sesuai dengan pintas masalah yang ditemukan pada pasien yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan denganperubahan volume sekuncup. Intervensi yang disusun penulis untuk mengatasi masalah ini yaitu: observasi tanda-tanda vital, pengaturan posisi, auskultasi suara nafas tambahan, suara jantung tambahan, pemasangan oksigen dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberianobat.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada diagnosa ini intrervensi yang disusun oleh penulis yaitu : kaji masukan dan pengeluaran tiap 2 jam, kaji adanya edema dan pitting edema, tinggikan ekstremitas untuk meningkatkan aliran balik vena, instruksi pasien untuk pembatasan konsumsi cairan dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obatdiuretik.
3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu: monitor toleransi pasien terhadap aktivitas, instruksikan pasien mengenai faktor risiko timbulnya penyakit jantung, bantu pasien sesuai dengan kondisiketergantungan.

D. ImplementasiKeperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dengan kerja sama dan partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa. Semua tindakan keperawatan disesuaikan dan dilaksanakan berdasarkanintervensi

yang sudah dibuat dan dapat dilakukan dengan baik karena adanya fasilitas yang tersedia dan sumber daya yang memadai.

E. Evaluasi

Adapun evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.”F” dengan diagnosa medis CHF sebagai berikut:

1. Untuk diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volumesekuncup

   masalah belum teratasi karena pasien masih menunjukan gejala penurunan curah jantung seperti sesak nafas, batuk, JVP masih 5+4 cmH_2O, TD : 130/70 mmHg, N: 96 x/menit, P : 24 x/menit. sehingga tindakan masih perludilanjutkan.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanismeregulasi.

   masalah ini sudah teratasi sebagian dimana sesuai dengan hasil yang diharapkan penulis yaitu kelebihan volume cairan dapat berkurang. Dengan menunjukan adanya penurunan edema pada kedua kaki dari pitting edema II menjadi pitting edema 1 meskipun balance cairannya belum seimbang.Maka tindakan dari diagnosa keperawatan ini masih tetap dilanjutkan.

3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhanoksigen.

   masalah ini belum teratasi karena pasien masih menunjukan intoleransi aktivitas yang ditandai dengan pasien masih merasa sesak jika beraktivitas sehingga implementasi masih dilanjutkan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Ny.”F” dengan CHF di ruang St.Bernadeth III.B RS Stella Maris, Maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada pasien Ny.”F” dengan CHF didapatkan data : pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki dan pada kedua kelopak mata, sesak nafas di sertai nyeri dada sebelah kanan, sesak bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir, cepat lelah dan badannya terasa lemas. Tampak pasien sesak, terbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II, terdengar suara nafas tambahan *ronchi* lapang paru kiri dan suara jantung abnormal terdengar *murmur di ICS II linea sternalis dextra,*kesadaran *kompos mentis* dengan GCS 15, JVP : 5 + 3 cmH_2O,SPo2
   : 80%, CRT kembali > 3 detik, tanda-tanda vital TD :130/80 mmHg, N : 96 x/menit, S : 36,4 ºC, P : 24 x/menit. Hasil pemeriksaan foto thorax :*Cardiomegali, Efusi Pleura sinistra* dan EKG : *SA.*
2. Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. ”F” dengan CHF penulis mendapatkan diagnosa keperawatan antaralain:
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup
   b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanismeregulasi

c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhanoksigen

3. perencanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Ny.”F” antara lain meliputi : tindakan mandiri, observasi, penyuluhan, kolaborasi dan semua intervensi untuk ketiga diagnosa dibuat sesuai dengan teori dan kondisipasien.
4. Implementasi dilakukan selama tiga hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik sesuai dengan intervensi yang telah dibuat penulis berupa tindakan observasi, mandiri, penyuluhan dan kolaborasi.
5. Hasil evaluasi akhir :

   Diagnosa kelebihan volume cairan teratasi sebagian, untuk diagnosa penurunan curah jantung dan intoleran aktivitas belum teratasi dikarenakan penulis hanya melaksanakan tindakan keperawatan selama 3 hari sedangkan pengobatan pada pasien dengan CHF membutuhkan waktu yang cukup lama.

