KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.“S” DENGAN PENYAKIT “*CONGESTIVE HEART FAILURE*” DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH :

GLORY ANGELIA
E.1514401023

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBARAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."S" DENGAN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**". Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :

Nama mahasiswa : Glory Angelia
Nim : E.1514401023

Disetujui Oleh	Mengetahui
Pembimbing	Wakil Ketua Bidang Akademik
Mery Solon,Ns.,M.Kes	(Henny Pongantung,S.Kep.Ns.,MSN)
NIDN : 0910057502	NIDN : 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM D-III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."S" DENGAN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji diharapakan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 7 Juni 2018
Pukul : 14.00-14.45
Tempat : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar

Tim penguji :

1. Debby Lempang,S.Kep.Ns ( )
2. Sr. Anita Sampe,JMJ.MAN ( )
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK STELLA MARIS

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 092802710

RIWAYAT HIDUP

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi :

Nama	: Glory Angelia
Tempat/Tanggal Lahir	: Pomalaa, 02 agustus 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl. Bontobilla 13 no 07 Makassar

2. Identitas Orang Tua :

Ayah/Ibu	: Alm. Yunus Pasande / Almh. Martha Pandung
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: -
Alamat	: -

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Bina Kasih	: Tamat tahun 2003
SDN DONGI	: Tahun 2003-2009
SMPN 1 NUHA	: Tahun 2009-2012
SMAN. 1 PALOPO	: Tahun 2012-2015
STIK. Stella Maris	: Tahun 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."S" DENGAN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".**

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Makassar program DIII Keperawatan Tahun 2017-2018.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. Thomas Soeharto,M.Kes selaku Direktur Rs. Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan pratek klinik.
4. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing Akademik (PA) dan pembimbing dalam penyusunan karya tulis yang telah meluangkan

waktu dan memberikan pengarahan serta motivasi kepada penulis, dalam pembuatan karya tulis ini

5. Segenap Dosen dan Staf Pegawai STIK Stella Maris yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teristimewa kepada kedua Orang Tua dan Saudara/I, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Tn'"S" dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
9. Teman-teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus penyakit.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha peningkatan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi.

Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

Glory Angelia

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul..... i
Halaman persetujuan..... ii
Halaman pengesahan..... iii
Riwayat hidup..... iv
Kata pengantar..... v
Daftar isi..... vii
Daftar gambar..... ix
Daftar tabel..... x
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar belakang..... 1
B. Tujuan penulisan..... 3
C. Manfaat penulisan..... 3
D. Metode penulisan..... 4
E. Sistematika penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep dasar medis..... 6
1. Definisi..... 6
2. Anatomi dan fisiologi..... 6
3. Etiologi..... 18
4. Patofisiologi..... 18
5. Manifestasi klinis..... 21
6. Tes diagnostik..... 21
7. Penatalaksanaan medik..... 22
8. Komplikasi..... 22
B. Konsep dasar keperawatan..... 23
1. Pengkajian..... 23
2. Diagnosis keperawatan..... 25
3. Intervensi keperawatan..... 25

4. Perencanaan pulang..... 30
C. Patoflowdiagram..... 31
BAB III TINJAUAN KASUS..... 34
A. Pengamatan kasus..... 34
B. Pengkajian..... 36
C. Analisis data..... 55
D. Diagnosis keperawatan..... 60
E. Intervensi keperawatan..... 61
F. Implementasi keperawatan..... 67
G. Evaluasi keperawatan..... 89
H. Daftar obat..... 96
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 101
A. Pengkajian..... 101
B. Diagnosis keperawatan..... 103
C. Intervensi keperawatan..... 104
D. Implementasi keperawatan..... 106
E. Evaluasi keperawatan..... 106
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... 108
A. Kesimpulan..... 108
B. Saran..... 110
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung
Gambar 3.2 Patoflowdiagram
Gambar 3.3 Genogram pasien

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA)
Tabel3.1Pemeriksaan darah lengksp
Tabel 3.2 Analisa data
Tabel 3.3 Diagnosis keperawatan
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan
Tabel 3.5 Implementasi keperawatan
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan ekonomi, kemajuan industri dan teknologi yang semakin cepat serta perubahan gaya hidup masyarakat menyebabkan potensi masalah kesehatan pada sistem kardiovaskuler semakin meningkat. Penyakit pada sistem ini merupakan salah satu penyebab mortalitas dan mordibitas yang cukup tinggi di dunia. Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler termasuk di dalamnya adalah Gagal Jantung. Untuk itu diperlukan upaya dalam pengendalian faktor risiko penyakit tersebut guna mengurangi angka kesakitan, kecacatan dan kematian(Mutaqqin,2012)

Kegagalan jantung (*Congestive Heart Failure*) ialah keadaan dimana jantung sudah tidak mampu untuk menyuplai darah sebagai sumber nutrisi untuk diteruskan ke seluruh tubuh. *Congestive Heart Failure* terjadi akibat kelainan otot jantung, sehingga jantung tidak bisa menjalankan fungsinya sebagai alat untuk memompa darah dengan baik. Terdapat banyak faktor yang menjadi penyebab dari CHF ini, diantaranya faktor keturunan, usia, pola makan, kebiasaan merokok, obesitas, diabetes militus, kurang melakukan aktifitas fisik serta riwayat hipertensi (Aspiani,2015)

Data yang diperoleh oleh WHO (2016) menunjukkan bahwa di dunia 17,5 jiwa atau sekitar 31% dari 58 jiwa angka kematian di dunia disebabkan oleh penyakit Jantung. Dari seluruh angka tersebut, benua Asia menduduki tempat tertinggi akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 276,9 juta jiwa. Indonesia menduduki tingkat kedua di Asia tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa (www.scribd.com)

Penderita gagal jantung atau CHF di Indonesia pada tahun 2014, menurut data dari Departemen kesehatan mencapai 21.449

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Congestive Heart Failure adalah suatu kondisi di mana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. (Udjianti, 2013)

Congestive Heart Failure adalah keadaan ketika jantung tidak dapat lagi berespons secara adekuat terhadap stress untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh. (Aspiani, 2014)

Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa: *Congestive Heart Failure* adalah suatu penyakit jantung dimana jantung gagal memompakan darah ke seluruh tubuh dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen untuk metabolisme jaringan tubuh.

2. Anatomi fisiologi (Aspiani, 2014)

a. Anatomi jantung

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskuler, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Congestive Heart Failure adalah suatu kondisi di mana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. (Udjianti, 2013)

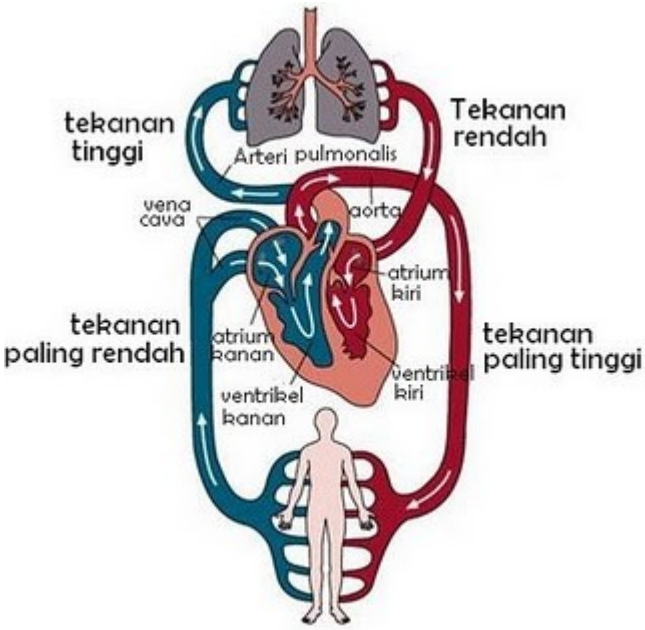
Congestive Heart Failure adalah keadaan ketika jantung tidak dapat lagi berespons secara adekuat terhadap stress untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh. (Aspiani, 2014)

Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa: *Congestive Heart Failure* adalah suatu penyakit jantung dimana jantung gagal memompakan darah ke seluruh tubuh dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen untuk metabolisme jaringan tubuh.

2. **Anatomi fisiologi** (Aspiani,2014)

a. Anatomi jantung

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskuler, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum.



Gambar sistem peredaran darah manusia

1) Lapisan jantung

   Jantung terdiri atas tiga lapisan, yaitu epikardium, miokardium, dan endokardium.

   a) Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
   b) Miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kontraksi.
   c) Endokardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

2) Katup jantung

   Katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. Ada dua jenis katup, yaitu katup antrioventrikuler dan katup semilunar.

   a) Katup antrioventrikuler, memisahkan antara atrium dan ventrikel.. Katup antrioventrikuler ada dua, yaitu katup trikuspidalis dan katup bikuspidalis. Katup trikuspidalis memiliki tiga buah daun katup yang

terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup bikuspidalis atau katup mitral memiliki dua buah daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.

b) Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan ateri pulmonalis disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta.

3) Ruang jantung

a) Atrium dextra

(1) Memiliki dinding yang tipis

(2) Atrium dextra berfungsi sebagai penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena kava inverior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Dari atrium dextra kemudian darah dipompa ke ventrikel dextra.

b) Ventrikel dextra

(1) Berbentuk bulan sabit yang unik

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

c) Atrium sinistra

(1) Atrium sinistra menerima darah yang sudah teroksigenasi dari paru melalui keempat vena pulmonalis.

(2) Antara vena pulmonalis dan atrium sinistra tak ada katup sejati, karena itu perubahan tekanan

dari atrium sinistra mudah sekali membalik retrograde ke dalam pembuluh paru

(3) Atrium sinistra berdinding tipis dan bertekanan rendah

d) Ventrikel sinistra

(1) Memiliki dinding yang lebih tebal daripada dinding ventrikel dextra, sehingga ventrikel sinistra berkontraksi lebih kuat.

(2) Ventrikel kiri memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel sinistra terdapat katup semilunaris aorta.

(3) Ventrikel kiri harus menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tahanan sirkulasi sistemik dan mempertahankan aliran darah ke jaringan perifer.

4) Pembuluh darah

a) Arteri

Dinding aorta dan arteri besar mengadung banyak jaringan elastis dan sebagian otot polos. Ventrikel kiri memompa darah masuk ke dalam aorta dengan tekanan tinggi. Dorongan darah secara mendadak ini meregangkan dinding arteri yang elastis tersebut, selama ventrikel beristirahat maka kembalinya dinding yang elastis tersebut pada keadaan semula, akan memompa darah ke depan, ke seluruh system sirkulasi. Oleh sebab itu, sistem arteri dianggap sebagai sirkut yang memiliki volume yang rendah tetapi tekanan tinggi.

b) Arteriola

Dinding arteriola terutama terdiri atas otot polos dengan sedikit serabut elastic. Dinding berotot ini sangat peka dan dapat berdilatasi atau berkontrasi untuk mengatur aliran darah ke kapiler.

c) Kapiler

Dinding pembuluh darah kapiler sangat tipis terdiri atas satu lapis sel endotel. Melalui mebran yang tipis dan semipermeabel, nutrisi dan metabolisme berdifusi dari rendah dengan konsentrasi tinggi menuju ke daerah dengan konsentrasi rendah. Oksigen dan metabolit berdifusi kea rah yang berlawanan.

d) Venula

Venula berfungsi sebagai saluran pengumpul dengan dinding otot yang relative lemah namun peka. Pada pertemuan antara kapiler dan venula terdapat sfingter postkapiler.

e) Vena

Vena merupakan saluran berdinding relative tipis dan berfungsi menyalurkan darah dari jaringan kapiler melalui vena, masuk ke atrium kanan. Pembuluh vena dapat menampung darah dalam jumlah yang cukup banyak dengan tekanan yang relative rendah. Karena sifat aliran vena yang bertekanan rendah-bervolume tinggi, maka system vena disebut sistem kapitas.

5) Sirkulasi jantung

a) Sirkulasi sitemik

Darah masuk ke atrium kiri dari vena pulmonalis. Darah di atrium kiri mengalir ke dalam ventrikel kiri melalui atrioventrikel (AV) yang terletak di sambungan atrium dan ventrikel. Aliran darah yang keluar ventrikel

kiri adalah menuju ke arteri besar yaitu arteri aorta. Darah mengalir dari ventrikel kiri ke aorta melalui katup melalui katup aorta. Darah di aorta disalurkan ke seluruh sirkulasi siskemik melalui arteri,arteriol,dan kapiler,yang kemudian menyatu kembali untuk membentuk vena-vena. Vena-vena dari bagian bawah tubuh akan mengembalikan darah ke vena terbesar,yaitu vena kava inferior, vena dari bagian atas tubuh akan menuju ke vena kava superior.

b) Sirkulasi pulmonal

Darah di atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis. Darah keluar dari ventrikel kanan dan mengalir melewati katup pulmonalis ke dalam arteri pulmonalis. Arteri pulmonalis bercabang menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri yang masing masing mengalir ke paru paru kanan dan kiri. Di paru-paru, arteri pulmonalis bercabang berkali kali menjadi arteriol dan kemudian kapiler. Setiap kapiler member perfusi kepada saluran pernapasan melalui alveolus. Semua kapiler menyatu kembali menjadi venula dan venula menjadi vena. Vena-vena lalu menyatu menjadi vena pulmonalis yang besar. Darah mengalir di dalam vena pulmonalis, kemudian kembali ke atrium kiri.

c) Sirkulasi koroner

Sirkulasi koroner meliputi seluruh permukaan jantung dan membawa oksigen untuk miokardium melalui cabang-cabang intramiokardial yang kecil. Arteri koroner kiri membentuk cabang menjadi arteri desendens anterior dan arteri sirkumfleksa. Arteri desendens anterior menuju bagian anterior septum

antara ventrikel kiri dan kanan kemudian bercabang dan menuju bagian anterior septum dan massa otot anterior ventrikel kiri. Arteri sirkumfleksa kiri berjalan pada bagian atrium kiri dan ventrikel kiri dan dinding lateral ventrikel kiri. Arteri koroner kanan berjalan di antara atrium kanan dan ventrikel kiri dan bercabang untuk menyalurkan darah pada posterior jantung.

b. Fisiologi jantung

1) Sitem konduksi jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung.

