KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "H" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

ESTERLINA METTANG

E1714401015

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "H" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**. Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Esterlina Mettang
E1714401015

Disetujui oleh :

Pembimbing

(Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns)
NIRA : 71730442741

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc)
NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "H" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**. Telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 09.20-10.00
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Mery Solon, Ns.,M.Kes ( )
2. Yunita Carolina, Ns.,M.Kep ( )
3. Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Esterlina Mettang
Tempat, Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 21 Oktober 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Abubakar Lambogo 2 No. 1 A

II. Identias Orang Tua

Ayah/Ibu	: Thomas Tumba Sambolangi/Martha Marthina
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta/Guru
Alamat	: Kolaka, Sulawesi Tenggara

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SD Negeri 2 19 November	: Tahun 2005-2011
SMP Negeri 3 Kolaka	: Tahun 2011-2014
SMA Frater Makassar	: Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017-2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "H" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar program Diploma III Keperawatan Tahun 2019-2020.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya.

Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pihak-pihak tersebut antara lain :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes. Selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
5. Kepada seluruh dosen dan tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
6. Sr. Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, SJMJ, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan

kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengambilan data awal dan melakukan penelitian di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa kepada orang tua yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan bantuan materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
9. Ny “H” dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
10. Seluruh teman-teman program Diploma III Keperawatan angkatan 2017 yang telah memberikan doa dan dukungan selama penyusunan KTI ini.
11. Pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan KTI ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan KTI ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi penulis khususnya. Terima kasih.

Makassar, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN i
HALAMAN PENGESAHAN..... ii
RIWAYAT HIDUP iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR TABEL ix
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis..... 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 6
3. Etiologi 8
4. Klasifikasi 10
5. Patofisiologi 11
6. Manifestasi Klinik 12
7. Pemeriksaan Diagnostik 13
8. Penatalaksanaan 13
9. Komplikasi 15
B. Konsep Dasar Keperawatan 16
1. Pengkajian 16
2. Diagnosa Keperawatan 18

3. Perencanaan Keperawatan 19
4. *Discharge Planning* 24
C. Patoflowdiagram 26
BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengamatan Kasus 28
B. Pengkajian 30
C. Analisa Data 53
D. Diagnosa Keperawatan 56
E. Intervensi Keperawatan 57
F. Implementasi Keperawatan 63
G. Evaluasi Keperawatan 73
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 79
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 81
C. Rencana Keperawatan 83
D. Implementasi Keperawatan 84
E. Evaluasi 84
BAB V PENUTUP 86
A. Kesimpulan 86
B. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung 6
Gambar 2. 2 Patoflowdiagram CHF 26
Gambar 3. 1 Genogram 32

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi NYHA 11
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Creatinine 46
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Urin 46
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Darah Lengkap 47
Tabel 3. 4 Pemeriksaan Albumin 47
Tabel 3. 5 Pemeriksaan Kimia Darah 47
Tabel 3. 6 Analisa Data 53
Tabel 3. 7 Diagnosa Keperawatan 56
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan 57
Tabel 3. 9 Implementasi Keperawatan 63
Tabel 3. 10 Evaluasi Keperawatan 73

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan yang utama pada negara berkembang ataupun negara maju adalah penyakit pembuluh darah dan jantung. Gagal jantung merupakan tahap akhir dari seluruh penyakit jantung dan merupakan penyebab peningkatan morbiditas dan mortalitas pasien jantung. Kejadian gagal jantung akan semakin meningkat di masa depan karena semakin bertambahnya usia harapan hidup dan berkembangnya terapi penanganan infark miokard mengakibatkan perbaikan harapan hidup penderita dengan penurunan fungsi jantung (Idocpub, 2019).

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian disebabkan oleh *Congestive Heart Failure* (CHF). Penelitian yang telah dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa risiko berkembangnya CHF adalah 20% untuk usia ≥40 tahun dengan kejadian >650.000 kasus baru yang diagnosis CHF selama beberapa dekade terakhir. Kejadian CHF meningkat dengan bertambahnya umur. Tingkat kematian untuk CHF sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun (Rispawati, 2019).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia yaitu sebesar 1,5% dari total penduduk. Penelitian tersebut juga menunjukkan penderita penyakit jantung berdasarkan jenis kelamin lebih tinggi terjadi pada perempuan yaitu 1,6% dibandingkan laki-laki 1,3%. Selain itu, masyarakat kota juga cenderung lebih banyak terserang penyakit jantung dengan prevalensi 1,6% dibandingkan penduduk perdesaan yang hanya 1,3%.

Berdasarkan jenis pekerjaan yang paling banyak mengalami penyakit jantung adalah Aparatur Sipil Negara (ASN) atau Pegawai Negeri Sipil (PNS) seperti pegawai pemerintahan, TNI-Polri, pegawai BUMN serta BUMD dengan prevalensi 2,7% (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data dari Rekam Medis Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2017 sebanyak 373 orang dengan kematian 54 orang, pada tahun 2018 jumlah penderita CHF 312 orang dengan kematian 40 orang dan pada tahun 2019 jumlah penderita sebanyak 395 orang dengan kematian 49 orang dan mayoritas berada pada kisaran umur 65 tahun keatas (MRO RS Stella Maris Makassar, 2020).

Melihat data-data yang ada, angka insiden penderita CHF membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprehensif. 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 dan saat pulang dari rumah sakit dengan tujuan pasien dan keluarga dapat belajar dan mengerti tentang gagal jantung sehingga mereka mampu mengatur aktivitas dan istirahat, 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 NY “H” DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Untuk mendapatkan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

   c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

   d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan sebagai sumber informasi dan bahan masukan untuk tenaga perawat dalam institusi rumah sakit yang berkaitan dengan perawatan pada pasien CHF.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan bisa menambah bahan referensi dan sebagai salah satu sumber ilmu pengetahuan dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien CHF.

3. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan, menyadari pentingnya pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi.

4. Bagi Penulis
   a. Sebagai syarat dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan.
   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

D. Metode Penulisan

Karya tulis ini merupakan kajian ilmiah yang disasarkan pada :

1. Studi Kepustakaan

   Penulis mengumpulkan data dan 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 langsung oleh perawat mulai dari kepla sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

   c. Studi dokumentasi

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

   d. Observasi

      Pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

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, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. Setelah itu pada akhir BAB ini dibuatkan patoflodiagram, 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 ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

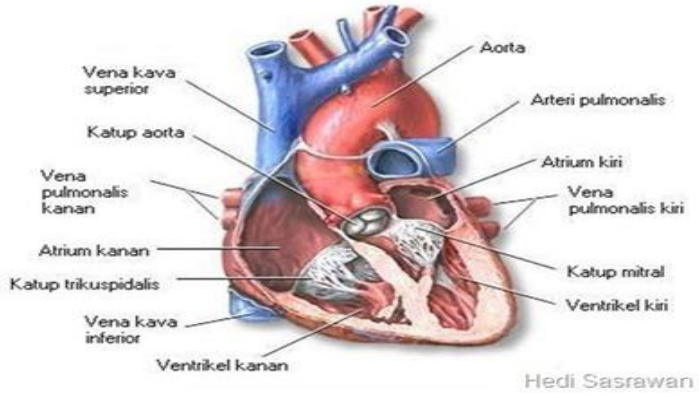
Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi (Aspiani, 2015).

Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Kasron, 2016).

Dari beberapa uraian di atas dapat disimpulkan bahwa gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

2. Anatomi Fisiologi Jantung

a. Anatomi Jantung



Gambar 2. 1 Anantomi Jantung (Sarana Ilmu, 2018).

Berdasarkan gambar di atas, terdapat beberapa bagian jantung (secara anatomis) diantaranya yaitu :

1) Aorta, merupakan pembuluh darah arteri yang paling besar yang keluar dari ventrikel sinistra.
2) Atrium kanan berfungsi untuk menampung darah miskin oksigen dari tubuh melalui vena kava superior dan inferior.
3) Atrium kiri berfungsi untuk menerima darah kaya oksigen dari paru melalui keempat vena pulmoner. Darah kemudian mengalir ke ventrikel kiri.
4) Vetrikel kanan berupa pompa otot, menampung darah dari atrium kanan dan memompanya ke paru melalui arteri pulmoner.
5) Ventrikel kiri, merupakan bilik paling besar dan paling berotot, menerima darah yang kaya oksigen dari paru melalui atrium kiri dan memompanya ke dalam sistem sirkulasi melalui aorta.
6) Arteri pulmonalis, merupakan pembuluh darah yang keluar dari ventrikel dextra menuju ke paru-paru, arteri pulmonalis membawa darah dari ventrikel dekstra ke paru-paru (pulmo).
7) Katup trikuspidalis, terdapat diantara atrium dekstra dengan ventrikel dekstra yang terdiri dari 3 katup.
8) Katup bikuspidalis, terdapat diantara atrium sinistra dengan ventrikel sinistra yang terdiri dari 2 katup.
9) Vena kava superior dan vena kava inferior mengalirkan darah ke atrium dekstra.

b. Fisiologi Jantung

1) Siklus Jantung

Siklus jantung terdiri dari urutan peristiwa yang berhubungan dengan gelombang rangsangan, listrik yang terbesar dan nodus melalui saraf penghantaran dan

menunuju miokardium akan merangsang otot. Dasar mekanik hubungan adalah sistolik dan diastolik.

2) Sistem Konduksi

Sistem konduksi otot jantung merupakan rangsangan yang ritmik dan sinkron. Sistem ini mempunyai jalur konduksi yang khusus di dalam miokardium. Jaringan konduksi ini memiliki sifat sebagai berikut :

a) Otomatisasi : kemampuan mendapat impuls secara spontan.
b) Ritmisasi : pembangkitan impuls untuk teratur.
c) Kondiktifitas : kemampuan untuk menanggapi impuls.

3) Curah Jantung

Curah jantung tergantung dari hubungan yang terdapat antara duah buah ventrikel yaitu frekuensi jantung dan curah sekuncup, curah jantung adalah volume darah yang dipompa oleh ventrikel tiap menit. (Nurohman, 2012).

3. Etiologi

Ada beberapa etiologi/penyebab dari gagal jantung :

a. Kelainan Otot Jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit degenerative atau inflamasi.

b. Aterosklerosis Koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah otot ke jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium

degenerative, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Hipertensi Sistemik atau Pulmonal

Meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrophi serabut otot jantung.

d. Peradangan dan Penyakit Miokardium Degeneratif

Sangat berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebebkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit Jantung Lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semilunar), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (temponade, perikardium, perikarditif konstriktif atau stenosis AV), peningkatan mendadak *afterload*.

f. Faktor Sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal ginjal. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis repiratorik atau metabolik dan abnormalita elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Kasron, 2016).

4. Klasifikasi CHF
    a. Gagal Jantung Akut-Kronik
        1) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan kardiak *output* dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.
        2) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik dan penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.
    b. Gagal Jantung Kanan-Kiri
        1) Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral.
        2) Gagal jantung kanan disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung lama sehingga cairan yang terbendung akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura dan lain-lain.
    c. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik
        1) Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya kardiak *output* menurun dan ventrikel hipertrofi.
        2) Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardiac output* turun (Kasron, 2016).

