KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”B” DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

VELARIA UNDUT
E1514401049

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."B" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Velaria Undut

NIM : E1514401049

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina S.,SKM,Ns.,M.Kes)	(Yunita Gabriela Madu,S.Kep,Ns)
NIDN. 0925117501	

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."B" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 13.15 – 14.00 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Fransiska Upa,S.Kep,Ns (.....)
2. Henny Pongantung,Ns,.MSN (.....)
3. Rosmina S,SKM,Ns,.M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu,S.Si,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Velaria Undut
Tempat/Tanggal Lahir	: Sano, 5 Juni 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no. 8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Gabriel Salem/Odilia Nina
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Sano

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Golo Momol	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 1 Kuwus	: Tahun 2009 - 2012
SMK ELANUS	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris	: Tahun 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena atas rahmat dan karunian-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."B" DENGAN *CONGESTIFE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

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

1. Siprianus Abdu,Ssi,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dengan sabar dan bijaksana.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang akademik Stik Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program DIII Stik Stella Maris Makassar
4. dr. Thomas Soeharto,MMR selaku direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Rosmina Situngkir,SKM,Ns.,M.Kes dan Yunita Gabriela Madu,S.Kep,Ns. Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh staf dosen, pegawai, dan pembimbing lainnya yang telah mendidik, mengarahkan dan membimbing penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepala bagian, pembimbing praktek dan para pegawai di ruang perawatan St.Bernaderth II.A RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Tn.”B" selaku pasien di RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teristimewa kepada Ibu dan Papa saya yang tercinta (Odilia Nina dan Gabriel Salem) yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada sahabat-sahabatku, teman asrama, teman-teman DIII yang telah membantu dan selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Makassar, Mei 2018

Velaria Undut

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Jantung Menurut NYHA 19
Tabel 3.1 Pemeriksaan darah lengkap 49
Tabel 3.2 Laboratorium..... 50
Tabel 3.3 Analisa Data..... 56
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan..... 60
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan..... 61
Tabel 3.6 Pelaksanaan Keperawatan..... 67
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan..... 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi jantung manusia..... 7
Gambar 3.1Genogram..... 36

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
LEMBAR PERSETUJUAN..... i
LEMBAR PENGESAHAN..... ii
RIWAYAT HIDUP..... iii
KATA PENGANTAR..... iv
DAFTAR TABEL..... vi
DAFTAR GAMBAR..... vii
DAFTAR ISI..... viii
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan..... 4
D. Metode Penulisan..... 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUN TEORITIS..... 7
A. Konsep Dasar Medis..... 7
1. Pengertian..... 7
2. Anatomi fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 20
4. Patofisiologi..... 20
5. Manifestasi klinik..... 22
6. Tes diagnostik..... 23
7. Penatalaksanaan..... 23
8. Komplikasi..... 24
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 25
1. Pengkajian..... 25
2. Diagnosa keperawatan..... 26
3. Perencanaan..... 26

4. Discharge planning..... 30
C. Patoflowdiagram..... 31
BAB III PENGAMATAN KASUS..... 33
A. Pengkajian..... 34
B. Analisa Data..... 51
C. Diagnosa Keperawatan..... 55
D. Rencana Keperawatan..... 56
E. Pelaksanaan Keperawatan..... 57
F. Evaluasi Keperawatan..... 78
G. Daftar Obat..... 85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 90
A. Pengkajian..... 90
B. Diagnosa Keperawatan..... 91
C. Rencana Keperawatan..... 92
D. Implementasi Keperawatan..... 93
E. Evaluasi..... 93
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 94
A. Kesimpula..... 94
B. Saran..... 95
DAFTAR PUSTAKA

(0,25%), disusul Jawa Timur (0,19%), dan Jawa Tengah (0,18%). Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0,8%), diikuti Sulawesi Tengah (0,7%), sementara Sulawesi Selatan dan Papua sebesar 0,5 persen. (Riskesdas, 2013)

Insiden gagal jantung semakin meningkat sejalan dengan meningkatnya usia harapan penduduk. Kelangsungan hidup pasien dengan CHF dipengaruhi beratnya kondisi yang dialami masing-masing pasien. Risiko kematian yang diakibatkan oleh CHF adalah sekitar 5-10 % pertahun pada kasus gagal jantung ringan, dan meningkat menjadi 30-40 % pada gagal jantung berat.

Penyakit CHF merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di RS meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan. Pasien sering kembali ke RS diakibatkan adanya kekambuhan episode gagal jantung. Kebanyakan kekambuhan gagal jantung terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan.

Berdasarkan data dari MRO RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2016 sebanyak 329 pasien dengan kematian 44 pasien. Penderita CHF dengan umur 5-4 tahun 2 orang, umur 25-44 tahun 22 orang, umur 45-64 tahun 143 orang, umur 65 tahun keatas sebanyak 162 orang. Sedangkan pada tahun 2017 tercatat jumlah penderita CHF sebanyak 373 pasien dengan kematian 54 pasien. Penderita CHF dengan umur 15-24 tahun 3 orang, umur 25-44 tahun 28 orang, umur 45- 64 tahun 160 orang, umur 65 tahun keatas 181 orang. Pravelensi tertinggi untuk kedua tahun terakhir ditemukan pada umur 65 tahun keatas dimana pada tahun 2016 berjumlah 162 orang dan pada tahun 2017 berjumlah 181 orang. (MRO RS Stella Maris Makassar, 2018)

Berdasarkan data diatas menunjukan bahwa angka insiden penderita *Congestive Heart Failure*, membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprenhensif. Perawat sebagai tenaga profesional dibidang pelayanan kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan CHF, karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga baik saat dirawat, akan pulang dari rumah sakit dan setelah pulang dari rumah sakit. Dengan tujuan pasien dan keluarga dapat belajar dan mengerti tentang gagal jantung sehingga mereka mampu mengatur aktivitas dan istirahat, dan memahami upaya untuk meminimalkan terjadinya kekambuhan gagal jantung serta dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang kelangsungan hidup pasien.

Melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* di ruang perawatan St. Bernadeth II.A RS Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

2. Tujuan Khusus

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*

d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*
e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Sebagai masukan bagi tenaga keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien khususnya pada *Congestive Heart Failure*.

2. Bagi Pendidikan

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

3. Bagi Pasien

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

4. Bagi Penulis

   Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan langsung pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan

   Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku.

2. Internet

   Penulis mengumpulkan data melalui website dan jurnal online.

3. Studi kasus

   a. Wawancara

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

b. Pemeriksaan fisik

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

c. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

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

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congestife Heart Failure merupakan salah satu masalah kesehatan dalam sistem kardiovaskuler, yang angka kejadiannya terus meningkat. CHF terjadi karena adanya gangguan pada otot-otot jantung yang menganggu kemampuan ventrikel untuk mengisi atau mengeluarkan darah yang mengakibatkan terjadinya penurunan curah jantung, baik disfungsi sistolik maupun diastolik. Penyebab paling umum adalah hipertensi, penyakit katub jantung, penyakit jantung koroner, kardiomiopati dan lain-lain. Selain itu, beberapa faktor risiko seperti gaya hidup tidak sehat, peningkatan konsumsi alkohol, rokok, lemak, garam, dan kurangnya berolahraga menjadi alasan lain terjadinya penyakit CHF.

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia, dengan diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (Yancy, 2013; Depkes, 2014). Menurut WHO yang diterbitkan pada tahun 2015 diperkirakan 17,5 miliar pada tahun 2012 meninggal karena penyakit kardiovaskular termasuk diantaranya gagal jantung. (WHO, 2015). Menurut perhimpunan Dokter Kardiovaskuler, 2015 penyakit gagal jantung menjadi masalah kesehatan yang progresif dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi di Indonesia.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes RI Tahun 2013, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia mencapai 0,13% atau sekitar 229,696 orang sedangkan yang terdiagnosis dokter sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530,068 orang dari total penduduk usia 18 tahun ke atas. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi DI Yogyakarta

BAB II
TINJAUN 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)

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan ke dalam jantung masih cukup tinggi. (Aspiani, 2015)

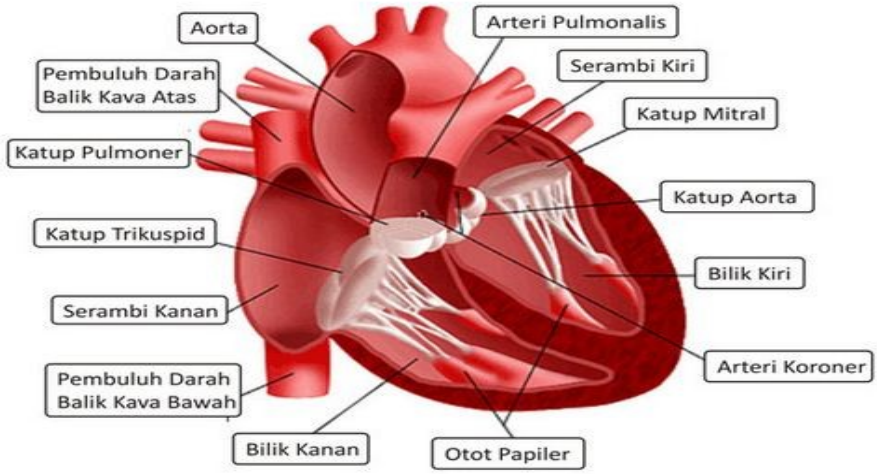
Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bawha: *Congestive Heart Failure* adalah suatu penyakit jantung dimana jantung gagal memompakan darah ke seluruh tubuh dalam memenuhi kebutuhan nutrient dan oksigen untuk metabolisme jaringan tubuh.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi jantung

Jantung merupakan organ muscular berongga, bentuknya menyerupai piramid atau jantung pisang yang merupakan pusat sirkulasi darah ke seluruh tubuh, terletak dalam rongga toraks pada bagian mediastrium. Ujung jantung mengarah ke bawah, ke depan bagian kiri: basis jantung mengarah ke atas, ke belakang, dan sedikit ke arah kanan. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik paru. (Syaifuddin, 2014)

Gambar 2.1 anatomi jantung manusia



Sumber: www.newsfarras.com

1) Lapisan jantung
   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
   a) Katup antrioventrikuler, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup antrioventrikuler ada dua, yaitu katup trikuspidalis dan katup bikuspidalis. Katup 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. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.

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. Darah ini kemudian mengalir ke ventrikel sinistra melalui katup mitralis. Katup mitralis mencegah aliran balik darah ventrikel sinistra saat ventrikel sinistra berkontraksi.

(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. Peningkatan tekanan atrium sinistra yang akut akan menyebabkan bendungan 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. Katup ini membuka karena kontraksi ventrikel sinistra yang juga menutup katup mitralis. Katup semilunaris aorta menutup saat ventrikel sinistra relaksasi, untuk mencegah aliran balik darah aorta ke ventrikel sinistra. Ketika katup atrioventrikularis menutup, katup ini mencegah aliran balik darah ke atrium kiri.