Otot jantung dapat menghantarkan impuls listrik secara otomatis dan berirama. Kemampuan serabut otot jantung menghantarkan impuls listrik disebut konduksi. Adanya impuls listrik memungkinkan otot jantung mengalami depolarisasi sehingga jantung dapat berkontraksi, keadaan ini disebut eksitabilitas (kemampuan sel miokardium untuk merespons stimulus). Depolarisasi terjadi akibat adanya perbedaan konsentrasi muatan ion pada intrasel dan ekstrasel dalam sel otot jantung sehingga terjadi pergerakan ion menyebrang ke membran semipermeabel membran sel. Adanya sistem konduksi ini memungkinkan jantung dapat berkontraksi antara atrium dan ventrikel secara sinkron.

Untuk menjamin rangsangan ritmik dan sinkron, serta kontraksi otot jantung, terdapat jalur konduksi khusus dalam miokardium, jaringan konduksi ini memiliki sifat otomatis, ritmsasi, konduktivitas dan daya rangsang.

Sistem konduksi jantung terdiri atas:

a) *Nodus sinoatrial (SA Node)*

Nonus sinoatrial terletak diantara vena kava superior dengan atrium dextra. Merupakan *pacemaker* alami dari jantung. Nodus ini dianggap khusus karena memiliki kontraksi paling cepat sehingga mampu mendepolarisasi lebih cepat dibandingkan bagian miokardium.

b) *Nodus atrioventikular (AV Node)*

AV Node terletak antara bagian bawah artrium dextra dan ventrikel atau dekat septum atrium. AV Node menerima impul listrik dari SA Node, untuk selanjutnya diteruskan ke Berkas his. Penjalaran impuls dari SA Nodus ke nodus AV dan miokardium atrial saat istirahat menyebabkan sistole atrial.

c) *Berkas His*

Dari AV Node impuls menyebar menuju ke Berkas His, suatu berkas serabut tebal yang menuju kebawah di sebelah kanan septum interventrikularis.

d) Serat purkinje

Serat purkinje merupakan serat otot jantung dengan jaringan yang menyebar pada otot endokardium bagian ventrikel. Serabut ini menghantarkan impuls listrik dengan cepat, kecepatannya lima kali lipat dari kecepatanan hantaran serabut otot jantung. Adanya aliran impuls yang cepat ini memungkinkan kontraksi dari atrium dan ventrikel dapat berlangsung secara terkoordinasi.

Dengan demikian, urutan normal rangsangan melalui system konduksi adalah SA Node – jalur-jalur atrium – AV Node – Berkas His – cabang-cabang berkas dan serat Purkinje.

2) Siklus jantung

Fase siklius jantung:

a) Mid diastole

Merupakan fase pengisian lambat ventrikel ketika atrium dan ventrikel dalam keadaan istirahat. Darah mengalir secara pasif dari atrium ke ventrikel melalui katup atrioventrikuler, pada saat ini katup semilunaris tertutup dan terdengar sebagai bunyi jantung kedua.

b) Diastole lanjut

Gelombang depolarisasi menyebar melalui atrium dan berhenti pada nodus atrioventrikuler (Noodus AV). Otot atrium berkontraksi memberikan 20%-30% pada isi ventrikel.

c) Sistole awal

Depolarisasi menyebar dari sinus AV menuju miokardium ventrikel. Ventrikel berkontraksi menyebabkan tekanan dalam ventrikel lebih tinggi dari tekanan atrium sehingga menyebabkan katup atrioventrikuler menutup yang terdengar sebagai bunyi jantung satu. Dalam keadaan ini tekanan dalam aorta dan arteri pulmonal tetap besar sehingga katup semilunar tetap tertutup. Kontraksi ventrikel ini disebut sebagai kontraksi isovolumetrik.

d) Sistole lanjut

Tekanan ventrikel meningkat melebihi tekanan pembuluh darah sehingga menyebabkan katup semilunaris membuka. Setelah katup semilunar terbuka terjadi ejeksi isi ventrikel kedalam sirkulasi pulmonal dan sistemik.

e) Diastole awal

Gelombang repolarisasi menyebar ke ventrikel sehingga ventrikel menjadi relaksasi. Tekanan ventrikel turun melebihi tekanan atrium sehingga katup AV mebuka dan ventrikel akan terisi dengan cepat. 70-80% pengisian ventrikel terjadi pada fase ini.

3) Bunyi jantung

Bunyi jantung terdiri dari bunyi jantung murni dan bunyi jantung tambahan. Bunyi jantung murni terdiri atas bunyi jantung 1 (S1) akibat penutupan katup atrioventrikuler saat sistole ventrikel dan bunyi jantung 11 (S2) akibat katup semilunar saat diatole ventrikel. Selain dua bunyi tersebut, ada juga bunyi jantung tambahan seperti bunyi jantung 111 (S3) dan bunyi jantung IV (S4), murmur dan irama gallop. S3n dan S4 akibat vibrasi pada dinding jantung saat darah mengalir dengan cepat dalam ventrikel. Bunyi murmur terjadi akibat turbulensi aliran darah karena adanya penutupan katup tidak sempurna atau penyumbatan.

Pada orang dewasa S1 fan S2 terdengar dalam keadaan istirahat. S3 biasanya terdengar ketika seseorang berolahraga, bunyi ini dianggap patologis jika terdengar saat istirahat.

4) Curah jantung

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung per menit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh:

a) Beban awal (pre-load)

(1) Pre-load adalah keadaan ketika serat otot otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole.

(2) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena tergantung jumlah darah yang beredar serta tonus otot.

(3) Isi ventrikel menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.

(4) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang 2,0 unit mikro dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.

(5) Sesuai hukum Frank Starling bahwa semakin besar regangan otot jantung semakin besar kekuatan kontrasinya dan semakin besar pula curah jantung. Pada keadaan pre-load terjadi pengisian ventrikel sehingga makin panjang otot ventrikel meregang semakin besar pula volume darah yang masuk.

(6) Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah 2,2 unit micron. Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi 2,2, kekuatan kontraksi berkurang sehingga menurunkan isi sekuncup.

b) Daya kontraksi

(1) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung makin banyak pula volume darah yang dikeluarkan..

(2) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elekrolit terutama kalium, natrium, kalsium dan keadaan konduksi jantung..

c) Beban akhir (afterload)

(1) Afterload adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta. Afterload secara langsung dipengaruhi oleh tekanan darah arteri, ukuran ventrikel kiri dan karateristik katup jantung.

(2) Hal ini terutama dtentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah.

(3) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan menyebabkan penurunan isi sekuncup.

(4) Dalam keadaan normal isi sekuncup akan berjumlah ±70 ml sehingga curah jantung diperkirakan ±5 liter. Jumlah ini tidak tetap tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.

Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA)

Tabel 2.1

Kelas	Definisi
I	Klien dengan kelainan jantung tanpa pembatasan aktivitas fisik
II	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik
III	Klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik
IV	Klien dengan kelainan jantung yang segala bentuk aktivitas fisiknya akan menyebabkan keluhan

3. **Etiologi** (Aspiani, 2014)

Disfungsi otot jantung paling sering disebabkan oleh:

a. Penyakit arteri koroner. Aterosklerosis arteri koroner merupakan penyebab utama gagal jantung.
b. Iskemia/limfatik miokard. Iskemia menyebabkan disfungsi miokardial, sedangkan infark miokard menyebabkan nekrosis, menyebabkan penurunan kontraktilitas sehingga menurunkan kemampuan daya pompa jantung.
c. Kardiomiopati
d. Hipertensi. Hipertensi sistemik maupun pulmonary meningkatkan afterload, kondisi ini meningkatkan beban jantung dan memicu terjadinya hipertrofi otot jantung.
e. Penyakit katup jantung. Disfungsi katup jantung membuat aliran darah ke arah depan terhambat, meningkatnya tekanan dalam ruang jantung, meningkatkan beban jantung.

Faktor risiko:

a. Merokok
b. Hiperlipidemia
c. Obesitas
d. Kurang aktivitas fisik
e. Stres emosi
f. Diabetes mellitus

4. **Patofisiologi** (Aspiani, 2014)

Kelainan instrinsik pada kontraktilitas miokard yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan penggosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Sebagai respon terhadap gagal jantung, ada 3 mekanisme primer yang dapat dilihat yaitu meningkatnya aktivitas adrenergic simpatik, meningkatnya beban

awal akibat aktivasi sistemrenin angiotensin aldosteron dan hipertrofi ventrikel.

Ketiga respon kompensatorik ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan beraktivitas. Dengan berlanjutnya gagal jantung maka kompensasi akan menjadi semakin kurang efektif. Menurunnya curah sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatik kompensatorik, meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf adrenergik jantung dan medulla adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menstabilkan tekanan arteri redistribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal, agar perfusi ke jantung dan otak dapat dipertahankan.

Penurunan curah jantung pada gagal jantung akan memulai serangkaian peristiwa:

a. Penurunan aliran darah ginjal dan akhirnya laju filtrasi glomerulus
b. Pelepasan renin dari apparatus juksa glomerulus
c. Interaksi renin dengan angiontensin dalam darah untuk menghasilkan angiontensin I
d. Konversi angiontensin I menjadi angiontensin II
e. Perangsangan sekresi aldosteron dari kelenjar aldosteron
f. Retensi natrium dan air pada tubulus distal dan duktus pengumpul

Respon kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium. Hipertrofi meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium; tergantung dari jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung, sarkomer dapat bertambah secara parallel atau serial. Respon miokardium

terhadap beban volume, seperti pada regurgitasi aorta, ditandai dengan dilatasi dan bertambahnya tebal dinding.

Gagal jantung kanan, karena ketidakmampuan mengakibatkan penimbunan darah dari atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatika menyebabkan hepatomegali dan kemudian menyebabkan terjadinya asites. Pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema. Penimbunan secara sistemik selain menimbulkan edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena-vena lainnya.

Gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah dari paru ke atrium kiri terbendung. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, sesak waktu bekerja atau waktu istirahat.

Gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai akibat kelanjutan dari gagal jantug kiri. Setelah terjadi hipertensi pulmonal terjadi penimbunan darah dalam ventrikel kanan, selanjutnya terjadi gagal jantung kanan. Setiap hambatan pada arah aliran dalam sirkulasi akan menimbulkan bendungan pada arah berlawanan dengan aliran. Hambatan pengaliran akan menimbulkan adanya gejala backward failure dalam sistem sirkulasi aliran darah. Mekanisme kompensasi jantung pada kegagalan jantung adalah upaya tubuh untuk mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi kebutuhan metabolism jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia atau vasiokonstriksi perifer, peninggian kadar katekolamin plasma, retensi garam dan cairan badan dan

peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. Bila jantung bagian kanan dan kiri bersama-sama dalam gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru. Keadaan ini disebut gagal jantung kongestif.

5. **Manifestasi Klinik** (Aspiani, 2014)

   Gagal jantung kiri

   a. Letargi dan diaphoresis
   b. Dispnea/ortopnea/PND
   c. Pernafasan cheyne-stokes
   d. Batuk (hemoptoe)
   e. Ronkhi basah bagian basal paru
   f. Terdengar BJ3 dan BJ4/irama gallops
   g. Oliguria atau anuria
   h. Pulsus alternans

   Gagal jantung kanan

   a. Edema tungkai/tumit
   b. Distensi vena jugularis
   c. Distensi abdomen, mual dan tidak nafsu makan
   d. Asites
   e. Berat badan meningkat
   f. Hepatomegali
   g. Splenomegali
   h. Insomnia

6. **Tes diagnostic** (Aspiani, 2014)

   a. Analisa gas darah (AGD): menilai derajat gangguan keseimbangan asam basa baik metabolik maupun respiratorik.
   b. Echocardiografi: menilai stenosis/inkompetensi, pembesaran ruang jantung, hipertrofi ventrikel.
   c. Rontgen thorax: untuk menilai pembesaran jantung (Cardio Thoraxic Ratio/CTR) dan edema paru.

d. Kateterisasi jantung: menilai fraksi ejeksi ventrikel.
e. EKG: menilai hipertrofi atrium/ventrikel, iskemia, infark, dan distritmia.

7. Penatalaksanaan medis (Aspiani, 2014)

Penatalaksanaan gagal jantung bertujuan untuk menurunkan kerja jantung, meningktakan kerja jantung, meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas miokard, dan menurunkan retensi garam dan air. Penatalaksaannya meliputi:

a. Tirah baring

   Untuk gagal jantung kongestif tahap akut dan sulit disembuhkan.

b. Pemberian diuretik

   Akan menurunkan *preload* dan kerja jantung.

c. Pemberian morfin

   Untuk mengatasi edema pulmonal akut, vasodilatasi perifer, menurunkan aliran balik vena dan kerja jantung, menghilangkan ansietas karena dispnea berat.

d. Reduksi volume darah sirkulasi

   Dengan metode plebotomi, yaitu suatu prosedur yang bermanfaat pada pasien dengan edema pulmonal akut karena tindakan ini dengan segera memindahkan volume darah dari sirkulasi sentral, menuju aliran balik vena dan tekanan pengisian serta sebaliknya menciptakan masalah hemodinamik.

e. Terapi nitrit

   Untuk vasodilatasi perifer guna menurunkan *afterload*.

8. Komplikasi (Aspiani, 2014)

a. Asites
b. Hepatomegali
c. Edema paru
d. Hidrotoraks

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

   Pengkajian pada CHF mengacu pada 11 pola Gordon:

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

   Data subyektif : Riwayat pola hidup yang tidak sehat, riwayat adanya penyakit jantung, jarangnya kontrol ke dokter, tidak berolahraga secara rutin.

   Data obyektif : Kebersihan rambut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genitalia dan anus.

b. Pola nutrisi dan metabolik

   Data subyektif : Kebiasaan makan dan minum, terjadinya penurunan nafsu makan, mual dan muntah

   Data obyektif : Perubahan berat badan, asietas, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, edema, mukosa bibir kering dan keringat dingin.

c. Pola eliminasi

   Data subyektif : Penurunan volume urin, urine yang pekat.

   Data obyektif : perubahan volume urine, nokturia, diare dan konstipasi

d. Pola aktivitas dan latihan

   Data subyektif : Adanya kelelahan, nyeri dada, sesak nafas, dan penurunan aktivitas.

   Data obyektif : Penurunan aktivitas secara mandiri, gelisah, perubahan status mental misalnya latergi, TTV berubah saat beraktivitas, takikardia, nafas dangkal, penggunaan otot-otot aksesoris, suara tambahan, bunyi jantung tambahan, perubahan warna kulit dan peningkatan JVP.

e. Pola tidur dan istirahat

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

Data obyektif : Palpebra inferior berwarna gelap dan wajah mengantuk

f. Pola persepsi dan kognitif

Data subyektif : Perasaan nyeri, perubahan daya ingat, perubahan penglihatan.

Data obyektif : Disorientasi, gangguan status mental dan penurunan kesadaran.

g. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subyektif : Menarik diri, penurunan keikutsertaan dalam aktivitas.