Pada gagal jantung kongestif terjadi manifestasi gabungan gagal jantung kiri dan kanan. *New York Heart Association* (NYHA) membuat klasifikasi fungsional dalam 4 kelas yaitu :

Kelas I	Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dyspnea napas, palpitasi atau keletihan berlebihan.
Kelas II	Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas bisa menimbulkan keletihan dan palpitasi.
Kelas III	Keterbatasan aktivitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
Kelas IV	Tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

Tabel 2.1 Klasifikasi NYHA (Aspiani, 2015).

5. Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat ke seluruh bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stres fisiologis. Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung yaitu *prelood*, kontraktilitas dan *afterlood*. Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu dari keadaan tersebut terganggu dapat menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat contoh regugitasi aorta dan cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah

yang dipompa pada setiap kontriksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, penimbunan cairan di paru-paru dan terjadi pembesaran vena di hepar mengakibatkan hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah dan lesu (Kasron, 2016).

6. Manifestasi Klinis
    a. Gagal jantung kiri
        1) Dispneu
        2) Batuk
        3) Mudah Lelah
        4) Kegelisahan dan Kecemasan
        5) Sianosis.
    b. Gagal Jantung Kanan
        1) Kongestif jaringan perifer dan visceral.
        2) Edema
        3) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.
        4) Anorexia dan mual. Terjadi akibat pembesaran vena dan stasis vena dalam rongga abdomen.
        5) Nokturia.
        6) Kelemahan (Kasron, 2016)

7. Pemeriksaan Diagnostik
    a. EKG
    b. Tes Laboratorium Darah
        1) Enzym hepar : meningkat dalam gagal jantung/kongesti.
        2) Elektolit : kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal.
        3) Oksimetri nadi : kemungkinan situasi oksigen rendah.
        4) AGD : gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO2.
        5) Albumin : mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein (Kasron, 2016).
    c. Radiologis
        1) Sonogram ekokardiogram
        2) Scan jantung
        3) Rontgen dada
    d. Ekokardiografi
    e. Kateterisasi jantung (Aspiani, 2015).

8. Penatalaksanaan
    a. Penatalaksanaan medis

        Tujuan : untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

        1) *First line drugs*: diuretic mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik. Obatnya adalah thiazide diuretics untuk CHF sedang, loop diuretic, metolazone (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium-sparing diuretic.
        2) *Second line drugs* : ACE inhibitor, membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung.

a) *Digoxin* : meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
b) *Hidralazin*: menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik.
c) *Isobarbide dinitrat* : mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
d) *Calcium channel blocker* : untuk kegagalan diastolic meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada pasien CHF kronik).
e) *Beta bloker,* sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR, mencegah iskemia miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel sinistra (Kasron, 2016).

b. Penatalaksanaan keperawatan
1) CHF Kronik
a. Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
b. Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari) untuk menurunkan edema.
c. Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDs karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
d. Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari).
e. Olahraga secara teratur.
2) CHF Akut
a. Oksigenasi (ventilasi mekanik)
b. Pembatasan cairan (<1,5 liter/hari).

9. Komplikasi
    a. Edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri.
    b. Syok Kardiogenik

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

        Trombus terbentuk karena imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktivitas thrombus dapat menyumbat pembuluh darah.
    d. Efusi pericardial dan Tamponade Perikardium

        Masuknya cairan ke dalam kantung pericardium dan efusi ini menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik vena ke jantung dan hasil akhir proses ini adalah jantung (Miati, 2015).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada CHF ini mengacu pada 11 pola Gordon :

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Mendeskripsikan pandangan klien terhadap kesehatan, kesejahteraan dan cara memanajemen kesehatan. Hal ini juga termasuk persepsi dari status kesehatan dan relevansinya dengan kondisi klien saat ini serta rencana kesehatan kedepannya. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah pengamatan umum, riwayat kesehatan masa lalu, kesehatan umum, tindakan pencegahan medis, prosedur bedah, penyakit masa anak-anak, imunisasi, pengobatan saat ini, alergi, kebiasaan, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, dan temuan atau hasil laboratorium.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Mendeskripsikan pola konsumsi makanan dan kebutuhan cairan yang dibutuhkan sehari-hari. Hal yang perlu dikaji berkaitan dengan pola konsumsi makanan dan cairan adalah kebiasaan waktu makan, jumlah dan jenis makanan dan cairan, makanan tertentu dan penggunaan suplemen tambahan berupa nutrisi atau vitamin. Penampilan umum kondisi kesehatan kulit, rambut, kuku, membran mukosa, dan gigi juga harus dikaji.

c. Pola eliminasi

Mendeskripsikan pola fungsi ekskresi (*bonel, bladder, skin*) dan cara klien mengatur proses ekskresi tersebut. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah waktu, kualitas, jumłah, dan alat yang digunakan untuk mengontrol proses eliminasi tersebut.

d. Pola aktivitas dan latihan

Mendeskripsikan pola aktivitas, latihan, mengisi waktu senggang, rekreasi dan aktivitas sehari-hari seperti merawat

diri, memasak, belanja, kerja, makan, olahraga dan kegiatan yang sering dilakukan di rumah. Faktor yang menghambat untuk melakukan aktivitas seperti gangguan kardiovaskuler, dyspnea, angina atau masalah kardiovaskuler juga perlu dikaji.

e. Pola tidur dan istirahat

Mendeskripsikan pola tidur, istirahat dan relaksasi dalam satu hari. Hal lain yang harus dikaji adalah kualitas dan kuantitas tidur, kondisi energi tubuh saat setelah tidur, gangguan tidur dan obat-obatan yang digunakan untuk menunjang istirahat.

f. Pola persepsi dan Kognitif

Mendeskripsikan pola kognitif dan persepsi sensori. Hal yang perlu dikaji adalah keadekuatan sistem sensori seperti penglihatan, pengecap, pendengaran, pembau dan peraba, serta laporan persepsi nyeri dan cara memanajemen nyeri harus dikaji. Aspek kognitif yang perlu dikaji adalah bahasa, ingatan dan cara pengambilan keputusan.

g. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Mendeskripsikan pola keterlibatan peran dan hubungan dengan orang lain. Hal yang harus dikaji adalah persepsi klien terhadap peran utama, respon terhadap kejadian tertentu dalam kehidupan sehari-hari dan faktor pendukung dan penghambat dalam keluarga, lingkungan kerja atau hubungan sosial dan tanggung jawab terhadap peran.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Mendeskripsikan pola konsep diri dan persepsi tingkat suasana hati, sikap individu, persepsi terhadap kemampuan diri (kognitif, afektif dan fisik) gambaran diri, identitas diri, nilai yang dianut dan pola emosi secara umum. Postur tubuh dan pergerakan, kontak mata, suara dan pola berbicara juga harus dikaji.

i. Pola mekanisme koping

Mendeskripsikan pola koping secara umum dan keefektifan pola tersebut untuk mengatasi stres. Hal lain yang harus dikaji adalah kemampuan untuk melawan tantangan, cara mengatasi stres, keluarga atau sumber dukungan lain dan kemampuan untuk mengatur kondisi yang penuh tekanan.

j. Pola reproduksi dan seksualitas

Mendeskripsikan pola kepuasan atau ketidakpuasan seksual dengan seksualitas dan pola reproduksi. Hal lain yang harus dikaji adalah kepuasan yang dirasakan, gangguan yang dialami dalam seksualitasnya, fase menopause (bagi perempuan) dan masalah lain yang dirasakan.

k. Pola sistem dan kepercayaan

Mendeskripsikan pola nilai, tujuan atau keyakinan (spiritual) yang menjadi acuan dalam pengambilan keputusan/bersikap. Hal lain yang harus dikaji adalah hal yang dianggap penting dalam hidup, kualitas hidup dan apapun yang dirasakan mengenai konflik pada nilai, keyakinan yang berhubungan dengan masalah kesehatan (Arinda, 2018).

2. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus.
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan curah jantung atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium dan air.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, perubahan dalam status kesehatan.
6. Defisien pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi (Aspiani, 2015).

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

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

      Kriteria hasil : Keefektifan pompa jantung kembali normal.

      Intervensi (NIC) :

      1) Auskultasi nadi apikal ; kaji frekuensi, irama jantung

         Rasional : Biasanya terjadi takikardi (meskipun pada saat istirahat) untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel.

      2) Catat bunyi jantung

         Rasional : S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama Gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke serambi yang disteni. Murmur dapat menunjukkan Inkompetensi/stenosis katup.

      3) Palpasi nadi perifer

         Rasional : Penurunan curah jantung dapat menunjukkan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis, pedis dan posttibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulse alternan.

      4) Pantau TD

         Rasional : Pada GJK dini, sedang atu kronis tekanan darah dapat meningkat. Pada CHF lanjut tubuh tidak mampu lagi mengkompensasi dan hipotensi tidak dapat normal lagi.

5) Kaji kulit terhadp pucat dan sianosis

   Rasional : Pucat menunjukkan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung, vasokontriksi dan anemia. Sianosis dapat terjadi sebagai refrakstori GJK. Area yang sakit sering berwarna biru atau belang karena peningkatan kongesti vena.

6) Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker dan obat sesuai indikasi (kolaborasi)

   Rasional : Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia. Banyak obat dapat digunakan untuk meningkatkan volume sekuncup, memperbaiki kontraktilitas dan menurunkan kongesti.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane 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) Pantau bunyi nafas, catat krekles

      Rasional : menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut.

   2) Ajarkan atau anjurkan klien batuk efektif, nafas dalam.

      Rasional : membersihkan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen.

   3) Dorong perubahan posisi.

      Rasional : Membantu mencegah atelektasis dan pneumonia.

   4) Kolaborasi dalam pantau atau gambarkan seri GDA, nadi oksimetri.

      Rasional : Hipoksemia dapat terjadi berat selama edema paru.

5) Berikan obat atau oksigen tambahan sesuai indikasi

   Rasional : untuk memudahkan dalam pertukaran gas di dalam tubuh.

c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan curah jantung atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium dan air.

   Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat mempertahankan keseimbangan cairan dalam tubuh.

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

   Intervensi (NIC) :

   1) Pantau atau hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam

      Rasional : Terapi diuretik dapat disebabkan oleh kehilangan cairan tiba-tiba atau berlebihan (hipovolemia) meskipun edema atau asites masih ada.

   2) Pertahakan duduk atau tirah baring dengan posisi semifowler selama fase akut.

      Rasional : Posisi tersebut meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi ADH sehingga meningkatkan diuresis.

   3) Pantau TD dan CVP (bila ada)

      Rasional : Hipertensi dan peningkatan CVP menunjukkan kelebihan cairan dan dapat menunjukkan terjadinya peningkatan kongesti paru, gagal jantung.

   4) Pemberian obat sesuai indikasi (kolaborasi)

      Rasional : Untuk mengeluarkan garam dan air yang berlebihan dalam tubuh.

5) Konsul dengan ahli diet.

   Rasional : perlu memberikan diet yang dapat diterima klien yang memenuhi kebutuhan kalori dalam pembatasan natrium.

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

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

   1) Adanya peningkatan dalam aktivitas.
   2) Tingkat daya tahan tubuh adekuat dalam beraktivitas.
   3) Menyeimbangkan aktivitas dan istirahat.

   Intervensi (NIC) :

   1) Periksa tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, khususnya bila klien menggunakan vasodilator, diuretik dan penyekat beta.

      Rasional : Hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas karena efek obat (vasodilasi), perpindahan cairan (diuretik) atau pengaruh fungsi jantung.