(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 sistem sirkulasi.

b) Arteriola

Dinding arteriola terutama terdiri atas otot polos dengan sedikit serabut elastis. Dinding berotot ini sangat peka dan dapat berdilatasi atau berkontrasi untuk mengatur aliran darah ke kapiler. Sebagai akibat dari kemampuan otot pembuluh darah untuk mengubah diameter dengan cukup bermakna, maka arteriola menjadi tempat resistensi utama aliran darah dari seluruh percabangan arteri. Akibatnya tekanan pada kapiler akan turun mendadak dan aliran berubah dari berdenyut menjadi aliran yang tenang sehingga memudahkan pertukaran nutrient pada tingkat kapiler.

c) Kapiler

Dinding pembuluh darah kapiler sangat tipis terdiri atas satu lapis sel endotel. Melalui mebran yang tipis dan semipermeabel, nutrisi dan metabolit berdifusi dari rendah dengan konsentrasi tinggi menuju ke daerah dengan konsentrasi rendah. Dengan demikian oksigen dan nutrisi akan meninggalkan pembuluh darah dan masuk ke ruang interstitial dan sel. Oksigen dan metabolit berdifusi kearah 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 relatif 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 sistem vena disebut sistem kapitas.

Aliran darah dari kapiler ke jantung dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu tekanan vena oleh otot rangka dan perubahan tekanan rongga dada dan perut selama pernafasan. Sistem vena berakhir pada vena kava superior dan vena kava inverior.

5) Sirkulasi jantung

a) Sirkulasi sitemik

(1) Mengalirkan darah ke berbagai organ tubuh
(2) Memenuhi kebutuhan organ yang berbeda
(3) Memerlukan tekanan permulaan yang besar
(4) Banyak mengalami tahanan
(5) Kolom hidrostaltik panjang

b) Sirkulasi pulmonal

(1) Hanya mengalirkan darah ke paru
(2) Hanya berfungsi untuk paru
(3) Mempunyai tekanan permulaan yang rendah
(4) Hanya sedikit mengalami tahanan
(5) Kolom hidrostatik pendek

c) Sirkulasi koroner

Efisiensi jantung sebagai pompa tergantung dari nutrisi dan oksigenasi yang cukup pada otot jantung

itu sendiri. Sirkulasi koroner meliputi seluruh permukaan jantung dan membawa oksigen untuk miokardium melalui cabang intramiokardial yang kecil. Aliran darah koroner meningkat pada:

(1) Peningkatan aktivitas

(2) Jantung berdenyut

(3) Rangsang sistem saraf simpatis

b. Fisiologi jantung

1) Sitem konduksi jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

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.

Sistem konduksi jantung terdiri atas:

a) Nodus sinoatrial (SA Node)

Nodus 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. Impuls listrik yang ditimbulkan kira-kira 60-100 x/menit. Pengontrolan impuls dipengaruhi oleh saraf simpatis dan parasimpatis. Selanjutnya impuls listrik dari SA Node akan dihantarkan ke AV Node.

b) Nodus atrioventikular (AV Node)

AV Node terletak antara bagian bawah artrium dextra dan ventrikel atau dekat septum atrium. AV Node menerima impuls 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. Berkas his juga merupakan *pacameker* dengan impuls 40-60 x/menit. Berkas ini bercabang menjadi cabang berkas his kanan dan cabang bundel his kiri, kemudian pada cabang berkas his kiri bercabang menjadi bagian anterior dan posterior. Baik cabang berkas his kanan dan kiri berakhir pada serat purkinje.

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 sistem konduksi adalah SA Node – jalur-jalur atrium – AV Node – Berkas His – cabang-cabang berkas dan serat Purkinje.

2) Siklus jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk sederhana siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel. Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan berelaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel *pacemaker* dari SA Node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Fase siklus 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 (Nodus 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 membuka dan ventrikel akan terisi dengan cepat. 70-80% pengisian ventrikel terjadi pada fase ini.

3) Bunyi jantung

Aktivitas jantung sebagai alat transportasi merupakan integrasi dari fungsi otot jantung, katup jantung, volume darah dan pembuluh darah serta sistem saraf sebagai pengendali. Bunyi jantung dibentuk dari 3 faktor, yaitu:

a) Faktor otot (kontraktilitas otot). Sejumlah bunyi akan dihasilkan ketika jantung berkontraksi.
b) Faktor katup (menutupnya katup). Bunyi tidak akan dihasilkan ketika katup membuka karena terjadi secara pasif. Pada fase sistole akan terjadi penutupan katup antrioventrikuler dan pada fase diastole akan terjadi penutupan katup semilunar.
c) Faktor pembuluh darah. Pada saat darah keluar dari rongga ventrikel dengan tekanan yang cukup akan menggetarkan dinding pembuluh darah dan menghasilkan bunyi.

Bunyi jantung terdiri dari bunyi jantung murni dan bunyi jantung tambahan. Bunyi jantung murni terdiri atas bunyi jantung I (S1) akibat penutupan katup atrioventrikuler saat sistole ventrikel dan bunyi jantung II (S2) akibat katup semilunar saat diastole ventrikel. Selain dua bunyi tersebut, ada juga bunyi jantung tambahan seperti bunyi jantung III (S3) dan bunyi jantung IV (S4), murmur dan irama gallop. S3 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 dan 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 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. Stimulasi saraf simpatis meningkatkan kontraktilitas otot jantung dan ventrikel. Kekuatan kontraksi terjadi tanpa tergantung dari panjang serabut miokardium.

(2) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elekrolit terutama kalium, natrium, kalsium dan keadaan konduksi jantung. Pada keadaan hipoksemia dan asidosis metabolik akan menurunkan kontraktilitas otot jantung dan menurunkan sroke volume. Pada kondisi kerusakan miokardium (seperti pada post infark) kekuatan kontraksi menurun. Apabila terjadi peningkatan keadaan natrium maka akan meningkatkan besarnya potensial aksi. Peningkatan kadar natrium dan penurunan kadar kalsium di ekstrasel akan menyebabkan otot jantung kurang peka terhadap rangsangan sehinggam kontraksi lemah dan berhenti pada keadaan diastole. Penurunan kadar kalium dan peningkatan kadar kalium di ekstrasel menyebabkan otot jantung sangat peka terhadap rangsangan sehingga tidak dapat relaksasi dan kemudian berhenti pada keadaan sistole.

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. Jika

tekanan darah arteri tinggi, jantung harus bekerja keras untuk memompa darah ke sirkulasi.

(2) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokontriksi akan meningkatkan beban akhir. Demikian juga dilatasi ventrikel menyebabkan beban jantung dan mengeluarkan darah akan meningkat.

(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.

(5) Curah jantung meningkat pada waktu melalukan kerja otot, stress, penigkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan. Sedangkan saat tidur curah jantung menurun. (Aspiani, 2015)

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Jantung NYHA

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

   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. (Dosen Keperawatan Medikal Bedah Indonesia, 2017)

   Faktor risiko:

   a. Merokok
   b. Hiperlipidemia
   c. Obesitas
   d. Kurang aktivitas fisik
   e. Stres emosi
   f. Diabetes mellitus (Aspiani, 2015)

4. Patofisiologi

   Kelaianan 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 adrenergik simpatik, meningkatnya beban

awal akibat aktivasi sistem renin angiontensin aldosteron dan hipertrofi ventrikel, ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung.

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

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 metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia atau vasokonstriksi 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. (Aspiani, 2015)

5. Manifestasi Klinik

   Gagal jantung kiri

   a. Latergi 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 diagnostik
   a. Analisa gas darah (AGD
   b. Echocardiografi
   c. Rontgen thorax
   d. Kateterisasi jantung
   e. EKG
7. Penatalaksanaan

   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*.

f. Terapi digitalis

Obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas, memperlambat frekuensi ventrikel, peningkatan efesiensi jantung.

8. Komplikasi

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

(Aspiani, 2015)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada CHF mengacu pada 11 pola Gordon:

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Riwayat pola hidup yang tidak sehat, riwayat adanya penyakit jantung, jarangnya kontrol ke dokter, tidak berolahraga secara rutin, riwayat merokok

b. Pola nutrisi dan metabolik

Kebiasaan makan dan minum, terjadinya penurunan nafsu makan, mual, muntah, edema di ekstremitas bawah dan abdomen terasa penuh.

c. Pola eliminasi

Penurunan volume urin, urine yang pekat, nokturia, diare dan konstipasi.

d. Pola aktivitas dan latihan

Adanya kelemahan, keletihan, nyeri dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas. Sianosis, kulit pucat, dingin dan basah.

e. Pola tidur dan istirahat

Insomnia, tidur harus menggunakan bantal lebih dari dua buah, penurunan kebutuhan tidur karena adanya sesak nafas.

f. Pola persepsi kognitif

Perubahan daya ingat, bingung. Disorientasi, gangguan status mental dan penurunan kesadaran.

g. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Menarik diri, penurunan keikutsertaan dalam aktivitas, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.

h. Pola persepsi dan konsep diri

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

Marah, mudah tersinggung, cemas, ketakutan dan gelisah

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Penggunaan kontrasepsi, periode menstruasi, dan perilaku menyimpang.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Ansietas, cemas, takut, tidak mau menerima kenyataan, ragu-ragu, marah, mudah tersinggung.

k. Pola nilai dan sistem kepercayaan

Timbulnya distress dalam spiritual sehingga pasien cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah terganggu.

2. Diagnosa keperawatan
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
   b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus
   c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
   d. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (mis; status kesehatan)
   e. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Perencanaan
   a. penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

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

      Kriteria hasil: keefektifan pompa jantung kembali normal

      Intervensi (NIC):

      1) Monitor tanda-tanda vital secara rutin
      2) Catat tanda dan gejala penurunan curah jantung

3) Lakukan penilaian secara komprenhensif terhadap status jantung termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer
4) Auskultasi suara jantung
5) Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat
6) Instruksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan valsava maneuver (misalnya: mengejan saat buang air besar)
7) Lakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan darah, denyut jantung, denyut nadi, tekanan vena jugularis)
8) Lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya
9) Tentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protocol
10) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatan atau memperburuk sesak tersebut
11) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus

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

Kriteria hasil: Status pernafasan kembali normal

Intervensi (NIC):

1) Auskultasi bunyi nafas, catat krekles, mengi
2) Anjurkan pasien batuk efektif, nafas dalam
3) Dorong perubahan posisi
4) Pertahankan duduk di atas kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur ditinggikan 20-30º, posisi semi fowler, sokong tangan dengan bantal

5) Kolaborasi mengenai analisa gas darah
6) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi
7) Berikan pengobatan sesuai indikasi (Diuretik dan bronkodilator)

c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelebihan volume cairan kembali normal.

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

Intervensi (NIC):

1) Catat intake yang akurat dan catat output pasien
2) Monitor asupan dan pengeluaran
3) Moitor tanda-tanda vital pasien
4) Kaji lokasi dan luasnya edema
5) Berikan diuretik yang direspkan
6) Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan
7) Monitor perubahan status paru atau jantung yang menunjukan perubahan volume cairan
8) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan, tindakan hidrasi atau administrasi elektrolit
9) Batasi cairan yang sesuai

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

Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol cemas dengan kriteria hasil:

Intervensi (NIC):

Pengurangan kecemasan:

1) Gunakan pendekan yang tenang dan menyakinkan

2) Berada di sisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan
3) Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis
4) Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
5) Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi
6) Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan
7) Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan

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

Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.