Data obyektif : Menarik diri, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Data subyektif : Kecemasan, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit, perasaan tidak berdaya dan putus asa.

Data obyektif : Marah, mudah tersinggung, cemas, ketakutan dan gelisah

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subyektif : Penggunaan kontrasepsi, periode menstruasi, dan perilaku yang menyimpang.

Data obyektif : Tidak ada penyimpangan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Data subyektif : Ansietas, khawatir, takut, tidak mau menerima kenyataan, ragu-ragu, stress yang berhubungan dengan penyakit/pekerjaan atau biaya perawatan medis.

Data obyektif : Marah, ketakutan, mudah tersinggung dan ansietas.

k. Pola nilai dan system kepercayaan

Data subyektif : Kemampuan pasien dalam menjalankan ibada, tanggapan pasien atau keluarga mengenai agamanya.

Data obyektif : Agama yang dianut oleh pasien dan tersedianya buku doa di samping pasien.

2. Diagnosa keperawatan (Herdiman dkk, 2015)
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
   b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus
   c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
   d. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Perencanaan (Moorhoed, 2016)
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

      Hasil yang diharapkan (NOC): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keefektifan pompa jantung dapat kembali normal.

      Kriteria evaluasi: Batuk berkurang sampai hilang.

      Intervensi (NIC): (Bulechek dkk, 2016)

      1) Auskultasi bunyi denyut / irama jantung

         Rasional: mengetahui adanya takikardia (saat istirahat) untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas.

      2) Observasi tanda-tanda vital

         Rasional: mengetahui keadaan umum pasie

      3) Observasi warna kulit terhadap sianosis dan pucat

Rasional: mengetahui adanya penurunan perifer terhadap tidak adekuatnya curah jantung.

4) Memberikan posisi semi fowler pada pasien
   Rasional: memberikan posisi yang nyaman untuk memaksimalkan ekspansi paru.
5) Kolaborasi dengan dokter terutama dalam pemberian antihipertensi
   Rasional: mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan menurunkan hipertensi.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus

Hasil yang diharapkan (NOC): Gangguan pertukaran gas dapat kembali normal.

Kriteria evaluasi: berpartisipasi dalam program pengobatan dalam batas kemampuan atau situasi.

Intervensi (NIC):

1) Auskultasi bunyi nafas, catat krekles, mengi
   Rasional: menandakan adanya kongesti paru/penumpukan secret menunjukan kebutuhan untuk intervensi lanjut.
2) Anjurkan pasien batuk efektif, nafas dalam
   Rasional: memberikan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen.

3) Dorong perubahan posisi
   Rasional: mencegah aktelektasi dan pneumonia
4) Pertahankan duduk di atas kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur ditinggikan 20-30º, posisi semi fowler, sokong tangan dengan bantal
   Rasional: menurunkan konsumsi alveolar, meningkatkan inflamasi paru maksimal.

5) Kolaborasi mengenai analisa gas darah

Rasional: hipoksemia dapat menjadi berat selama edema paru dan perubahan kompensasi, biasanya ada pada gagal jantung kronis.

6) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional: meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar, yang dapat memperbaiki atau menurunkan hipoksia jaringan.

7) Berikan pengobatan sesuai indikasi

Diuretik:

Rasional: menurunkan kongesti alveolar, meningkatkan pertukaran gas.

Bronchodilator:

Rasional: meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatsi jalan nafas kecil dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru.

Rasional: meningkatkan dieresis tanpa kehilangan kalium berlebihan.

c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi

Hasil yang diharapkan (NOC): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan kembali normal.

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

Intervensi (NIC):

1) Pantau / hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran cairan selama 24 jam

Rasional: terapi diuretik dapat disebabkan oleh kehilangan cairan tiba-tiba / berlebihan (hipovolemia).

2) Pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semi fowler selama fase akut

   Rasional: posisi terlentang meningkatkatkan fungsi ginjal dan menurunkan produksi ADH sehingga meningkatkan cliuresis.

3) Buat jadwal pemasukan cairan, digabung dengan keinginan minum bila mungkin, berikan perawatan mulut.

   Rasional: melibatkan pasien dalam program terapi dalam meningkatkan perasaan mengontrol dan kerja sama dalam pelaksanaan.

4) Timbang berat bada setiap hari

   Rasional: catat perubahan ada / hilangnya edema sebagai respon terhadap terapi peningkatan 2,5 kg menunjukan kurang lebih 2 liter cairan. Sebaiknya diuretik dapat mengakibatkan cepat hilangnya / perpindahan cairan dan kehilangan berat badan.

5) Kaji distensi leher dan pembuluh perifer, lihat area tubuh dependen untuk edema dengan atau tanpa pitting, catat edema tubuh umum

   Rasional: retensi cairan berlebihan dapat dimanifestasikan oleh pembendungan vena pembentukan edema. Edema perifer mulai pada kaki (area dependen) dan meningkatkan sebagai kegagalan paling buruk.

6) Ubah posisi dengan sering, tinggika kaki bila duduk, lihat permukaan kulit, pertahankan tetap kering dan berikan bantalan sesuai indikasi.

   Rasional: pembentukan edema, sirkulasi melambat, gangguan pemasukan nutrisi dan mobilisasi tirah baring lama merupakan kumpulan stressor yang mempengaruhi

integritas kulit dan memerlukan intervensi pengawasan ketat atau pencegahan.

7) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya peningkatan dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea noktural poroximal, batuk persisten

   Rasional: kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti parah. Gejala edema paru dapat menunjukan gagal jantung kanan (dispnea, ortopnea, batuk) yang dapat timbul lambat tetapi lebih sulit membaik.

8) Kaji bising usus, catat keluhan anoreksia, mual, distensi abdomen dan konstipasi

   Rasional: kongesti visceral (pada gagal ginjal kronik lanjut) dapat mengganggu fungsi gaster.

9) Catat peningkatan latergi, hipertensi dank ram otot

   Rasional: tanda deficit kalium dan natrium yang dapat terjadi sehubungan dengan perpindahan cairan.

10) Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan indikasi Diuretik:

    Rasional: meningkatkan laju urine dan dapat menghambat reabsorbsi natrium dan klorida pada tubulus ginjal.

d. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

   Hasil yang diharapkan (NOC): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.

   Kriteria evaluasi: adanya peningkatan dalam aktivitas dan menyeimbangkan dalam aktivitas dan istirahat.

   Intervensi (NIC):

   1) Kaji keseimbangan dan tingkat kekurangan dalam beraktivitas

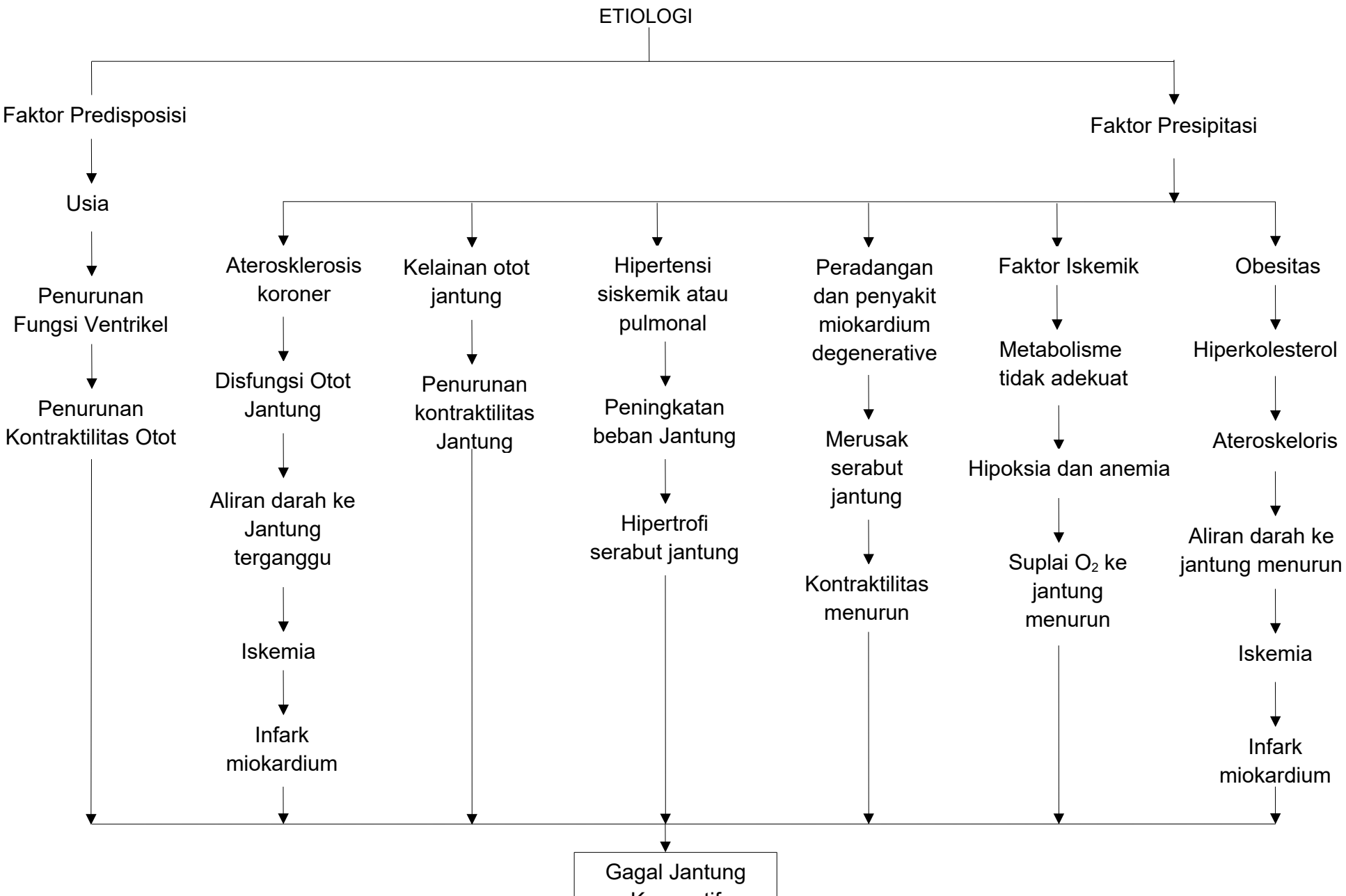
Rasional: memerlukan derajat toleransi aktivitas dan menentukan intervensi yang tepat

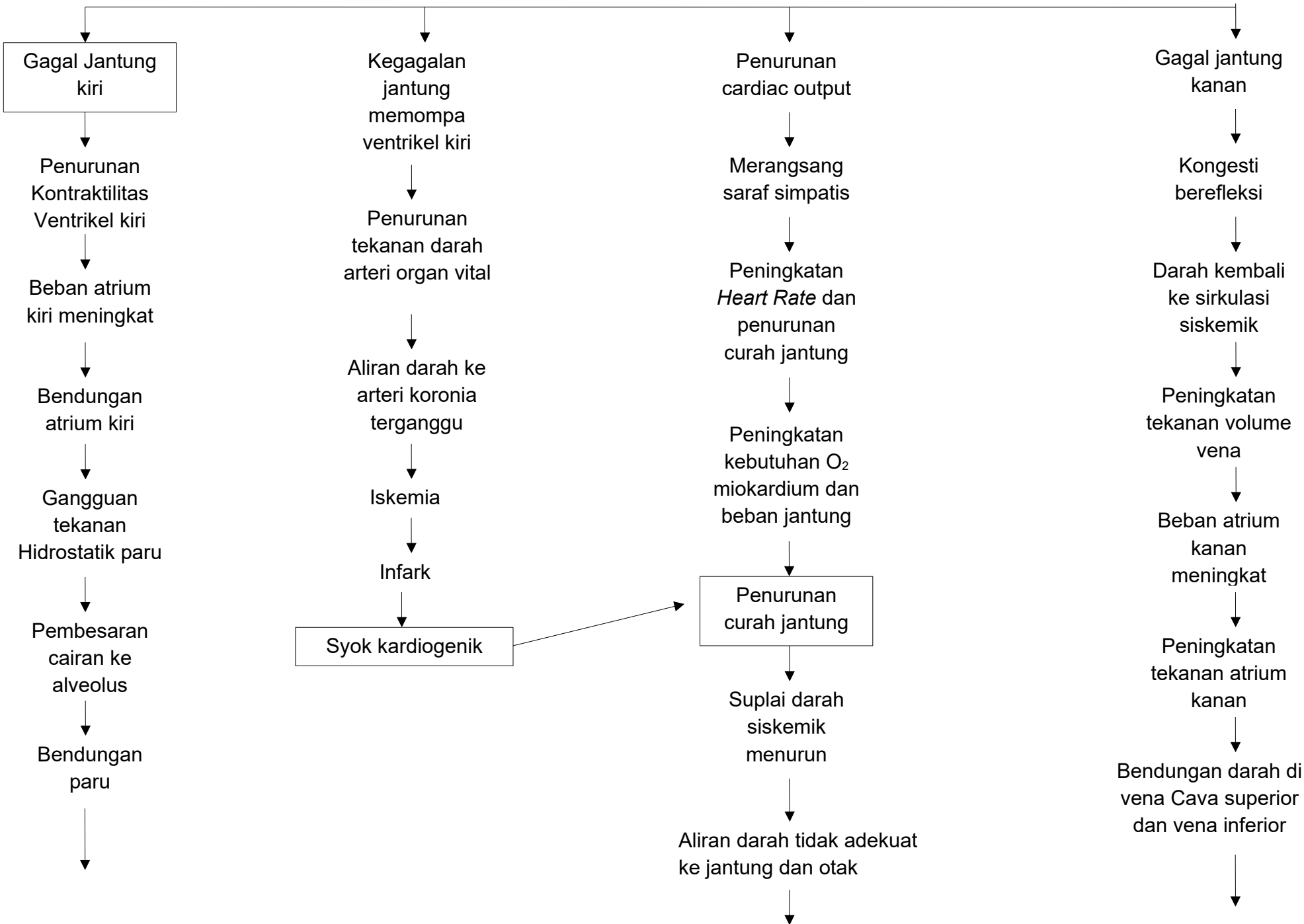
2) Observasi tanda-tanda vital
   Rasional: mengetahui keefektifan fungsi organ vital
3) Anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup
   Rasional: mengefisiensikan penggunaan enrgi
4) Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien dalam kebutuhannya
   Rasional: mengurangi energy yang dibuang untuk mengambil sesuatu
5) Jelaskan pentingnya membatasi aktivitas yang dapat menyebabkan kelemahan dan sesak berkepanjangan
6) Hasil: membantu pasien untuk dapat mengerti tujuan dari pembatasan aktivitas agar pasien dapat mengerti