   2) Catat respons kardiopulmonal terhadap aktivitas, catat takikardi, diritmia, dispnea berkeringat dan pucat.

      Rasional : Penurunan atau ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume sekuncup selama aktivitas dapat menyebabkan peningkatan segera frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen juga peningkatan kelelahan dan kelemahan.

   3) Evaluasi peningkatan intoleran aktivitas.

      Rasional : Dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung daripada kelebihan aktivitas.

   4) Implementasi program rehabilitasi jantung atau aktivitas (kolaborasi)

Rasional : Peningkatan bertahap pada aktivitas menghindari kerja jantung atau konsumsi oksigen berlebihan. Penguatan dan perbaikan fungsi jantung di bawah stres, bila fungsi jantung tidak dapat membaik kembali.

e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, perubahan dalam status kesehatan.

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol cemas.

Kriteria hasil :

1) Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas.
2) Respon untuk mengontrol cemas.
3) Pasien tampak tenang.

Intervensi (NIC) :

1) Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan.

   Rasional : untuk menilai kecemasan klien dari perilaku verbal dan non verbal yang dapat menunjukkan adanya kegelisahan, kemarahan, penolakan dan sebagainya.
2) Dorong klien untuk mengekspresikan perasaan marah, cemas atau takut terhadap situasi krisis yang dialaminya.

   Rasional : untuk mengetahui perasaan klien terhadap apa yang dialaminya.
3) Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi.

   Rasional : untuk mengurangi kecemasan pasien.
4) Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan.

   Rasional : untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan.

f. Defisien pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapka klien mempunyai pengetahuan tentang proses penyakit.

Kriteria hasil :

1) Menjelaskan faktor penyebab dan risiko.
2) Menjelaskan tanda dan gejala.
3) Menjelaskan tindakan untuk meminimalkan progresi penyakit.

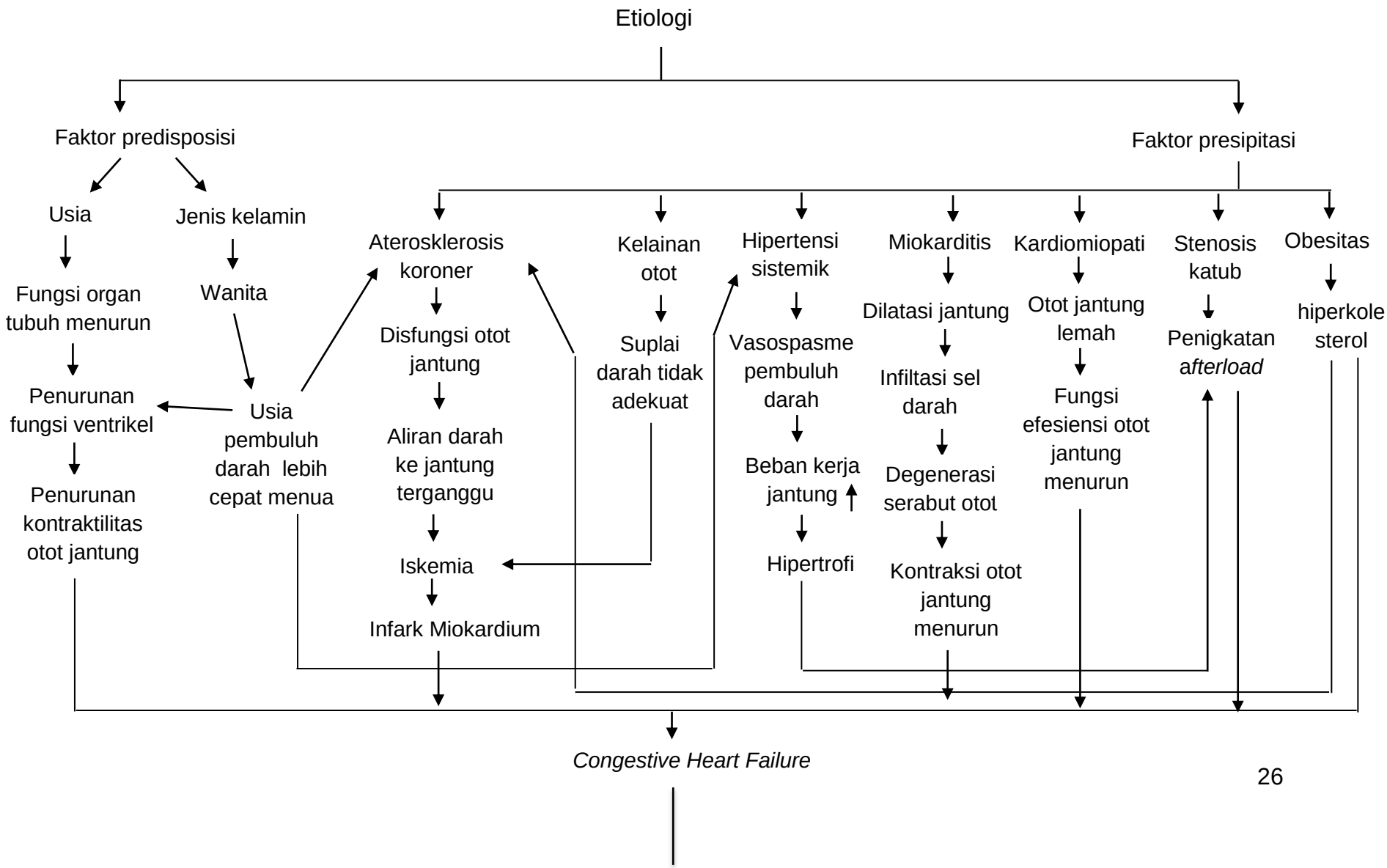
Intervensi (NIC) :

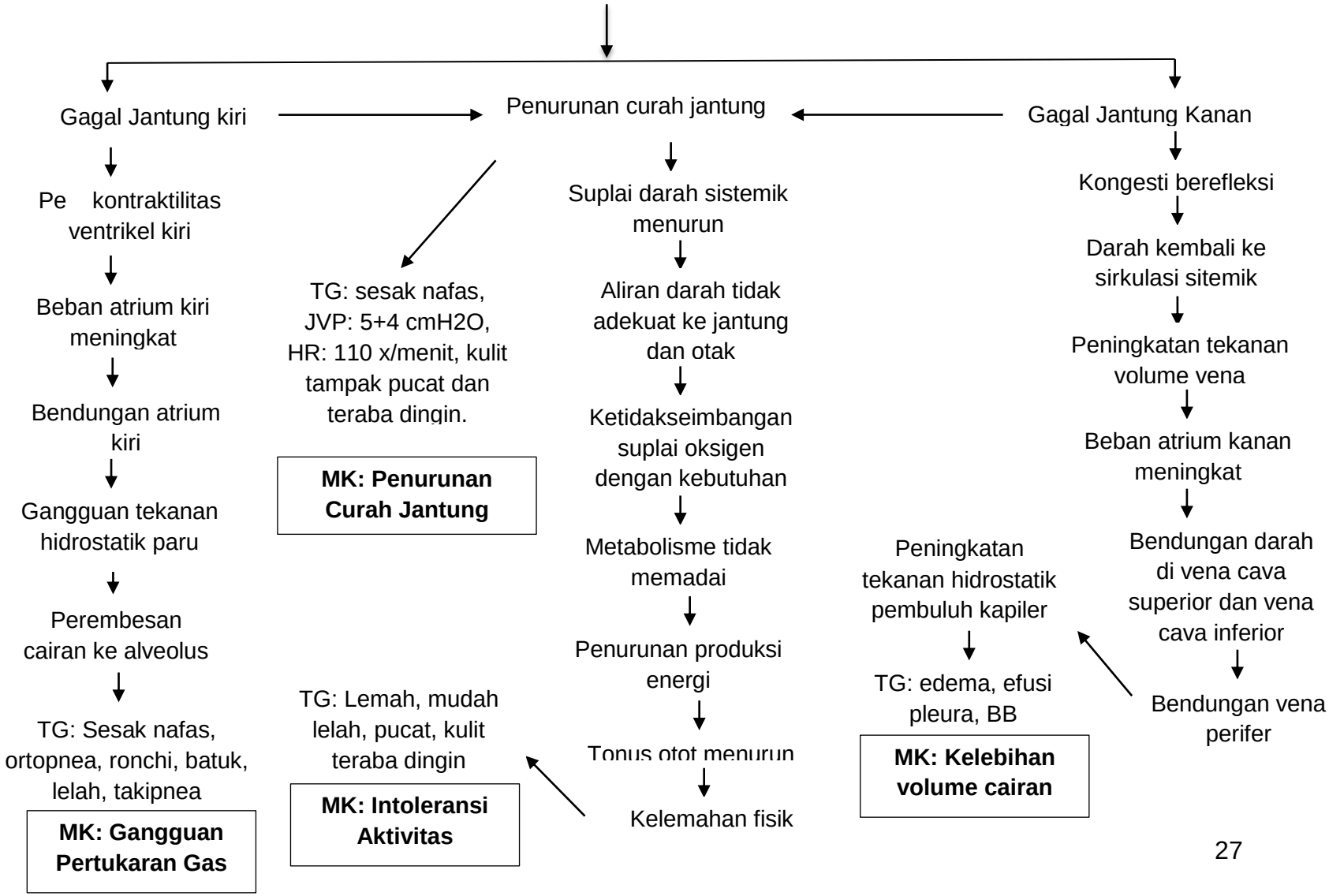
1) Diskusikan fungsi jantung normal
   Rasional : Pengetahuan proses penyakit dan harapan dapat memudahkan ketaatan pada program pengobatan.
2) Kuatkan rasional pengobatan.
   Rasional : Klien percaya bahwa perubahan program pasca pulang dibolehkan bila merasa baik dan bebas gejala atau merasa lebih sehat yang dapat meningkatkan risiko eksaserbasi gejala.
3) Anjurkan makanan diet pada pagi hari.
   Rasional : Memberikan waktu adekuat untuk efek obat sebelum waktu tidur untuk mencegah atau membatasi menghentikan tidur.
4) Rujuk pada sumber di masyarakat atau kelompok pendukung suatu indikasi
   Rasional : Dapat menambahkan bantuan dengan pemantauan sendiri atau penatalaksanaan di rumah (Akper Insan Husada, 2017).

4. *Discharge Planning* (Aspiani, 2015)
   a. Berhenti merokok
   b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya.
   c. Belajar untuk rileks dan mengendalikan stres.
   d. Batasi konsumsi alkohol.
   e. Anjurkan klien menghentikan aktivitas selama ada serangan dan istirahat.

f. Jika mengalami obesitas turunkan berat badan hingga kisaran normal.
g. Menjalani diet sesuai dengan anjuran.
h. Olahraga secara teratur.

C. Patoflowdiagram





Gambar 2.2 patoflowdiagram CHF

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny. H umur 57 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 Februari 2020 dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mengeluh nyeri dada sebelah kiri dan menyebar sampai ke punggung belakang sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. Nyeri dada yang dirasakan pasien seperti tertindih benda berat, skala nyeri 4 dan dirasakan secara hilang timbul. Pasien mengatakan batuk tetapi tidak berdahak, tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler, terpasang oksigen 3 liter/menit. Pasien mengatakan bengkak pada kakinya dan hasil pitting edema berada pada derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak 5 bulan terakhir. Tampak terpasang infus di tangan kanan, hasil observasi TD : 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,6℃, P : 28 x/menit, kulit teraba dingin, konjungtiva tampak anemis, kulit tampak pucat dan tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Saat ini pasien mendapatkan terapi pembatasan cairan 1200 cc/hari dan terapi furosemide 40 mg/8 jam/bolus IV, spironalakton 12 mg/24 jam, amlodipine 10 mg/24 jam. HGB : 11,2 g/dl, EKG : *Left Ventrycular Hyperthrophy* (LVH), iskemik, foto thorax : Pneumonia bilateral,edema paru, efusi pleura kiri, mungkin minimal.