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

Intervensi (NIC):

1) Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas
2) Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimana mestinya.
3) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya: pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat)
4) Pertimbangkan kemampuan pasien dalam aktivitas spesifik
5) Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat
6) Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan

4. Discharge planning
    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

BAB II
TINJAUN 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)

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi. (Aspiani, 2015)

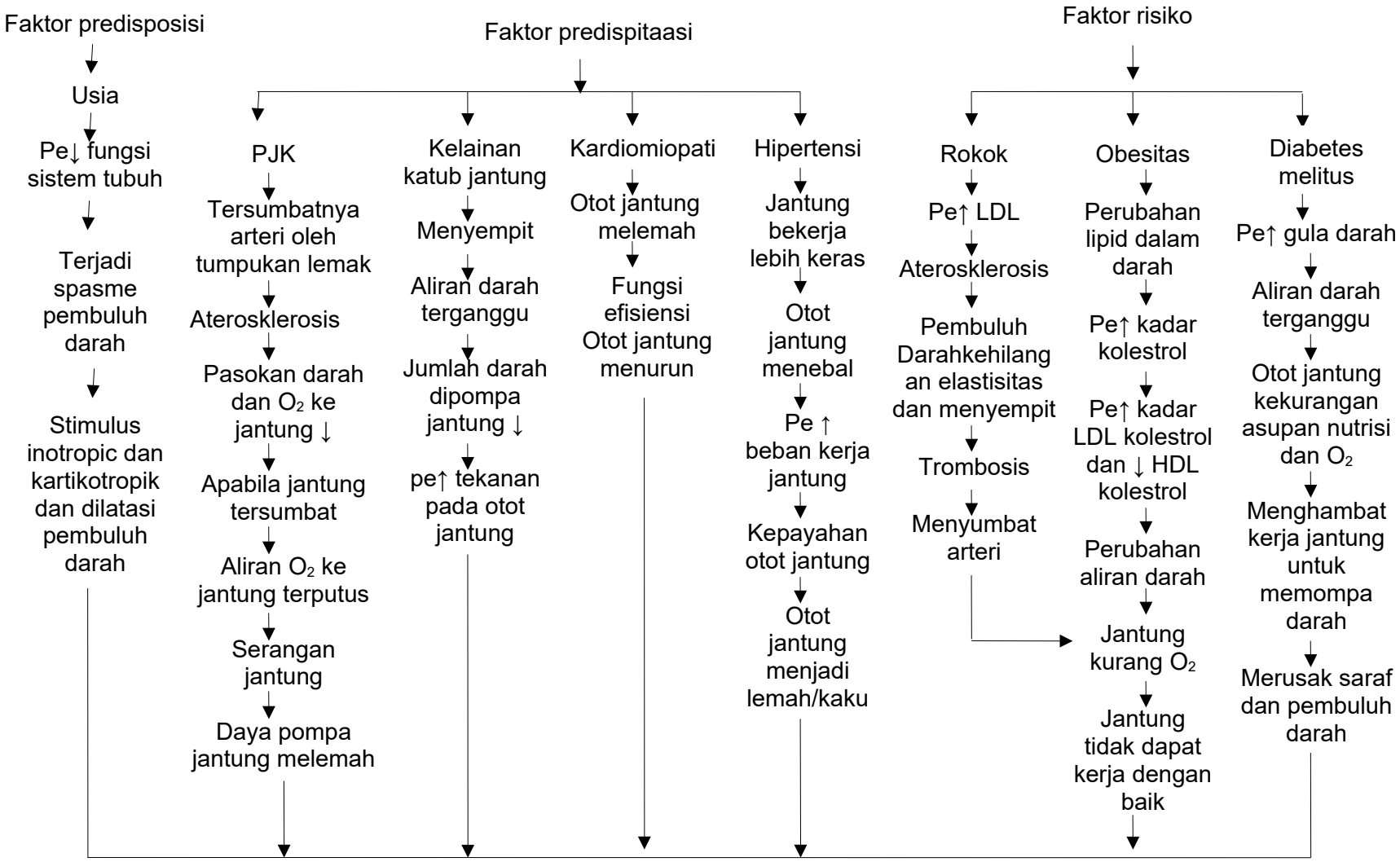
Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bawha: *Congestive Heart Failure* adalah suatu penyakit jantung dimana jantung gagal memompakan darah ke seluruh tubuh dalam memenuhi kebutuhan nutrient dan oksigen untuk metabolisme jaringan tubuh.

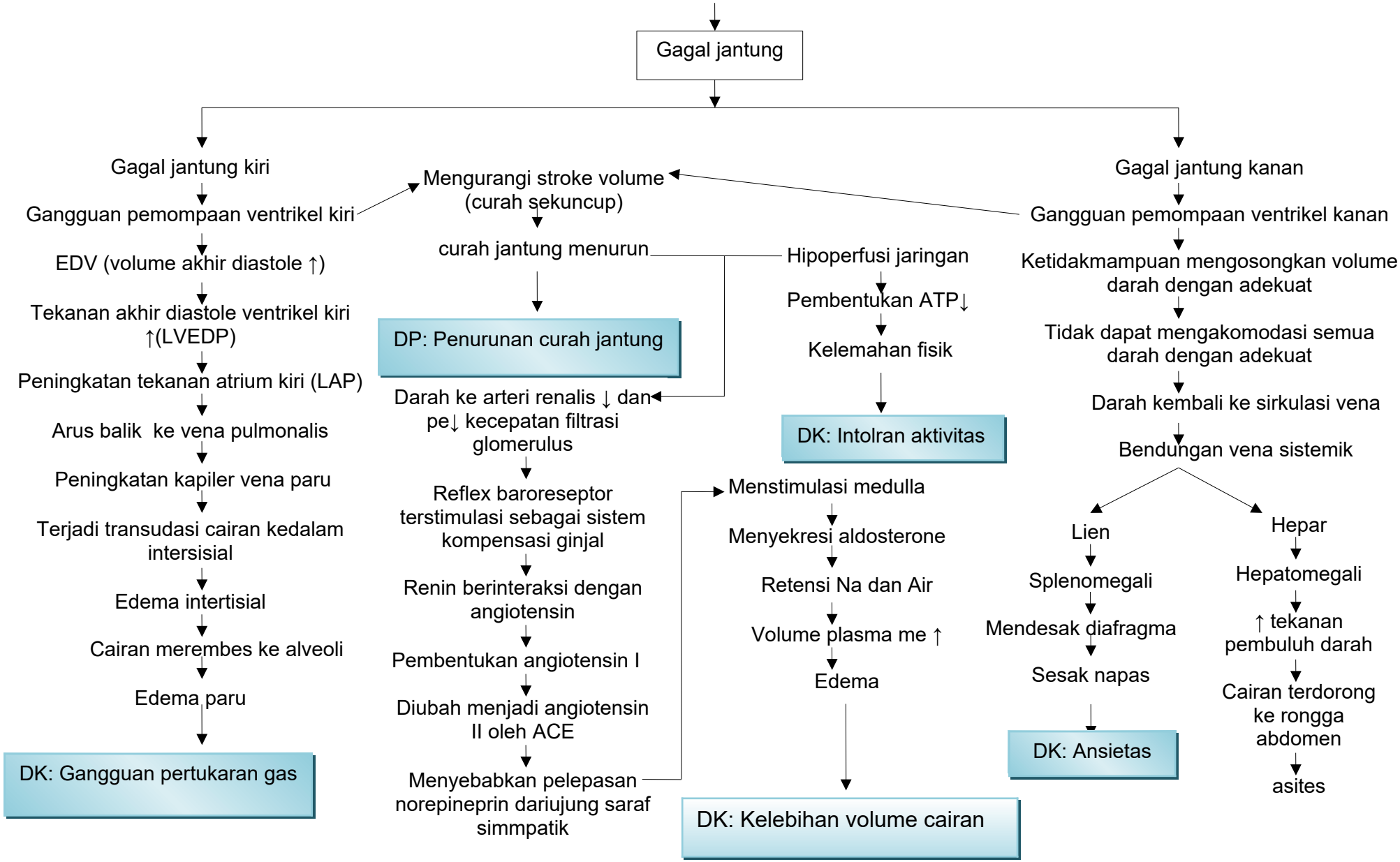
2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi jantung

Jantung merupakan organ muscular berongga, bentuknya menyerupai piramid atau jantung pisang yang merupakan pusat sirkulasi darah ke seluruh tubuh, terletak dalam rongga toraks pada bagian mediastrium. Ujung jantung mengarah ke bawah, ke depan bagian kiri: basis jantung mengarah ke atas, ke belakang, dan sedikit ke arah kanan. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik paru. (Syaifuddin, 2014)

C. Patoflowdiagram




Gagal jantung
Gagal jantung kiri
Gangguan pemompaan ventrikel kiri
EDV (volume akhir diastole ↑)
Tekanan akhir diastole ventrikel kiri ↑(LVEDP)
Peningkatan tekanan atrium kiri (LAP)
Arus balik ke vena pulmonalis
Peningkatan kapiler vena paru
Terjadi transudasi cairan kedalam intersisial
Edema intertisial
Cairan merembes ke alveoli
Edema paru
DK: Gangguan pertukaran gas
Mengurangi stroke volume (curah sekuncup)
curah jantung menurun
DP: Penurunan curah jantung
Darah ke arteri renalis ↓ dan pe↓ kecepatan filtrasi glomerulus
Reflex baroreseptor terstimulasi sebagai sistem kompensasi ginjal
Renin berinteraksi dengan angiotensin
Pembentukan angiotensin I
Diubah menjadi angiotensin II oleh ACE
Menyebabkan pelepasan norepineprin dariujung saraf simmpatik
Menstimulasi medulla
Menyekresi aldosterone
Retensi Na dan Air
Volume plasma me ↑
Edema
DK: Kelebihan volume cairan
Hipoperfusi jaringan
Pembentukan ATP↓
Kelemahan fisik
DK: Intolran aktivitas
Gagal jantung kanan
Gangguan pemompaan ventrikel kanan
Ketidakmampuan mengosongkan volume darah dengan adekuat
Tidak dapat mengakomodasi semua darah dengan adekuat
Darah kembali ke sirkulasi vena
Bendungan vena sistemik
Lien
Splenomegali
Mendesak diafragma
Sesak napas
DK: Ansietas
Hepar
Hepatomegali
↑ tekanan pembuluh darah
Cairan terdorong ke rongga abdomen
asites

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji: Velaria Undut NIM: E1514401049

Unit	: St. Bernadeth II.A	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 506[3]	Alloanamnese	: ✓
Tanggal masuk RS	: 21 Maret 2018		
Tanggal pengkajian	: 22 Maret 2018		

1. Identifikasi
   a. Pasien

Nama initial	: Tn.B
Umur	: 64 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 6 orang
Agama/suku	: Islam/Makassar
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jl. Bullogading

   b. Penanggung jawab

Nama	: Ny.D
Umur	: 43 tahun
Alamat	: Jl. Bullogading
Hubungan dengan pasien	: Saudara

2. Data Medik

   Diagnosa Medik

   Saat masuk : *CONGESTIVE HEART FAILURE* + *BRONCHITIS*

   Saat pengkajian : *CONGESTIVE HEART FAILURE* + NYHA II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : tampak pasien sesak, edema pada kedua ekstremitas bawah dan tampak berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, terpasang oksigen nasal kanul 3 L/menit dan terpasang triway di tangan sebelah kanan.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif): composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 100/70 mmHg

MAP : 80 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,2°C

Di ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 26 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipne ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 97 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardia