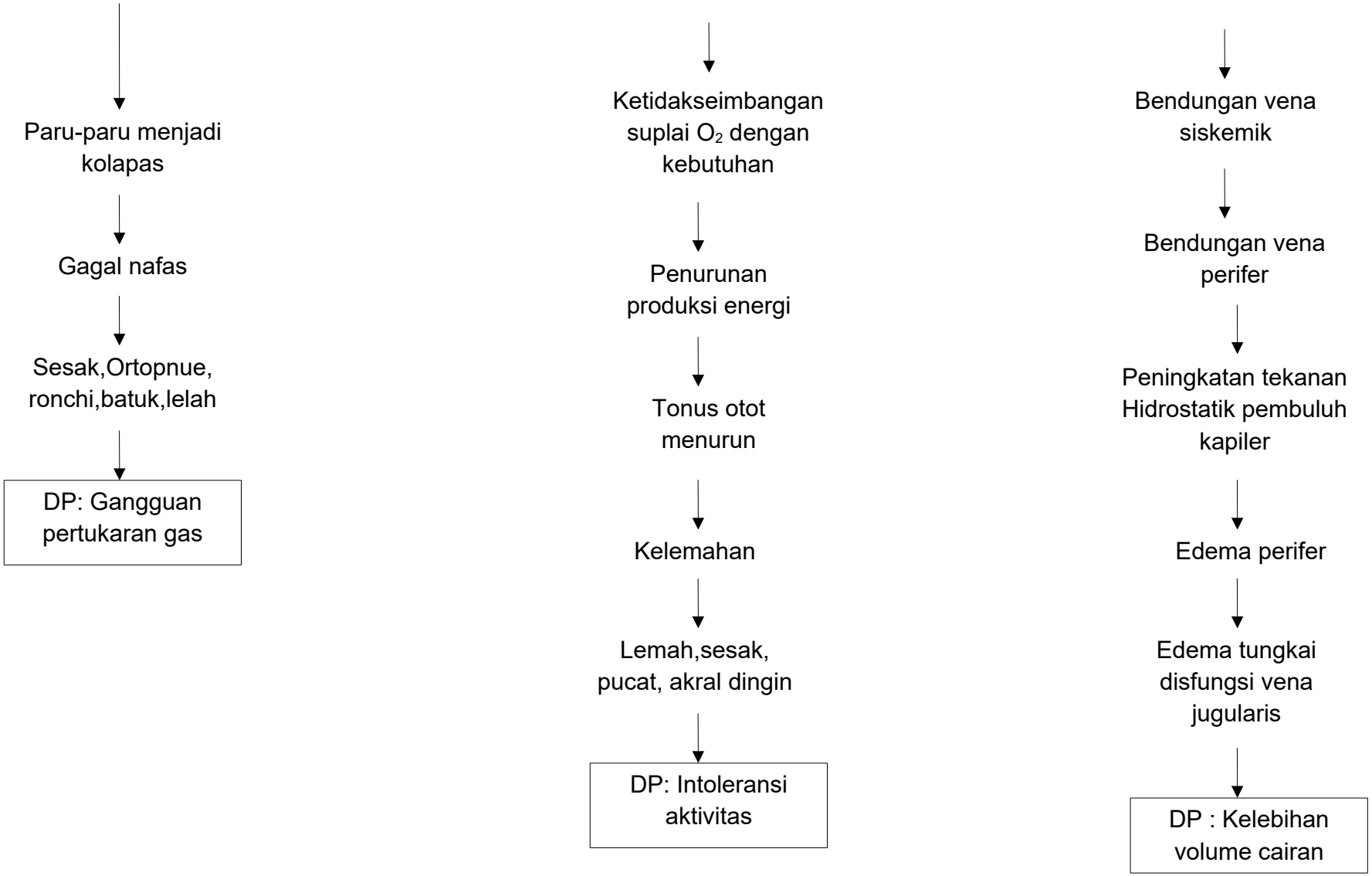
4. Discharge Planning (Aspiani, 2014)
   a. Berhenti merokok
   b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya
   c. Belajar untuk rileks dan dan mengendalikan stress
   d. Batasi konsumsi alkohol
   e. Anjurkan klien menghentikan aktivitas selama ada serangan dan istirahat
   f. Jika mengalami obesitas turunkan berat badan hingga kisaran normal
   g. Menjalani diet sesuai dengan anjuran
   h. Olahraga secara teratur

C. Patoflowdiagram (Mutaqqin,2012)

Gambar 2.3




Gagal Jantung kiri
Penurunan Kontraktilitas Ventrikel kiri
Beban atrium kiri meningkat
Bendungan atrium kiri
Gangguan tekanan Hidrostatik paru
Pembesaran cairan ke alveolus
Bendungan paru
Kegagalan jantung memompa ventrikel kiri
Penurunan tekanan darah arteri organ vital
Aliran darah ke arteri koronia terganggu
Iskemia
Infark
Syok kardiogenik
Penurunan cardiac output
Merangsang saraf simpatis
Peningkatan *Heart Rate* dan penurunan curah jantung
Peningkatan kebutuhan O_2 miokardium dan beban jantung
Penurunan curah jantung
Suplai darah siskemik menurun
Aliran darah tidak adekuat ke jantung dan otak
Gagal jantung kanan
Kongesti berefleksi
Darah kembali ke sirkulasi siskemik
Peningkatan tekanan volume vena
Beban atrium kanan meningkat
Peningkatan tekanan atrium kanan
Bendungan darah di vena Cava superior dan vena inferior


Paru-paru menjadi kolapas
Gagal nafas
Sesak,Ortopnue, ronchi,batuk,lelah
DP: Gangguan pertukaran gas
Ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan
Penurunan produksi energi
Tonus otot menurun
Kelemahan
Lemah,sesak, pucat, akral dingin
DP: Intoleransi aktivitas
Bendungan vena siskemik
Bendungan vena perifer
Peningkatan tekanan Hidrostatik pembuluh kapiler
Edema perifer
Edema tungkai disfungsi vena jugularis
DP : Kelebihan volume cairan

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien dengan nama Tn “S” berumur 65 tahun, masuk rumah Sakit pada tanggal 11 April 2018 dengan diagnosa medik *Congestise Heart Failure*, dengan tekanan darah 170/90 RR 31x/menit Suhu 37°C HR 83x/menit Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh nyeri dada disertai sakit kepala dan tiba-tiba pingsan saat memasak air di dapur. Saat itu keluarga mulai panik dan memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Saat sadar, pasien mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sakit kepala Setelah mendapatkan perawatan selama satu hari di Rs Vale Soroako, keluarga memutuskan untuk merujuk pasien ke Rs Stella Maris Makassar. Saat tiba di Rs Stella Maris, pasien langsung dibawa ke ruangan ICU.

Pada saat pengkajian keluhan yang dialami pasien adalah nyeri pada dadanya, skala nyeri 8 nyeri bertambah berat saat pasien melakukan aktivitas. Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak pasien sesak, wajah pucat, tampak gelisah dan cemas. Tampak terpasang infuse NHCL 500 mL pada tangan sebelah kanan dan selang 02 nasal kanul 5L dan terpasang kateter.. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktifitas seperti makan, berpakaian, dan mandi. Hasil pemeriksaan Echokardiografi yaitu : EF 31% dan dilatasi LA dan RA, pemeriksaan foto thorax: *cardiomegaly,* Hasil EKG : Atrial fibrilasi

Berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu: penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas, intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan

antara suplai dengan kebutuhan oksigen dan ansietas b.d perubahan status kesehatan

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:Glory Angelia	NIM: E1514404023

Unit : ICU
Kamar : VIP 3
Tgl masuk RS : 11 april 2018
Tgl pengkajian : 12 april 2018

Autoanamnese : ✓
Alloananmnese : ✓

1. **Identitas**
   a. Pasien
      Nama initial : Tn.S
      Umur : 65 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah anak : 5
      Agama/suku : Kristen protestan/toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Pensiunan
      Alamat rumah : Jln nangka no 29 wawondula
   b. Penanggung jawab
      Nama : Tn.S
      Umur : 23 tahun
      Alamat : Jln.Baji Bakka no 2
      Hubungan dengan pasien : Anak kandung
2. **Data Medik**
   Diagnosa medik
   Saat masuk : sesak nafas, nyeri dada
   Saat pengkajian : CHF NYHA III

3. **Keadaan Umum**

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan :Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dalam keadaan sesak. Tampak terpasang infuse NHCL 500 mL pada tangan sebelah kanan dan selang 02 nasal kanul 5L/ menit, terpasang kateter. Pasien berbaring dengan posisi semifowler, tampak pasien pucat dan gelisah

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran: Apatis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 4

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 13

Kesimpulan: pasien tidak coma

2) Tekanan darah : 170/90 mmHg

MAP: 116 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu :37°C di : [ ] Oral [√] axilla [ ] Rectal

4) Pernapasan :31 x/menit

Irama [ ] Teratur [ ] Kusmaul [√] Cheynes-stokesa

[ ] Bradipnea [ ] Takipnea

[√] Dada [ ] Perut

5) Nadi : 83 x/menit

Irama [√] Teratur [ ] Tachikardi [ ] Bradichardi

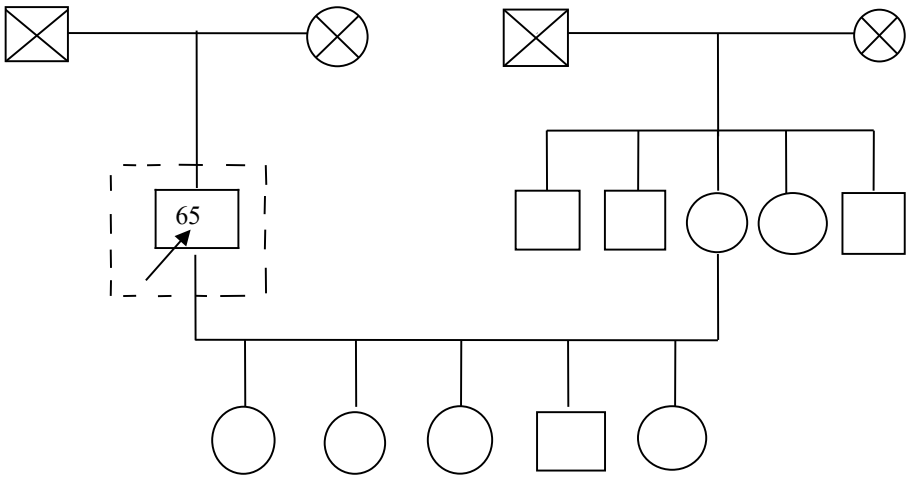
[ ] Kuat [√] Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 32 cm
2. Tinggi badan : 170 cm
3. Berat badan : 68 kg (1 bulan yang lalu)
4. IMT : 23,5 kg/m²

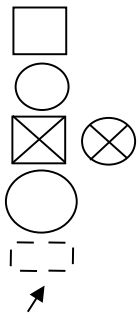
Kesimpulan :Tampak berat badan pasien sebanding dengan tinggi badan pasien

d. Genogram



Gambar 3.3

Keterangan :



: Pria
: Wanita
: Meninggal
: Umur Pasien
: Tinggal serumah
: Pasien

4. **Pengkajian Pola Kesehatan**

   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

   1) Keadaan sebelum sakit

      keluarga pasien mengatakan pasien selalu menjaga pola hidupnya. keluarga mengatakan pasien selalu mengikuti posyandu lansia setiap bulannya untuk memeriksakan kesehatannya. keluarga mengatakan jika pasien sakit, pasien selalu berobat ke RS dan tidak pernah membeli obat sendiri di warung. Selama pensiun pasien selalu menghabiskan waktunya di kebun merica miliknya, namun jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sesak nafas. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 4 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat merokok kurang lebih 8 tahun yang lalu, terkadang pasien menghabiskan 2 bungkus rokok setiap harinya.

   2) Riwayat penyakit saat ini:

      a) Keluhan utama :

         Sesak

      b) Riwayat keluhan utama:

         Pasien mengatakan kurang lebih 1 tahun terakhir sering merasa sakit di bagian dada dan cepat lelah. Kurang lebih 4 tahun yang lalu Ia berobat ke rumah sakit dan didapatkan penyakit jantung namun saat itu belum menunjukan gejala yang berat. Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh nyeri dada disertai sakit kepala dan tiba-tiba pingsan saat memasak air di dapur. Saat itu keluarga mulai panik dan memutuskan untuk membawa pasien ke

rumah sakit. Saat sadar, pasien mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sakit kepala Setelah mendapatkan perawatan selama satu hari di Rs Vale Soroako, keluarga memutuskan untuk merujuk pasien ke Rs Stella Maris Makassar. Saat tiba di Rs Stella Maris, pasien langsung dibawa ke ruangan ICU.

Saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada dadanya, skala nyeri 8 nyeri bertambah berat saat pasien melakukan aktivitas. Tampak pasien pasien sesak, tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler. Tampak wajah pasien pucat, tampak pasien gelisah

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

   Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 4 tahun yang lalu

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, ibu pasien meniggal karena stroke.

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor
   e) Kebersihan genitalia : Tampak bersih
   f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali dalam sehari dengan 1 porsi dihabiskan pada pagi siang dan malam

dengan menu nasi,ikan goreng, sayur rebus, dan daging babi seminggu sekali. dalam sehari pasien minum air putih ±6-7 gelas (1000-1500cc) dan segelas kopi pada sore hari. Keluarga mengatakan nafsu makan pasien baik dan tidak pernah mengalami penurunan berat badan

2) Keadaan sejak sakit:

   Keluarga mengatakan sejak sakit pasien makan 3kali dalam sehari namun hanya menghabiskan $^{1}/_{4}$ makanannya dari satu porsi yang disediakan. Pasien makan bubur, sayur, ikan, dan diet rendah garam. Pasien mengatakan minum air putih ±5 gelas/hari (200cc/gelas, Keluarga mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien berkurang dan tidak pernah mengkonsumsi buah. Keluarga mengatakan sejak sakit pasien selalu mengeluh mual.