Dari data di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas jantung, kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium dan intoleransi

aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa yang Mengkaji	: Esterlina Mettang
NIM	: E1714401015

Unit : ICU-ICCU Autoanamnese :√

Kamar : HCU Alloanamnese : -

Tanggal masuk RS : 29 Februari 2020

Tanggal pengkajian : 13 Maret 2020

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama Inisial : Ny. H
      Umur : 57 tahun
      Jenis Kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Kawin
      Jumlah Anak : 6 orang
      Agama/Suku : Islam/Makassar
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : IRT
      Alamat Rumah : BTN Citra Tello Permai blok C4/8
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Rini
      Umur : 33 tahun
      Alamat : BTN Citra Tello Permai blok C4/8
      Hubungan dengan pasien : Menantu
2. Data Medik
   Diagnosa Medik
   Saat masuk : Penyakit Jantung Koroner (PJK)
   Saat pengkajian : CHF + NYHA III

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Keadaan umum pasien tampak lemah, terpasang IVFD RL 14 tetes/menit, tampak edema pada ekstremitas bawah, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, terpasang kateter. Pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler.

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon verbal : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 120/60 mmHg

MAP : 80 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,6 ℃

Di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernafasan : 28 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipne ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 110 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardia ☐ Takikardia

☐ Lemah ☑ Kuat

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 35 cm

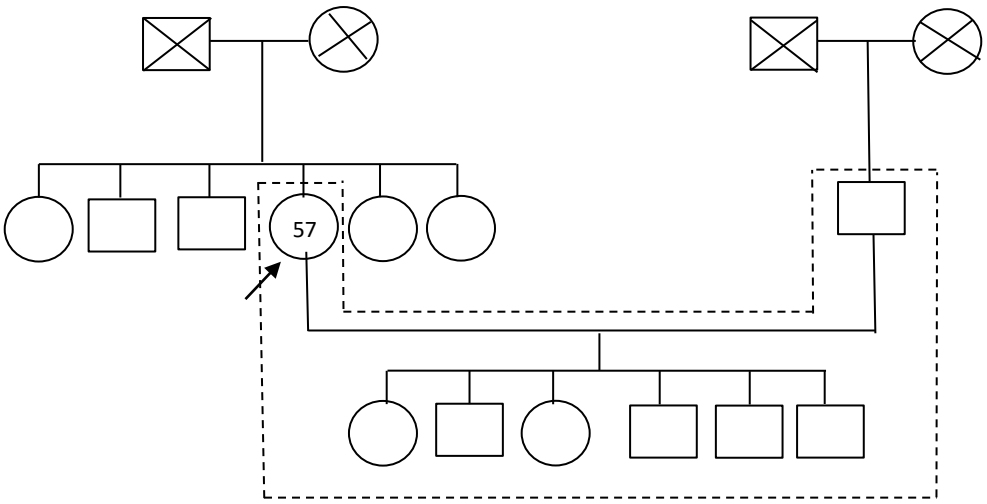
2) Tinggi badan : 150 cm

3) Berat badan : 60 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 27

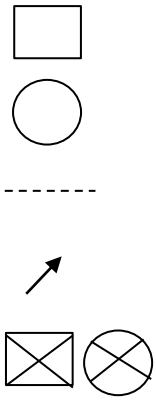
Kesimpulan : Kelebihan berat badan

d. Genogram



Gambar 3. 1 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 bahwa kesehatan itu sangat penting karena kalau kesehatan terganggu atau sakit pasien akan kesulitan untuk beraktivitas. Pasien mengatakan biasa olahraga ringan seperti senam ±2 kali dalam seminggu. Saat kesehatan pasien terganggu, pasien biasanya pergi ke puskesmas atau biasa beli obat sendiri. Pasien juga mengatakan rutin mengkonsumsi obat metformin dan susu diabetasol karena pasien mempunyai penyakit diabetes mellitus. Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi tetapi pasien tidak pernah pergi memeriksakan tekanan darahnya ataupun mengkonsumsi obat antihipertensi.

      2) Riwayat penyakit saat ini
         a) Keluhan utama

            Nyeri dada
         b) Riwayat keluhan utama

            Pasien mengatakan nyeri dada sejak ±2 hari yang lalu. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri. Pasien mengatakan nyerinya hilang-timbul. Nyerinya muncul saat pasien beraktivitas ringan dan jantung seperti berdebar-debar. Awalnya pasien berfikir itu hanya masuk angin sehingga hanya menggunakan minyak gosok di dadanya dengan harapan nyerinya berkurang dan tidak pergi periksa ke dokter. Akan tetapi, besok harinya dada pasien terasa nyeri kembali sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris. Saat dilakukan pengkajian di rumah sakit, pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. Nyeri dada yang dirasakan

pasien masih seperti tertindih benda berat, skala nyeri 4 dan nyeri dirasakan secara hilang-timbul ±5 menit. Pasien juga mengeluh sesak nafas dan batuk tetapi tidak berdahak. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak 5 bulan terakhir.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mempunyai penyakit diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu, hipertensi ±4 tahun yang lalu dan pasien pernah berobat 6 bulan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan ibunya menderita penyakit asma tetapi sudah meninggal beberapa tahun yang lalu.

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 genetalia : Tampak bersih
(6) Kebersihan anus : tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan selera makan baik dan pasien selalu menjaga pola makan karena pasien mempunyai penyakit diabetes mellitus dan hipertensi sehingga pasien jarang mengkonsumsi makanan yang tinggi gula dan tinggi lemak. Pasien makan 3 kali sehari, porsi 1 piring dengan menu nasi (nasi merah), ikan, sayur dan sesekali pasien mengkonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan minum air putih ±8 gelas/hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selera makannya tetap baik tetapi porsi makannya sudah berbeda dengan waktu ia masih sehat. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan seperti bubur, ikan, sayur dan buah-buahan. Pasien mengatakan minum 2-4 gelas air putih.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan. Berat badan pasien sebelumnya 60 kg.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien sebagian beruban.
b) Hidrasi kulit : *Finger Print* <3 detik.
c) Palpebral/conjungtiva : Ada edema/anemis
d) Sclera : Tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum ada dibagian tengah
f) Rongga mulut : Tampak kotor
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak ada karang gigi
i) Gigi palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah dengan baik.
k) Lidah : Tampak bersih dan tidak ada peradangan.
l) Pharing : Tidak ada peradangan.
m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak teraba adanya pembesaran.
o) Abdomen
(1) Inspeksi : Tampak buncit

(2) Auskultasi : Terdengar suara peritaltik usus 8 x/menit.

(3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

(4) Perkusi : Terdengar bunyi tympani

p) Kulit

(1) Edema : Edema pada kedua ekstremitas bawah, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan waktu kembali 7 detik.

(2) Ikterik : Tidak tampak adanya ikterik

(3) Tanda-tanda radang : Tidak ada.

(4) Lesi : Tidak ada.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB tidak lancar karena pasien BAB 1 kali dalam 3 hari. Pasien mengkonsumsi obat dulkolax supaya bisa BAB. Pasien mengatakan BAK lancar ±10 kali dalam sehari karena pasien banyak minum. Saat BAB dan BAK pasien tidak mengeluh nyeri.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan baru 1 kali BAB dan BAB sedikit. Pasien mengatakan BAK menggunakan kateter.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan diapers dan kateter urin, jumlah urin pasien ±200 cc dan berwarna kuning.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristltik usus : 8 x/menit

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

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

d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus

(1) Peradangan : Tidak ada
(2) Hemoroid : Tidak ada
(3) Fistula : Tidak ada

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas seperti biasa yaitu memasak, mengurus suaminya, olahraga senam dan menjaga cucu-cucunya karena anak pasien biasa pergi bekerja. Pasien mengatakan jika ada waktu senggang biasanya tidur atau menonton acara televisi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa lagi melakukan aktivitasnya seperti biasa. Pasien merasa sesaknya bertambah saat banyak bergerak, badan pasien terasa lemas, kedua kaki pasien bengkak sehingga membuat pasien sulit untuk beraktivitas dan membuat badannya terasa lebih berat. Pasien mengatakan hanya bisa terbaring di tempat tidur dalam posisi setengah duduk. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah, terpasang kateter urin dan oksigen 3 liter/menit.

a) Aktifitas harian

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

0 = Mandiri
1 = Bantuan alat
2 = Bantuan orang
3 = Bantuan alat dan orang
4 = Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 120/60 mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : [ ] Positif [√] Negatif

b) HR : 110 x/menit

c) Kulit : Teraba dingin

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5+4 cmH2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel meningkat.

e) Perfusi kapiler pembuluh kuku : CRT kembali <3 detik

f) Thoraks dan pernafasan

(1) Inspeksi

(a) Bentuk thoraks : Tampak simetris

(b) Retraksi interkostal : Tidak ada

(c) Sianosis : Tidak ada

(d) Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

(a) Vocal premitus : Getaran sama kiri dan kanan

(b) Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi :

[ ] Sonor [ ] Redup [√] Pekak

(4) Auskultasi

(a) Suara nafas : Vesikular

(b) Suara ucapan : Suara normal

(c) Suara tambahan : Bunyi ronchi di kedua lapang paru.

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 6 linea mid clavikularis sinistra

(3) Perkusi

(a) Batas atas jantung :ICS 2 linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung :ICS 6 linea sternalis mid clavukularis.

(c) Batas kanan jantung :ICS 2 linea sternalis dextra.

(d) Batas kiri jantung :ICS 6 linea sternalis mid axillary sinistra.

(4) Ausklutasi

(a) Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra.

(b) Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra.

(c) Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra.

(d) Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 mid clavikularis sinistra.

(e) Bunyi III irama Gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Terbatas

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Paralisis : Tidak ada

(8) Uji Kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	4	4

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan tekanan.

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tetapi dengan sentuhan akan jatuh.

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

(9) Reflex fisiologi : Bisep (-), trisep (-), patella (-), achiles (-).

(10) Reflex patologis :

Babinski : Kiri : [ ] Positif [√] Negatif

Kanan : [ ] Positif [√] Negatif

(11) Clubbing jari-jari : Tidak terdapat clubbing jari-jari

(12) Varises tungkai : Tidak ada

i) Collumna vertebralis

(1) Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Keterangan kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Tidak ada kelainan

(3) Kaku kuduk : Tidak ada.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sejak ±1 bulan terakhir sulit tidur. Pasien mengatakan sering tidur jam 4 subuh dan bangun sekitar jam 9 pagi. Sepanjang malam pasien hanya menonton acara televisi sampai mengantuk. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam keadaan lampu dimatikan (gelap) dan menggunakan bantal yang tinggi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sulit tidur. Pasien mengatakan biasa tidur siang tetapi jam tidurnya tidak menentu dan lamanya pasien tidur siang ±1-2 jam. Pada malam hari pasien sulit untuk tidur cepat karena pasien merasa sesak.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif

Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

Palpebral inferior berwarna gelap : ☐ Positif ☑ Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan penglihatan pasien sedikit terganggu karena tidak bisa membaca tanpa menggunakan kaca mata dan pandangannya sedikit kabur, tetapi

pendengaran pasien baik dan pasien mampu berorientasi waktu, tempat, hari, tanggal dan bulan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendengarannya, tetapi pandangan pasien sedikit kabur dan tidak bisa membaca jika tidak menggunakan kaca mata. Pasien mampu berorientasi terhadap waktu, tempat, hari, tanggal dan bulan.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kaca mata.