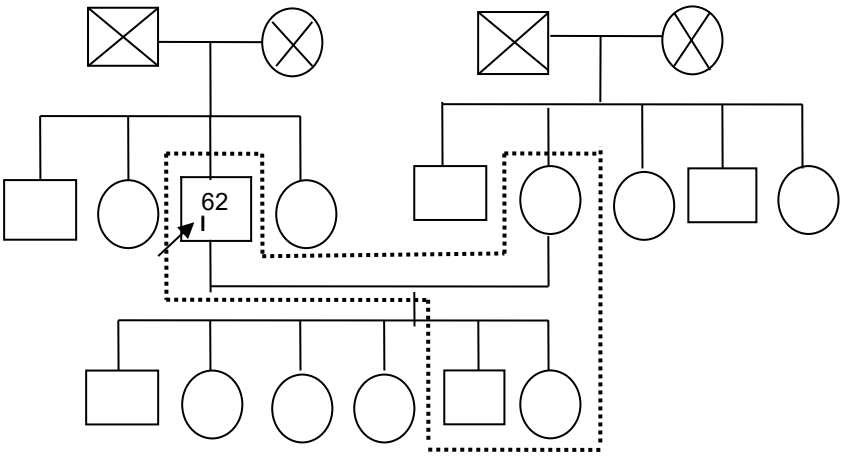
☐ Takikardia ☐ Kuat ☐ Lema

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm

2) Tinggi badan : 158 cm
3) Berat badan : 50 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh): 20,0 kg/m^2
Kesimpulan : berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki
: Perempuan
: Tinggal serumah
: Pasien
: Meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu penting dalam kehidupan, tapi pasien mengabaikannya dimana sebelum terkena penyakit Tb paru pasien adalah seorang perokok dalam sehari bisa menghabiskan 5-8 batang rokok. Setelah terkena penyakit Tb paru kurang lebih 3 tahun yang lalu pasien mulai berhenti merokok. Pasien juga mengatakan jika sakit Ia berobat ke Puskesmas atau beli obat di apotik.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Edema pada kedua ekstremitas bawah

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan kurang lebih 3 tahun terakhir sering merasa sakit dibagian dada dan cepat lelah. Kurang lebih 4 bulan yang lalu Ia berobat ke puskesmas dan didapatkan penyakit jantung namun saat itu belum menunjukan gejala yang berat. Selama 5 hari di rumah sebelum masuk RS Ia mengeluh batuk, sesak, dada terasa berdebar-debar, mual, kurang nafsu makan, susah tidur disertai bengkak pada kedua kaki dan memberat 1 hari sebelum masuk RS, sehingga anaknya memutuskan untuk membawanya ke RS.

Saat pengkajian didapatkan data: pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya, masih sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir tapi sedikit, cepat lelah jika beraktivitas dan badannya terasa lemas. Tampak pasien sesak, tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II kedalamannya 3-5 mm waktu kembali 5 detik.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit bronchitis 10 tahun lalu dan menderita Tb paru kurang lebih 3 tahun yang lalu dan sudah tuntas berobat selama 6 bulan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan ayahnya menderita penyakit asma dan saudaranya menderita Tb paru.

e) Pemeriksaan fisik

(1). Kebersihan rambut : Tampak bersih
(2). Kulit kepala : tampak bersih
(3). Kebersihan kulit : tampak bersih
(4). Hygiene rongga mulut : tampak kotor
(5). Kebersihan genitalia : tidak dikaji
(6). Kebersihan anus : tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik makan 3 x sehari dengan menu nasi, ikan, sayur, tahu, tempe dan sesekali buah-buahan. Namun Ia sering terlambat makan dan suka makan-makanan yang pedas. Pasien juga mengatakan Ia mampu menghabiskan 8 gelas air setiap harinya dan jarang mengkonsumsi vitamin.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit, kurang nafsu makan karena mual. Ia hanya menghabiskan ¼ porsi makanan dari 1porsi yang disediakan dan minum air 6 gelas (1500 cc) dari air kemasan mineral dan minum 1 botol susu ultra milk (200 cc). Pasien juga mengatakan berat badannya naik 6 kg dalam 5 hari, berat badan sebelum sakit 44 kg.

3. Observasi

Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan.

4. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : tampak rambut sebagian beruban, tipis dan berminyak.
b) Hidrasi kulit : finger print >3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : tampak tidak ada edema/tampak anemik
d) Sclera : tampak tidak ikterik

e) Hidung : tampak septum ada dibagian tengah

f) Rongga mulut : tercium bau mulut

Gusi : tidak ada peradangan

g) Gigi : tampak ada karang gigi

Gigi palsu : tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras: pasien mampu mengunyah keras

i) Lidah : tampak kotor, tidak ada peradangan

j) Pharing : tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : tidak ada peradangan

l) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran

m) Abdomen

Inspeksi : tampak datar dan tidak ada bayangan vena

Auskultasi : peristaltik usus 9 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : terdengar bunyi tympani

n) Kulit

Edema : positif

Icterik : negatif

Tanda-tanda radang : tidak ada

o) Lesi : tidak ada, kulit teraba dingin dan pucat

c. Pola eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1-2 kali sehari dengan frekuensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK 4-6 kali sehari, berwarna kuning jernih dan berbau amoniak. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama sakit pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning, sedangkan BAK berkurang 1-2 kali sehari dengan jumlah ± 400 cc berwarna kuning pekat, berbau amoniak. Pasien juga mengatakan saat pulang dari BAB maupun BAK pasien merasa sesak.

3. Observasi

   Balance cairan 24 jam

   Intake

   Air mineral : 1500 cc

   Susu : 200 cc

   Cairan : —

   Ouput

   BAK : 400 cc

   IWL : BB x 15/24 jam

   : 45 x 15/24 jam

   : 675 cc/KgBB/24 jam

   CM – (CK + IWL)

   = 1700 – (400 + 675)

   = 1700 – 1075

   = +625

d. Pola aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain, Ia bekerja sebagai wiraswata, saat bekerja Ia tidak pernah istirahat. Pasien juga mengatakan Ia tidak pernah berolahraga dan waktu senggang Ia lebih banyak berkumpul dan bercerita dengan istri dan anak-anaknya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit Ia merasa cepat lelah jika beraktivitas, merasa sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas, aktivitasnya sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya dan badannya terasa lemas. Pasien juga mengatakan pemenuhan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat.

3. Observasi

a) Aktivitas harian

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
BAK : 2
BAB : 2

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

Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : bungkuk

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a) Tekan darah

Berbaring : 100/70 mmHg

b) HR : 102 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak ada
Basah : tidak ada

d) JVP : 5 + 3 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel meningkat

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

f) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

  Bentuk thorax : tampak simetris

  Retraksi interkosta : tidak ada

  Sianosis : tidak ada

  Stridor : tidak ada

- Palpasi :

  Vocal premitus : getaran lebih rendah disebalah kiri

  Krepitasi : tidak ada

- Perkusi : pekak

  Lokasi : di kedua lapang paru

- Auskultasi :

  Suara nafas : bronkovesikuler melemah di lapang paru kiri

  Suara ucapan : suara di lapang paru kiri terdengar jauh dan tidak jelas dibanding sebelah kanan

  Suara tambahan : ronchi di kedua lapang paru

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis: di ICS V Mid *Clavikularis Sinistra*

- Palpasi

  Ictus cordis: teraba di ICS V *Mid Clavikularis Sinistra*

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS II *Linea Strernalis Sinistra*

  Batas bawah jantung : ICS VI *Linea Sternalis Sinistra*

  Batas kanan jantung : ICS III *Mid Clavikularis Dextra*

  Bats kiri jantung : ICS V *Mid Clavicularis Sinistra*

- Auskultasi

  Bunyi jantung IIA : Ganda regular ICS II *Linea Sternalis Dextra*

Bunyi jantung IIP : Ganda regular ICS II *Linea Sternalis Sinistra*

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS IV *Line Sternalis Sinistra*

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS V *Linea Mid Clavicularis Sinistra*

Bunyi jantung III irama Gallop : tidak terdengar

Murmur : terdengar di ICS III *Linea Sternalis Dextra* dengan dengan kualitas makin keras terdengar kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras.

Bruit : Aorta : tidak terdengar

A.Renalis : tidak terdengar

A.Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : 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 tekana

Nilai 2 : mampu melawan gaya grafitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis: tampak ada kontraksi otot (refleks biseps dan trisep) pada tangan dan kaki tidak dikaji karena edema.
- Refleks patologi:

Babinski : Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosis ☑ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

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. 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. Pasien juga mengatakan tidak bisa tidur pada siang hari karena sesak.

3. Observasi

   Tampak pasien banyak menguap

f. Pola persepsi kognitif

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, orientasi baik terhadap waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Pasien juga mengatakan ketika sesak anaknya memberi posisi setengah duduk dengan menempatkan bantal dibelakang punggung.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendengaran dan penglihatannya, mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan.

3. Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4. Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea	: tampak jernih
Pupil	: isokor kiri dan kanan
Lensa mata	: tampak jernih
Tekan intra okuler	: teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina	: simetris kiri dan kanan
Kanalis	: tidak ada peradangan
Membran timpani	: tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya seorang kepala rumah tangga dan bekerja sebagai wiraswasta untuk membiayai kebutuhan istri

dan anak-anaknya. Pasien juga mengatakan sudah menjalankan tugasnya dengan baik dan merasa puas dengan tugasnya sebagai kepala rumah tangga.

2. Keadaan sejak sakit

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

3. Observasi

   a) Kontak mata : tampak ada kontak mata
   b) Rentang perhatian : penuh
   c) Suara dan cara bicara : tampak jelas
   d) Postur tubuh : tampak bungkuk

4. Pemeriksaan fisik

   a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
   b) Bentuk/postur tubuh : bungkuk
   c) Kulit : tampak tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan Ia tinggal bersama istri dan anaknya, hubungan mereka dalam keluarga sangat baik dan pasienlah yang berperan sebagai kepala keluarga. Pasien juga mengatakan menjalin hubungan baik dengan teman kerja dan sanak saudaranya.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu ditemani sama anaknya dan selalu dikunjungi oleh sanak saudara dan teman kerjanya. Pasien juga mengatakan rindu dengan suasana rumah dan tempat kerjanya.

3. Observasi

Tampak anggota keluarga menjaga pasien dan tampak keluarga mengunjungi pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

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

2. Keadaan sejak sakit

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

3. Observasi

   Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

4. Pemeriksaan fisik

   Tidak dikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

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 la menerima kondisinya selama berada di RS dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi dokter. Pasien juga mengatakan hanya bisa bersabar dengan sakit yang dialaminya.

3. Observasi

   Tampak pasien tenang.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama islam dan rajin menjalani sholat 5 waktu dan rajin pergi sholat di Masjid. Pasien juga mengatakan aktif dalam kegiatan kegamaan.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3. Observasi

   Tampak ada buku doa di tempat tidur pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. Nervus I : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih.

b. Nervus II :

   Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±20 cm.

c. Nervus III, IV, VI :

   Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.

d. Nervus V :

   Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya

   Motorik : Pasien mampu mengunyah keras.

e. Nervus VII :

   Sensori : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis.