   Observasi:

   Tampak pasien makan 3x sehari dan makan makanan yang disediakan rumah sakit. Tampak pasien minum air putih ±5gelas/hari . BB 68 kg (1 bulan yang lalu)

3) Pemeriksaan fisik:

   a) Keadaan rambut :Tampak tipis dan berwarna putih
   b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak anemik
   d) Sclera : Tampak tidak icterik
   e) Hidung : Tampak sputum berada di tenga
   f) Rongga mulut : Tampak kotor
      Gusi : Tidak ada peradangan
      Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
   g) Gigi : Tampak tidak utuh
   h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien tidak mampu

mengunyah keras

i) Lidah :Tampak kotor dan berwarna putih

j) Pharing : Tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

m) Abdomen :

- Inspeksi :Tampak simetris, tidak tampak bayangan vena
- Auskultasi : 14x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Suara tympani

n) Kulit

- Edema : ☐ Positif ☑ Negatif
- Ikterik : ☐ Positif ☑ Negatif
- Tanda – tanda radang : Tidak ada

o) Lesi:

Tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

keluarga mengatakan BAB dan BAK pasien lancar dengan frekuensi BAB 1x dan BAK 5-7 kali dalam sehari dengan konsistensi BAB lunak dan berwarna kuning kecoklatan, dan konsistensi urine berwarna kuning dan berbau amoniak. keluarga mengatakan tidak ada masalah dengan BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya BAB 1 kali dalam 2 hari, dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan. Pasien BAB menggunakan pampers dan BAK menggunakan kateter. Keluarga mengatakan pasien menggunakan kateter karena sejak awal dirawat di ICU pasien gelisah

3) Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers dan keteter. tampak urine pasien berwarna kuning dengan jumlah urine 800cc dalam 8 jam.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 14x/menit

b) Palpasi kandung kemih [ ] Penuh [√] Kosong.

c) Nyeri ketuk ginjal [ ] Positif [√] Negatif.

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus:

- Peradangan : Tidak ada
- Hemoroid : Tidak ada
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan aktivitas sehari hari pasien adalah berkebun merica. keluarga mengatakan pasien tidak pernah berolahraga karena sibuk berkebun. Pasien berkebun dari pagi hingga sore hari. keluarga mengatakan jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dadanya dan sesak nafas.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien mengalami nyeri dada disertai sakit kepala. Keluarga mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan,mandi dan memakai baju. Pasien mengatakan nyeri dada makin bertambah jika pasien melakukan aktivitas yang berat.

Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas pasien seperti mandi,makan dan berpakaian dibantu oleh perawat dan keluarga pasien. tampak kelemahan tubuh pada sisi sebelah kiri pasien, tampak pasien mengeluh kesakitan pada dada nya saat dimandikan.

a) Akitivitas harian :
   - Makan : 3
   - Mandi : 3
   - Pakaian : 3
   - Kerapihan : 2
   - Buang air besar : 3
   - Buang air kecil : 3
   - Mobilisasi ditempat tidur: 4

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

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

3) Pemeriksaan fisik
   a) JVP : 5-2 cmH2O
   b) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam >3 detik
   c) Thorax dan pernapasan :
      - Inspeksi :
        Bentuk thorax : Simetris kanan dan kiri
        Sianosis : Tidak ada
        Stridor : Tidak ada
      - Palpasi :
        Vocal fremitus : Tidak dikaji
        Krepitasi : Tidak ada
      - Perkusi : [ ] sonor [ ] redup [√] pekak.
        lokasi :
      - Auskultasi :
        Suara napas : Terdengar vasicular
        Suara ucapan : Tidak dikaji
        Suara tambahan : Tidak ada
   d) Jantung
      - Inspeksi :
        Ictus cordis : Tidak nampak
      - Palpasi :
        Ictus cordis : Teraba di ICS 5 mid klavikularis sinistra
      - Perkusi :
        Batas atas jantung :ICS II Linea mid klavikularis sinistra
        Batas bawah jantung ICS V midClavicularis sinistra
        Batas kanan jantung :ICS II linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS V Linea anterior axilla sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A :Tunggal ICS II linea sinistra dekstra

Bunyi jantung II P :Tunggal ICS II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T :Tunggal ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M :Tunggal ICS V linea media klavikularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop : Terdengar bunyi gallop

Murmur : Tidak ada

HR : 83x/menit

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot [√] : positif [ ] negatif
- Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot :

	Kanan	kiri
- Tangan	3	3
- Kaki	3	3

Keterangan :

- Nilai 5 : Kekuatan penuh
- Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain
- Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan
- Nilai 2 : Mampu melawan gaya grafitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
- Nilai 1 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Biseps (-) , Trisep (-), Patella (-)
- Refleks patologi :

  Babinski Kiri : [√] Positif [ ] Negatif
  Kanan : [√] Positif [ ] Negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak terdapat clubbing jari jari
- Varises tungkai : Tidak tampak varises tungkai

f) Columna vertebralis :

- Inspeksi : Lordosis
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

  Kaku kuduk : Tampak pasien mampu mengangkat bahu
- Tekanan darah

  Berbaring : 170/90 mmhg

  Duduk : Tidak dikaji

  Berdiri : Tidak dikaji

  Kesimpulan : (tidak dapat dinilai)

a) HR : 83x/menit

b) Kulit : Tampak bersih

   Keringat dingin : Tampak kering dingin

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur malam ±7 jam dari pukul 21.00-04.00 WITA dan jarang tidur siang karena sibuk dengan pekerjaannya di kebun. Pasien juga mengatakan merasa segar saat bagun tidur

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidurnya hanya ±4 jam dari pukul 23.00-03.00 WITA, dan sering terbangun karena sesak dan gelisah. Pasien juga mengatakan tidak bisa tidur pada siang hari karena sesak

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	√ positif		negatif
Banyak menguap	:	√ positif		negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:		positif	√ negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Keluarga pasien mengatakan saat pasien ada masalah pasien lebih memilih untuk jalan-jalan dan menenangkan diri di kebunnya

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki masalah penglihatan,pasien mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan kacamata dan alat bantu pendengaran

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

- Cornea : Tampak bersih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) :Teraba sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak ada serumen
- Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien adalah kepala keluarga dan pasien bertanggung jawab penuh atas keluarganya. Setiap hari pasien berkebun merica untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Pasien juga mengatakan sudah merasa puas dengan perannya sebagai kepala rumah tangga

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan dirinya khawatir dan cemas dengan penyakit jantung yang dideritanya sekarang. Pasien mengatakan sejak sakit dirinya takut tidak bisa bertemu lagi dengan keluarganya. Pasien mengatakan jika suatu hari ia meninggal ia khawatir anaknya tidak bisa menggantikan perannya sebagai kepala keluarga

3) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien cemas dan gelisah

a) Kontak mata : Tampak kontak mata kurang
b) Rentang perhatian : Tampak perhatian kurang
c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas
d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tampak bedrest

4) Pemeriksaan fisik :
a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Lesi : Tampak tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anak pertamanya serta cucunya. Peran pasien dalam keluarga adalah sebagai kepala keluarga untuk istri dan anaknya. Keluarga mengatakan pasien sering berinteraksi dengan tetangganya

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien selalu ditemani oleh keluarganya dan selama dirawat di RS tetangga pasien selalu datang menjenguk untuk memberikan semangat

3) Observasi :

Tampak anggota keluarga menjaga pasien dan tampak keluarga mengunjungi pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien berumur 65 tahun dan mempunyai 5 orang anak, dimana pasien memiliki 2 anak perempuan dan 3 orang anak laki-laki.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit pasien tidak memiliki masalah dengan keluarganya.

keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa membersihkan alat reproduksinya tanpa bantuan perawat.

3) Observasi :

Tampak tidak ada penyimpangan social

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika marah bisa mengontrol diri dan jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan bersama dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisinya saat ini karena baru kali ini pasien dirawat di RS , namun pasien akan tetap mengikuti segala terapi perawatan dan pengobatan yang diberikan oleh dokter dan perawat.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien menganut kepercayaan Kristen protestan dan sangat rajin pergi gereja setiap hari minggu

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah lagi ke gereja dan selama sakit pasien selalu berdoa ditempat tidur

3) Observasi :

Tampak pasien berdoa di tempat tidur dan didoakan oleh keluarganya

5. Uji saraf kranial
   a. Nervus I : Olfaktorius
      Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih.
   b. Nervus II : Optikus
      Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±20 cm.
   c. Nervus III, IV, VI : Oculomotorius, Trochlearis, Abdusens
      Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.
   d. Nervus V : Trigeminus
      Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya
      Motorik : Pasien mampu mengunyah keras.
   e. Nervus VII : Facialis
      Sensori : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis.
      Motorik : Pasien mengangkat alis, tersenyum dan meringis.
   f. Nervus VIII : Vestibulo-acusticus
      Vestibularis : Tidak dikaji (Pasien tidak mampu berdiri)
      Motorik : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.
   g. Nervus IX : Glossopharyngeus
      Tampak ovula berada ditengah.
   h. Nervus X : Vagus
      Pasien mampu menelan
   i. Nervus XI : Accesorius
      Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
   j. Nervus XII : Hypoglossus
      Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG
    1. Pemeriksaan CT SCAN 11 April 2018

       Kesan :
        - Sinusitis maxillaries dextra
        - Disertai gambaran hipertrofi concha naslais dextra(rhinitis)
    2. Pemeriksaan Echocardiography 13 April 2018
        - Dilatasi RA dan LA
        - EF 31%
    3. Pemeriksaan Thorax
        - Cardiomegaly
    4. Pemeriksaan EKG : Atrial fibrilasi
    5. Pemeriksaan darah lengkap

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	10.6	10^3/uL	4.8 – 10.8
RBC	4.3	10^6/uL	4.7 – 6.1
HGB	12.7	g/dL	14 – 18
HCT	39.30	%	42 – 52
MCV	81.2	fL	80 – 99
MCH	26.2	pg	27 – 31
MCHC	32	g/dL	33 – 37
PLT	204	10^3/uL	150 – 450
RDW-CV	16.3	%	11.5 – 14.5
PDW	10.3	fL	9 – 13
MPV	9.0	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	18.2	%	15 – 25
NEUT%	77.0	%	40 – 74
LYM%	13.2	%	19 – 48

MXD%	9.8	%	4 – 18
NEUT#	8.2	10^3/uL	1.5 – 7
LYM#	1.4	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	1.0	10^3/uL	0 – 1.2
LED 1Jam	18	Mm/h	0 – 20
LED 2 Jam	40	Mm/h	0 – 20

Tabel 3.1

C. Analisa data

Nama/Umur :Tn.S/ 65 tahun

Ruang/Kamar : ICU/VIP 3

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: − Keluarga pasien mengatakan jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sesak nafas − Keluarga pasien mengatakan riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 4 tahun − Pasien mengatakan nyeri dada makin bertambah jika pasien melakukan aktivitas yang berat. DO: − Bunyi jantung II irama gallop : terdengar bunyi gallop − hasil echokardiografi EF : 31% Dilatasi RA dan LA − Hasil foto thorax Cardiomegaly − Hasil EKG : Atrial	Penurunan Kontraktilitas	Penurunan curah jantung

	fibrilasi − ICS III Linea Midklavikularis dextra − JVP : 5-2 cmH2O − TD : 170/90 − HR : 83x/menit − RR : 31x/menit − S : 37°C − Tampak wajah pasien pucat		

2.	DS: − Pasien mengatakan dirinya khawatir dan cemas dengan penyakit jantung yang dideritanya sekarang. − Pasien mengatakan sejak sakit dirinya takut tidak bisa bertemu lagi dengan keluarganya. − Pasien mengatakan jika suatu hari ia meninggal ia khawatir anaknya tidak bisa menggantikan perannya sebagai kepala keluarga − Pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisinya saat ini karena baru kali ini pasien dirawat di RS DO: − Tampak kontak mata kurang − Tampak perhatian kurang − Tampak ekspresi wajah	Perubahan besar	Ansietas

	pasien cemas − Tampak pasien gelisah		

3.	DS: − Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit jantung sejak 4 tahun yang lalu − Keluarga mengatakan saat sadar dari pingsan pasien mengeluh nyeri pada dada kirinya − Keluarga mengatakan jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sesak nafas. DO: − Tampak pasien pasien sesak, − Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler dan lemah pada sisi kiri tubuh pasien.	Gangguan aliran arteri dan vena	Intoleran aktifitas

	− Hasil echokardiografi EF : 31% − Hasil CT SCAN : Sinusitis maxillaries dextra disertai gambaran hipertrofi concha naslais dextra(rhinitis) − Tampak pasien sesak − RR : 31x/menit − HR 83X/menit		

Tabel 3.2 Analisa data

D.Diagnosa keperawatan

Nama/Umur :Tn.S/ 65 tahun

Ruang/Kamar : ICU/VIP 3

No	Diagnosa Keperawatan
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
2	Intoleran aktivitas berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena
3.	Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Tabel 3.3

E. Rencana keperawatan

Nama : Tn “S”

Ruang : ICU / VIP b

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
Jumat 13 april 2018	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup d/d: Data subyektif − Keluarga pasien mengatakan jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sesak nafas − Keluarga pasien mengatakan riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 4 tahun − Pasien mengatakan nyeri dada makin bertambah jika pasien melakukan aktivitas yang berat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kefektifan pompa jantung dan status sirkulasi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 dengan kriteria hasil: Keefektifan pompa jantung: - Distensi vena leher dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskla 3 (sedang) - Suara jantung abnormal dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	Perawatan jantung akut: 1. Monitor tanda-tanda vital secara rutin 2. Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung(nadi perifer,edema,warna kulit) 3. Auskultasi suara jantung 4. Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat 5. Instruksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan valsava maneuver (misalnya: mengejan saat buang air besar)

	Data obyektif − Bunyi jantung II irama gallop : terdengar bunyi gallop − hasil echokardiografi EF : 31% Dilatasi RA dan LA - Hasil EKG : Atrial fibrilasi − JVP : 5-2 cmH2O − TD : 170/90 − HR : 83x/menit − RR : 31x/menit − S : 37°C	− Dyspnea dengan aktivitas ringan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) Status sirkulasi - Wajah pucat dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	6. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi 7. Evaluasi nyeri dada (intensitas lokasi, durasi, faktor pemicu) 8. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam

	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d/d: Data subyektif: − Keluarga pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskla 3	Perawatan jantung rehabilitatif: 1. Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas 2. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai

	pasien memiliki riwayat penyakit jantung sejak 10 tahun yang lalu − Keluarga mengatakan saat sadar dari pingsan pasien mengeluh nyeri pada dada kirinya − Keluarga mengatakan jika kecapean pasien selalu mengeluh nyeri pada dada kirinya dan sesak nafas. − Pasien mengatakan nyeri pada dadanya, nyeri bertambah berat saat pasien melakukan aktivitas Data obyektif: − Tampak pasien pasien sesak, − Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler	(sedang) dengan kriteria hasil: Toleransi terhadap aktivitas: − Kemudahan bernafas ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) − Warna kulit dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) dtingkatkan ke skala 3 (sedang) − Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya: pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat) Terapi oksigen 3. Bersihkan mulut,hidung dan sekresi trakea dengan tepat 4. Monitor aliran oksigen Bantuan perawatan diri 5. Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan 6. Kolaborasi pemberian obat analgesik

	dan lemah pada sisi kiri tubuh pasien. − Hasil echokardiografi EF : 31% − Hasil CT SCAN : Sinusitis maxilarries dextra disertai gambaran hipertrofi concha naslais dextra(rhinitis) − Tampak pasien sesak − RR : 28x/menit		