4) Pemeriksaan fisik

(a) Penglihatan

Kornea : Tampak bersih

Pupil : Isokor kiri dan kanan

Lensa mata : Jernih

Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba sama kenyal kiri dan kanan.

(b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tampak ada serumen

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 puas akan dirinya dan apa yang dimilikinya harus tetap disyukuri dan pasien tidak pernah merasa putus asa dalam keadaan bagaimanapun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan puas akan dirinya dan tidak putus asa walaupun dalam keadaan tak berdaya. Pasien mengatakan tetap bersyukur dengan apa yang dimilki saat ini.

3) Observasi

Tampak pasien dapat mengenali perasaan dirinya.

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas.
d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak bisa berdiri

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata :Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak bisa berdiri.
c) Kulit : Teraba dingin dan tampak pucat.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tinggal bersama anak-anaknya, menantu dan cucu-cucunya dan pasien berperan sebagai ibu buat anak-anaknya dan sebagai nenek untuk cucu-cucunya. Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarganya sangat baik dan begitu juga dengan kerabat maupun tetangganya. Pasien juga mengatakan biasa berkumpul bersama keluarga dan teman-temannya untuk adakan pengajian bersama.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selalu ditemani oleh menantunya. Suami dan anak-anaknya jarang menjaga pasien karena

mereka sibuk bekerja. Pasien selalu dikunjungi oleh keluarga dan teman-temannya. Pasien juga mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul bersama keluarganya di rumah.

3) Observasi

Tampak pasien dapat berkomunikasi dengan baik, tidak ada gangguan dan tampak kerabat maupun keluarganya datang menjenguk pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya. Pasien juga mengatakan sudah mengalami menopause sejak umur ±50 tahun. Pasien mempunyai suami dan 6 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya. Pasien mengatakan sudah menopause sejak umur ±50 tahun.

3) Observasi

Tidak tampak adanya penyimpangan seksual pada pasien.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak ditemukan masalah pada organ reproduksi pasien.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah biasanya cerita kepada anak-anaknya dan pasien biasa pergi jalan-jalan bersama anak dan cucunya untuk mengurangi beban pikiran pasien.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan dapat menyesuaikan dengan lingkungan rumah sakit. Pasien menerima keadaanya saat

ini dan berharap segera sembuh sehingga bisa berkumpul dengan keluarga.

3) Observasi

Tampak ekspresi wajah pasien tenang.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan rajin ke masjid untuk ikut pengajian atau sholat dan sebelum tidur biasanya membaca alquran.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa lagi pergi ke masjid tetapi pasien tetap sholat walaupun di tempat tidur.

3) Observasi

Tampak terdapat alquran di tempat tidur pasien.

5. Uji Saraf Kranial

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

b. Nervus II : Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±30 cm.

c. Nervus III, IV dan VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.

d. Nervus V

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan tisu pada wajahnya dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien mampu menggigit.

e. Nervus VII

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis

Motorik : Pasien dapat mengangkat alis dan tersenyum.

f. Nervus VIII
   Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah
   Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.
g. Nervus IX : Tampak ovula berada di tengah
h. Nervus X : Pasien mampu menelan dengan baik.
i. Nervus XI : Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.
j. Nervus XII : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang
   a. Pemeriksaan Laboratorium
      1) Pemeriksaan Creatinine (1 Maret 2020)

Test	Hasil	Rujukan	Satuan
Creatinine	0.76	<1.1	mg/L

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Creatinine

      2) Urinalisis (4 Maret 2020)

Urin Rutin

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
SG	1.010		
Ph	5.5		
Leukosit	Negatif	Negatif	/µL
Nitrit	Negatif	Negatif	
Protein	++++ 10.0 *	Negatif	g/L
Glukosa	++ 28 *	Normal	mmol/L
Keton	Negatif	Negatif	mmol/L
Urobilin	Normal	Normal	µmol/L
Bilirubin	Negatif	Negatif	µmol/L
Erytrosit	+- 5 *	Negatif	/µL

Sedimen Urin

Erytrosit	4-5	0-1	/LPB
Leukosit	4-5 *	4-5	/LPB
Epitel	+	+	
Color	Kuning		

Clarity	Agak Keruh		

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Urin

3) Complete Blood Count (9 Maret 2020)

Test	*Result*	*Unit*	*Reference Ranges*
HGB	L 11,2	g/dl	12,2-16,2
HCT	L 30,3	%	37,7-47,9
MCV	L 74,1	fL	80,0-97,0
MCHC	H 37,0	g/dl	31,8-35,4
P-LCR	L 14,4	%	15,0-25,0

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Darah Lengkap

4) Pemeriksaan Albumin (9 Maret 2020)

Test	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
Albumin	2,05	3,5-5	g/dl	L

Catatan : Hipoalbumin

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Albumin

5) Kimia Darah (11 Maret 2020)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Natrium	130 *	136-145	mmol/L
Kalium	3.2 *	3.4-4.5	mmol/L
Chlorida	99 *	100-108	mmol/L

Tabel 3. 5 Pemeriksaan Kimia Darah

b. Pemeriksaan EKG (29 Februari 2020)

Kesan : *Left Ventricular Hypertrophy* (LVH), Iskemik

c. Pemeriksaan Echocardiografy (8 Maret 2020)

Kesan : *Ejection Fraction* (EF) 50%

d. Pemeriksaan Foto Thorax (13 Maret 2020)

Kesan :

1) Pneumonia bilateral, DD: pneumonia bilateral dan edema paru.
2) Efusi pleura kiri, mungkin minimal.

7. Terapi

   Daftar obat yang digunakan oleh pasien adalah :

   Clopidogrel 75 mg/24 jam/oral

   Amlodipine 10 mg/24 jam/oral

   Omeprazole 40 mg/12 jam/IV

   Apidra 6-6-6 IU/kg/hari/sub kutan

   Sansulin 0-0-8 IU/kg/hari/sub kutan

   Channa 500 mg/8 jam/oral

   Alprazolame 1 mg/24 jam/oral

   Furosemide 2 ampul (80 mg)/12 jam/IV

   Azithromycin 500 mg/24 jam/oral

   Spironolactone 25 mg/24 jam/oral

   Hydrochlorothiazide (HCT) 25 mg/24 jam/oral

   a. Clopidogrel
      1) Klasifikasi : Obat antiplatelet
      2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 75 mg/24 jam
      3) Cara pemberian obat : Oral
      4) Manfaat : Mencegah pembekuan darah
      5) Indikasi : Hipertensi, Iskemia Miokardial, Angina
      6) Kontra indikasi : Pasien yang hipersensitivitas terhadap dihidropiridin
      7) Efek samping : Lebam dan perdarahan bawah kulit, mimisan, nyeri perut, konstipasi atau diare, gangguan pencernaan
   b. Amlodipine
      1) Klasifikasi : Obat antihipertensi golongan antagonis kalsium
      2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 10 mg/24 jam
      3) Cara pemberian obat : Oral
      4) Manfaat : Menurunkan tekanan darah
      5) Indikasi : Hipertensi, Iskemia Miokardial, Angina

6) Kontra indikasi : Pasien yang hipersensitivitas terhadap dihidropiridin
7) Efek samping : Merasa lelah, pusing, mual, pembengkakan tungkai dan jantung berdebar.

c. Omeprazole
1) Klasifikasi : Obat maag jenis penghambat pompa proton.
2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 40 mg/12 jam
3) Cara pemberian obat : Intra vena
4) Manfaat : Mengurangi asam lambung
5) Indikasi : Pengobatan jangka pendek untuk tukak duodenal, tukak lambung, refluks esofagitis, sindrom Zollinger-Ellison
6) Kontra indikasi : Pasien yang hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.
7) Efek samping : Dapat menyebabkan nyeri perut dan sakit kepala.

d. Apidra
1) Klasifikasi : Obat diabetes
2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 6-6-6 IU/kg/hari
3) Cara pemberian obat : Sub kutan
4) Manfaat : Mengontrol gula darah tinggi pada orang diabetes.
5) Indikasi : pasien diabetes melitus
6) Kontra indikasi : Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi hipersensitif (efek berlebih atau sangat sensitif) terhadap insulin dan sedang mengalami hipoglikemia (kadar gula darah rendah).
7) Efek samping : Hipoglikemia (kadar gula darah rendah) dan reaksi anafilaksis (suatu reaksi alergi berat yang terjadi secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan kematian).

e. Sansulin
1) Klasifikasi : Obat diabetes
2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 0-0-8 IU/kg/hari

3) Cara pemberian obat : Sub kutan
4) Manfaat : Mengontrol gula darah tinggi pada orang diabetes.
5) Indikasi : Pasien diabetes mellitus
6) Kontra indikasi : Pasien hipoglikemia
7) Efek samping : Gula darah rendah (Hipoglikemia), gangguan penglihatan sementara, lipodistrofi (perubahan pembentukan lemak tubuh), reaksi pada injeksi dan alergi, terbentuknya antibodi insulin.

f. Channa
1) Klasifikasi : Suplemen dan Terapi Penunjang
2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 500 mg/8 jam
3) Cara pemberian obat : Oral
4) Manfaat : Membantu mengobati luka secara efektif, mengurangi nyeri dan memberi energi bagi orang sakit dan lansia.
5) Indikasi : Channa mengandung nutrisi alami yaitu protein yang dapat membantu menjaga kesehatan tubuh.
6) Kontra indikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap ophiocephalus striatus.
7) Efek samping : Pusing, mengantuk dan hipotensi.

g. Alprazolame
1) Klasifikasi : Obat penenang
2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 mg/24 jam
3) Cara pemberian obat : Oral
4) Manfaat : Mengatasi gangguan kecemasan dan gangguan panik
5) Indikasi : Pasien yang mengalami kecemasan atau depresi
6) Kontra indikasi : Myasthenia gravis (penderita kelemahan otot biasa terserah dibagian kelopak mata, mengunyah, gerakan mata, menelan, batuk) dan kerusakan hati berat

7) Efek samping : Mengantuk, pusing, merasa lelah atau mudah marah, masalah tidur, penglihatan kabur, sakit kepala, masalah ingatan, kesulitan berkonsentrasi dan masalah memori

h. Furosemide
   1) Klasifikasi : Obat diuretik
   2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 2 ampul (80 mg)/12 jam
   3) Cara pemberian obat : Intra vena
   4) Manfaat : Untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi seperti gagal jantung, penyakit hati dan ginjal.
   5) Indikasi : Untuk pasien edema akibat gangguan jantung, hati, ginjal.
   6) Kontra indikasi : Gagal ginjal akut dengan anuria, koma hepatik, hipokalemia, hiponatremia atau hipovolamia dengan atau tanpa hipotensi. Gangguan fungsi ginjal atau hati.
   7) Efek samping : Diare, sembelit, nyeri perut, pusing, sensasi berputar, gatal atau ruam ringan.