B. Saran

1. Rumah sakit

   Hendaknya rumah sakit lebih meningkatkan mutu pelayanan dari segi fasilitas yang memadai khususnya pada penderita penyakit jantung seperti tindakan pemasangan kateterisasi jantung sehingga pasien tidak perlu dirujuk.
2. Institusipendidikan

   Penulis mengharapkan lembaga institusi menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan penyakit CHF sehingga mempermudah penulis untuk mencari literature.

3. Pasien danKeluarga

   Diharapkan pasien mematuhi diet yang dianjurkan dan keluarga tetap menjaga dan memberikan dukungan dan motivasi pada pasien.

4. Bagimahasiswa

   Diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang komprenhensif pada pasien dengan CHF.

LEMBAR KONSUL

Nama : Stella J Tumiaty (E1614401080)
Tirza Saptenno E1614401082)
Judul : Asuhan Keperawatan pada "NY. F" dengan CHF
Pembimbing I : Mery Solon, Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA
1.	31-03-2019	Pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi	- Analisa data - Batasan karakteristik Nanda Nic Noc - Masukan data yang mendukung untuk setiap diagnosa		STELLA. TUMIATY TIRZA. SAPTENNO
2.	05-04-2019	Bab III	- Pola presepsi dan pemeliharaan kesehatan - Pemeriksaan fisik - Pengetikan		STELLA TUMIATY TIRZA. SAPTENNO
3.	10-04-2019	Bab III	- Pengamatan kasus - Intervensi dan rasional - Nervus		STELLA. TUMIATY TIRZA. SAPTENNO

4.	11-04-2019	Bab II Bab III	- Tambahkan Referensi - Gambar - Pengetikan - Implementasi implementasi		STELLA. TUMIATY TIRZA. SAPTENNO
5.	29-04-2019	Bab IV dan Bab V	Perbaiki sesuai koreksi, lengkapi dari Bab I sampai dengan Bab V		STELLA. TUMIATY
6.	11-04-2019	Bab I Bab II Bab III Bab IV Bab IV	- Pengetikan - Daftar pustaka		STELLA TUMIATY TIRZA. SAPTENNO
7.	16-05-2019	Konsul bersih Karya Tulis Ilmiah	- Cover - Daftar isi - Halaman - Daftar pustaka		STELLA TUMIATY TIRZA. SAPTENNO

DAFTAR PUSTAKA

Aspiani.R.Y. 2015.*Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskukar*. Jakarta: EGC

Muttagin, Arif., 2012. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika

Gloria M, Bulechek, H. K. 2013. *Nursing Interventions Classification*. Singapore: CV Mocomedia

Syaifuddin. 2014. *Anatomi Fisiologi.* Jakarta: EGC

Yancy.2013 *Buku Ajar Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC

Lemone, P., Burke, K.M., dan Bauldoff. G., 2015.*Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah,* Vol. 3, Edisi 5.Jakarta : EGC.

Kasron., 2016. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovascular.*Jakarta: Edisi 12. Singapore: Elsevier.

Guyton dan Hall.,*Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Edisi 12. Gingapore: Elsevier

Rencana asuhan keperawatan medikal bedah diagnosis NANDA-I 2015-2017, intervensi NIC hasil NOC. Jakarta:EGC

Riset Kesehatan Dasar., 2013. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan R/tahun* 2013.

http://www.depkes.go.id/resources/download/ganeral/Hasil%Riskesdas20%diaksestanggal 24 september2018

*MRO.Rumah Sakit Stella Maris Makassar.*2018. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Wilson., 2016 Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler, Edisi 5. Jakarta: EGC.

Wajan. J. Udjianti. 2013. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika

*http://www.depkes.go.id/Hasil Riskesdas 2013.pdf*diakses tanggal 28 Maret 2018

*http://www.mediskus.com/furosemide*diakses tanggal 28 Maret 2018

*http://www.mediskus.com/bosoprolol*diakses tanggal 28 Maret 2018

*http://www.alodokter.com/ambroxol*diakses tanggal 28 Maret 2018

https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/download/pdfdiakses tanggal 28 Maret 2018

*https://mediskus.com/spironolakton*diakses tanggal 8 Mei 2018

*http://www.1001obat.com/spironolactone.html*diakses tanggal 8 Mei 2018