	Ansietas b.d perubahan besar d/d Data subyektif: − Pasien mengatakan dirinya khawatir dan cemas dengan penyakit jantung yang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kecemasan pasien dapat berkurang ,dengan kriteria hasil : Tingkat kecemasan	1. Kaji tingkat kecemasan pada pasien 2. Berikan informasi mengenai sumber komunikasi yang tersedia, seperti teman,

	dideritanya sekarang. − Pasien mengatakan sejak sakit dirinya takut tidak bisa bertemu lagi dengan keluarganya. − Pasien mengatakan jika suatu hari ia meninggal ia khawatir anaknya tidak bisa menggantikan perannya sebagai kepala keluarga − Pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisinya saat ini karena baru kali ini pasien dirawat di RS Data obyektif: − Tampak kontak mata kurang − Tampak perhatian kurang − Tampak ekspresi wajah pasien cemas	− Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 2(cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) − Rasa takut yang disampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4(ringan) − Rasa cemas yang disampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan) Kontrol kecemasan diri − Mengurangi penyebab kecemasan dipertahankan pada skala 1 (tidak pernah dilakukan ditingkatkan pada skala 3 (kadang kadang	tetangga dan tempat ibadah 3. Dorong dan berikan kesempatan pada pasien mengekspresikan perasaan 4. Kembangkan hubungan pasien dengan perawat 5. Identifikasi persepsi pasien terhadap situasi 6. LIbatkan teman/keluarga untuk selalu berada disamping pasien

	− Tampak pasien gelisah	dilakukan)	

Tabel 3.4

F. Pelaksanaan keperawatan

Nama/umur : Tn.”B”/62 tahun

Ruang/kamar : St.Bernadeth II.A/502[3]

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan keperawatan	Perawat
13-03-2018	I	07.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD 170/80 mmhg N 79x/menit P 28x/menit S 36,4°c	Glory
	II	07.15	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan H/ Tampak perawat memandikan pasien Membersihkan mulut,hidung, dan sekresi trakea H/ Mulut dan hidung tampak bersih	Glory
	I	08.00	Pemberian obat H/ Ranitidin 1 amp/ IV CPG 1 amp/ oral Lapraz 30mg/oral Furosemide 40mg/IV	Glory
	II	09.00	Mendorong dan memberikan kesempatan pada pasien mengekspresikan perasaannya H/ Pasien mengatakan takut dan gelisah memikirkan sakit jantung yang dialaminya Tampak ekspresi pasien gelisah	Glory

	I	10.00	Memonitor aliran oksigen H/ Tampak terpasang nasal kanul 5L Tampak pasien sesak Memonitor TTV H/ TD 160/90 mmhg N 74x/menit P 29x/menit S 36,4°c	Glory
	III	10.30	Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap situasi H/Pasien mengatakan tidak nyaman berada di Rumah sakit, pasien mengatakan belum menerima keadaannya saat ini	Glory
	I	11.00	Auskultasi suara jantung H/ Terdengar suara irama gallop di BJ3 Melakukan penilaian komprehensif terhadap status jantung(nadi perifer,edema, dan warna kulit H/ CRT kembali >3 detik Tampak pasien tidak edema Tampak wajah pasien pucat JVP 5-3 cmH_2O	Glory dan perawat Amir
	I	12.00	Memonitor TTV H/TD 160/100 mmhg N 78x/menit P 28x/menit	Glory
	II	12.10	S 36,4°c Membantu pasien memenuhi	

			kebutuhan terkait dengan ketergantungannya H/Tampak keluarga menyuapi pasien Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivtiasnya sendiri	
	I	12.30	Pemberian obat H/ Aptor 100mg/ oral Amlodipine 5g/tab/oral	Winda
			Mengembangkan hubungan perawat dengan pasien H/ Tampak pasien bercerita dengan perawat Tampak ekspresi pasien cemas	
	I	13.30	Mengevaluasi nyeri dada (intensitas,lokasi,durasi, dan faktor pemicu H/ Pasien mengatakan nyeri nya bertambah saat pasien banyak bergerak. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, pasien mengatakan nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan nyerinya hilang timbul Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam H/Tampak pasien mampu melakukan teknik napas dalam	Glory

			Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang	
	II	14.30	Mengobservasi TTV H/ TD 150/90 mmhg N 80x/menit P 28x/menit S 36,4°c	Sisiliana
	I	16.10	Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat H/Tampak suasana kamar pasien hening Tampak pasien beristirahat	Stellien
	II	16.25	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya pemantauan aktivitas dan waktu istirahat H/Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat dan akan membatasi aktivitas pasien	Sisiliana
	II	17.00	Memonitor TTV H/ TD 170/100 mmhg N 82x/menit P 27x/menit S 36,3°c	Perawat Ratna
	II	17.30	Pemberian obat H/ Ranitidin 25mg/mL/ IV	Stellien
	II	18.00	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivtitas H/Tampak pasien beristirahat dan	Mari

			tidak banyak melakukan aktivtitas di atas tempat tidur	
	II	19.00	Membantu pasien memenuhi kebutuhannya terkait kondisi ketergantungannya H/Tampak perawat menyuapi pasien makan malam	Mari
	II	19.30	Memonitor TTV TD 170/100 mmhg N 79x/menit P 28x/menit S 36,4°c	Stellien
	I	20.15	Memonitor aliran oksigen H/Tampak terpasang nasal kanul 5L Tampak pasien sesak Pemberian obat H/ Furosemide 40mg/IV	Sisiliana
	II	21.05	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Tampak perawat mengganti pampers pasien	Mulya
	I	22.10	Memonitor TTV H/TD 160/100 mmhg N 73x/menit P 26x/menit S 36,7°c	Gregorius
	I	22.30	Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat H/Tampak ruangan kamar pasien	Mulya

			hening Tampak pasien beristirahat	Perawat
	I	23.00	Memonitor TTV H/ TD 150/90 mmhg N 74x/menit P 24x/menit S 37°c	Erni
	I	23.10	Pemberian obat H/ Aptor 100mg/oral Ranitidin 25mg/mL/IV	Gregorius
	II	05.35	Melakukan penilaian secara komprehemsif terhadap status jantung(nadi periferm edema, dan warna kulit) H/ CRT kembali dalam >3 detik Tampak tidak ada edema Tampak wajah pasien pucat Konjungtiva tampak anemis JVP5-3 cmH_2O Tampak keringat dingin	Mulya
	I	05.40	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Tampak perawat membantu pasien mengganti pampersnya Pasien mengatakan mudah sesak jika banyak bergerak Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri Tampak pasien terbaring lemah	Mulya

			di tempat tidur Tampak pasien sesak	
	I	05.45	Mengevaluasi nyeri dada (intensitas,lokasi,durasi, dan faktor pemicu H/ Pasien mengatakan nyeri nya bertambah saat pasien banyak bergerak dan berbicara. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, pasien mengatakan nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan nyerinya hilang timbul Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam H/Tampak pasien mampu melakukan teknik napas dalam Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang	Romana dan kak Ratna
	III	06.00	Mengkaji tingkat kecemasan pada pasien H/ Pasien mengatakan sangat takut dengan penyakit yang dialaminya sekarang Pasien mengatakan ia tidak yakin penyakitnya akan sembuh Tampak pasien gelisah	
	I	06.15	Mengobservasi TTV H/ TD 160/100 mmhg N 73x/menit	Mulya

			P 26x/menit S 36,7°c	
	I	06.30	Auskultasi suara jantung H/ Terdengar suara irama gallop di BJ3	
14-04-2018	I	07.00	Memonitor TTV H/ TD 150/100 mmhg N 69x/menit P 26x/menit S 36,7°c	Glory
	II	07.20	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan H/Tampak perawat memandikan pasien Membersihkan mulut,hidung dan sekresi trakea dengan tepat H/ Mulut dan hidung pasien tampak bersih	Glory dan perawat Lota
	I III	08.00	Memberikan obat H/ CPG 1 tablet/oral Lapraz 30mg/oral Ranitidin 25mg/amp/IV Furosemide 40mg/amp/IV Memberikan kesempatan pada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat H/ Tampak keluarga menyuapi pasien	Glory
	I	08.40	Mengevaluasi nyeri dada H/Pasien mengatakan nyerinya	Glory

			bertambah saat pasien banyak gerak dan banyak bicara, pasien mengatakan nyerinya seperti tertimpa benda berat, nyerinya hanya sekitar dada, skala nyeri 6, dan nyerinya hilang timbul	
	III	09.00	Mengkaji tingkat kecemasan pasien H/ Pasien mengatakan akan mulai belajar menerima keadaannya sekarang.	Glory
	I	09.20	Auskultasi suara jantung H/ Tampak terdengar irama gallop Mengevaluasi nyeri dada H/Pasien mengatakan nyeri dadanya sudah berkurang, nyeri dada seperti tertiban benda berat, nyeri terasa pada dada sebelah kiri, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul	Glory
	I	10.00	Monitor TTV H/ TD: 130/80 mmHg N: 78 x/menit S: 37ºC P: 26 x/menit	Glory
	III	11.00	Mengembangkan hubungan pasien dengan perawat H/ Tampak pasien bercerita dengan perawat Melakukan penilaian komprehensif	Glory

			terhadap status jantung(nadi perifer, edema,dan warna kulit) H/ Tampak CRT kembali >3 detik Tidak tampak edema Tampak wajah pucat Tampak pasien keringat dingin	Glory
	II	12.00	Memberikan kesempatan kepada keluarganya untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat H/Tampak keluarga menyuapi makan siang pasien Pasien mengatakan masih belum mampu untuk makan sendiri	Glory
	I	12.30	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/70 mmHg N: 94 x/menit S: 36,4ºC P: 26 x/menit Pemberian obat H/ Aptor 2tablet/oral Amlodipine 5g/oral Mengembangkan hubungan pasien dengan perawat H/Tampak pasien bercerita dengan perawat Tampak pasien gelisah	Glory
	I	13.00	Melakukan penilaian nyeri secara komprehensif terhadap status jantung(nadi perifer,edema,dan warna kulit) H/Tampak CRT kembali dalam	Glory

			>3detik Tampak tidak ada edema Tampak wajah pucat JVP5-3 cmH_2O Akral teraba dingin Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat H/Tampak keluarga menyuapi pasien makan siang	
	III	14.00	Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap situasi H/Pasien mengatakan sudah mulai betah di RS Ia yakin akan sembuh Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat H/Tampak suasana kamar hening dan tenang Tampak pasien beristirahat Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 150/100 mmHg N: 79 x/menit S: 36,4ºC P: 26 x/menit Memberikan informasi mengenai sumber komunikasi yang tersedia seperti teman,keluarga,tetangga, dan tempat ibadah H/ Tampak pasien bersemangat bercerita dengan anaknya	Indayanti I

	I	15.20	Menginsturksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan valsava maneuver(misalnya mengedan) H/ Pasien mengatakan mengerti dan masih mengingat penjelasan dan informasi yang disampaikan perawat kemarin	Indayanti
	I	16.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/90 mmHg N: 84 x/menit S: 36,4ºC P: 27 x/menit Memonitor aliran darah oksigen H/ Tampak pasien memakai masker nasal kanul 5L. Tampak pasien sesak	Winda
	II	17.00	Pemberian obat H/ Ranitidin 25mg/amp/IV	Mulya
	II	19.00	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivtias dengan cara yang tepat H/ Tampak keluarga menyuapi makan malam pasien. Pasien mengatakan kadang kadang merasa sesak jika makan sendiri	
	I	19..30	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/90 mmHg N: 86 x/menit S: 36ºC	Winda dan perawat Putri

			P: 29 x/menit Melibatkan keluarga/teman untuk selalu berada disamping pasien H/ Tampak pasien ditemani oleh istri dan anaknya	
	I	20.05	Pemberian obat H/ Furosemide 40mg/amp/IV Melakukan pengkajian secara komprehensif H/ Tampak CRT kembali dalam >3 detik Tampak tidak ada edema Tampak wajah pasien pucat Tidak tampak sianosis	Mari
	I	21.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/70 mmHg N: 86 x/menit S: 37ºC P: 29 x/menit Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Tampak perawat mengganti pampers dan membantu pasien BAB Tampak BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konstipasi lunak	Mari dan perawat putri
	I	21.20	Mengevaluasi nyeri dada H/Pasien mengatakan nyeri dadanya bertambah jika banyak	Mari

			bergerak dan bicara, nyeri dada seperti tertusuk tusuk, nyeri terasa pada dada sebelah kiri, skala nyeri 6, durasi nyeri hilang timbul	
	II	22.00	Mempertahankan lingkungan yang kondusif H/ Tampak ruangan pasien hening Tampak pasien berisitrahat	Perawat Putri
	I	23.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 130/90 mmHg N: 90 x/menit S: 37ºC P: 30 x/menit	Mari
	I	24.00	Pemberian obat H/ Aptor 2tablet/oral Ranitidin 1amp/IV	Gregorius
	I	05.30	Mengevaluasi nyeri dada H/Pasien mengatakan nyeri dadanya sudah mulai berkurang, nyeri dada seperti tertiban benda berat, nyeri terasa pada dada sebelah kiri dan tidak menjalar ke bahu, skala nyeri 4, durasi nyeri hilang timbul Melakukan pengkajian secara komprehensif H/ Tampak CRT kembali dalam >3 detik Tampak tidak ada edema	Kak fery