i. Azithromycin
   1) Klasifikasi : Obat antibiotik
   2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 500 mg/24 jam
   3) Cara pemberian obat : Oral
   4) Manfaat : Mengobati berbagai infeksi bakteri
   5) Indikasi : Infeksi saluran napas atas dan bawah, kulit dan struktur kulit, uretritis dan servisitis.
   6) Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap antibiotik makrolida dan riwayat disfungsi hati setelah penggunaan antibiotik sebelumnya.
   7) Efek samping : Nafsu makan menurun, mual, nyeri perut, diare, nyeri kepala.

j. Spironolactone
   1) Klasifikasi : Obat diuretik
   2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 25 mg/24 jam
   3) Cara pemberian obat : Oral
   4) Manfaat :Tekanan darah tinggi, edema, hiperaldosteronisme
   5) Indikasi : Pengobatan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung.
   6) Kontra indikasi : Penderita anuria, gangguan ginjal, dan hyperkalemia.
   7) Efek samping : Pusing dan sakit kepala ringan, mual dan muntah, diare, pembengkakan di payudara, kram pada kaki, impotensi.

k. Hydrochlorothiazide (HCT)
   1) Klasifikasi : Obat diuretik
   2) Dosis untuk pasien bersangkutan : 25 mg/24 jam
   3) Cara pemberian obat : Oral
   4) Manfaat : Digunakan untuk mengobati edema yang disebabkan oleh gagal jantung kongestif, penyakit hati yang parah, penyakit ginjal atau pengobatan dengan steroid.
   5) Indikasi : Digunakan sebagai obat antihipertensi yang bekerja dengan cara mengurangi kemampuan ginjal untuk menyerap terlalu banyak natrium yang bisa menyebabkan retensi cairan.
   6) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap antibiotik sulfonamide dan turunannya, anuria, gangguan ginjal berat.
   7) Efek samping : Nyeri perut, pusing, atau sakit kepala.

C. Analisa Data

Nama/umur : Ny. H/57 tahun

Ruang : ICU-ICCU

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data subjektif a. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 4 dan dirasakan secara hilang timbul ±5 menit. c. Pasien mengatakan sesak nafas. d. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 4 tahun yang lalu. Data objektif a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien terbaring lemah. c. Tampak pasien tidur dengan posisi semi fowler. d. Auskusltasi ronchi di kedua lapang paru. e. TTV : 1) TD = 120/60 mmHg 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36,6℃ f. Hasil ECO, EF= 50% g. Hasil EKG Kesan : LVH, Iskemik h. JVP : 5+4 cmH2O i. HR : 110 x/menit	Perubahan kontraktilitas jantung	Penurunan curah jantung
2.	Data subjektif a. Pasien mengatakan bengkak pada kedua	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	kakinya. b. Pasien mengatakan bengkak pada kaki sejak 5 bulan terakhir. Data obyektif a. Keadaan umum lemah. b. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan waktu kembali 7 detik. c. TTV : 1) TD = 120/60 mmHg 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36,6℃ d. Hasil foto thorax : 1) Pneumonia bilateral, DD: pneumonia bilateral dan edema paru. 2) Efusi pleura kiri, mungkin minimal. e. HR : 110 x/menit f. BB sebelum 60 kg		
3.	Data subjektif a. Pasien mengatakan sesak nafas. b. Pasien mengatakan sesaknya bertambah saat banyak bergerak. c. Pasien mengatakan badannya terasa lemas. d. Pasien mengatakan badannya terasa lebih berat. e. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	fowler. c. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. d. Pasien tampak pucat e. TTV : 1) TD = 120/60 mmHg 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36, 6℃		

Tabel 3. 6 Analisa Data

D. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Ny. H/57 tahun

Ruang : ICU-ICCU

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

Tabel 3. 7 Diagnosa Keperawatan

E. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Ny. H/57 tahun

Ruang : ICU-ICCU

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Diharapkan	Rencakan Tindakan	Rasional
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. Data subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala nyeri 4 dan dirasakan secara hilang timbul ±5 menit. c. Pasien mengatakan sesak nafas. d. Pasien mengatakan memiliki riwayat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keefektifan pompa jantung pasien dapat kembali dengan normal dengan kriteria hasil : a. Dyspnea pada saat istirahat, diharapkan pasien menjadi tidak sesak. b. Distensi vena leher, diharapkan JVP= 5+2 cmH2O.	Perawatan jantung 1. Monitor tanda-tanda vital secara rutin. 2. Berikan posisi semi fowler. 3. Monitor sesak nafas pasien 4. Evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada).	1. Untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien yang menunjukkan gejala gagal jantung. 2. Untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma. 3. Untuk mengetahui kemampuan bernafas pasien dan mencegah terjadinya apnea. 4. Untuk mengetahui intensitas nyeri.

	hipertensi sejak 4 tahun yang lalu. Data objektif : a. Keadaan umum lemah. b. Tampak pasien terbaring lemah. c. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit. d. Tampak pasien tidur dengan posisi semi fowler. e. Auskultasi ronchi di kedua lapang paru. f. TTV 1) TD = 120/60 mmHg 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36,6℃ g. Hasil ECO, EF=50% h. Hasil EKG : LVH, iskemik i. JVP : 5+4 cmH2O j. HR : 110 x/menit		5. Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen. 6. Auskultasi bunyi paru pasien. 7. Kolaborasi pemberian obat jantung dan antihipertensi.	5. Tanda-tanda yang menunjukkan gagal jantung, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan hipoksia jaringan. 6. Indikasi kongesti paru dan kemungkinan terjadi edema paru yang dapat mengganggu pertukaran oksigen, karbon dioksida pada tingkat kapiler. 7. Untuk menurunkan atau menormalkan tekanan darah.

	k. Hasil foto thorax: 1) Pneumonia bilateral DD : pneumonia bilateral dan edema paru. 2) Efusi pleura kiri, mungkin minimal.			
2.	Kelebihan volume cairan tubuh berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Data subjektif : a. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. b. Pasien mengatakan bengkak pada kaki sejak 5 bulan terakhir. Data objektif : a. Keadaan umum lemah. b. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan waktu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan keseimbangan cairan dalam tubuh dengan kriteria hasil : a. Edema perifer, diharapkan edema pasien dapat berkurang dari derajat III menjadi derajat II atau derajat I. b. Berat badan stabil, diharapkan berat badan pasien kembali pada berat badan sebelumnya.	Manajeman cairan 1. Memonitor tanda-tanda vital pasien. 2. Jaga intake yang akurat dan catat output pasien. 3. Kaji lokasi dan luasnya edema. 4. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan (1200 cc/hari).	1. Untuk mengetahui keadaan pasien. 2. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh dan mempertahankan asupan dan haluaran yang adekuat. 3. Untuk meningkatkan aliran balik vena dan mencegah pembentukan edema lebih lanjut. 4. Untuk mengurangi kelebihan cairan dalam tubuh dan mengurangi edema. 5. Untuk mengeluarkan

	kembali 7 detik. c. TTV : 1) TD = 120/60 mmHg 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36,6℃ d. Hasil foto thorax : 1) Pneumonia bilateral DD : pneumonia bilateral dan edema paru. 2) Efusi pleura, mungkin minimal. e. HR : 110 x/menit f. BB sebelum 60 kg.		5. Kolaborasi pemberian obat diuretik.	garam dan air yang berlebihan dalam tubuh.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak nafas. b. Pasien mengatakan sesaknya bertambah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil : a. Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas diharapkan normal	Manajemen energi 1. Monitor tanda-tanda vital pasien 2. Monitor toleransi aktivitas pasien. 3. Dorong pasien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan daya tahan	1. Untuk mengetahui keadaan pasien. 2. Untuk mengetahui aktivitas yang sesuai dengan kondisi pasien. 3. Membantu pasien dalam melatih kemampuan pasien

	saat banyak bergerak. c. Pasien mengatakan badannya terasa lemas. d. Pasien mengatakan badannya terasa lebih berat. e. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif : a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. c. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. d. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit. e. Pasien tampak pucat.	(20-24 x/menit). b. Warna kulit, diharapkan tidak pucat. c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (*Activity of Daily Living* (ADL)).	tubuh. 4. Instruksikan klien atau keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelagan yang memerlukan pengurangan aktivitas. 5. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sesuai kondisi ketergantungan (perawatan diri dan BAB). 6. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.	dalam memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisinya. 4. Untuk mengurangi beban kerja jantung. 5. Untuk memberi kesempatan kepada pasien tetap mendapatkan perawatan diri. 6. Untuk mempertahankan mobilitas sambil melindungi dari cedera.

	f. TTV : 1) TD = 120/60 mmHg. 2) N = 110 x/menit 3) P = 28 x/menit 4) S = 36,6℃			

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan

F. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Ny. H/57 tahun.

Ruang : ICU-ICCU

Tanggal	Waktu	DP	Tindakan	Perawat
14 Maret 2020	07:00	I	Memberikan obat kepada pasien H/ a. CPG 75 mg/oral b. Amlodipine 10 mg/oral c. Spironolacton 25 mg/oral	Ester
	07:15	I	Mengevaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada). H/ Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada.	Ester
		I	Memonitor keluhan sesak nafas pasien. H/ Pasien mengatakan masih sesak dan tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit.	
		I	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien. H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	
	07:30	III	Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien saat sarapan.	Ester
		II	Menginstruksikan kepada pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan (1200/hari). H/ Pasien dan keluarga mengatakan memahami instruksi yang diberikan.	
	08:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien	Ester

			H/ Azitromycin 500 mg/oral	
	08:10	I,II, III	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien H/ TD : 130/60 mmHg N : 100 x/menit S : 36,6℃ P : 28 x/menit.	Ester
		II	Mengkaji lokasi dan luasnya edema H/ Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki. Tampak kedua ekstremitas bawah pasien masih edema, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik.	
	08:30	I	Mengauskultasi bunyi paru pasien H/ Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien.	Ester
		III	Memonitor toleransi aktivitas pasien. H/ Pasien mengatakan sulit untuk bergerak dan pasien hanya bisa baring dan duduk di atas tempat tidur.	
	09:00	III	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sesuai kondisi ketergantungan pasien (memandikan dan mengganti diapers) H/ Pasien mengatakan merasa segar sudah dimandikan dan tampak kulit pasien bersih.	Ester
	09:15	III	Mendorong pasien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan daya tahan tubuh pasien. H/ Pasien mengatakan hanya bisa baring dengan posisi semi fowler di tempat tidur.	Ester