   Motorik : Pasien mengangkat alis, tersenyum dan meringis.

f. Nervus VIII :

   Vestibularis : Tidak dikaji (Pasien tidak mampu berdiri)

   Motorik : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.

g. Nervus IX : Tampak ovula berada ditengah.

h. Nervus X : Pasien mampu menelan

i. Nervus XI : Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

j. Nervus XII : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan foto thorax PA pada tanggal 23 Maret 2018

Kesan:

Cardiomegali

Efusi pleura bilateral

b. EKG: *Right Ventricular Hypertrophy*

c. Echocardiography pada tanggal 24 Maret 2018

Aortic stenosis

Mitral insufisiensi

Pulmonal hypertension

Tricuspid insufisiensi

d. Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal 23 Maret 2018

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	10.6	10^3/uL	4.8 – 10.8
RBC	4.8	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

e. Laboratorium

Parameter	Hasil	Rujukan	Hasil
SGPT	54	<41	U/L
CREATININ	0.9	<1.4	mg/dL

7. Terapi

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

Farbiven 1 tube inhaler NEBU/12 jam

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

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

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

B. Analisa Data

Nama : Tn “B”

Ruang : St. Bernadeth II.A

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Data subyektif - Pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan batuk berlendir tapi sedikit - Pasien mengatakan cepat lelah jika beraktivitas Data obyektif - Ronchi di kedua lapang paru - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik - Terdengar murmur di ICS III *Linea Sternalis Dextra* dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan	Perubahan volume sekuncup	Penurunan curah jantung

	intensitas keras - Batas kanan jantung di ICS III *Linea Mid Clavicularis Dextra* - CRT kembali > 3 detik - JVP: 5+3 cmH_2O - EKG: RVH - TTV: TD : 100/70 mmHg N : 97x/menit S : 36ºC P : 26x/menit HR: 102x/menit - Foto thorax: *Cardiomegali* Efusi pleura bilateral - Echokardiografi EF: 61 % *Aortic Stenosis* *Mitral Insufisiensi* *Pulmonal Hipertension* *Trikuspid Insufisiensi*		
2.	Data subyektif - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan sesak nafas - Pasien mengatakan berat badannya naik 5 kg dalam 6 hari (BB sebelum sakit 44 kg) Data obyektif	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	- Rochi di kedua lapang paru - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik - JVP: 5+3 cmH_2O - Foto thorax: Efusi pleura bilateral - Hb: 12,7 gr/dl - Balance cairan 24 jam Cairan masuk Air mineral : 1500 cc Susu : 200 cc + 1700 cc Cairan keluar BAK: 400 cc IWL: BBx15/ 24 jam : 45x15/24 jam : 675 cc/kgBB/24 jam CM-(CK+IWL) = 1700-(400+675) = 1700-1075 = +625		
3.	Data subyektif - Pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas - Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleran aktivitas

	badannya terasa lemas Data obyektif - Pasien tampak sesak - Hb: 12,7 gr/dl - EKG: RVH - CRT: kembali > 3 detik - Kulit teraba dingin dan tampak pucat - Konjungtiva: anemis - TTV: TD : 100/70 mmHg N : 97 x/menit S : 36 ºC P : 26 x/menit HR: 102 x/menit		

C. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup
2.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3.	Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

D. Rencana Keperawatan

Nama : Tn “B”

Ruang : St. Bernadeth II.A

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
23-03-2018	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup d/d: Data subyektif - Pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan batuk berlendir tapi sedikit - Pasien mengatakan cepat lelah jika beraktivitas Data obyektif - Ronchi di kedua lapang paru - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II	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) - Edema perifer dipertahankan	Perawatan jantung akut: - Lakukan penilaian secara komprenhensif terhadap status jantung termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer - Auskultasi suara jantung - Monitor tanda-tanda vital secara rutin - Instruksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan valsava maneuver (misalnya: mengejan saat buang air besar) Pengaturan hemodinamik - Lakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik

	dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik - Terdengar murmur di ICS III linea sternalis dextra dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras - Batas kanan jantung di ICS III *linea mid clavicularis dextra* - CRT kembali > 3 detik - JVP: 5+3 cmH_2O - EKG: RVH - TTV: TD : 100/70 mmHg N : 97x/menit S : 36ºC P : 26x/menit HR: 102 x/menit - Foto thorax: *Cardiomegali* Efusi pleura bilateral - Echokardiografi: EF: 61 %	pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skla 3 (sedang) - Dyspnea dengan aktivitas ringan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) Status sirkulasi - Suara nafas tambahan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) - Wajah pucat dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	(yaitu, memeriksa tekanan darah, denyut jantung, denyut nadi, tekanan vena jugularis) - Lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya - Tentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protokol Pengaturan posisi - Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) - Tinggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º atau lebih, lebih tinggi dari jantung Monitor pernafasan Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang memperburuk sesak pasien

	Aortic Stenosis *Mitral Insufisiensi* *Pulmonal Hipertension* *Trikuspidalis Insufisiensi*		Terapi oksigen Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan
23-03-2018	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi d/d: Data subyektif - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan sesak nafas - Pasien mengatakan berat badannya naik 5 kg dalam 6 hari (BB sebelum sakit 44 kg) Data obyektif - Rochi di kedua lapang paru - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik - JVP: 5+3 cmH_2O	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 dengan criteria hasil: Keseimbangan cairan: - Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) - Edema perifer diperthankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) - Distensi vena leher	Monitor cairan - Catat intake yang akurat dan catat output pasien - Monitor asupan dan pengeluaran Manajemen cairan - Moitor tanda-tanda vital pasien - Kaji lokasi dan luasnya edema - Berikan diuretik yang direspkan Manajemen cairan dan elektrolit - Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan, tindakan hidrasi atau administrasi

	- Foto thorax: Efusi pleura bilateral - Hb: 12,7 gr/dl - Balance cairan 24 jam Cairan masuk: Air mineral : 1500 cc susu : 200 Cairan keluar: BAK: 400 cc IWL: BBx15/ 24 jam : 45x15/24 jam : 675 cc/KgBB/24 jam CM-(CK+IWL) = 1700-(400+675) = 1700-1075 = +625	dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) - Berat badan stabil dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	elektrolit - Batasi cairan yang sesuai
23-03-2018	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d/d: Data subyektif: - Pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskla 3 (sedang) dengan kriteria hasil:	Perawatan jantung rehabilitatif: - Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas - Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan

	- Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya - Pasien mengatakan badannya terasa lemas Data obyektif - Pasien tampak sesak - Hb: 12,7 gr/dl - EKG: RVH - CRT: kembali > 3 detik - Kulit teraba dingin dan tampak pucat - Konjungtiva: anemis - TTV: TD : 100/70 mmHg N : 97x/menit S : 36 ºC P : 26x/menit HR: 102 x/menit	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)	merokok) sebagaimana mestinya. - Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya: pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat) - Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat Terapi aktivitas - Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat Bantuan perawatan diri - Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/umur : Tn.”B”/62 tahun

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

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan keperawatan	Perawat
23-03-2018	I II	07.30	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak (ekstremitas bawah) setinggi 20º H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Velaria
	I II	08.00	Memberikan obat diuretik berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide /40 mg (1 ampul)/ bolus IV Memberikan obat Spironalacton/25 mg (1 tablet)/oral	Perawat Waldi dan Velaria
	III	09.00	Membantu pasien memenuhi kebutuhan sesuai kondisi ketergantungan (BAB dan BAK) H/ Pasien mampu BAB dan BAK	Velaria
	I II III	10.10	Memonitor TTV secara rutin H/ TD : 110/70 mmHg N : 98 x/menit S : 36ºC P : 26 x/menit	Ausebia
	I	10.20	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler)	Velaria
	I	10.25	Memberikan oksigen 3 liter/menit H/ Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Velaria

	I II	10.30	Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar ronchi dikedua lapang paru	Velaria
	I	10.35	Mengauskultasi suara jantung H/ Terdengar murmur di ICS III *linea sternalis dextra* dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras.	Velaria
	I	11.20	Menginstruksikan pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan *valsava maneuver* (misalnya: mengejan saat buang air besar) H/ Perawat menjelaskan kepada pasien untuk tidak mengejan saat BAB Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat	Velaria
	III	12.05	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien tidak mampu makan sendiri dan ke kamar mandi	Velaria
	III	12.15	Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien	Velaria
	II	12.25	Monitor asupan pasien H/ Pasien minum 1 gelas air (250 cc)	Velaria
	II	13.20	Mencatat intake dan output pasien yang akurat H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih dari jam 07.00-13.00 2 ½ gelas (± 650 cc) dari air	Velaria

			kemasan mineral dan keluarga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ± 200 cc. Tampak urin ± 200 cc.	
	III	13.35	Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untuk istirahat H/ Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat.	velaria
	II	14.15	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik.	Sari
	II	14.20	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak (ekstremitas bawah) setinggi 20º H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Sari
	I II	15.00	Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ N : 97 x/menit HR : 103 x/menit JVP : 5+3 cmH_2O	Sari
	I III	15.10	Melakukan penilaian terhadap sirkulasi perifer H/ CRT : >3 detik Conjungtiva : tampak anemis	Sari
	II	16.00	Memberikan obat diuretik berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV	Perawat Bahoria

			Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/80 mmHg	dan Sari
	I II II	16.30	N: 97 x/menit S: 36,3ºC P: 25 x/menit	Sari
	I	16.40	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	Sari
	I	16.45	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Sari
	I II III	17.05	Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Farbiven 2,5 ml/inhalasi (nebulizer)	Perawat Bahoria dan Sari
	I II	18.00	Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1 tablet)/oral Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1 tablet)/oral	
	I II	19.00	Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar ronchi di kedua lapang paru	Sari
	III	19.45	Menjelaskan kepada keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimana mestinya. H/ Perawat menjelaskan bahaya merokok bagi keluarga	Sari

			Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	
	II	20.25	Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ Keluarga mengatakan dari pukul 13.00-20.00 pasien minum 2 gelas air ±500 cc dari air kemasan mineral dan keluarga juga mengatakan pasien belum BAK dan BAB dari pukul 13.00-20.00.	Sari
	II	21.10	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik.	Yuliana
	II	21.15	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Yohanes
	I II III	21.25	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD : 110/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36,2ºC P : 25 x/menit Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler)	Yohanes
	I	21.30	H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Yuliana

	I I II III II I II III I II III III I	21.35 21.55 24.00 05.00 05.45 06.05 06.15	Mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat H/ Tampak suasana kamar hening dan tampak pasien beristirahat Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Memberikan obat Farbiven 2,5 ml/inhalasi (Nebuliser) Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 100/70 mmHg N : 95 x/menit S : 36ºC P : 25x/menit Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL H/ Tampak perawat membantu pasien BAB dan BAK di atas tempat tidur dengan menggunakan pispot Tampak urin 150 cc dan pasien mampu BAB Memonitor keluhan sesak nafas pasien H/ Pasien mengatakan masih sesak Pasien juga mengatakan masih batuk berlendir tapi lendirnya sedikit Tampak pasien sesak dan tampak pucat Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi)	Yuliana Yuliana Perawat Meri dan Yuliana Perawat Meri dan Yuliana Yuliana Yuliana Yuliana

	I II	06.20	H/ N : 95 x/menit HR: 99 x/menit JVP : 5+3 cmH_2O Melakukan penilaian terhadap status sirkulasi perifer H/ CRT kembali >3 detik Conjungtiva: tampak anemis	Yuliana
	I III	06.25	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya Tampak edema pada kedua	Yuliana
	II	06.30	palpebra dan kedua ekstremitas derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik. Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien mengatakan masih sesak jika banyak bergerak	Yuliana
	III	06.35	Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarga seperti makan, berpakaian, BAB dan BAK di atas tempat tidur. Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih ½ gelas ±150 cc dan	Yuliana
	II	06.45	minum 1 botol susu ultra milk 200 cc. Keluraga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ±100 cc dan BAB 1 kali berwarna kuning kecoklatan dan dengan konsistensi lunak. Balance cairan 24 jam Intake: Air putih: 07.00-13.00= 650 cc	Yuliana

			13.00-20.00= 500 cc 20.00-06.00= 150 cc Susu : 20.00-06.00 = 200 cc Output BAK: 07.00-13.00= 200 cc 13.00-20.00= — 20.00-06.00= 150 cc IWL=BBx15/24 jam 45x15= 675 cc/KgBB/24 jam CM-(CK+IWL)= 1500-(350+657) = +493	
24-03-2018	III	07.40	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien tidak mampu ke kamar mandi	Velaria
	III	07.45	Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL H/ Membantu pasien BAK di atas tempat tidur Tampak urin 150 cc	Velaria
	I II	08.10	Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV Memberikan obat Spironalacton 25 mg (1 tablet)/oral	Perawat Ida dan Ausebia
	I II III	09.20	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 100/80 mmHg N: 96 x/menit S: 36,4ºC P: 26 x/menit	Velaria
	I	09.30	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler)	Velaria