	I	06.00	Tampak wajah pasien pucat Tidak tampak sianosis Akral teraba dingin Auskultrasi suara jantung H/ Tampak terdengar irama gallop di BJ3 Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 150/90 mmHg N: 90 x/menit S: 37ºC P: 30 x/menit Mengkaji tingkat kecemasan pada pasien H/ Pasien mengatakan khawatir penyakitnya akan makin parah Pasien mengatakan ia cemas tidak bisa lagi beraktivitas seperti biasa Tampak pasien gelisah Tampak ekspresi wajah cemas Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Tampak perawat membantu pasien BAB Pasien mengatakan mudah sesak jika banyak bergerak Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri Tampak pasien terbaring	Gregorius

			lemah di tempat tidur Tampak BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi encer	
15-04-2018	I	07.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/90 mmHg N:85 x/menit S: 36,7ºC P: 29 x/menit	Glory
			Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungannya H/ Tampak perawat memandikan pasien	Perawat Ratna dan Glory
			Membersihkan mulut,hidung dan sekresi trakea H/ Mulut dan hidung tampak bersih	
	I	08.00	Pemberian obat H/ Ranitidin 25mg/amp/IV CPG 75mg/tab/oral Lapraz 30mg/oral Furosemide 40mg/amp/IV	Glory
			Memonitor aliran oksigen H/Tampak terpasang masker nasa; kanul 5L Tampak pasien sesak	
	I	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/90 mmHg N: 78 x/menit S: 36,7ºC P: 30 x/menit	Glory

	III	10.30	Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap situasi H/ Pasien mengatakan sudah pasrah dengan keadaan kesehatannya sekarang Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung(nadi perifer,edema, warna kulit) H/ Tampak CRT kembali dalam >3 detik Tampak tidak ada edema pada tungkai Tampak wajah pasien pucat Akral teraba dingin Auskultrasi suara jantung H/ Terdengar bunyi irama gallop yang terdengar pada BJ3	Perawat Amir dan Glory Perawat Amir dan Glory
	I	11.30	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/70 mmHg N: 94 x/menit S: 36,4ºC P: 26 x/menit	Glory
	II	12.05	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait ketergantungannya H/ Tampak keluarga menyuapi pasien makan siang Tampak pasien mengkonsumsi bubur	Glory

	I	12.30	Pemberianobat H/ Aptor 100mgtablet/oral Amlodipine 5mg/tablet/oral Melakukan penilaian komprehensif terhadap status jantung(nadi perifer,edema, dan warna kulit H/ CRT kembali >3 detik Tampak pasien tidak edema Tampak wajah pasien pucat JVP 5-3 cmH_2O	Perawat Ratna dan Glory
	I	13.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 150/70 mmHg N: 89 x/menit S: 36,4ºC P: 28 x/menit Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat H/ Tampak suasana kamar hening Tampak pasien beristirahat	Glory
	I	14.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivtias sehari-hari (misalnya pembatasan aktivtias dan waktu istirahat) H/ Keluarga mengatakan mengerti penjelasan perawat	Glory
	II	15.40	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/80 mmHg N: 82 x/menit S: 36,7ºC P: 29 x/menit	Glory

			Pemberian obat H/ Ranitidin 25mg/amp/IV	
	III	16.00	Memonitor toleransi pasien terhadap aktifitas H/ Pasien mengatakan dadanya nyeri jika bergerak Tampak pasien beristirahat	Gregorius
	I	17.00	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan H/ Tampak perawat menyuapi makan malam pasien Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/90 mmHg N: 85 x/menit S: 36,4ºC P: 28x/menit	Perawat Femi dan Gregorius
	I	19.00	Pemberian obat H/ Furosemide 40mg/amp/IV Monitor aliran oksigen H/ Tampak terpasang masker nasal kanul 5L Tampak pasien sesak Tampak pasien keringan dingin	Sisiliana
	II	19.40	Mengevaluasi nyeri dada (intensitas,lokasi,durasi, dan faktor pemicu H/ Pasien mengatakan nyeri nya sudah mulai berkurang karena sepanjang hari pasien istirahat dan tidak melakukan banyak	Winda

			gerakan . Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, pasien mengatakan nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, pasien mengatakan skala nyeri 6 dan nyerinya hilang timbul	Perawat Virga dan Indayanti
	I	20.00	Pemberian obat H/ Furosemide 40mg/amp/IV Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Perawat membantu pasien mengganti pampersnya Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 140/70 mmHg N: 94 x/menit S: 36,4ºC P: 26 x/menit Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat H/ Tampak suasana kamar hening	Perawat Virga dan Indayanti Romana
	II	24.00	Pemberian obat H/ Aptor 100mg/tablet/ oral Ranitidin 25mg/amp/ IV Melakukan penilaian secara komprehemsif terhadap status jantung(nadi periferm edema, dan warna kulit) H/ CRT kembali dalam >3 detik Tampak tidak ada edema	Winda

			Tampak wajah pasien pucat Kulit tidak nampak anemis JVP5-3 cmH_2O	
	I	02.00	Mengobservasi TTV H/ TD 160/100 mmhg N 73x/menit P 26x/menit S 36,7°c	Perawat Ita dan Romana
	I	05.30	Membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan ketergantungan H/Tampak perawat membantu pasien mengganti pampersnya Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur Tampak pasien sesak	Mari
	II	06.00	Mengevaluasi nyeri dada (intensitas,lokasi,durasi, dan faktor pemicu H/ Pasien mengatakan nyeri nya bertambah saat pasien banyak bergerak dan berbicara. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, pasien mengatakan nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan nyerinya hilang timbul	Romana

	I	06.15	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam H/Tampak pasien mampu melakukan teknik napas dalam Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang Mengkaji tingkat kecemasan pada pasien H/ Pasien mengatakan Ia yakin akan sembuh Pasien mengatakan ia akan mengikuti semua pengobatan yang diberikan oleh dokter agar cepat sembuh	Romana

Tabel 3.5

G. Evaluasi keperawatan

Nama/umur : Tn.”S”/65 tahun

Ruang/kamar : ICU/ICCU/ VIP B

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
14-04-2018 06.00	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S: -Pasien mengatakan nyeri nya bertambah saat pasien banyak bergerak dan berbicara. - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, pasien mengatakan nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan nyerinya hilang timbul - Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang dengan teknik napas dalam O: - CRT kembali dalam >3 detik - Tampak tidak ada edema - Tampak wajah pasien pucat - Konjungtiva nampak anemis - JVP5-3 cmH_2O - Tampak kerungat dingin - Terdengar irama gallop pada BJ3 - TD 160/100 mmhg N 73x/menit P 26x/menit S 36,7°c	Glory

		A: Curah jantung pasien belum adekuat P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultasi suara jantung - Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung - Evaluasi nyeri dada	
	II	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan mudah sesak jika banyak bergerak - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri O: - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pasien sesak A: Pasien masih mengalami kelemahan dan sesak jika beraktivtitas P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan kondisi ketergantungan - Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat - Pembatasan aktivitas	
	III	Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan) S : - Pasien mengatakan sangat takut dengan penyakit yang dialaminya sekarang - Pasien mengatakan ia tidak yakin	

		penyakitnya akan sembuh O: - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi wajah cemas A: Pasien masih mengalami kecemasan P: - Lanjutkan intervensi - Mengkaji tingkat kecemasan pasien - Mendorong dan memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaan - Melibatkan keluarga untuk selalu berada disamping pasien	
15-04-2018	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat pasien banyak gerak dan banyak bicara - pasien mengatakan nyerinya seperti tertimpa benda berat, nyerinya hanya sekitar dada, skala nyeri 6, dan nyerinya hilang timbul O: - Tampak pasien sesak - CRT kembali dalam >3 detik - Tampak tidak ada edema - Tampak wajah pasien pucat - Kulit tidak nampak anemis - JVP5-3 cmH_2O - akral teraba dingin - Terdengar irama gallop pada BJ3 - TD 130/90 mmHg N: 90 x/menit	Glory

		S: 37ºC P: 30 x/menit A: Curah jantung pasien belum adekuat P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultasi suara jantung - Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung - Evaluasi nyeri dada	
	II	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan mudah sesak jika banyak bergerak - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri O: - Tampak perawat membantu pasien mengganti pampers - Tampak pasien sesak - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur A: Pasien masih mengalami kelemahan dalam melakukan aktivtias P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan kondisi ketergantungan - Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat - Pembatasan aktivitas	

	III	Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan) S: - Pasien mengatakan Pasien mengatakan khawatir penyakitnya akan makin parah - Pasien mengatakan ia cemas tidak bisa lagi beraktivitas seperti biasa O: - Tampak pasien gelisah A: Kecemasan yang dialami pasien sudah mulai berkurang P: - Lanjutkan intervensi - Mengkaji tingkat kecemasan pasien - Mendorong dan memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaan - Melibatkan keluarga untuk selalu berada disamping pasien	
16-04-2018	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S: - Pasien mengatakan nyeri nya bertambah saat pasien banyak bergerak dan berbicara. - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertiban benda berat, nyerinya hanya di dada sebelah kirinya, skala nyeri 7 dan nyerinya hilang timbul - Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang dengan teknik napas dalam O:- CRT kembali dalam >3 detik - Tampak tidak ada edema - Tampak wajah pasien pucat	Glory

		- Tidak Nampak sianosis - JVP5-3 cmH_2O - akral teraba dingin - Terdengar irama gallop pada BJ3 - TD: 150/90 mmHg N: 90 x/menit S: 37ºC P: 30 x/menit - Tampak pasien mampu melakukan teknik napas dalam A: Pasien masih mengalami penurunan curah jantung P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultasi suara jantung - Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung - Evaluasi nyeri dada	
	II	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya sendiri O:- Tampak perawat membantu pasien mengganti pampers - Tampak pasien sesak A: Pasien masih mengalami kelemahan dalam melakukan aktivtias P: Lanjutkan intervensi - Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait dengan kondisi ketergantungan - Memberikan kesempatan kepada	

		keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat - Pembatasan aktivitas	
	III	Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan) S - Pasien mengatakan Ia yakin akan sembuh - Pasien mengatakan ia akan mengikuti semua pengobatan yang diberikan oleh dokter agar cepat sembuh O: - A: Kecemasan pasien sudah berkurang P: - Lanjutkan intervensi - Mengkaji tingkat kecemasan pasien - Mendorong dan memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaan - Melibatkan keluarga untuk selalu berada disamping pasien	

Tabel 3.6

H. Daftar obat (Sukandar dkk, 2009)

Daftar obat yang digunakan oleh pasien adalah

Aptor/ 100mg/oral/ 12 jam

Amlodipine 5g/oral/24 jam

CPG 75mg/oral/24 jam

Lapraz 30mg/oral/ 24 jam

Furosemide 40mg/IV/12 jam

Infus NHCL 500cc 20 tetes/menit

Terapi oksigen 5L/ Nasal kanul

Aptor

1. Nama obat : Aptor
   Klasifikasi obat : NSAID (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)
2. Dosis umum : 100mg
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100mg
4. Cara pemberian obat : oral
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
   Aptor adalah obat yang digunakan sebagai penurun demam dan pereda nyeri seperti sakit kepala,sakit gigim dan nyeri ringan lainnya. Aptor juga bisa digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung,stroke dan sebagai antiplatelet(menghambat pembekuan darah)
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   Pada pasien yang mengalami nyeri dada
7. Kontra indikasi
   Pasien dengan gangguan tukak peptic yang aktif, hemophilia atau gangguan pendarahan lain
8. Efek samping obat
   Dapat menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan misalnya perdarahan, ulserasi dan perforasi lambung atau usus yang bisa berakibat fatal.

Amlodipine

1. Nama obat : Amlodipine
   Klasifikasi obat : *Calcium channel blocker*
2. Dosis umum : oral : 2,5 mg, 5mg, 10mg
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mg
4. Cara pemberian obat : oral
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

   Amlodipine adalah jenis obat yang berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Amlodipine bekerja melebarkan pembuluh darah sehingga darah dapat mengalir lebih mudah. Amlodipine juga dapat digunakan untuk mengobati nyeri dada(angina) dan menurunkan frekuensi angina

6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

   Pasien mengalami tekanan darah tinggi

7. Kontra indikasi

   Pasien dengan riwayat alergi obat golongan *calcium channel blocker,* pasien yang mengalami syok kardiogenik, stenosis aorta

8. Efek samping obat

   Dapat menyebabkan bengkak pada tangan, pergelangan kaki atau kaki, detak jantung berdebar serta nyeri dada atau perasaan nyeri menyebar ke lengan atau bahu, mual, berkeringat,perasaan sakit umum

CPG (clopidogrel) (www.obatinfo.com)

1. Nama obat : Clopidogrel
   Klasifikasi obat : Anti platelet
2. Dosis umum : 75mg
3. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 75mg
4. Cara pemberian obat :Oral
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Clopidogrel adalah obat untuk mencegah serangan jantung pada orang yang baru terkena serangan jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah. Cara kerja clopodigrel adalah dengan mencegah perlengketan keeping darah dan penyumbatan berbahaya. Clopidogrel adalah obat anti platelet yang membantu menjaga aloran darah tetap lancer dalam tubuh

6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan
   Pasien mengalami serangan jantung
7. Kontra indikasi
   Pasien yang hipersensitif terhadap komponen yang terkandung didalam CPG. Pasien yang mengalami perdarahan patologis seperti ulkus peptikum, atau perdarahan intrakarnial
8. Efek samping obat
   Secara umum dapat terjadi konstipsi,diare, ulkus peptikum, ulkus gaster, dan duodenum, perdarahan gastritis

Lapraz

1. Nama obat : Lapraz
   Klasifikasi obat : Antasida, antirefluks dan antiulkus
2. Dosis umum : 30mg
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30mg
4. Cara pemberian obat : Oral
5. Mekanisme kerja obat:
   Obat ini digunakan untuk mengatasi gangguan pada system pencernaan akibat produksi lambung yang berlebihan seperti sakit maag. Obat ini juga bsa meredakan gejala akibat naiknya asam lambung ke kerongkongan. Obat ini bekerja dengan mengurangi jumlah asam yang dihasilkan oleh dinding lambung.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   Pasien mengeluh mual
7. Kontraindikasi
8. Efek samping obat

Sakit kepala, pusing, diare, dyspepsia, konstipasi, kembung

Ranitidin

1. Nama obat : Ranitidin
   Klasifikasi obat : Antasida
2. Dosis umum : 25mg/ amp
3. Dosis pada pasien yang bersangkutan : 25mg/ 1 amp
4. Cara pemberian obat: Intravena
5. Mekanisme kerja obat
   Ranitidin adalahh obat yang digunakan untuk menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebih di dalam lambung. Ranitidin bekerja dengan cara menghambat sekresi asam lambung berlebih sehingga sakit dapat reda dan luka pada lambung perlahan lahan akan sembuh.
6. Alasan pemberian obat :
   Pasien mengeluh mual
7. Kontraindikasi
   Pasien memiliki riwayat portifiria akut dan waspada bagi pasien yang memiliki gangguan ginjal

Furosemide

1. Nama obat : Furosemide
   Klasifikasi obat : Anti diuretik
2. Dosis umum : oral 20-80mg, IV 10-20mg
3. Dosis pada pasien yang bersangkutan : 10mg/ amp
4. Cara pemberian obat: Intravena
5. Mekanisme kerja obat
   Furosemide adalah obat untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi seperti gagal jantung kongestif,penyakit hati, dan ginjal.
6. Alasan pemberian obat :

Karena pasien mengalami gagal jantung kongestif dan membantu pengeluaran cairan dalam tubuh agar tidak terjadi edema

Pasien mengeluh mual

7. Kontraindikasi

   Bagi pasien penderita ginjal, gangguan prostat, gangguan hati, penyakit asam urat, kolesterol tinggi, lupus dan diabetes

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Tn.”S” umur 65 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskuler *congestife heart failure* di ruang perawatan ICU/ICCU RS Sella Maris Makassar, selama 3 hari 12-15 April 2018. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien.