	10:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ a. Furosemide 2 ampul/iv b. Omeprazole 40 mg/iv	Ester
		I,II, III	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien H/ TD : 120/60 mmHg N : 110 x/menit S : 36,5℃ P : 28 x/menit.	
		I	Melakukan penilaian secara komprehensif pada sirkulasi perifer (nadi, JVP, suhu ekstremitas, denyut jantung) H/ N : 110 x/menit HR : 110 x/menit JVP : 5+4 cmH2O Suhu ekstremitas teraba dingin dan kulit tampak pucat.	
	12:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ Apidra, 6 unit/sub kutan.	Ester
		III	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien saat makan siang.	
		III	Menginstruksikan kepada pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas. H/ Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat.	
	13:35	II	Mencatat intake dan output pasien. H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih dari jam 07:00-13:00 2½ gelas (±650 cc) dari air kemasan mineral dan	Ester

			keluarga mengatakan BAK dengan menggunakan kateter. Tampak jumlah urin ±250 cc. Balancenya : *input-output* = 650 cc-250 cc = 400 cc	
15 Maret 2020	07:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ a. CPG 75 mg/oral b. Amlodipine 10 mg/oral c. Spironolacton 25 mg/oral	Ester
		II	Mengkaji lokasi dan luasnya edema. H/ Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki. Tampak kedua ekstremitas bawah pasien masih edema, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik.	
		I	Mengauskultasi bunyi paru pasien H/ Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien.	
		I	Mengevaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada). H/ Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada.	
	07:20	III	Memonitor toleransi aktivitas pasien. H/ Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien juga mengatakan hanya bisa baring dengan posisi semi fowler di tempat tidur.	Ester
		III	Menginstruksikan kepada pasien dan	

			keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas. H/ Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat.	
		III	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien saat sarapan.	
	08:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ Azitromycin 500 mg/oral	Ester
		I	Memonitor keluhan sesak nafas pasien H/ Pasien mengatakan masih sesak nafas dan tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit.	
		I	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien. H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	
		I	Melakukan penilaian secara komprehensif pada sirkulasi perifer (nadi, JVP, suhu ekstremitas, denyut jantung) H/ N : 110 x/menit HR : 110 x/menit JVP : 5+4 cmH2O Suhu ekstremitas teraba dingin dan kulit tampak pucat.	
	08:30	III	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sesuai dengan kondisi ketergantungan (perawatan diri/mandi dan BAB). H/ Pasien mengatakan merasa segar	Ester

			sudah mandi dan tampak kulit pasien bersih.	
		III	Mendorong pasien untuk memilh aktivitas yang sesuai dengan daya tahan tubuh pasien. H/ Pasien mengatakan hanya bisa baring dengan posisi semi fowler di atas tempat tidur.	
	09:00	I,II, III	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien H/ TD : 140/70 mmHg N : 110 x/menit S : 36,5℃ P : 27 x/menit.	Ester
	10:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien. H/ a. Omeprazole 40 mg/iv b. Furosemide 2 ampul/iv	Ester
	12:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ Apidra 6 unit/sub kutan	Ester
		III	Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien saat makan siang.	
		II	Menginstruksikan kepada pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan (1200 cc/hari). H/ Pasien dan keluarga mengatakan memahami instruksi yang diberikan.	
	13:35	II	Mencatat intake dan output pasien H/ Keluarga mengatakan pasien minum air putih dari pukul 07:00-13:00 sebanyak 3 gelas (±750 cc) dari air kemasan mineral dan keluarga mengatakan	Ester

			pasien BAK dengan menggunakan kateter. Tampak jumlah urin ±300 cc. Balancenya : *input-output* = 750 cc-300 cc = 450 cc	
16 Maret 2020	07:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien H/ a. CPG 75 mg/oral. b. Amlodipine 10 mg/oral. c. Spironolacton 25 mg/oral. d. Channa 500 mg/oral.	Ester
	07:10	I	Memonitor keluhan sesak nafas pasien. H/ Pasien mengatakan masih merasa sesak nafas dan tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit.	Ester
		I	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien. H/ Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	
		I	Mengauskultasi bunyi paru pasien. H/ Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien.	
		I	Mengevaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada). H/ Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada.	
		III	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga menyuapi pasien saat sarapan.	
	07:30	II	Menginstruksikan kepada pasien dan	Ester

			keluarga mengenai pembatasan cairan (1200 cc/hari). H/ Pasien dan keluarga mengatakan memahami instruksi yang diberikan.	
	08:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien. H/ Azitromycin 500 mg/oral.	Ester
		II	Mengkaji lokasi dan luasnya edema. H/ Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki. Tampak kedua ekstremitas bawah pasien masih edema, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik.	
		III	Memonitor toleransi aktivitas pasien. H/ Pasien mengatakan hanya bisa baring dengan posisi semi fowler di tempat tidur.	
	08:25	III	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sesuai dengan kondisi ketergantungan pasien (Mandi dan BAB). H/ Pasien mengatakan merasa segar sudah mandi dan tampak kulit pasien bersih.	Ester
		III	Mendorong pasien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan daya tahan tubuh. H/ Pasien mengatakan hanya bisa baring dengan posisi semi fowler di tempat tidur.	
		III	Menginstruksikan kepada pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas. H/ Pasien dan keluarga mengatakan	

			mengerti dengan penjelasan perawat.	
	09:00	I,II, III	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien H/ TD : 130/60 mmHg N : 100 x/menit S : 36,7℃ P : 27 x/menit.	Ester
		I	Melakukan penilaian secara komprehensif pada sirkulasi perifer (nadi, JVP, suhu ekstremitas, denyut jantung). H/ N : 100 x/menit HR : 100 x/menit JVP : 5+4 cmH2O Suhu ekstremitas teraba dingin dan kulit tampak pucat.	
	10:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien. H/ a. Omeprazole 40 mg/iv b. Furosemide 2 ampul/iv	Ester
	12:00	I,II	Memberikan obat kepada pasien. H/ Apidra 6 unit/sub kutan.	Ester
		III	Memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat. H/ Tampak keluarga pasien menyuapi pasien saat makan siang.	
	13:35	II	Mencatat intake dan output pasien. H/ Keluarga mengatakan dari pukul 07:00-13:00 pasien minum 2 ½ gelas air (±650 cc) dari air kemasan dan keluarga mengatakan pasien BAK dengan menggunakan kateter. Tampak jumlah urin ±250 cc. Balancenya : *input-output* = 650 cc-250 cc	Ester

			= 400 cc	

Table 3. 9 Implementasi Keperawatan

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Ny. H/57 tahun

Ruang/kamar : ICU-ICCU

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
14 Maret 2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. S : a. Pasien mengatakan masih sesak nafas. b. Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada. O : a. Tampak pasien sesak b. JVP : 5+4 cmH2O c. Terdengar bunyi ronchi di kedua lapang paru pasien. d. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. e. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit. f. Suhu ekstremitas teraba dingin dan kulit tampak pucat. g. TTV : TD : 120/60 mmHg N : 110 x/menit S : 36,5℃ P : 28 x/menit. HR : 110 x/menit. A : Penurunan curah jantung belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.	Ester
	II	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : a. Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki.	

		O : a. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. b. Terdengar bunyi ronchi di kedua lapang paru pasien. c. TTV TD : 130/70 mmHg N : 110 x/menit S : 37℃ P : 27 x/menit A : Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5.	
	III	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : a. Pasien mengatakan masih sesak nafas jika banyak bergerak. b. Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarga seperti makan, berpakaian, BAB dan BAK. O : a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. b. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. c. TTV TD : 130/70 mmHg N : 110 x/menit S : 37℃ P : 27 x/menit A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6.	

15 Maret 2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. S : Pasien mengatakan masih sesak nafas. O : a. Tampak pasien sesak b. JVP : 5+4 cmH2O c. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit. d. Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien. e. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. f. Suhu ekstremitas teraba dingin dan kulit tampak pucat. g. TTV TD : 140/70 mmHg N : 110 x/menit S : 36,5℃ P : 27 x/menit. HR : 110 x/menit. A : Penurunan curah jantung belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.	Ester
	II	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki. O : a. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah pasien, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. b. TTV TD : 140/80 mmHg N : 110 x/menit S : 37℃	

	III	P : 27 x/menit. A : Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : a. Pasien mengatakan masih sesak nafas jika banyak bergerak. b. Pasien mengatakan semua aktivitas masih dibantu oleh perawat dan keluarga. O : a. Tampak semua aktivitas dibantu. b. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler. c. TTV TD : 140/80 mmHg N : 110 x/menit S : 37℃ P : 27 x/menit. A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6.	
16 Maret 2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. S : Pasien mengatakan masih sesak nafas. O : a. Tampak pasien sesak dan menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit. b. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. c. Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien. d. JVP : 5+4 cmH2O e. Suhu ekstremitas teraba dingin dan	Ester

		kulit tampak pucat. f. TTV TD : 130/60 mmHg N : 100 x/menit S : 36,7℃ P : 27 x/menit HR : 100 x/menit A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.	
	II	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kaki. O : a. Tampak kaki pasien masih edema, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. c. TTV TD : 140/70 mmHg N : 100 x/menit S : 36,6℃ P : 26 x/menit A : Kelebihan volume cairan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5.	
	III	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : a. Pasien mengatakan masih sesak jika banyak bergerak. b. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga. O : a. Tampak semua aktivitas dibantu. b. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler.	

		b. TTV TD : 140/70 mmHg N : 100 x/menit S : 36,6℃ P : 26 x/menit A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6.	

Table 3. 10 Evaluasi Keperawatan

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Ny. H umur 57 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskuler *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 4 hari dari tanggal 13-16 Maret 2020. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu : pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Ny. H umur 57 tahun masuk rumah sakit Stella Maris dengan keluhan utama nyeri dada. Saat pengkajian pada tanggal 13 Maret 2020 diperoleh data, pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. Nyeri dada yang dirasakan pasien seperti tertindih benda berat, skala 4 dan nyeri dirasakan secara hilang-timbul ±5 menit. Pasien juga mengeluh sesak nafas dan batuk tetapi tidak berdahak. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Saat dilakukan pitting edema, edema pasien berada pada derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak 5 bulan terakhir. Pasien juga mengatakan badan terasa lemas. Terdengar suara tambahan ronchi di kedua lapang paru pasien. Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu, hipertensi ±4 tahun yang lalu dan pasien pernah berobat 6 bulan. Pada saat pengkajian penulis menemukan tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien yaitu pasien sesak nafas, batuk, edema pada kedua ekstremitas bawah, tampak pasien baring dengan posisi semi fowler, kulit tampak pucat dan ekstremitas teraba dingin, bunyi ronchi pada

kedua lapang paru dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Berdasarkan pengkajian di atas ditemukan faktor risiko penyakit CHF adalah karena adanya riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu, hipertensi ±4 tahun yang lalu dan pasien pernah berobat 6 bulan. Glukosa berlebih yang mengalir dalam darah lama-kelamaan akan merusak pembuluh darah. Kerusakan yang disebabkan antara lain terjadinya penumpukan lemak akibat kolesterol atau plak. Kondisi ini dikenal dengan aterosklerosis. Aterosklerosis kemudian akan merusak dinding pembuluh darah dan membuatnya menjadi lebih kaku. Kondisi aterosklerosis juga akan mempersempit jalannya darah yang akan berdampak pada buruknya sirkulasi darah ke seluruh tubuh, termasuk jantung, kemudian tekanan darah tinggi bisa membuat otot-otot jantung mengalami penebalan dan kekakuan sehingga membuat jantung kesulitan untuk memompa darah, yang pada akhirnya bisa mengalami kegagalan fungsi karena menopang beban yang terlalu berat untuk memompa darah. Hipertensi juga bisa menyebabkan arteri yang mengelilingi jantung mengeras, yang pada akhirnya dapat memicu timbulnya serangan jantung. Pada infeksi tuberculosis (TB) bisa saja menyebar ke jantung. Jaringan di sekitar jantung yang terinfeksi TB akan memicu kardiak tamponade atau peradangan dan penumpukan cairan. Pembengkakan itu membuat kerja jantung jadi tidak efektif dalam memompa darah. Kondisi ini bisa memicu akibat yang sangat fatal misalnya gagal jantung maupun kerusakan jaringan di bagian tubuh lain karena tidak mendapat suplai oksigen melalui darah.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari CHF yaitu kelainan otot jantung, aterosklerosis koroner, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, penyakit jantung lain, faktor sistemik. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit CHF adalah riwayat hipertensi sejak 4

tahun yang lalu. Hipertensi dapat menyebabkan jantung bekerja lebih keras dalam memompa dan mengedarkan darah ke seluruh tubuh, sehingga menimbulkan penebalan otot jantung. Jika dibiarkan, otot jantung akan melemah dan jantung tidak lagi mampu memompa darah secara efektif.