			H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	
	I	09.35	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Velaria
	I II	10.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan. H/ tampak pasien hanya minum 1 gelas air (250 cc)	Velaria
	II	10.35	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik.	Velaria
	I II	10.45	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Velaria
	III	11.00	Membantu pasien memenuhi kebutuhan ADL H/ Membantu pasien BAB dan BAK di atas tempat tidur dengan menggunakan pispot Tampak urin 50 cc dan pasien mampu BAB	Velaria
	I II	11.40	Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar ronchi di kedua lapang paru	Velaria
	I	11.45	Mengauskultasi suara jantung	

	II		H/ Terdengar murmur di ICS III *linea sternalis dextra* dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras.	Velaria
	I III	11.50	Melakukan penilaian status sirkulasi perifer H/ CRT kembali >3 detik Conjungtiva: tampak anemis	
	I II	12.45	Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ JVP : 5+3 cmH_2O N: 95 x/menit HR: 100 x/menit	Velaria
	II	13.00	Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ Pasien mengatakan minum air putih 2 gelas ±500 cc dari air kemasan mineral dan menghabiskan ¼ makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ±200 cc dan BAB 1 kali.	Velaria
	III	14.15	Menjelaskan kepada pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan *valsava maneuver* (misalnya: mengejan saat buang air besar) H/ Perawat menjelaskan kepada pasien untuk tidak mengejan saat BAB Pasien mengatakan Dia tidak mengejan saat BAB	Ulfa

	I II	15.00	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik.	Ulfa
	I II	15.10	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya	Ulfa
	II	16.00	Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV	Perawat Bahoria dan Ulfa
	III	16.30	Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untuk istirahat H/ Pasien mengatakan masih ingat dengan penjelasan perawat sebelumnya	
	I II III	17.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/80 mmHg N: 94x/menit S: 36,4ºC P: 24x/menit	Ulfa
	I	17.05	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	Ulfa
	I	17.10	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Ulfa

	I II III	17.10	Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Memberi obat Farbiven 2,5 ml /inhalasi (nebulizer)	Perawat Bahoria dan Ulfa
	I II III	18.00	Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1 tablet)/oral Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1 tablet)/oral	Perawat Bahoria dan Ulfa
	III	18.20	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas (makan) H/ Tampak Pasien makan sendiri namun masih dibantu keluarga	Ulfa
	III	18.30	Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat H/ Tampak keluarga membantu menyuapi pasien	Ulfa
	II	20.00	Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ pasien mengatakan dari jam 13.00-20.00 hanya minum 1 ½ air ±400 cc dari air kemasan mineral dan minum 1 botol susu ultra milk 200 cc dan hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ±150 cc.	Ulfa
	I II III	21.30	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/80 mmHg N: 93x/menit S: 36ºC P: 24x/menit	Perawat Meri
			Memposisikan pasien untuk	

	I	21.15	mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler. Memberikan diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter	Perawat Meri
	II	24.00	H/ Menginjeksi obat furosemide 40 mg (1 tablet)/IV Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Perawat Meri
	I II III	05.00	H/ Memberi obat farbiven 2,5 ml /inhalasi (nebulizer) Memonitor tanda-tanda vital H/ TD:110/70 mmHg	Perawat Meri
	I II III	05.30	N: 94 x/menit P: 24x/menit S: 36ºC HR: 97 x/menit	Perawat Meri
	I	05.35	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler. Memonitor keluhan sesak nafas pasien H/ Pasien mengatakan masih sesak	Perawat Meri
	I	06.00	Pasien mengatakan masih batuk berlendir Mengkaji lokasi dan luasnya edema	Perawat Meri
	II	06.10	H/ Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya mulai berkurang Tampak bengkak pada ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik. Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL	Perawat Meri

	III	06.15	H/ Pasien mengatakan sudah mampu makan sendiri, tapi untuk berpakaian, BAB dan BAK masih dibantu karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. Pasien juga mengatakan badannya masih terasa lemas Melakukan penilaian terhadap status sirkulasi perifer H/ CRT kembali >3 detik	Perawat Meri
	III	06.20	Conjungtiva: tampak anemis Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien	Perawat Meri
	II	06.45	H/ Pasien mengatakan minum air putih 1 gelas air kemasan mineral ± 250 cc dan minum susu ultra 1 botol 200 cc dan menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali ±100 cc. Balance cairan 24 jam Intake: Air putih: 07.00-13.00= 500 cc 13.00-20.00= 400 cc 20.00-06.00= 250 cc Susu = 200 cc Output BAK: 07.00-13.00= 200 cc 13.00-20.00= 100 cc 20.00-06.00= 100 cc IWL=BBx15/24 jam 45x15= 675 CM-(CK+IWL)= 1350-(400+657) = +293	Perawat Meri
25-03-2018	II	07.55	Meninggikan anggota badan yang	Velaria

			terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya.	
	I	08.10	Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/ bolus IV Memberi obat Spironalacton 25 mg (1 tablet)/oral	Perawat Natalia dan Velaria
	I II III	09.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/70 mmHg N: 96 x/menit S: 36,6ºC P: 24 x/menit	Velaria
	I	09.15	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	Velaria
	I	09.20	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit H/ Tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Velaria
	III	10.00	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas H/ Tampak pasien sudah bisa turun dari tempat tidur sendiri walaupun sedikit dibantu oleh keluarga	Velaria
	I	10.45	Melakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa ada bunyi atau suara tambahan lainnya H/ Terdengar ronchi di kedua lapang paru	Velaria

	I	10.50	Mengauskultasi suara jantung H/ Terdengar murmur di ICS III *linea sternalis dextra* dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras.	Velaria
	I II III	10.55	Melakukan penillaian komprenhensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung, dan nadi) H/ JVP : 5+3 cmH_2O N: 94 x/menit HR: 98 x/menit	Velaria
	I III	11.00	Melakukan penilaian secara komprenhensif terhadap status jantung termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer H/ CRT kembali >2 detik	Velaria
	I	11.30	Menjelaskan kepada pasien untuk menghindari aktivitas yang menyebabkan *valsava maneuver* (misalnya: mengejan saat buang air besar) H/ Pasien mengatakan tidak mengejan saat BAB	Velaria
	III	11.35	Menjelaskan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimana mestinya. H/ Keluarga mengatakan masih ingat dengan penjelasan perawat tentang bahaya merokok Memberi kesempatan keluarga untuk membantu pasien.	Velaria

	III	12.05	H/ Tampak keluarga menyuapi pasien Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien	Velaria
	II	13.00	H/ Pasien mengatakan minum air putih 2 gelas ± 500 cc dari air mineral dan minum susu ultra 1 botol 200 cc dan menghabiskan 1 porsi makanan. pasien juga mengatakan BAK 1 kali dengan jumlah ± 250 cc dan belum BAB. Tampak urine 250 cc dan berwarna kuning. Menjelaskan pada pasien untuk membatasi aktivitas dan meluangkan waktu untuk istirahat	Velaria
	III	14.25	H/ Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat. Mengkaji lokasi dan luasnya edema	Perawat Rini
	II	15.00	H/ Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah sudah berkurang Pitting edema derajat 1 dengan kedalaman 2-3 mm waktu kembali 3 detik. Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah)	Perawat Rini
	II	15.05	H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya. Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter	Perawat Rini
	II	16.00	H/ Menginjeksi obat Furosemide 40 mg (1 ampul)/IV Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 100/70 mmHg	Perawat Rini

		16.50	N: 94x/menit	
	I		P: 25 x/menit	Perawat
	II		S: 36,4ºC	Rini
	III		Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler)	
		17.00		
	I		H/ Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	Perawat Rini
			Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	
		17.05	H/ tampak pasieng menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	
	I			Perawat
			Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Rini
		17.10	H/ Memberikan obat Farbiven 2,5 ml /inhalasi (nebulizer)	
	I			Perawat
	II		Memberi obat berdasarkan hasil kolaborasi dengan dokter	Rini
	III			
		18.00	H/ Memberikan obat Ambroxol 30 mg (1 tablet)/oral	
	I			Perawat
	II		Memberikan obat Bisoprolol 20 mg (1 tablet)/oral	Rini
	III			
			Memberi kesempatan keluarga untuk membantu pasien	
		18.05	H/ Tampak keluarga menyuapi pasien.	
	III		Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien	Perawat Maria
		20.00	H/ Pasien mengatakan minum air putih 1 ½ gelas ± 400 cc dan hanya menghabiskan ½ makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAB 1 kali dengan konsistensi lunak dan BAK 1 kali ± 150 cc. tampak urin 150 cc.	
	II			Perawat Maria

			Memonitor tanda-tanda	
			H/TD: 100/70 mmHg	
		21.30	N: 94 x/menit	
	I		S: 36,5ºC	Perawat
	II		P: 24 x/menit	Maria
	III		Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi	
		21.40	semi fowler)	
	I		H/ Tampak pasien berbaring dengan	Perawat
	II		posisi semi fowler daan tampak	Maria
	III		pasien merasa nyaman	
			Memberikan obat diuretik berdasarkan kolaborasi dengan dokter	
		24.00	H/ Menginjeksi Furosemide 40 mg (1	
	II		ampul)/ bolus IV	Perawat
			Memberi obat berdasarkan hasil	Maria
			kolaborasi dengan dokter	
		05.00	H/ Memberikan obat farbiven 2,5 ml/	
	I		inhalasi (Nebulizer)	Perawat
	II		Memonitor tanda-tanda vital	Maria
			H/ TD: 100/60 mmHg	
		05.45	N: 96 x/menit	
	I		S: 36,4ºC	Perawat
	II		P: 24 x/menit	Maria
	III		Memonitor keluhan sesak nafas pasien	
			H/ Pasien mengatakan masih sesak	
		06.00	dan batuk sesekali.	
	I		Tampak pasien sesak	Perawat
			Mengkaji lokasi dan luasnya edema	Maria
			H/ Pasien mengatakan bengkak pada	
		06.05	kedua kaki sudah berkurang	
	II		Tampak edema pada kedua	Perawat
			ekstremitas bawah dan palpebra	Maria
			sudah berkurang. Pitting edema	
			derajat 1 dengan kedalaman 2-3	

			mm waktu kembali 3 detik.	
	II	06.10	Meninggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20º (ekstremitas bawah) H/ Tampak pasien berbaring dengan menggunakan bantal di bawah kedua kakinya.	Perawat Maria
	III	06.15	Memonitor toleransi pasien terhadap aktivitas pemenuhan ADL H/ Pasien memgatakan masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri khususnya BAB dan BAK karena pasien masih sesak jika banyak bergerak.	Perawat Maria
	II	06.50	Mencatat intake yang akurat dan mencatat output pasien H/ pasien mengatakan minum air putih 1 gelas 250 cc dan menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan BAK 1 kali 200 cc Balance cairan 24 jam Intake Air putih: 07.00-13.00= 500 cc 13.00-20.00= 400 cc 20.00-06.00= 250 cc Susu = 200 cc Output BAK: 07.00-13.00= 200 cc 13.00-20.00= 150 cc 20.00-06.00= 200 cc IWL=BBx15/24 jam 45x15= 675 CM-(CK+IWL)= 1350-(550+657)	Perawat Maria