Berdasarkan data-data pengkajian, penulis mendapatkan data Tn.”S” berumur 65 tahun dengan diagnose medik saat masuk *Congestive Heart Failure(CHF)* dengan tekanan darah 170/90mmhg, suhu 37°c, nadi 83x/menit dan pernapasan 27x tampak pernapasan cheyness stokes. Selain itu data yang diperoleh dari pasien : Pasien mengatakan nyeri pada dadanya, skala nyeri 8, nyeri seperti tertusuk tusuk dan menjalar pada bahu kiri pasien. Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat pasien melakukan aktivitas. Pasien memiliki riwayat penyakit jantung sejak 4 tahun yag lalu, pasien juga memiliki riwayat merokok kurang lebih 8 tahun yang lalu, terkadang pasien menghabiskan 2 bungkus rokok setiap harinya. Pada saat pengkajian penulis menemukan tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien yaitu tampak kesadaran apatis, sesak, berkeringat dingin, nyeri dada, tampak pasien harus dalam posisi

semi fowler atau orthopnue, susah tidur, nafsu makan menurun, tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga serta pada saat auskultrasi jantung terdengar suara bunyi gallop.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan faktor resiko penyakit CHF adalah karena adanya riwayat merokok pasien selama 8 tahun lalu dan menghabiskan 2 bungkus rokok setiap harinya. Merokok dapat menyebabkan lapisan arteri rusak, dinding arteri menebal, dan terjadi penumpukan lemak serta plak yang menghambat aliran darah di arteri (atherosclerosis) . Ketika arteri yang memasok darah ke jantung mengalami penyempitan, pasokan darah yang kaya akan oksigen menuju ke jantung akan menurun yang dapat mengakibatkan penyakit jantung koroner. Jantung yang terus dipaksa untuk bekerja memompa dapat menyebabkan nyeri dada atau bahkan serangan jantung. (www.alodokter.com)

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari CHF yaitu penyakit arteri koroner, iskemia/ limfatik miokard, kardiomipati, hipertensi, penyakit, katup jantung. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit CHF adalah riwayat hipertensi dan penyakit jantung 4 tahun yang lalu dan riwayat merokok 10 tahun yang lalu. Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung karena tekanan darah merupakan kekuatan yang dibutuhkan untuk memompa darah ke seluruh tubuh tiap kalinya. Jika tekanan darah tinggi, maka hal ini dapat menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh dan otomatis otot jantung akan menebal dan akan menyababkan otot jantung tidak lagi adekuat untuk memompa darah secara efektif. (www.alodokter.com)

Sedangkan data menurut teori adalah bahwa pada pasien CHF ditemukan perbedaan tanda dan gejala pada pasien gagal jantung kanan dan gagal jantung kiri. Pada pengkajian Tn S ditemukan data yang mengarah ke gagal jantung kiri dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Letargi dan diaphoresis
2. Dispnea/ortopnea/PND
3. Pernafasan Cheyne-stokes
4. Batuk(hemoptoe)
5. Ronkhi basah bagian basal paru
6. Terdengar BJ3 dan BJ4/ irama gallops
7. Oligurea atau anurea
8. Pulsus alternans

Pada saat pengkajian tampak pasien tidak latergi karena pasien sedang dilakukan pembatasan aktivitas sehingga pasien hanya beristirahat di tempat tidur dan tidak melakukan banyak aktivitas, tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga Tampak pasien tidak batuk dan tidak terdengar ronkhi pada paru-paru karena pada hasil foto thorax pasien tidak ditemukan penyakit paru seperti pneumonia. Tampak pasien tidak mengalami Oligurea dan anurea karena tampak urine pasien 800cc dan juga pasien diberikan obat golongan anti diuretik yaitu furosemide per 12 jam yang digunakan untuk membuang cairan yang berlebih dalam tubuh melalui urine

B. **Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat tiga diagonsa yaitu:

1. Diagnosis pertama, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dadanya, kondisi umum sedang, berkeringan dingin, TD 170/90, suhu 37°c, nadi 83x/menit dan pernapasan 27x (cheyne stokes). Hasil Echokardiography: 31%, hasil EKG yaitu: Atrial Fibrilasasi.
2. Diagnosis kedua, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan

oksigen. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien sesak dan tampak lemas sehingga pasien hanya terbaring di tempat tidur, sesak bertambah jika pasien beraktivitas dan semua kebutuhan dibantu oleh perawat dan keluarga. Hasil pemeriksaan fisik : CRT kembali dalam <3 detik, tampak pasien sesak,RR 28x/menit, foto thorax: cardiomegaly

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sangat cemas dan takut dengan penyakit jantung yang dideritanya sekarang, pasien takut tidak bisa bertemu lagi dengan keluarganya, dan pasien cemas tidak ada anaknya yang bisa menggantikannya menjadi kepala keluarga. Hasil pemeriksaan fisik : Tampak kontak mata kurang, tampak perhatian kurang, tampak ekspresi wajah pasien cemas, tampak pasien gelisah.

Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena menurunnya aliran gas antara alveoli paru dan sistem vaskuler, hanya dapat ditemukan dengan alat pemeriksaan diagnostic yang di programkan secara medis, yaitu analisa gas darah. Sedangkan pada pasien tidak ada pemeriksaan yang menunjang untuk mengangkat diagnosis tersebut yaitu pemeriksaan AGD
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tidak ditemukan adanya tanda tanda kelebihan volume cairan, tampak tidak ada edema, tidak ada hasil pemeriksaan BUN dan kreatinin yang menunjang

C. **Perencanaan Keperawatan**

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosa dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, Intervensi dan rasional. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, hal ini disesuaikan dengan kebutuhan paien, yaitu dengan memfokuskan pada tindakan mandiri, observasi dan kolaborasi.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas . Intervensi yang disusun oleh penulis adalah memonitor tanda tanda vital, mencatat tanda tanda adanya penurunan curah jantung,auskultasi suara jantung, mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat,instruksikan pasien utnuk menghindari aktivtias yang menyebabkan valsava maneuver(misalnyamengejan sat buang air besar) .
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu monitor toleransi terhadap aktivtias, Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivtias sehari hari (misalnya pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat, membersihkan mulut hidung dan sekresi trakea dengan tepat, monitor aliran oksigen, membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantunga dan lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif yang meliputi lokasi, karkateristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, kolaborasi pemberian obat analgetik
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan). Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu kaji tingat kecemasan pasien, memberikan informasi mengenai sumber

komunikasi yang tersedai seperti keluarga, teman tetangga dan tempat ibadah, dorong dan berikan kesempatan pada pasien mengekspresikan perasaan, kembangkan hubungan perawat dengan pasien , identifikasi persepsi pasien terhadap situasi, dan libatkan teman dan keluarga untuk selalu berada di sisi pasien.

D. **Implementasi keperawatan**

Pelakasanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan ini dilakukan selama tiga hari berturut turut dengan kerjasama dari perawat ruangan dan sesame mahasiswa

Diagnosis pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

Diagnosis kedua, yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

Diagnosis ketiga yaitu ansiter berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan). Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

E. **Evaluasi**

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 4 hari(12-15 april 2018) adalah sebagai berikut:

Diagnosis pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis

menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung belum teratasi yang dibuktikan dengan data pasien masih sesak, akral teraba dingin,wajah tampak pucat, terdengar bunyi gallop.

Diagnosis kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah intoleransi belum teratasi yang dibuktikan dengan data semua aktivitas pasien seperti mandi, makan BAB, BAK dibantu oleh perawat dan keluarga

Diagnosis ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Berdasarka hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir penulis menyimpulkan bahwa kecemasan pasien sudah teratasi yang dibuktikan dengan pasien tidak tampak gelisah, pasien tidak teraba keringat dingin, dan pasien tidak nampak cemas.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian data fokus

Pasien dengan nama Tn “S” berumur 65 tahun, pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 11 April 2018 dengan diagnose medik *Congestive Heart Failure*, dengan tekanan darah 170/90 RR 31x/menit Suhu 37°C HR 83x/menit. Saat pengkajian keluhan yang dialami pasien adalah nyeri pada dada dengan skala nyeri 8 nyeri bertambah berat saat pasien melakukan aktivitas. Tampak Tampak pasien pasien sesak, wajah pasien pucat, pasien tampak gelisah dan cemas. Tampak terpasang infuse NHCL 500 mL pada tangan sebelah kanan dan selang 02 nasal kanul 5L . Pasien terpasang kateter. pasien tampak gelisah dan. Tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktifitas seperti makan, berpakaian, dan mandi. Hasil pemeriksaan Echokardiografi yaitu : EF 31% dan dilatasi LA dan RA, pemeriksaan foto thorax: *cardiomegaly.*

Diagnosa keperawatan yang diperoleh yaitu :

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
b. Intoleran aktivitas berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena
c. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar(status kesehatan)

2. Perencanaan keperawatan meliputi :

Memonitor tanda tanda vital, mencatat tanda tanda adanya penurunan curah jantung, auskultasi suara jantung, mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk

istirahat,instruksikan pasien utnuk menghindari aktivtias yang menyebabkan valsava maneuver(misalnya mengejan saat buang air besar), monitor toleransi terhadap aktivtias, Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivtias sehari hari (misalnya pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat, membersihkan mulut hidung dan sekresi trakea dengan tepat, monitor aliran oksigen, membantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan dan lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif yang meliputi lokasi, karkateristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik, kaji tingkat kecemasan pasien, memberikan informasi mengenai sumber komunikasi yang tersedia seperti keluarga, teman tetangga dan tempat ibadah, dorong dan berikan kesempatan pada pasien mengekspresikan perasaan, kembangkan hubungan perawat dengan pasien , identifikasi persepsi pasien terhadap situasi, dan libatkan teman dan keluarga untuk selalu berada di sisi pasien.

3. Implementasi keperawatan seluruhnya dilaksanakan dengan melibatkan/ bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesame perawat dan tim kesehatan lainnya
4. Evaluasi keperawatan yang diperoleh yaitu penurunan curah jantung belum teratasi, intoleran aktivitas belum teratasi dan ansietas teratasi

B. Saran

Penulis memberikan saran sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatan kualitas asuhan keperawatan dan kemajuan untuk perawat, rumah sakit,mahasiswa dan pendidikan.

1. Pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kesehatan dan selalu memeriksakan kesehatan khususnya memeriksa kesehatan jantung di Rumah Sakit

2. Rumah Sakit

   Meningkatkan mutu pelayanan seperti tenaga kesehatan yang professional dan pengalaman serat fasilitas yang memadai khususnya untuk pasien gagal jantung kongestif agar pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan yang ada di Rumah Sakit

3. Institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi meningkatkan mutu pendidikan dalam bentuk memperbanyak penyediaan buku serta sumber tentang sistem kardiovaskuler baik dalam teori mapun dalam praktek langsung di lapangan guna menghasilkan lulusan yang professional

4. Bagi Mahasiswa

   Agar mahasiswa dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal jantung kongsetif

DAFTAR PUSTAKA

Aspiani Yuli Reny.2014.**Asuhan keperawatan Klien Ganggua Kardiovaskuler aplikasi NIC dan NOC**. Jakarta : Salemba Medika

Udjianti Wajan.2011.**Keperawatan Kardiovaskuler**. Jakarta : Salemba Medika

Mutaqqin Arif.2012. **Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Dan Hematologi**. Jakarta: Salemba Medika

Sukandar Yulinah Elin, AndraJati, Retnosari& Sigit I Joseph.2009. **Iso Farmakoterapi**. Jakarta: PT. ISPI

Herdiman Herman,dkk. 2015. **Diagnosis Keperawatan**. Edisi 10. Jakarta:Buku Kedokteran EGC

Moorhead Sue, dkk.2016. **Nursing Outcames Classification(NOC).** Edisi 5. Jakarta: Mocomedia

Bulechek M Gloria,dkk (2016). **Nursing Interventions Classification (NIC).** Edisi 6. Jakarta Mocomedia

Kementrian kesehatan dan data sasaran 2015http://www.scribd.com/data-gagal-jantung-who-dan-indonesia/ akses 13 Mei 2018

Departemen kesehatan .2015.www.depkes.go.id/kementrian-kesehatan/akses 13 Mei 2018

Halo Dokter. 2017 www.alodokter.com/gejala-chf akses 15 Mei 2018

News Farras 2016www.newsfarras.com/gambar-anatomi-jantung/

www.obatinfo.com di akses 21 Mei 2018

https://www.hellosehat.com/-obat-clopidogrel/

MRO RS Stella Maris. 2018. **Statistik Penyakit *Congestive Heart Failure***. RS Stella Maris Makassar. Tidak dipublikasikan

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : KISMA PAKAN
NIM : E1514401027
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada By.”J” dengan Dengan bayi baru lahir Di Ruangan Perawatan St.Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Mery Solon,Ns.,M.Kes

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Kamis, 5 April 2018	BAB III - Judul kasus - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Perbaiki Diagnosis III	
2.	Senin, 9 April 2018	BAB III - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	
3.	Rabu, 25 April 2018	BAB III - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	

4.	Rabu, 8 Mei 2018	BAB I - Pendahuluan BAB II - Tinjauan teoritis BAB III - Tinjauan kasus	- Latar belakang - Tujuan - Manfaat - Sistematika penulisan - Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi - Konsep dasar medis dan keperawatan	
5.	Senin, 14 Mei 2018	BAB III - Tinjauan kasus	Pengetikan	
6.	Rabu, 16 Mei 2018	BAB IV dan BAB V	Kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang di dapatkan dan perbaiki saran	
7.	Selasa, 22 Mei 2018	BAB IV dan BAB V	Penulisan BAB IV dan V	
8.	Senin, 28 Mei 2018	Sampul sampai daftar pustaka	Pengetikan Sampul sampai daftar pustaka	
9.	Rabu, 30 Mei 2018	Sampul depan sampai lembaran konsul	Pengetikan	