Berdasarkan teori, penyakit CHF memiliki tanda dan gejala gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Berdasarkan pengkajian pada Ny. H, ditemukan data pada pasien mengarah ke gagal jantung kanan yaitu : kongestif jaringan perifer dan visceral, edema, hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen, anorexia dan mual, nokturia, kelemahan. Pada saat pengkajian tampak pasien tidak merasakan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen dan dari hasil pemeriksaan tidak ditemukan adanya hepatomegali. Tampak pasien tidak mengalami mual karena selera makan pasien baik tetapi porsi makannya yang sedikit.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar, pasien juga mengatakan sesak nafas dan kadang-kadang batuk tetapi tidak berlendir. Tampak pasien sesak, menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit dan terbaring lemah dengan posisi semi fowler. Hasil TTV yaitu TD : 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,6℃, P : 28 x/menit, HR : 110 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik tendengar ronchi di kedua lapang paru pasien, JVP : 5+4 cmH2O, dan hasil pemeriksaan penunjang : hasil ECO, EF= 50%, hasil EKG : LVH, iskemik dan hasil foto thorax : pneumonia bilateral DD : pneumonia bilateral, edema paru, dan efusi pleura kiri mungkin minimal.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya, pasienjuga mengatakan kakinya bengkak sejak 5 hulan terakhir. Tampak pasien edema pada kedua ekstremitas bawah derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. Hasil TTV yaitu TD: 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,6℃, P : 28 x/menit, HR : 110 x/menit. Hasi; pemeriksaan foto thorax : pneumonia bilateral DD : pneumonia bilateral, edema paru dan efusi pleura kiri mungkin minimal.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sesak nafas dan sesak nafas pasien bertambah saat banyak bergerak, pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lebih berat.. Pasien juga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien tampak pucat, tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit dan tampak pasien terbaring lemah dengan posisi semi fowler. Hasil TTV yaitu TD : 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,6℃, P : 28 x/menit.

   Pada teori terdapat 6 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 membran kapiler alveolus ditandai dengan sesak nafas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak merasakan pusing, penglihatan kabur, sianosis dan tidak ada pemeriksaan analisa gas darah.
   2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, perubahan dalam status kesehatan.

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami kecemasan yang berlebihan akan penyakitnya ataupun kesehatannya karena pasien sudah menerima penyakitnya dan siap untuk berobat sampai pasien sembuh.

3. Defisien pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mengetahui tentang penyakitnya dan pasien dapat menggunakan fasilitas kesehatan dengan baik saat kesehatannya terganggu.

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 prioritas masalah yang ditemukan pada pasien yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. Intervensi yang disusun oleh penulis, yaitu : monitor tanda-tanda vital secara rutin, berikan posisi semi fowler, monitor sesak nafas pasien, evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada), lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen, auskultasi bunyi paru pasien dan kolaborasi pemberian obat jantung dan antihipertensi.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang disusun oleh penulis, yaitu : Memonitor tanda-tanda vital pasien, jaga intake yang akurat dan catat output pasien, kaji lokasi dan luasnya edema, instruksikan

pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan (1200 cc/hari) dan kolaborasi pemberian obat diuretik.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis, yaitu : monitor tanda-tanda vital pasien, monitor toleransi aktivitas pasien, dorong pasien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan daya tahan tubuh, instruksikan klien atau keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelagan yang memerlukan pengurangan aktivitas, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sesuai kondisi ketergantungan (perawatan diri dan BAB), dan berikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.

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 Ny. H dengan diagnosa medis CHF sebagai berikut :

1. Untuk diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung. Masalah belum teratasi karena pasien masih menunjukkan gejala penurunan curah jantung seperti sesak nafas, JVP masih 5+4 cmH2O, TD : 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, P : 28 x/menit,

suhu ekstremitas teraba dingin dan tampak kulit pasien pucat dan terdengar bunyi ronchi di kedua lapang paru pasien. Maka tindakan dari diagnosa ini masih perlu dilanjutkan.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Masalah ini belum teratasi karena pasien masih edema. Tampak edema pada kedua ekstremitas bawah, derajat III dengan kedalaman 5-7 mm dan kembali dalam waktu 7 detik. Maka tindakan dari diagnosa keperawatan ini masih tetap dilanjutkan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Masalah ini belum teratasi karena pasien masih sesak nafas jika banyak bergerak, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Maka tindakan dari diagnosa ini masih tetap dilanjutkan.

BAB V
PENUTUP

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Ny. H dengan CHF di ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada pasien Ny H dengan CHF didapatkan data : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan jantung terasa berdebar-debar. Nyeri dada yang dirasakan pasien seperti tertindih benda berat, skala nyeri 4 dan dirasakan secara hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk tetapi tidak berdahak. Pasien mengatakan sesak bertambah saat banyak bergerak, tampak pasien terbaring lemah dengan posisi semi fowler dan terpasang oksigen 3 liter/menit. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak 5 bulan terakhir. Terdengar suara nafas tambahan ronchi di kedua lapang paru pasien, kesadaran kompos mentis dengan GCS 15, JVP : 5+4 cmH2O, CRT kembali <3 detik, tanda-tanda vital TD : 120/60 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,6℃, P : 28 x/menit. Hasil pemeriksaan foto thorax : Pneumonia bilateral, DD: pneumonia bilateral dan edema paru, efusi pleura kiri, mungkin minimal, hasil ECO, EF= 50%, hasil EKG : LVH dan iskemik.
2. Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. H dengan CHF penulis mendapatkan diagnosa keperawatan antara lain :
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas jantung.

b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Perenanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Ny. H 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 penurunan curah jantung, kelebihan volume cairan dan intoleransi aktivitas belum teratasi karena penulis hanya melaksanakan tindakan keperawatan selama 3 hari sedangkan pengobatan pada pasien dengan CHF membutuhkan waktu yang cukup lama.

B. Saran

1. Bagi 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. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan dapat menambah jumlah literatur buku keperawatan yang berkaitan dengan penyakit CHF sehingga mempermudah penulis untuk mencari literatur.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Diharapkan pasien mematuhi diet yang dianjurkan dan keluarga tetap menjaga, 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 komprehensif pada pasien CHF.

DAFTAR PUSTAKA

Akper Insan Husada. (2017). *Askep Gagal Jantung Kongestif (CHF)*. [online]. Tersedia : https://www.akperinsada.ac.id/askep-gagal-jantung-kongestif-chf/. Diakses pada 17 April 2020

Arinda, N. (2018). [online]. Tersedia : https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/92051/Rindyawati%20Kusuma%20Sari%20-%20152310101019_.pdf?sequence=1. Diakses pada 17 April 2020

Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta : EGC

Idocpub. (2019). *CHF*. [online]. Tersedia : https://idoc.pub/documents/chf-reljx0y81dn1. Diakses pada 7 April 2020

Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskule*r. Jakarta Timur : Trans Info Media

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. [online]. Tersedia : http://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf . Diakses pada 12 April 2020

Miati, L. (2015). [online]. Tersedia : http://repository.ump.ac.id/1411/3/LUJI%20MIATI%20BAB%20II.pdf. Diakses pada 17 April 2020

MRO RS Stella Maris Makassar. (2020). *Statistik penyakit Congestive Heart Failure (CHF)*. Makassar : Rumah Sakit Stella Maris. Tidak Dipublikasikan

Nurohman, Z. (2012). *Penurunan Curah Jantung*. [online]. Tersedia : http://repository.ump.ac.id/7152/3/Zainudin%20Nurohman%20BAB%20II.pdf . Diakses pada 15 April 2020

Rispawati, B. H. (2019). *Real in Nursing Journal (RNJ)*. [online]. Tersedia : file:///C:/Users/ACER/Downloads/523-1896-1-PB.pdf . Diakses pada 10 April 2020

Sarana Ilmu. (2018). *12 Bagian-Bagian Jantung Manusia Beserta Fungsinya Terlengkap*. [online]. Tersedia : https://www.ruangguru.co.id/12-bagian-bagian-jantung-manusia-beserta-fungsinya-terlengkap/. Diakses pada 15 April 2020

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Esterlina Mettang

NIM : E1714401015

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY ”H” DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing : Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns

No.	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD Pembimbing
1.	11 Maret 2020	Bab 1 Bab 2	Perbaiki latar belakang. Pebaiki isi bab 2.	
2.	23 Maret 2020	Bab 1 Bab 2 Bab 3	Lengkapi data MRO. Perbaiki patoflowdiagram dan konsep dasar keperawatan. Lengkapi pengamatan kasus, pengkajian dan analisa data.	
3.	16 April 2020	Konsul Patoflowdiagram.	Lengkapi patoflowdiagram.	
4.	18 April 2020	Konsul Bab 3	Perbaiki sistematika penulisan, pengkajian, analisa data dan intervensi keperawatan.	
5.	19 April 2020	Konsul Bab 3	Perbaiki sistematika penulisan, pengkajian, implementasi dan evaluasi keperawatan.	

6.	20 April 2020	Bab 1 Bab 2 Patoflowdiagram	Perbaiki sistematika penulisan. Perbaiki sistematika penulisan dan referensi. Lengkapi patoflowdiagram.	
7.	23 April 2020	Bab 1 Bab 2 Bab 3 Bab 4 Bab 5	Perbaiki sistematika penulisan. Perbaiki sistematika penulisan. Perbaiki sistematika penulisan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Perbaiki sistematika penulisan, lengkapi pengkajian dan perbaiki alasan tidak mengangkat diagnosa 1. Perbaiki sistematika penulisan.	
8.	25 April 2020	ACC Bab 1 dan Bab 2	ACC Bab 1 dan Bab 2	
9.	26 April 2020	Bab 3 Bab 5	Perbaiki sistematika penulisan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Atur halaman.	
10.	29 April 2020	Konsul halaman sampul samapai daftar tabel. Konsul daftar pustaka	Perbaiki sistematika penulisan dan kata pengantar. Perbaiki sistematika penulisan	
11.	1 Mei 2020	Konsul halaman sampul sampai daftar	Perbaiki sistematika penulisan dan atur	

		tabel Konsul bab 4	halaman. Perbaiki bagian pengkajian.	
12.	2 Mei 2020	Konsul daftar pustaka	Perbaiki sistematika penulisan.	
13.	12 Mei 2020	ACC bab 5	ACC bab 5	
14.	15 Mei 2020	Konsul bab 3 Konsul bab 4	Perbaiki sistematika penulisan. Perbaiki sistematika penulisan.	
15.	29 Mei 2020	ACC daftar pustaka Konsul bab 3 Konsul bab 4	ACC daftar pustaka Perbaaiki sistematika penulisan Perbaiki sistematika penulisan	
16.	3 Juni 2020	ACC cover-daftar tabel, bab 3 dan bab 4	ACC cover-daftar tabel, bab 3 dan bab 4	