			= +125	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn.”B”/62 tahun

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

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
23-03-2018	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien juga mengatakan masih batuk	Velaria

		berlendir tapi lendirnya sedikit - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya O: - Tampak pasien sesak - Terdengar ronchi di kedua lapang paru - JVP: 5+3 cmH_2O - CRT kembali >3 detik - Terdengar murmur di ICS III *linea sternalis dextra* dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras - Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit - Tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg N : 95x/menit S : 36ºC P : 25x/menit HR: 99 x/menit A: Pasien masih mengalami penurunan curah jantung P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultasi suara jantung - Auskultasi suara paru - Berikan oksigen - Atur posisi pasien	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S: Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya O: - Tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5	Velaria

	III	mm waktu kembali 5 detik. - Ronchi dikedua lapang paru - Balance cairan 24 jam: +493 - Tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg N : 95x/menit S : 36ºC P : 25x/menit A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Kaji lokasi dan luasnya edema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan output pasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena dampak Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan masih sesak jika banyak bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarga seperti makan, berpakaian, BAB dan BAK diatas tempat tidur. O: - Tampak perawat membantu pasien BAB dan BAK di atas tempat tidur dengan menggunakan pispot - Tampak pasien sesak - Tampak pasien pucat - Tampak keluarga menyuapi pasien - CRT kembali > 3 detik - Conjungtiva: anemis - Tanda-tanda vital	Velaria

		TD: 100/70 mmHg N : 95 x/menit S : 36ºC P : 25x/menit A: Pasien masih mengalami intoleran aktivitas P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas - Bantu pasien sesuai kebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantu pasien	
24-03-2018	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan masih batuk berlendir - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya mulai berkurang. O: - Tampak pasien sesak - JVP: 5+3 cmH_2O - CRT kembali >3 detik - Terdengar murmur di ICS III linea sternalis dextra dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras - Terdengar ronchi di kedua lapang paru - Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit - Tanda tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 94 x/menit P: 24x/menit S: 36ºC	Velaria

		HR: 97 x/menit O: Pasien masih mengalami Penurunan curah jantung P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultasi suara jantung - Auskultasi suara paru - Atur posisi pasien	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S: Pasien mengatakan bengkak pada kedua kelopak mata dan kakinya mulai berkurang. O:- Tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah derajat II dengan kedalaman 3-5 mm waktu kembali 5 detik. - Balance cairan 24 jam: +293 - Tanda tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 94 x/menit P: 24 x/menit S: 36ºC A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan masih P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Kaji lokasi dan luasnya edema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan output pasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena dampak	Velaria
	III	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: - Pasien mengatakan sudah mampu makan sendiri, tapi untuk berpakaian, BAB dan BAK masih dibantu karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. - Pasien juga mengatakan badannya masih	Velaria

		terasa lemas O: - Tampak pasien pucat - Conjungtiva: anemis - Tampak perawat membantu pasien BAB dan BAK diatas tempat tidur - CRT kembali > 3 detik - Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 94 x/menit P: 24x/menit S: 36ºC A: Pasien masih mengalami intoleran aktivitas P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas - Bantu pasien sesuai kebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantu pasien	
25-03-2018	I	Penurunan curah jantung b/d perubahan volume sekuncup S: - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk sesekali - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sudah berkurang O: - Tampak pasien sesak - Terdengar murmur di ICS III linea sternalis dextra dengan kualitas makin keras kemudian makin melemah terdengar saat sistolik dengan intensitas keras - Terdengar ronchi di kedua lapang paru - Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Velari

		- Tanda-tanda vital TD: 100/60 mmHg N: 96 x/menit S: 36,4ºC P: 24 x/menit A: Pasien masih mengalami penurunan curah jantung P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Auskultassi suara jantung - Auskultasi suara paru - Berikan oksigen - Atur posisi pasien	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi: S: Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki sudah berkurang O: - Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah sudah berkurang. Pitting edema derajat 1 dengan kedalaman 2-3 mm waktu kembali 3 detik. - Balance cairan 24 jam: +125 - Tanda-tanda vital TD: 100/60 mmHg N: 96 x/menit S: 36,4ºC P: 24 x/menit A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P: Lanjutkan intervensi - Motor TTV - Kaji lokasi dan luasnya edema - Berikan diuretik yang diresepkan - Catat intake dan output pasien - Tinggikan anggota gerak yang terkena	Velaria

	III	dampak Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: Pasien mengatakan masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri khususnya BAB dan BAK karena pasien masih sesak jika banyak bergerak. O: - Tampak perawat membantu pasien BAB dan BAK di atas tempat tidur - Tanda-tanda vital TD: 100/60 mmHg N: 96 x/menit S: 36,4ºC P: 24 x/menit A: Pasien masih mengalami intoleran aktivitas P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas - Bantu pasien sesuai kebutuhan - Beri kesempatan keluarga untuk membantu pasien	Velaria

G. Daftar Obat

a. Nama obat: Furosemide

1) Nama obat : Furosemide
   Klasifikasi obat : Diuretik
2) Dosis umum : 20-80 mg
3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg
4) Cara pemberian obat : Intra vena
5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:
   Furosemide adalah derivate asam antranilat yang efektif sebagai diuretik. Mekanisme kerja furosemide adalah menghambat penyerapan kembali natrium oleh sel tubuli

ginjal. Furosemide meningkatkan pengeluaran air, natrium, klorida, kalium, dan tidak mempengaruhi tekanan darah yang normal.

6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   Pada pasien yang mengalami edema (penumpukan cairan berlebihan di dalam tubuh).
7) Kontra indikasi
   Pasien dengan gangguan defisiensi kalium, glomerulonefritis akut, insufisiensi ginjal akut, wanita hamil dan pasien yang hipersensitif terhadap furosemide.
8) Efek samping obat
   Dapat menyebabkan hipokalemi, peningkatan kadar asam urat dan kadar gula darah, mual, muntah, nafsu makan menurun, iritasi pada mulut dan lambung, diare, sakit kepala, pusing, penglihatan kabur, anemia, trombositopenia.

b. Nama obat: Forbivent
   1) Klasifikasi/golngan obat: Pengencer dahak (ekspektoran)
   2) Dosis umum: 1 ampul 3-4 x/hari
   3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 tube inhaler NEBU
   4) Cara pemberian obat: Nebulizer
   5) Mekanisme kerja dan fungsi obat: bekerja disaluran udara dengan membuka saluran pernafasan dan relaksasi otot-otot.
   6) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan: untuk mengencerkan dahak dan mengurangi sesak.

7) Kontra indikasi: Kardiomiopatiobstruktif hipertrofi, takiaritmia, hipersensitifitas terhadap atropine atau derivatnya.
8) Efek samping obat: Sakit kepala, pusing, gelisah, takikardia, tremor halus pada otot rangka, palpitasi, hipokalemia berat, batuk, iritasi lokal, mual muntah, berkeringat, otot lemah, mialgia, kram otot, mulut kering.

c. Nama obat: Spironalacton
   1) Klasifikasi/golongan obat: Antagonis aldosteron diuretik.
   2) Dosis umum: 100-400 mg/hari. Untuk penderita gagal jantung 25-200 mg/hari.
   3) Cara pemberian: Oral
   4) Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Spironolakton merupakan senyawa yang secara spesifik bersifat antagonis terhadap aldosteron yang berfungsi untuk mengatur keseimbangan cairan dengan cara

mempertahankan natrium dan air, namun membuang kalium melalui urine.

5) Indikasi: Mengobati edema, hipertensi, meringankan gagal jantung, aldoteronisme, mengatasi penyakit hati, sindrom nefrotik dan mengatasi kadar potassium rendah.
6) Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap spironolacton
7) Efek samping: pusing dan sakit kepala ringan, mual dan muntah, diare, pembengkakan di payudara, kram pada kaki dan impotensi.

d. Nama obat: Ambroxol
   1) Klasifikasi/golongan obat: Mukolitik
   2) Dosis umum: 30 mg-120 mg
   3) Cara pemberian: Oral
   4) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ambroxol mempunyai sifat sekretolitik dapat mempermudah pengeluaran secret yang kental dan lengket di dalam saluran pernafasan.

5) Indikasi: Sebagai sekretolitik pada gangguan pernafasan akut dan kronis, khususnya pada eksaserbasi bronchitis kronis, bronchitis asmatik dan asma bronchial.
6) Kontraindikasi: hipersensitif terhadap ambroxol.
7) Efek samping: Mual, muntah dan nyeri ulu hati.

e. Nama obat: Bisoprolol
   1) Klasifikasi/golongan obat:Beta-blocker
   2) Dosis umum: untuk pemberian awal dikisarkan 1,25-10 mg, 1 kali sehari, namun dokter dapat memberikan dosis maksimum 20 mg perhari jika diperlukan.
   3) Cara pemberian: Oral

4) Mekanisme kerja obat: Bisoprolol merupakan golongan beta-blocker yang bekerja dengan cara menghambat reseptor beta-1 adrenergik reseptor.
5) Indikasi: digunakan untuk mengobati hipertensi, pengobatan angina serta gagal jantung.
6) Kontra indikasi: Penderita yang memiliki hipersensitif atau alergi terhadap bisoprolol, penderita asma, bradikardi yang nyata, sindrom penyakit sinus, dan syok kardiogenik.
7) Efek samping: bisoprolol umumnya ditoleransi dengan baik, namun ada efek samping yang perlu diperhatikan seperti: nyeri perut, dyspepsia, mual, muntah, konstipasi, diare, sakit kepala, vertigo, ansietas, mulut kering, insomnia, kram otot, kelemahan dan keletihan.

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn “B” masuk rumah sakit di ruangan St. Bernadeth II.A pada tanggal 21 maret 2018 dengan diagnosa *Congestif Heart Failure* (CHF) + Bronchitis. Di rumah pasien mengeluh batuk, sesak, dada terasa berdebar-debar, mual, kurang nafsu makan, susah tidur disertai bengkak pada kedua kakinya sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS Stella Maris Makassar.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Maret 2018, diperoleh data: pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki, masih sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir namun sedikit, badannya terasa lemas dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Terapi yang diberikan furosemide 40 mg/8 jam/ bolus IV, spironolakton 12 mg/12 jam/oral, ambroxol 30 mg/24 jam, bisoprorol 12 mg/24 jam/oral, dan terapi farbiven 2,5 mg/12 jam/inhalasi nebulizer. Terpasang oksigen nasal kanul 3 L/menit dan terpasang triway, tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, kesadaran *composmentis* dengan GCS 15, tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg, N: 97 x/menit, S: 36,2 ºC, P: 26 x/menit, HR: 102 x/menit. Hasil pemeriksaan Echocardiografi yaitu *Ejection Fraction* (EF)= 61%, *Aortic Stenosis, Mitral Insufisiensi, Pulmonal Hipertension, Trikuspid Insufisiensi*, foto thorax: *Cardiomegali*, Efusi Pleura Bilateral dan EKG: RVH *(Right Ventricular Hypertrophy).*

Dari data diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

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.”B” umur 62 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskuler *congestife heart failure* di ruang perawatan St. Bernadeth II.A RS Sella Maris Makassar, selama 3 hari 23-25 Maret 2018. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Tn.”B” umur 62 tahun masuk RS Stella Maris dengan keluhan utama bengkak pada kedua ekstremitas bawah. Saat pengkajian pada tanggal 22 maret 2018 diperoleh data, pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir, cepat lelah, badannya terasa lemas, dan terdapat suara tambahan ronchi. Menurut teori edema terjadi karena terjadi penimbunan cairan dan natrium di ginjal, sesak terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas juga dapat terjadi orthopneic. Suara ronchi timbul akibat gaya gravitasi dan transdusi cairan paru. Cepat lelah terjadi karena curah jantung yang menurun yang menghambat sirkulasi ke jaringan dan sirkulasi normal, juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas serta menurunnya pembuangan sisa hasil metabolisme.

Tidak semua tanda dan gejala pada teori ditemukan pada kasus, seperti asites dan hepatomegali. Hepatomegali terjadi akibat penimbunan darah di vena hepatika dan kemudian menyebabkan terjadinya asites. Faktor risiko terjadinya CHF pada Tn.”B” yaitu usia, riwayat penyakit Tb paru dan merokok.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kedua kaki dan batuk berlendir. Pada saat pengkajian tampak pasien sesak dan berbaring dengan posisi semi fowler, dan hasil TTV yaitu TD: 110/90 mmHg, N: 79x/menit, S: 36ºC, P: 26x/menit. Hasil pemeriksaan fisik terdengar ronchi dikedua lapang paru, terdengar murmur di ICS II linea sternalis dextra, CRT kembali > 3detik, JVP: 5+3 cmH_2O, dan hasil pemeriksaan penunjang: EKG RHF, foto thorax: cardiomegali, efusi pleura bilateral serta hasil Echocardiografi EF: 61 %, *Aortic Stenosis, Mitral Insufisiensi, Pulmonal Hipertension, Trikuspid Insufisiensi.*
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena kaki pasien bengkak dan pasien mengalami peningkatan berat badan selama 6 hari. Hasil pemeriksaan fisik terdapat pitting edema derajat II, hasil pemeriksaan HB: 12,7 dan hasil pemeriksaan foto thorax: efusi pleura bilateral.
3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila beraktivitas, aktivitasnya sehari-hari terhambat karena bengkak pada kedua kakinya dan badannya terasa lemas serta kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Hasil pemeriksaan fisik CRT: kembali > 3 detik, kulit teraba dingin dan tampak pucat, konjungtiva: tampak anemis.

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

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane kapiler alveolus ditandai dengan sesak nafas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena akan terjadi tumpang tindih dengan diagnose penurunan curah jantung dimana intervensi yang diberikan hampir seluruhnya sama serta mengingat pada diagnosa penurunan curah jantung bukan hanya mengatasi ventilasi tapi juga mengatasi jalan nafasnya.
2. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (mis; status kesehatan). Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien tidak mengalami kecemasan yang berlebihan akan penyakitnya ataupun kesehatannya dikarenakan pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya sejak 4 bulan yang lalu saat Ia berobat ke Puskesmas.

C. Rencana Keperawatan

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

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup. Intervensi yang disusun penulis untuk mengatasi masalah ini yaitu: observasi tanda-tanda vital, pengaturan posisi, auskultasi suara nafas tambahan, instruksi pasien untuk tidak mengedan saat BAB dan suara jantung tambahan, pemasangan oksigen dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada diagnosa ini intrervensi yang disusun oleh penulis yaitu: kaji masukan dan pengeluaran tiap 2 jam, kaji adanya edema dan pitting edema, tinggikan ekstremitas untuk

meningkatkan aliran balik vena, instruksi pasien untuk pembatasan konsumsi cairan dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti diuretik.

3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu: monitor toleransi pasien terhadap aktivitas, instruksikan pasien mengenai faktor risiko timbulnya penyakit jantung, bantu pasien sesuai dengan kondisi ketergantungan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dengan kerja sama dan partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa. Semua tindakan keperawatan disesuaikan dan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang sudah dibuat dan dapat dilakukan dengan baik karena adanya fasilitas yang tersedia dan sumber daya yang memadai.

E. Evaluasi

Adapun evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.”B” dengan diagnosa medis CHF sebagai berikut:

1. Untuk diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup

   Masalah belum teratasi karena pasien masih menunjukan gejala penurunan curah jantung seperti sesak nafas, batuk, dan masih terdengar murmur serta JVP masih 5+3 cmH_2O, TD: 100/60 mmHg, N: 96 x/menit, P: 24 x/menit. sehingga tindakan masih perlu dilanjutkan.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

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

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

   masalah ini belum teratasi karena pasien masih menunjukan intoleransi aktivitas yang ditandai dengan pasien masih merasa sesak jika beraktivitas seperti BAB dan BAK. Sehingga implementasi masih dilanjutkan.

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.”B” umur 62 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskuler *congestife heart failure* di ruang perawatan St. Bernadeth II.A RS Sella Maris Makassar, selama 3 hari 23-25 Maret 2018. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Tn.”B” umur 62 tahun masuk RS Stella Maris dengan keluhan utama bengkak pada kedua ekstremitas bawah. Saat pengkajian pada tanggal 22 maret 2018 diperoleh data, pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir, cepat lelah, badannya terasa lemas, dan terdapat suara tambahan ronchi. Menurut teori edema terjadi karena terjadi penimbunan cairan dan natrium di ginjal, sesak terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas juga dapat terjadi orthopneic. Suara ronchi timbul akibat gaya gravitasi dan transdusi cairan paru. Cepat lelah terjadi karena curah jantung yang menurun yang menghambat sirkulasi ke jaringan dan sirkulasi normal, juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas serta menurunnya pembuangan sisa hasil metabolisme.

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

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

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

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada pasien Tn.”B” dengan CHF didapatkan data: pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir namun sedikit, cepat lelah dan badannya terasa lemas. Tampak pasien sesak, tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat II. Terdengar suara nafas tambahan ronchi dikedua lapang paru dan suara jantung abnormal terdengar murmur di *ICS III linea sternalis dextra.* Kesadaran komposmentis dengan GCS 15, JVP: 5 + 3 cmH_2O, CRT kembali > 3 detik, tanda-tanda vital TD: 110/90 mmHg, N: 79 x/menit, S: 36,2 ºC, P: 26 x/menit. Hasil pemeriksaan Echocardiografi yaitu EF= 61%, Aortic Stenosis, Mitral Insufisiensi, Pulmonal Hipertension, Trikuspid Insufisiensi, foto thorax: Cardiomegali, Efusi Pleura Bilateral dan EKG: RHF.
2. Berdasarkan data yang diperoleh dari Tn.”B” dengan CHF penulis mendapatkan diagnosa keperawatan antara lain:
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup
   b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
   c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

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

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

B. Saran

1. Rumah sakit

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

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

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

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

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

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

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada pasien Tn.”B” dengan CHF didapatkan data: pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki dan pada kedua kelopak mata, sesak dan bertambah berat bila beraktivitas, mual, kurang nafsu makan disertai batuk berlendir namun sedikit, cepat lelah dan badannya terasa lemas. Tampak pasien sesak, tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak edema pada kedua palpebra dan kedua ekstremitas bawah derajat II. Terdengar suara nafas tambahan ronchi dikedua lapang paru dan suara jantung abnormal terdengar murmur di *ICS III linea sternalis dextra.* Kesadaran komposmentis dengan GCS 15, JVP: 5 + 3 cmH_2O, CRT kembali > 3 detik, tanda-tanda vital TD: 110/90 mmHg, N: 79 x/menit, S: 36,2 ºC, P: 26 x/menit. Hasil pemeriksaan Echocardiografi yaitu EF= 61%, Aortic Stenosis, Mitral Insufisiensi, Pulmonal Hipertension, Trikuspid Insufisiensi, foto thorax: Cardiomegali, Efusi Pleura Bilateral dan EKG: RHF.
2. Berdasarkan data yang diperoleh dari Tn.”B” dengan CHF penulis mendapatkan diagnosa keperawatan antara lain:
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

Syaifuddin. 2014. Anatomi Fisiologi. Jakarta: EGC

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

MRO. Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2017. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Sue Moorhead, M. J. 2013. Nursing Outocomes Classification. Singapore: CV Mocomedia

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

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

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

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

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

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

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

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

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Velaria Undut

Judul : Asuhan keperawatan pada "Tn.B" dengan *Congestive Heart Failure* di ruang perawatan St.Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris

Nim : E1514401049

Pembimbing II : Yunita Gabriela madu,S.Kep,Ns

No	Hari Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis, 22-03-2018	Konsul judul	Lengkapi pengkajian 11 pola Gordon		
2.	Jumat, 23-03-2018	Bab III Pengkajian	Lengkapi - Pengkajian pola pemeliharaan kesehatan - Pola aktivitas dan latihan		
3.	Sabtu, 25-03-2018	Bab III - Pengkajia - Pemeriksaan fisik	Lengkapi - Pola eliminasi dalam balance cairan - Lengkapi pemeriksaan fisik thorax dan pernafasan - pemeriksaan fisik jantung		

4.	Senin, 27-03-2018	Bab III - Analisa data - Diagnosa	Lengkapi - Analisa data dan tambahkan data pemeriksaan fisik - Perbaiki diagno-sa prioritas		
5.	Jumat, 01-04-2014	Bab III Rencana keperawatan	Lengkapi rencana keperawatan sesuai SMART		
6.	Sabtu, 02-04-2018	Bab III - Implementa - Evaluasi	Perbaiki - Implementasi sesuai tindakan - Perbaiki evaluasi		
7.	Rabu, 07-04-2018	Bab III - Implementas - Evaluasi	Perbaiki - Implementasi bagian penulisan obat - Perbaiki evaluasi		
8.	Rabu, 14-04-2018	Bab III - Tinjauan kasus - Implementasi	- Mengelompokan data dalam tinjauan kasus - Lengkapi balance cairan dalam implementasi		
9.	Jumat, 23-04-2018	Bab III Tinjauan kasus	- Tambahkan terapi - Lengkapi kembali pengkajian		
10.	Senin,	Bab III - Tinjauan	- Perbaiki pengetikan		

	07-05-2018	kasus - Terapi pemberian obat	- Lengkapi cara penulisan terapi pemberian obat		
11.	Senin, 21-05-2018	Bab III Evaluasi	- Lengkapi lanjutan implementasi - Perbaiki SOAP tambahkan data pemeriksaan fisik		
12.	Sabtu, 02-06-2018	Bab III	Lengkapi dan kroscek kembali - Pengkajian - Analisa data - Diagnosa keperawatan - Intervensi, implenmentasi - Evaluasi		
13	Senin, 04-06-2018	Bab III	ACC Bab III		

LEMBAR KONSUL

Nama : Velaria Undut
Judul : Asuhan Keperawatan pada “Tn.B” dengan CHF
Nim : E1514401049
Pembimbing I : Rosmina Situngkir,SKM,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING
1.	28-04-2018	Bab I. tujuan dan manfaat	Perbaiki latar belakang, penulisan dan tambahkan data-data	
2.	14-05-2018	Bab I dan Bab II	Perbaiki bab I latar belakang seberapa penting perawatan pada pasien CHF	
3.	15-05-2018	Bab I dan Bab II	Bab I latar belakang tambahkan data-data medical record terkait pravelensi penyakit jantung	
4.	16-05-2018	Bab I, II, II dan IV	Bab I dan II ACC Bab III diperbaiki implementasi Bab IV perbaiki implementasi sesuaikan dengan yang dilakukan Bab V perbaiki saran	
5.	22-05-2018	Bab IV dan Bab V	Perbaiki sesuai koreksi, lengkapi dari Bab I	

			sampai dengan Bab V	
6.	26-05-2018	Bab IV dan Bab V	Perbaiki implementasi di bab IV Bab V diperbaiki kesimpulan pada implementasi dan evaluasi, saran diperbaiki bagian sarana untuk institusi dan RS	
7.	28-05-2018	Bab I, II, IV dan V	ACC Diperbanyak	